

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Universidad de Sevilla



TITULO:

**LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO
TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE
VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE
SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA
PRIVADA**

Doctorando: Rafael Guerrero Gómez.

Director: Dr. Jesús García-Martínez.

Profesor Titular de Universidad del Departamento de
Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Universidad de Sevilla.

Programa de Doctorado: Psicología Clínica y de la Salud.

A Silvia, mi compañera de este
precioso viaje que es la vida,
y a mis tres princesas:
Miriam, Mónica y Natalia

Me gustaría agradecer en primer lugar a mi director de tesis el Dr. Jesús García Martínez, ya que gracias a él este proyecto no sería posible, mi agradecimiento también por su atención, apoyo y amistad generosa y desinteresada, que me ha servido y animado para seguir adelante. En términos constructivistas ha sido un gran validador para que este proyecto siga adelante.

Por otro lado también dedicar esta Tesis a mi familia, mi madre, mi padre que no está con nosotros, mis hermanos, mis suegros, y sobre todo y muy especialmente a mi esposa y mis hijas que han sido el gran apoyo y ánimo que necesitaba en gran medida para realizar esta tesis.

Por último a todas y todos los sujetos que han participado en esta investigación anónimamente ya que sin ellos, no existiría esta investigación.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.	8
2. MODELOS DE ABANDONO TERAPÉUTICO.	15
2.1. Modelo biomédico.	15
2.2. Modelo de la comunicación.	18
2.3. Modelo de los sistemas de autorregulación.	19
2.4. Teoría de la creencia racional.....	22
3. ABANDONO TERAPÉUTICO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.	25
3.1. Edad.	25
3.2. Género.	26
3.3. Estado civil.	26
3.4. Nivel socioeconómico.....	27
3.5. Nivel educativo y condición laboral.....	28
4. ABANDONO TERAPÉUTICO Y FACTORES CLÍNICOS Y ASISTENCIALES.	30
4.1. Diagnóstico de trastornos del humor y de ansiedad.	30
4.2. Abuso de sustancias y/o alcohol.	31
4.3. Comportamiento violento.	33
4.4. Gravedad e intensidad de los síntomas.	33
4.5. Presencia de efectos secundarios.	34
4.6. Cronicidad.....	35
5. LA CONCEPCIÓN CONSTRUCTIVISTA DE LA TERAPIA Y DEL ABANDONO TERAPEUTICO.	36
6. LA TÉCNICA DE LA REJILLA.	44
6.1. Una visión general de la técnica de la rejilla.	44
6.2. Administración de la TR.....	45
6.3.1. Análisis cualitativos y pragmáticos.....	49
6.3.2. Índices Estructurales.....	51
6.3.2.1. <i>Medidas de la construcción del sí mismo.</i>	51
6.3.2.2. <i>Medidas de la estructura cognitiva.</i>	52
6.4. Fiabilidad y validez de la técnica de rejilla.	55

6.4.1. <i>Fiabilidad de los elementos.</i>	55
6.4.2. <i>Fiabilidad de los constructos.</i>	56
6.4.3. <i>Fiabilidad según el tipo de puntuación.</i>	57
6.4.4. <i>Fiabilidad de los índices de medida.</i>	57
6.4.5. <i>Validez de la Técnica de Rejilla.</i>	58
6.5. <i>Críticas a la técnica de rejilla.</i>	59
7. LA DEMANDA TERAPÉUTICA.....	61
7.1. <i>El proceso psicosocial de la demanda.</i>	61
7.2. <i>Las condiciones de la psicoterapia.</i>	62
7.3. <i>El análisis discursivo de la demanda</i>	64
8. HISTORIAS DE VIDA.....	68
9. BREVE NOTA SOBRE EL MODELO DE TRABAJO TERAPEUTICO QUE EJERZO PROFESIONALMENTE.....	73
10. ESTUDIO EMPÍRICO.	74
10.2. <i>Hipótesis.</i>	74
10.3. <i>Método.</i>	76
10.3.1. <i>Participantes.</i>	76
10.3.2. <i>Instrumentos de evaluación.</i>	79
10.3.2.1. <i>La técnica de rejilla.</i>	79
10.3.2.2. <i>Lista de 90 Síntomas- Revisada.</i>	80
10.3.2.3. <i>Entrevista de la historia de vida.</i>	81
10.3.2.4. <i>Historia clínica.</i>	82
10.3.2.7. <i>Medidas procedentes de la historia clínica.</i>	82
10.3.2.8. <i>Medidas procedentes de la historia de vida.</i>	85
10.3.3. <i>Medidas utilizadas.</i>	82
10.3.3.1 <i>Medidas procedentes de la historia clínica.</i>	82
10.3.3.2. <i>Medidas procedentes de la historia clínica.</i>	82
10.3.3.3. <i>Medidas procedentes de la historia de vida.</i>	85
10.3.3.4. <i>Medidas procedentes del SCL-90-R.</i>	86
10.3.3.5. <i>Medidas procedentes de la técnica de rejilla.</i>	86
10.3.4. <i>Procedimiento.</i>	88
10.3.5. <i>Análisis de datos.</i>	89

10.4. Resultados.	90
10.4.1. Porcentajes de abandono en la muestra.	90
10.4.2. Tablas de contingencia entre los tipos de finalización de la terapia y las variables de tipo nominal.	91
10.4.3. Pruebas Chi ² para las interacciones entre demanda, abandono y presencia de dilemas.....	96
10.4.4.1. Regresiones logística multinomiales.	98
10.4.4.2. Regresiones binarias.....	99
10.4.4.2.1. Regresión binaria para los indicadores sociodemográficos.	100
10.4.4.2.2. Regresión binaria para los indicadores de terapia.....	102
10.4.4.2.3 Regresión binaria para la totalidad de las variables del estudio (marcadores sociodemográficos, características de la terapia, sintomatología e índices de rejilla).	106
10.4.4.2.4. Regresión binaria para criterios sociodemográficos, indicadores de terapia y valores de sintomatología.	105
10.4.5. Anovas multivariados.	109
10.4.5.1 Anova multivariado para las variables dependientes del SCL y rejilla considerando demanda, abandono y dilemas en T1.	110
10.4.5.2. Anova multivariado para las variables de historia de vida, SCL y rejilla considerando demanda, abandono y dilemas en T1.	114
10.4.5.3. Anova de medidas repetidas.	121
10.4.5.3.1 Medidas repetidas.	121
10.4.5.3.1.1. Análisis intrasujetos (efecto de las dos fases del tratamiento, pre-post).	124
10.4.5.3.1.2. Análisis entresujetos (efecto de los tres factores fijos).	133
11. DISCUSIÓN.	142
11.1. Discusión de los resultados relacionados con las hipótesis.	142
11.2. Un resultado global: un modelo de predicción completo del abandono.	161
11.3. Sugerencias de mejora y proyección para estudios futuros.	163
11.4. Conclusiones.....	164
12. REFERENCIAS	165

ANEXO I. Protocolo de la rejilla.	195
ANEXO II. SCL-90-R. (Symptom Cheklist 90 Revised).	201
ANEXO III. Autorización para la grabación de las sesioines, secreto profesional y anulación de sesiones.	205
ANEXO IV. Tabla de pruebas univariadas en el anova multivariante de medidas repetidas.	206

1. INTRODUCCIÓN.

Este proyecto está destinado a mejorar la atención a clientes que demandan asistencia terapéutica en consultas privadas. Un número relativamente importante de ellos abandona la terapia antes de su finalización y el interés de este estudio es encontrar qué factores de su sistema de construcción de significados o de la elaboración de su demanda pueden ser mediadores del abandono.

La psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta. Ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente eran las tres características fundamentales que debía tener el terapeuta para establecer una relación terapéutica efectiva con el cliente, según Rogers (1951, 1957).

La relación terapéutica ha demostrado ser un factor importante en el curso de la terapia en diferentes orientaciones teóricas como la psicodinámica, cognitiva, interpersonal, ecléctica, experiencial y comportamental (Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1988; Gaston, Piper, Debbane y Bienvenu, 1994; Krupnick *et al.*, 1996; Raue, Goldfried y Barkham, 1997; Watson y Greenberg, 1994) y en diferentes formatos de terapia tales como las terapias individuales, las terapias de grupo y las terapias familiares (Bourgeois, Saburin y Wright, 1990; Marziali, Munroe-Blum y McCleary, 1999; Pinsof, 1988; Sturm y Dawson, 1999). La llamada “revolución cognitiva” significó la revitalización del interés por la relación terapéutica después de un periodo más centrado en la técnica. De hecho, la orientación cognitiva (y más concretamente las perspectivas constructivistas) han llegado a considerar la relación terapéutica como un aspecto central del proceso terapéutico (Arnkoff, 1995; Botella, y Corbella, 2003; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998).

La otra cara de la moneda sería el abandono del tratamiento, es decir, la ruptura de toda relación terapéutica. El abandono constituye un proceso complejo determinado por múltiples factores: específicos del individuo, el trastorno mental que éste padece, la terapia proporcionada por el profesional y el contexto terapéutico en el que se desarrolla.

A pesar de que el abandono terapéutico constituye un problema generalizado y que tiene importantes repercusiones en los resultados clínicos, no se comenzó a tratar como tema científico hasta la década de los 70. El incremento del interés por el estudio del abandono terapéutico estuvo y está determinado por influencias tanto de carácter social, como económicas y clínicas. A partir de este momento aparecieron numerosas publicaciones dedicadas a esta problemática específica, que han estudiado el no cumplimiento de las pautas prescritas, el abandono definitivo del tratamiento y la falta de asistencia a las citas (Bischoff y Sprenkle 1993; Masi, Miller y Oslon, 2003; Ogrodniczuk, Joyce y Piper, 2005; Muñoz, 2005; Pullford, Adams y Sheridan, 2008; Wenner-Wilson y Wilton 2010; Wierzbicki y Pekarik ,1993. A lo largo del tiempo la investigación se ha centrado en todas las poblaciones de pacientes que abarca el área de la salud mental, incluyendo tanto pacientes hospitalarios como ambulatorios pertenecientes a centros públicos o privados, centros de día, clínicas infantiles, etcétera (Blackwell, 1976).

El abandono tiene consecuencias negativas tanto para clientes, terapeutas y administradores ya sean de empresas públicas o privadas. Por ejemplo, tras el abandono de la terapia disminuye la probabilidad de búsqueda de una futura asistencia psicológica, se refuerza la desesperanza de los clientes en relación con la resolución de sus dificultades (Bartle-Haring, Glebova y Meyer, 2007). Desde el punto de vista de los efectos puramente económicos y organizacionales, además, está la pérdida de tiempo, la alteración de horarios y otras preocupaciones que afectan al bienestar del terapeuta (Bischoff y Sprenkle, 1993).

Se suele asumir que el abandono es un freno a reconocido para la efectividad de la psicoterapia (Ogrodniczuk et al., 2005). Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todo abandono de la terapia va unido a un fracaso terapéutico o consecuencias negativas (Ogrodniczuk et al, 2005; Roe, 2007).

El problema del abandono o falta de adherencia al tratamiento ha sido definido de diferentes formas por los distintos autores que han investigado este fenómeno. Entre las clasificaciones de abandono terapéutico propuestas, la que ha tenido una mejor consideración fue la realizada por Goodwin y Jamison (1990), a la que, posteriormente, Gaebel (1997) añadió otras tres categorías. Las pautas sobre el cumplimiento terapéutico según Goodwin y Jamison (1990) son:

- a) Cumplimiento total: evidencia total por parte del paciente y otras personas significativas de que el régimen terapéutico ha sido llevado a cabo tal como se prescribió.
- b) No cumplimiento parcial: evidencia por las mismas fuentes que en el caso anterior de que algunas prescripciones, pero no todas, se han cumplido consistentemente, o que todas se han cumplido de forma intermitente.
- c) No cumplimiento total: evidencia de discontinuidad completa de la terapia.
Por su parte, además de los anteriores citados, Gaebel (1997) diferencia varios tipos de no cumplimiento, incluyendo:
 - d) Rechazo al tratamiento: en este caso el paciente no quiere ni siquiera iniciar un tratamiento, rechazando todo tipo de indicación o ayuda por parte del profesional. El rechazo aparece normalmente por una negación de la enfermedad por parte del paciente. Hay autores que no consideran el rechazo al tratamiento como abandono terapéutico (Freire Arteta, 1990), ya que ni siquiera se ha comenzado la terapia.
 - e) Discontinuidad de la terapia: la terminación prematura o discontinuidad consiste en la interrupción del tratamiento por parte del paciente sin acordarlo con el profesional responsable o en contra del consejo del mismo, y es una consecuencia del pensamiento del paciente acerca de la falta de necesidad de continuar con el tratamiento. El procedimiento más normal para abandonar la terapia es no acudiendo a las citas y no volviendo a contactar con el centro en el que se lleva a cabo el tratamiento (Berrigan y Gardfield, 1981; Cross y Warren, 1984; Sweet y Nones, 1989). El periodo de tiempo para considerar que alguien ha abandonado el tratamiento es de seis meses desde que se perdió la última cita, sin que el paciente haya vuelto a solicitar ayuda (Sparr et al., 1993), aunque hay autores que reducen a dos meses este periodo (Roberts, 1985). En la investigación sobre la discontinuidad se suelen tener en cuenta el número de sesiones a las que se ha acudido (Freire Artera, 1990).
 - f) Irregularidades en el tratamiento: hay pacientes que no cumplen con las advertencias clínicas tal y como han sido prescritas, cometiendo errores en la toma de la medicación o en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas (Ruscher et al., 1997). Estas irregularidades ocurren normalmente como resultado de la complejidad del régimen o la falta de interés de la persona que recibe el

tratamiento. El cumplimiento caprichoso es un tipo de irregularidad en la que el paciente toma la medicación según se encuentre en un día particular o en un momento determinado.

Otros autores entienden el abandono terapéutico como una interrupción del tratamiento antes de alcanzar objetivos terapéuticos propuestos (Gavino y Godoy, 1993).

Para tener una visión completa del fenómeno de abandono es necesario conocer tanto los factores implicados como las consecuencias de la interrupción de la terapia (Freire Arteta, 1990) y, aunque no es tarea fácil, controlar, organizar y analizar la interrelación de las variables que conducen al abandono terapéutico (Otero et al., 2001). Los resultados de la investigación sugieren que los pacientes que presentan un alto grado de abandono pueden ser identificados a lo largo del tratamiento (Sweet y Nones, 1989).

Además, el abandono puede sobrepasar el 60% de los casos cuando se evalúa la no asistencia a la primera cita de toma de contacto (Bachman, 1993; Baekeland y Lundwall, 1975; Burgoyne, Acosta y Yamamoto, 1983; Carpenter, Morrow, Del Gaudio y Ritzler, 1981; Hochstadt y Trybula, 1980; Kluger y Karras, 1983; Muñoz, 2005; Nicholson, 1994; Swenson y Pekarik, 1988,) Se podría decir que este fenómeno es el abandono primario (en realidad es la no presencia a una primera cita), ya que ni siquiera se llega a comenzar la primera entrevista.

El porcentaje de abandonos es más alto en los primeros meses de tratamiento (Elkin y otros, 1989; Luk et al., 2001; Shea, Pilkonis y Beckham, 1990) o tras recibir el alta hospitalaria (Keck et al., 1996), lo que se traduce en recaídas y nuevos episodios de la enfermedad que pueden incluso revestir mayor gravedad. Este índice de no cumplimiento va decreciendo con el tiempo, por lo que al año de tratamiento los pacientes que lo interrumpen no sobrepasan el 15% (Blackwell, 1976). Según Wierzbicki y Pekarik (1993) en su meta-análisis sobre el abandono de la psicoterapia informaban de una proporción media del 47% y Sharf (2008), en su propio metaanálisis, indica una cifra del 35.26%. La tasa de abandono no se ve alterada en función del formato de la terapia (individual, familiar o de pareja; Masi, Miller y Oslon, 2003). Sin embargo, en terapias breves o de tiempo limitado la tasa suele reducirse (Ogrodniczuk, Joyce y Pipper, 2005).

Se puede decir que unas de las definiciones más aceptadas de cumplimiento terapéutico es la forma en la que coinciden los consejos médicos o de salud con el comportamiento de una persona (Haynes, Taylor y Sackett, y 1979). Así, los pacientes que continúan con su tratamiento, denominados también *terminadores naturales* (Hillis et al., 1993) son aquellos que completan su tratamiento, finalizando éste de mutuo acuerdo entre el paciente y el terapeuta, y satisfaciéndose los objetivos de la terapia.

Al fin y al cabo, el cumplimiento y el no cumplimiento de la terapia forman un continuo en el que los extremos representan los abandonos en un lado y los pacientes con completa adhesión terapéutica en el otro, mientras que el grupo irregular, es decir aquellos pacientes que no cumplen bien con el tratamiento pero que no lo abandonan, se sitúa en el espacio existente entre ambos extremos (Muñoz, 2004). Por lo tanto, el incumplimiento no constituye únicamente un fracaso del paciente, sino que las actitudes del profesional y su forma de trabajar determinan en gran medida el deseo de interrumpir la terapia (DiMatteo et al., 1993; Galperin, 1994; Tebbi, 1993).

Se podría decir que el abandono puede producirse en tres formas: a) de manera imprevista y no avisada por el cliente; b) éste puede avisarlo previamente a su terapeuta; o c) ambos, terapeuta y cliente, pueden llegar a un acuerdo para abandonar. De esta manera se establece un continuo gradual de menos a más fracaso terapéutico dependiendo de la forma que el abandono haya tenido lugar (Porcel, 2005).

Desde otro punto de vista, Castillo (1996) hace referencia de lo conveniente que es abandonar una psicoterapia cuando esta posee efectos iatrogénicos, es decir, aquí el paciente no incumple con las medidas terapéuticas prescritas, sino que, lisa y llanamente, hace un abandono de su tratamiento sin haber recibido el alta médica. En muchos de estos casos no hay móviles inconfesables, sino una simple conducta de terminación destinada a acabar con el sufrimiento que produce el propio tratamiento o a no prolongarlo.

En la actualidad, los resultados obtenidos en la investigación sobre la abandono son todavía escasos, contradictorios y poco claros (Corning y Malofeeva, 2004; Wierzbicki y Pekarik, 1993). No hay disponible un modelo teórico explicativo (Bartle-Haring,

Glebova y Meyer, 2007; Pullford, Adams y Sheridan, 2008) y no hay claridad sobre el papel de las variables mediadoras.

Los resultados muestran que los terapeutas explican el abandono, independientemente del tipo que sea, arguyendo variables del cliente y variables moduladoras externas (de tipo sociodemográfico o asociadas al trastorno) (Pekarik & Finney-Owen, 1987; Hunsley et al., 1999; Todd et al., 2003; Murdok, Edards & Murdock, 2010). Este modelo se mantiene incluso cuando la investigación se hace a través de un procedimiento puramente cualitativo y centrado en las creencias del terapeuta (Silván Portillo, 2011).

Las causas más probables del abandono son la mejoría o consecución de metas. Pero influyen muchísimo también factores situacionales ajenos a la terapia y una relación terapéutica insatisfactoria (Hunsley, Aubry, Verstervelt y Vito, 1999; Renk & Dinger, 2002; Roe, Dekel, Harel y Fenning, 2006; Todd, Deane y Bragdon, 2003; Westmacott & Hunsley, 2010).

Otros estudios remaran como causas del abandono la necesidad de independencia y el establecimiento de nuevas relaciones significativas. En estos casos, el abandono sería el producto de un proceso de crecimiento, de carácter positivo, y el abandono sería una señal de haber superado a necesidad de ayuda (Roe et al., 2006).

Los motivos económicos y la falta de *enganche* con el terapeuta también han sido aducidos como una explicación de terminación temprana de la terapia (Roe, 2007).

Cuando se comparan los motivos que terapeutas y clientes dan sobre la causas del abandono, aparecen diferencias significativas entre los dos grupos (Hunsley et al., 1999; Pekarik y Finnes-Owen, 1987; Todd et al., 2003). Los terapeutas tienden a formular explicaciones autoprotectoras y son reacios a considerar que el abandono esté causado por la insatisfacción del cliente o que sea efecto de problemas en la terapia. Los clientes, sin embargo, estas variables como las causas más frecuentes del abandono. Por otro lado, los terapeutas consideran que la resistencia del cliente es una causa frecuente de abandono, pero los clientes no lo perciben así.

Sin embargo, la mejoría como motivo de terminación prematura y circunstancias sobrevenidas ajenas a la terapia suelen ser mencionadas de modo bastante frecuentes tanto por ambos grupos terapeutas como por clientes (Hunsley et al., 1999; Pekarik y Finnes-Owen, 1987; Todd et al, 2003).

Murdock, Edwards & Murdock (2010) indican que hay una tendencia de los terapeutas a considerar el abandono como mejoría o como manifestación de dificultades del cliente no relacionadas con el proceso terapéutico y en pocas ocasiones lo achacan a factores de la terapia. Llamaron a este fenómeno sesgo de autoservicio y es un fenómeno de atribución cognitiva egosintónico destinado a proteger el autoconcepto (Hogg & Vaughan, 2010). Sus resultados apoyan la existencia de este efecto en dos direcciones: los abandonos de otros terapeutas son achacados a éste, pero los abandonos de sus propios casos se justifican a partir de motivos inherentes al cliente.

Para Reis y Brown (1999) cuando ocurre una perspectiva divergente en terapia, la terminación prematura es más probable. La perspectiva divergente está caracterizada por diferencias en los puntos de vista, las expectativas y las preferencias entre terapeuta y cliente.

Cada vez observamos que hay estudios que cada vez más constatan la importancia de la alianza terapéutica como predictor del abandono. La alianza es un componente fundamental del proceso terapéutico (Corbella y Botella, 2003; Joyce, Piper y Ogrodniczuk, 2007; Sharf, Primavera y Diener, 2010). De hecho es esta y no la técnica el factor fundamental de éxito terapéutico (Blow, Sprenkle y Davis, 2007; Lameberert, 1992).

Trattner-Sherman y Anderson (1987) demostraron que el uso de técnicas imaginativas-explicativas para permanecer en terapia disminuía el porcentaje de abandonos. En su estudio, demostraron que los clientes que lograban imaginarse y explicarse a sí mismos los motivos de permanecer en terapia tuvieron tasas menores de abandono que los que no llevaban a cabo dicho ejercicio. De modo que parece que la elaboración de significado es también un elemento fundamental para evitar el abandono.

2. MODELOS DE ABANDONO TERAPÉUTICO.

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

1. Modelo biomédico.
2. Modelo de la comunicación.
3. Modelo de los sistemas de autorregulación.
4. Teoría de la creencia racional: Modelo de la creencia de salud.

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

2.1. Modelo biomédico.

El modelo biomédico de la enfermedad se ha convertido típico de enfermedad en la sociedad occidental, es decir, cuando se piensa en qué es estar enfermo, la mayor parte de las personas occidentales asumen los supuestos de este modelo (Fabrega, 1975). Sus orígenes son dos, el primero son las enseñanzas cristianas, que desde la década de 1400 han hecho hincapié en el dualismo mente-cuerpo. Las autoridades religiosas de la época permitían estudiar la anatomía y fisiología humana sólo si se centran en los procesos biológicos e ignorando los posibles causas psicosociales de la enfermedad, que eran el dominio de las enseñanzas morales de la autoridad religiosa (Engel, 1977). El segundo origen fue el desarrollo y la aceptación definitiva de la teoría de los gérmenes de la enfermedad, que fue impulsado por la invención del microscopio, los famosos estudios de Koch de la infección en el ganado, y los descubrimientos de vacunas y otros antídotos contra las enfermedades infecciosas. La sociedad occidental ahora ve la enfermedad como el resultado de un mal funcionamiento bioquímico causado por la invasión de agentes externos (es decir, los

gérmenes y virus), factores genéticos o la descomposición natural de los órganos o los procesos del cuerpo. Estos cambios generan síntomas y déficits funcionales, que son diagnosticados por expertos médicos. Estos profesionales ofrecen consejos a continuación, prescriben tratamientos, y aplican sus diversas habilidades para eliminar las condiciones subyacentes que causan la enfermedad. En este marco, el paciente es probable que sea visto como el receptor e intérprete de las indicaciones que han de ser aceptadas y obedecidas. El incumplimiento es a menudo visto como el resultado directo de las aberraciones de personalidad del paciente, con poco o ningún énfasis en la comprensión del paciente del entorno de tratamiento (Fabrega, 1975; Davis, 1966; Stimson, 1974). La investigación sobre abandono se ha centrado en las características disposicionales del paciente y no en los factores situacionales o en los procesos cognitivos implicados en la interpretación de los estímulos ambientales (Best, 1975). El trabajo con marcadores demográficos (Marston, 1970; Mitchell, 1975) y el estudio de características únicas de la personalidad de los no cumplidores (Kirscht y Rosenstock, 1979) sugiere que la investigación del cumplimiento utilizando el modelo biomédico implica dos pasos:

- a) Detectar grupos que se identifican con riesgo de incumplimiento.
- b) Corregir los defectos disposicionales del paciente no conforme.

Las contribuciones positivas del modelo.

Los innumerables estudios en esta área no han podido identificar ninguna característica demográfica o de personalidad que distinga al no-cumplidor del cumplidor (Dunbar, Marshall y Hovell, 1979; Leventhal, Zimmerman y Gutmann, 1984). De hecho, es interesante señalar que los comportamientos de cumplimiento de los médicos no son mejores que los de los pacientes en general (Blackwell, 1973). Sin embargo, aunque estos resultados no proporcionan apoyo a uno de los principales postulados del modelo biomédico, han dado lugar a la importante conclusión de que el incumplimiento debe ser el resultado de algo más que la falta de experiencia o de las características de disposición del paciente. Estudios biomédicamente inspirados han identificado varios factores no disposicionales, pero que son relevantes para entender el proceso de cumplimiento, tales como las características de la enfermedad (por ejemplo, la gravedad de los síntomas y la probabilidad de mejoría clínica) y las

características del régimen de tratamiento (por ejemplo, la complejidad, la duración, y los efectos secundarios del tratamiento; Becker y Maiman, 1975; Haynes, 1979). Estos hallazgos han generado “ayudas” tecnológicas para mejorar el cumplimiento, como el envasado de múltiples medicamentos en cápsulas individuales y medicamentos de liberación controlada en el tiempo. Las necesidades de la práctica médica también han alentado el estudio de cuestiones prácticas, como los determinantes de mantenimiento de la cita. Las investigaciones en este campo han encontrado que la tasa de no presentarse a las citas es menor cuando hay poco retraso entre la derivación a tratamiento y el encuentro real, y cuando el individuo elige el lugar de tratamiento, en lugar de limitarse a actuar sobre la remisión de un facultativo (Hertroijs, 1974). Además, al menos en el caso de la asistencia psiquiátrica, el retardo entre la derivación y el tratamiento se acorta si el paciente está dirigido a un psiquiatra específico (Hoening y Ragg, 1966). Los datos también sugieren que el cumplimiento es mejor en entornos que ofrecen continuidad de la atención, en contraste con aquellos en los que los pacientes ven un facultativo diferente en cada visita (Becker, Drachman y Kirscht, 1974). Además de la gran cantidad de resultados de investigación, los investigadores biomédicos han hecho valiosas contribuciones a la medición del cumplimiento. El énfasis aquí ha estado en medidas fisiológicas tales como el cambio de la presión arterial y la evaluación de metabolitos de drogas (Dunbar y Stunkard, 1979). Desarrollos biomédicos de nuevos tratamientos específicos proporcionan orientación explícita para los objetivos de los programas de cumplimiento. Una cuestión que merece más atención en este ámbito es la relación entre los comportamientos de adhesión y la mejora apreciable en el estado de salud (Leventhal, Zimmerman, Gutmann y Compliance, 1984). Los altos niveles de cumplimiento no siempre están vinculados a la mejora de la salud (Becker, 1985)

Las deficiencias del modelo.

El punto de vista médico ignora dos cuestiones fundamentales (Leventhal, Zimmerman, Gutmann y Compliance, 1984): a) los procesos psicológicos subyacentes al cumplimiento del paciente para diferentes tipos de problemas de salud (por ejemplo, la prevención primaria frente a la adherencia a los regímenes de tratamiento); y b) el efecto de la estructura institucional y la conducta profesional en

el proceso de abandono. Como consecuencia, los estudios orientados médicamente tienden a ignorar las siguientes preguntas teóricas: 1. ¿Cómo funciona la atribución de significado individual para conceptualizar, hacer frente y valorar el estado de enfermedad?; 2. ¿Son diferentes las percepciones y las habilidades necesarias para el cumplimiento de las medidas preventivas de salud en la enfermedad aguda y en la enfermedad crónica ?; y 3. ¿Qué aspectos de la conducta profesional y de la estructura institucional puede contribuir a mejorar el cumplimiento?

2.2. Modelo de la comunicación.

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

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

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

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

cumplimiento terapéutico, al igual que la opinión del paciente sobre la empatía, calor, interés y preocupación del terapeuta.

Contribuciones positivas del modelo.

Este modelo deja clara la importancia de proporcionar información ofreciendo maneras de llevar a cabo las acciones recomendadas además de la información empleada para la descripción de la enfermedad y el tratamiento. Además, cabe destacar la importancia que esta perspectiva teórica da a la influencia positiva que ejercen las expectativas generadas en el paciente por parte del clínico.

Deficiencias del modelo.

Esta perspectiva se centra en la importancia que tienen para el cumplimiento terapéutico factores como la construcción, organización y comprensión del mensaje, así como las expectativas del paciente al encontrarse con el profesional. Pero da una explicación pobre acerca de cómo la información sobre el tratamiento afecta al cambio de actitud del paciente y, por lo tanto, sobre cómo actúa sobre el cumplimiento. En general, parece que la comunicación puede lograr que la persona sea más consciente de la seriedad y gravedad de los comportamientos de riesgo que adopta, lo que va a tener un alto impacto en el cumplimiento, pero no se explica de forma detenida este efecto. Es cierto que la recepción, comprensión, retención y aceptación de las características del tratamiento son esenciales para el cumplimiento, pero no son suficientes. La teoría de la comunicación no explica nada acerca de una multitud de factores, tales como la motivación del paciente o el apoyo social.

2.3. Modelo de los sistemas de autorregulación.

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

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

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

En cualquiera de estos tres estadios pueden aparecer diferentes reacciones emocionales, y los planes de afrontamiento y valoración son generados para controlarlas. Los procesos implicados en el afrontamiento de las reacciones emocionales son normalmente paralelos y parcialmente independientes a los procesos cognitivos, aunque los dos están interactuando prácticamente en la totalidad del tiempo. Ambos sistemas auto-regulatorios permanecen en constante interacción y atienden tanto a estímulos perceptuales y medioambientales como al sistema de memoria del individuo. Así, distintas personas pueden construir representaciones mentales diferentes de la misma enfermedad y pueden ver diferentes planes de acción como apropiados para contener dicha enfermedad. Además, la misma persona puede percibir el mismo tipo de enfermedad de diferentes formas en diversos momentos en el tiempo y por lo tanto escoger vías alternativas de afrontamiento y planes de acción empleando criterios distintos que se adecuen a su representación cognitiva.

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

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

Contribuciones positivas del modelo.

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

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

Deficiencias del modelo.

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

2.4. Teoría de la creencia racional.

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

Esta teoría considera que las decisiones de cumplir o no una recomendación específica del profesional aparecen como resultado de una valoración de costes-beneficios (Janz y Becker, 1984). El modelo más utilizado dentro de este enfoque conceptual es el *Health belief model* (HBM) o *Modelo de la creencia racional* (Becker, 1974; Becker, 1979; Becker y Maimon, 1975; Eraker et al., 1984; Janz y Becker, 1984; Sheeran y Abraham, 1996). Desarrollado a principios de los 50 para explicar acciones de prevención, su uso se ha generalizado para estudiar el cumplimiento de recomendaciones de salud y regímenes terapéuticos (Adams y Howe, 1993; Becker, 1974; Budd, Hughes y Smith, 1996; Connelly, 1984; Kelly, Mamon y Scott, 1987; Pan y Tantam, 1989).

Este modelo identifica cuatro dimensiones básicas como bases del comportamiento:

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

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

En el caso concreto del cumplimiento terapéutico, el HBM asume que las cuatro creencias principales que contribuyen a la adherencia son: la susceptibilidad o

vulnerabilidad percibida (creencia de una posible recaída...), la severidad percibida de la enfermedad, los beneficios percibidos de la adherencia (como por ejemplo la eliminación de síntomas), y las barreras percibidas de la adherencia (estigma de medicarse, posibles efectos secundarios, etc.). Estos autores proponen que el cumplimiento aparece si la amenaza percibida de la enfermedad (susceptibilidad y severidad) es alta y los beneficios percibidos del tratamiento son mayores que las barreras percibidas.

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

Contribuciones positivas del modelo.

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

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

Deficiencias del modelo.

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

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

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

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

Por este motivo, este estudio se plantea qué factores están determinando en los clientes la adhesión terapéutica completa, y si además, hay otros factores que influyen en el abandono del tratamiento como la sintomatología asociada al sujeto, variables de tipo socioeconómico, género, tipo de demanda terapéutica, si han realizado un tratamiento terapéutico previo, contenidos generales de las de historia de vida, la influencia de los dilemas implicativos y otras variables relacionadas con la lógica de los constructos personales.

3. ABANDONO TERAPÉUTICO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

En la investigación sobre abandono terapéutico las variables más ampliamente estudiadas han sido, y continúan siendo, las relacionadas con factores demográficos. Sin embargo, los resultados obtenidos por los diferentes autores son inconcluyentes, no siendo posible la generalización en casi ningún caso. A continuación se presentan los resultados más relevantes encontrados en la bibliografía en relación con la edad del paciente, género, estado civil, nivel socioeconómico o nivel educativo.

3.1. Edad.

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

Pero también existen autores que no encuentran en sus estudios que sean los pacientes más jóvenes los que presentan un peor patrón de adherencia terapéutica (Atwood y Beck, 1985; Berrigan y Garfield, 1981; Buchanan, 1992; Cross y Warren, 1984; García Cabeza et al., 1999; Hershorn, 1993; Keck et al., 1996; Krulee y Hales, 1988; Matas, Staley y Griffin, 1992; Otero et al., 2001; Roberts, 1985), por lo que no se puede afirmar este hecho con total seguridad.

3.2. Género.

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

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

3.3. Estado civil.

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

Este fenómeno puede deberse a que las personas que carecen de pareja no obtienen el apoyo, el ánimo y la supervisión que puede proporcionar ésta, la cual ayuda al paciente a seguir con el tratamiento (Blackwell, 1976; Cross et al., 1980; Cross y Warren, 1984; Johansson et al., 1996; Sheehan y Cross, 1981; Smith, Barzman y Pristach, 1997; Sweeney et al., 1984; Weiden et al., 1991). De este modo, vivir solo, sin pareja o familia que supervise y apoye a la persona bajo tratamiento, al igual que la carencia de apoyo social, influye negativamente en la adherencia (Kelly, Scott, Appel y Mamon, 1987). Así, se encuentra que un 52% de los hombres que viven solos fallan en su tratamiento comparado con el 35% de los que viven con sus esposas (Blackwell, 1976). El 82% de los pacientes que cumplen con su terapia están supervisados por un familiar o un amigo, en comparación con el 46% de aquellos que no tenían supervisión (Blackwell, 1976), encontrándose resultados en la misma dirección en diversos estudios (Cross y Warren, 1984; Montanakis, Markidis, Kontaxakis y Liakos, 1985).

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

3.4. Nivel socioeconómico.

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

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

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

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

3.5. Nivel educativo y condición laboral.

Ligado al nivel socioeconómico bajo aparece con frecuencia un bajo nivel educativo, que también está asociado con problemas en la adherencia al tratamiento (Bischoff y Sprenkle, 1993; Chan, 1984; Fisher, Winne y Ley, 1993; Freire Arteta, 1990; Keck et al., 1996; Smith et al., 1999), aunque hay estudios en los que no han aparecido diferencias significativas con respecto al nivel educativo (Atwood y Beck, 1985; Hershorn, 1993). Pero el efecto es diferente cuando se miden los cambios que los pacientes hacen en la toma de su medicación, de forma que los sujetos con educación elemental cambian su régimen de medicación con menos frecuencia de aquellos que han recibido una educación secundaria o superior (Ruscher, Dewit y Mazmanian, 1997). El estatus ocupacional parece estar relacionado con la continuidad del tratamiento, de modo que personas con bajo estatus son más tendentes a presentar mala adherencia (Verdux et al, 2000), del mismo modo que las personas con empleo atienden más a su tratamiento que los desempleados (Hershorn, 1993). La estabilidad laboral ayuda al cumplimiento del tratamiento (Hershorn, 1993), ya que se ha demostrado que las personas que llevan más tiempo con el empleo actual y cambian con mayor frecuencia de trabajo se adhieren mejor a la terapia, aumentando el paro el riesgo de reingreso

(Oiesvold et al., 2000). Existen investigaciones en las que no se ha encontrado influencia en la adherencia del empleo previo o del estatus laboral (Atwood y Keck, 1985; Buchanan, 1992; Hillis, Eagles y Eagles, 1993).

Si se tienen en cuenta los resultados del meta-análisis de 73 estudios de abandono terapéutico de Sharf (2008), las variables sociodemográficas simples del cliente (edad, género, estado civil y el nivel de educación) son las que están menos relacionadas con el abandono. Sin embargo, variables de proceso como la alianza terapéutica, las expectativas con respecto al tratamiento, la motivación del paciente, , o relacionadas con la personalidad o las actitudes (autoeficacia, hostilidad o impulsividad) son predictoras moderados-fuertes del abandono.

Por otro lado, variables como la severidad de los síntomas o el diagnóstico del cliente, el tipo de tratamiento y el entrenamiento del terapeuta están menos relacionadas con la cese de la terapia. Se pasa ahora, a analizar este último tipo de variables.

4. ABANDONO TERAPÉUTICO Y FACTORES CLÍNICOS Y ASISTENCIALES.

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

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

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

4.1. Diagnóstico de trastornos del humor y de ansiedad.

Los pacientes diagnosticados de trastornos afectivos son los que mejor cumplen con el tratamiento (Bueno Heredia et al., 2001; Matas, Stanley y Griffin, 1992; McEvoy et al., 1984; Pelkonen, Marttunen, Laippala y Lonnqvist, 2000), aunque de nuevo hay autores que han encontrado la asociación contraria (Persons et al., 1988; Steel, Jones, Adcock et al., 2000; Strakowski, Keck y McElroy, 1998). Dentro de los trastornos afectivos la depresión ha sido el más ampliamente estudiado, hallando una correlación significativa positiva entre este trastorno y una buena adherencia terapéutica (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Blouin, Pérez y Minoletti, 1985; Bueno Heredia et al., 2001;

Sparr, Moffitt y Ward, 1993), siendo mejor el cumplimiento en los pacientes con un diagnóstico de depresión mayor que en los pacientes con distimia (Sparr, Moffitt y Ward, 1993). Freire-Arteta (1990) encontró que los pacientes que mostraron un nivel mayor de depresión en la prueba psicológica del MMPI eran más cumplidores que aquellos con un nivel más bajo, hecho constatado en otras investigaciones (Fischer et al., 1993; Graveley y Oseasohn, 1991). Una posible explicación de este fenómeno es que los pacientes con trastorno depresivo tienen un mayor sentimiento subjetivo del dolor psíquico, por lo que están más motivados para llevar a cabo el tratamiento de manera adecuada. En estos trastornos existe una clara conciencia de la necesidad de ayuda, y cualquier intervención que disminuya el sufrimiento del paciente es percibida y sentida como de gran valor.

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

Con respecto a la ansiedad, el patrón es muy similar al presentado en el trastorno depresivo, de forma que los pacientes con altos niveles de ansiedad cumplen mejor con su tratamiento (Bartkó et al., 1988). Al margen de los trastornos afectivos, los pacientes neuróticos con frecuencia presentan un buen patrón de adherencia terapéutica (Blouin, Pérez y Minoletti, 1985; Roberts, 1985).

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

4.2. Abuso de sustancias y/o alcohol.

El abuso de sustancias ha sido ampliamente estudiado en relación con el mal cumplimiento terapéutico (Aagaard, Vestergaard y Maarbjerg, 1988; Bueno Heredia et al., 2001; Danion et al., 1987; Kampman y Lehtinen, 1999; Matas, Stanley y Griffin, 1992; Owen, Fischer, Booth y Cuffel, 1996; Safer, 1987; Sparr, Moffitt y Ward, 1993;

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

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

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

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

En la mayoría de los casos los pacientes con diagnóstico de trastornos inducidos por el consumo abusivo de alcohol o drogas suelen ser hombres, jóvenes, desempleados y mendigos (Drake y Wallach, 1989; Matas, Syanley y Griffin, 1992), lo que contribuye a

que sean los pacientes con estas características socio-demográficas los que presentan las tasas más altas de abandono terapéutico.

4.3. Comportamiento violento.

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

4.4. Gravedad e intensidad de los síntomas.

El no cumplimiento del tratamiento aparece con mucha frecuencia asociado con altos niveles de psicopatología y severidad de los síntomas (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Freire Arteta, 1990; Keck et al., 1996; Persons et al., 1988; Renton et al., 1983; Warner et al., 1994; Verdux et al, 2000). Este hecho también se observa en trastornos somáticos, en los cuales las alteraciones más graves del estado físico incrementan las conductas de no cumplimiento (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Freire Arteta, 1990). No obstante, hay autores que mantienen la opinión de que la severidad de la enfermedad mental no predice de forma eficaz el cumplimiento de la terapia por parte del paciente (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Krulee y Hales, 1988; Steel et al., 2000), existiendo estudios que han encontrado una correlación positiva significativa entre una buena adherencia y un bajo grado de psicopatología (García Cabeza et al., 1999).

El nivel de patología que presenta el paciente puede reflejarse en el número de hospitalizaciones o episodios de la enfermedad. Son precisamente aquellos pacientes con una mayor cantidad de ingresos y un número más elevado de episodios sufridos, los que resultan ser menos cumplidores (Aagaard, Vestergaard y Maarbjerg, 1988; Keck et al., 1996). Pero no todos los autores han encontrado este efecto, e incluso se

ha visto en ocasiones que los sujetos con pocos episodios de la enfermedad presentan un peor patrón de adherencia (Goodwin y Jamison, 1990).

En cuanto a las enfermedades mentales crónicas o de larga duración, se ha comprobado que una corta edad en el momento de comienzo de la misma hace que la adherencia al tratamiento decrezca (Aagaard, Vestergaard y Maarbjerg, 1988; Bueno Heredia et al., 2001; Trepka, 1986), aunque de nuevo existen investigaciones cuyos resultados no apuntan en esta dirección (Keck et al., 1996). Por último, una historia de autolesiones deliberadas aparece fuertemente asociada con el abandono prematuro de la terapia (Hillis, Eagles y Eagles, 1993).

4.5. Presencia de efectos secundarios.

Una gran cantidad de investigaciones se han llevado a cabo para estudiar la influencia que los efectos secundarios a la medicación tienen sobre la adherencia terapéutica. Los hallazgos han sido consistentes: aquellos pacientes que están recibiendo tratamiento farmacológico pueden presentar efectos secundarios, y si estos no son identificados y tratados provocan muchas molestias, lo que contribuye a la reducción del cumplimiento (Awad, 1993; Diamon et al., 1983; Dixon et al., 1992; Falloon, 1984; Fleischhaker et al., 1994; Gerlach, 1994; Herz y Melville, 1980; Hoge et al., 1990; Kampman y Lehtinen, 1999; Keck et al., 1996; Kissling, 1994; Marder, 1998; Olivera, Kiefer y Manley, 1990; Ruscher, de Wit y Mazmanian, 1997; Stoudemire y Thompson, 1983; Swartz et al., 1998; Van Putten, May y Marder, 1984; Weiden et al., 1989). Dentro de estos efectos secundarios, es la acinesia el que más contribuye al mal cumplimiento del tratamiento (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Buchanan, 1991; Fleischhacker et al., 1994). Otros efectos secundarios, como la ganancia de peso o la disfunción sexual, también aumentan la falta de adhesión terapéutica (Fleischhacker et al., 1994). Gerlach (1994), por su parte, mantiene que una de las razones más importantes de incumplimiento es la inducción de efectos secundarios, sobre todo de aquellos que interfieren en el funcionamiento cognitivo del paciente, opinión que es compartida por los pacientes.

La evidente importancia de los efectos secundarios en el no cumplimiento aparece reflejada en el hecho de que los pacientes que no se adhieren al tratamiento citan con relativa frecuencia la aparición de efectos secundarios de la medicación, o el miedo a

que estos aparezcan, como una de las causas del abandono (Bird y Hassall, 1993; Kelly, 1995; Hoge et al., 1990; Roberts, 1985), aunque hay autores que encuentran que únicamente el 7% de los pacientes que interrumpen su tratamiento citan los efectos secundarios como razón de dicha interrupción (Keck et al., 1996). Así, el cumplimiento puede mejorarse considerablemente informando de forma adecuada al paciente acerca de los riesgos y naturaleza de los efectos secundarios y reconcomiendo y tratando los mismos, si no ha sido posible su prevención (Fleischhacker et al., 1994). Pero, aunque no es la norma, hay autores que no han encontrado en sus investigaciones una correlación positiva entre no cumplimiento y efectos secundarios (Hogan et al., 1983; McEvoy et al., 1989; Pan y Tantam, 1989; Pristach y Smith, 1990). Según Adams y Hoge (1993), la explicación de que en ocasiones el cumplimiento no sea pobre, o incluso aumente en presencia de efectos secundarios, es que los pacientes sienten que el tratamiento está actuando, lo que les impulsa a continuar con él, es decir, perciben el beneficio potencial de la medicación.

4.6. Cronicidad.

Los clientes con una mayor cronicidad del trastorno (manifestada por la existencia del problema durante un periodo de tiempo prolongado y por una mayor frecuencia de tratamientos previos) suelen ser pacientes continuadores (Atwood y Beck, 1985; Beck et al., 1981; Blackwell, 1976; Freire Arteta, 1990; Keck et al., 1996). Una explicación plausible es que la cronicidad o duración del trastorno hace que el paciente tenga una mayor conciencia de la enfermedad (Freire Arteta, 1990), debido a una mayor internalización de la misma, lo que le impulsa a continuar con el tratamiento, ya que es consciente de la necesidad que tiene de éste. Pero los resultados no son concluyentes, ya que hay investigaciones en las que no ha encontrado que la duración de la enfermedad se viera asociada con la terminación prematura del tratamiento (Hillis, Eagles y Ealges, 1993), así como estudios en los que la duración del trastorno influye de forma negativa en la adherencia terapéutica (Kahn y Pike, 2001; Persons et al., 1988).

5. LA CONCEPCIÓN CONSTRUCTIVISTA DE LA TERAPIA Y DEL ABANDONO TERAPEUTICO.

Desde la perspectiva constructivista, toda intervención psicológica es un trabajo con la identidad del sujeto, es decir, con el modo en que éste relata o da sentido a su noción de sí mismo (García-Martínez, 2012; Mahoney, 1991; Neimeyer, 1988,). Los conflictos serían, por tanto, ambivalencia o direcciones incoherentes dentro de los esquemas de identidad. El conflicto representa para el sujeto una dificultad y una amenaza a su identidad, es un camino que le dice que puede ser otra cosa distinta a lo que pretende ser (Feixas, Saúl, Ávila y Sánchez ,2001; Saúl 2005), por lo que puede constituirse en un factor predisponente para el abandono o que dificulte la falta de adherencia terapéutica. Según el constructivismo toda visión de la realidad es alternativa, no hay ninguna definición que pueda decir lo que es la realidad en sí. Y esto se aplica también a la identidad del individuo, los problemas aparecen cuando las perspectivas personales dejan de ser funcionales o efectivas, cuando ya no se acomodan a los sucesos a los que se enfrentan. No obstante, a pesar de esa invalidación, los significados atribuidos a la realidad pueden seguir utilizándose ya que son los mejores disponibles (Kelly, 1955). El trabajo terapéutico se centra en la reorganización o elaboración de los significados (García-Martínez, J 2012; Mahoney, 1991; Neimeyer, 1998, 2013) y el terapeuta ejerce de colaborador que acompaña al cliente para mejorar su control estas nuevas reorganizaciones, haciéndolas más viables (Tschudi, 1977) o co-construyéndolas con él (García-Martínez, 2012; White, 2007). El formato terapéutico es crédulo, colaborativo y participativo, hay que entender las alternativas del cliente, incluyendo aquellas que generan los síntomas, ver el sentido que tienen y proporcionar ayuda para que el cliente elabore, a partir de su sistema de significados, una nueva alternativa más eficaz. Aunque diversas escuelas constructivistas han proporcionado técnicas terapéuticas específicas (Kelly, 1955; Neimeyer, 1988; White, 2007; White y Epston, 1993), la esencia de las terapias constructivistas es su formato colaborativo y crédulo, pudiendo aplicarse a casi cualquier técnica con independencia del contexto teórico de la misma (Neimeyer, 2013), lo importante es su viabilidad como método de exploración y trabajo con el sistema de significados del cliente.

Dentro del constructivismo, la teoría de constructos personales asume que los significados son elaborados por los sujetos a partir de bases de significados culturales, sociales y familiares en las que se encuentran inmersos. La construcción adopta un formato bipolar, en el que una faceta de la realidad es descrita, de manera que permite diferenciar un aspecto concreto de la realidad, operar con el mismo y relacionarlo con otros ámbitos. A esas descripciones bipolares se le denominan constructos. Un constructo puede seguir una contraposición semántica habitual (bueno-malo, por ejemplo) o crear contraposiciones peculiares (inteligente-bueno) o aparentemente arbitrarias (justo-rápido) o estar formulado en términos que casi sólo puede entender el sujeto que lo elabora (chungo-basturro, persona marina-persona terrestre), pero siempre tiene funcionalidad para el sujeto. Los constructos están afectados por una serie de criterios funcionales que determinan su ámbito de aplicación y el modo en que pueden expandirse o hacerse más restrictivos (Kelly, 1955). Algunos de los constructos definen de forma fundamental la identidad del individuo (constructos nucleares), de manera que su cambio es más difícil, aunque siempre pueden introducirse matizaciones o modificaciones a través de la expansión o restricción del ámbito de conveniencia (o grupos de fenómenos a los que los constructos pueden aplicarse). Los constructos nucleares suelen ser supra-ordenados, en el sentido de que influyen otros constructos que son mucho más específicos y de baja jerarquía.

Estas funcionalidades de los constructos son universales, por lo que pueden ser estudiadas en todos los sujetos, pero los contenidos son siempre individuales (Kelly, 1955). Aunque los constructos pueden ser evaluados de múltiples formas (Neimeyer, 1996), la técnica más utilizada para ello es la rejilla (Kelly, 1955). La rejilla es una entrevista en la que se ponen en relación varios personajes o situaciones relevantes en la vida del cliente (llamados elementos y que gráficamente se colocan en las columnas de una matriz de datos) con los significados o constructos atribuidos a esos elementos (que gráficamente se colocan en las filas de la matriz de datos). Para generar un constructo los elementos se comparan de dos en dos (procedimiento diádico) o en ternas (procedimiento tríadico). Posteriormente el sujeto designa el polo que corresponde a cada elemento para todos los constructos generados. Los procedimientos de asignación suelen utilizar escalas likert de longitud impar (3, 5, 7, 9)

de manera que el valor central de la escala se usa para determinar un elemento que esta equidistante de ambos polos. A medida que el elemento se acerca más uno de los polos, el valor que se le otorga está más cercano a los puntos extremos de la escala likert. Por ejemplo, para una escala likert de 7, si el elemento madre se considera bastante bueno, dentro del constructo bueno-malo, tendría un valor de 2; si para ese mismo constructo el elemento jefe se considerara muy malo, tendría un valor de 7. La rejilla se ha corregido con distintos criterios estadísticos (Fransella, Bell y Bannister, 2004), en la actualidad uno de los más utilizados es el basado en los análisis de correspondencias (Feixas y Cornejo, 1996).

Desde la perspectiva constructivista hay pocos estudios realizados sobre el abandono terapéutico, aunque sí se encuentran en distintos trabajos referencias, hipótesis y algunos resultados sobre variables que podrían estar relacionadas con el abandono. Esto es especialmente cierto cuando se analiza el papel de los conflictos cognitivos en la salud mental. Los conflictos cognitivos se definen como aquel conflicto psicológico que se plantea en el sujeto ante el deseo del abandonar una situación desagradable (en algunos casos sintomatológica), pero que al mismo tiempo le supone alguna clase de ventaja (Feixas, Saúl, Ávila y Sánchez, 2001). La idea de conflicto o dilema es bastante antigua en el constructivismo. Está en la base del concepto de coherencia de la narrativa (Bruner, 1991; Garcia-Martínez, 2012; McAdams, 2006), una historia identitaria sólo es viable si no es básicamente contradictoria. En la tradición de constructos personales, se retrotrae a Hinkle (1965), que estudió el modo en que la adopción de un polo en un constructo determina el modo en que se eligen los polos de otros constructos. Hinkle utilizó por primera vez la noción de dilema implicativo que entendía como una implicación ambigua entre constructos generada por la confusión de los contextos en los que se utilizan o por el uso de una misma etiqueta verbal para describir dos o más constructos diferentes. No obstante, la propia noción de dilema ya está presente en el propio Kelly (1955), ya que entendía que los constructos que se han demostrado disfuncionales pueden seguir utilizándose si son la mejor alternativa disponible. Puesto que toda demanda del contexto requiere una acción (una atribución de significado), es mejor atribuirle un significado poco funcional que no atribuirle ninguno. Esa elección es un dilema, no una paradoja. La persona tiene que elegir qué constructo usar y siempre usará el mejor disponible, aunque sea inadecuado. Otros

autores de la psicología de constructos también han intentado definir los dilemas, Ryle (1979) los entiende como falsas dicotomías (por ejemplo, justo-manipulable) o implicaciones falsas (por ejemplo, si soy una persona abierta, entonces quedo indefenso) que restringen las posibilidades de elecciones; Tschudi (1977) entiende que el dilema implicativo es el bloqueo causado por un constructo que imposibilita el cambio deseado en otro, lo que lleva a un funcionamiento recurrente o circular.

Los trabajos pioneros de Winter y Tschudi fueron posteriormente ampliados por el grupo de Guillem Feixas (Feixas y Saúl, 2004; Feixas, Saúl, y Ávila, 2009; Feixas y Compañ, 2015). Feixas distingue tres tipos de conflictos cognitivos que pueden ser analizados usando la técnica de rejilla: a) los constructos dilemáticos; b) los conflictos triádicos entre constructos; c) los dilemas implicativos.

Los constructos dilemáticos, que son aquellos en los el sujeto no se puede ubicar en un polo del constructo para el elemento yo-ideal. Lo que se concreta en puntuar el constructo para ese elemento con el valor central de la escala likert que se haya elegido. Se supone que esta dificultad de ubicación hace poco operativo el sistema, ya que el sujeto no se sabe hacia que polo orientarse. Pero, por otro lado, a veces el valor central representa justo la decisión del sujeto (*in medio est virtus*). Esto no puede saberse más que preguntando al sujeto. En este estudio, no se van a considerar los estudios dilemáticos. Por ejemplo: Yo-Ideal para el constructo bueno-malo, valor= 4 (escala 1-7).

Los conflictos psicológicos entre tríadas de constructos (Feixas y Cornejo, 1996). Operativamente se trata de tres constructos que correlacionan negativamente entre sí o bien de dos correlaciones positivas y una negativa (Sheehan, 1981). Un ejemplo sería el siguiente: en la rejilla de una paciente se encuentran estos tres constructos justa-injusta; eficaz-ineficaz y segura-insegura. Las correlaciones serían las siguientes justa-eficaz, -.40; eficaz-segura, -.32; y segura-justa, -.35. Esto implica que una persona justa tendería a ser ineficaz; la persona ineficaz tendería ser segura, pero la persona segura tendría a ser injusta y así sucesivamente. Originalmente se entendía que esto hacía a la persona poco operativa a la hora de enfrentarse a situaciones relativamente complejas en la que estuviesen involucrados al mismo tiempo todos o parte de los constructos de la tríada. No obstante, no hay evidencia empírica de que los conflictos

trádicos tengan predigan o medien en distintas dificultades psicológicas, por lo que cada vez se utilizan menos en investigación. Tampoco se usarán en este estudio.

Los dilemas implicativos son incoherencias entre pares de constructos (Feixas y Saúl, 2004; Feixas, Saúl, y Ávila, 2009; Feixas y Compañ, 2015). En las rejillas los constructos se puntúan para los distintos elementos y los elementos críticos para la detección de dilemas son yo-actual y yo-ideal. Es decir, los constructos sólo pueden llegar a ser dilemáticos cuando afectan a la identidad, valorada a través de lo que la persona dice ser (yo-actual) y lo que desea ser (yo-ideal). Cuando un constructo se aplica de modo satisfactorio a ambos elementos es un constructo congruente (lo que se es y lo que se desea ser coinciden). Pero a veces hay constructos discrepantes en los cuales lo que la persona dice ser en yo-actual, es lo opuesto a lo que se desea ser en yo-ideal. Cuando un constructo discrepante y otro congruente están correlacionados positivamente de una forma relativamente fuerte (los valores de correlación que se suelen usar son de .20 para muestras no clínicas y de .35 para muestras clínicas), se produce un dilema implicativo, ya que el cambio en el constructo discrepante (que podría suponerse el foco inicial del tratamiento) genera también un cambio en una dimensión egosintónica de la identidad, cambio este no deseado por el sujeto. Esta asociación supone un bloqueo en las perspectivas de cambio, por las consecuencias negativas para la identidad que supondría la variación (Sánchez y Feixas, 2001). Un ejemplo con un caso de una mujer maltratada por su pareja: ella desea ser más resolutiva (quiere cambiar a una posición de más capacidad de decisión) frente a su identificación como sumisa. Este sería el constructo discrepante sumisa-resolutiva, pero este constructo está fuertemente asociado ($r = .65$) con el constructo comprometida con los suyos-egoísta que es altamente congruente. En la medida que se vuelva resolutiva, se transformará en una persona egoísta, lo que bloquea sus posibilidades de cambio. El trabajo con los dilemas permite respetar en primera instancia la coherencia del mundo de significados del cliente y sirve para localizar aspectos a cambiar de forma aceptable por este. El dilema es una dimensión estructural y formal, que se encuentra asociada con prácticamente el doble de frecuencia a cuadros clínicos que a la población normal (Saúl, 2005).

Feixas, G; Montesano A; et. al (2014a) estudiaron los dilemas de 57 participantes que cumplían con los criterios para el espectro del trastorno depresivo y los

compararon con 496 sujetos control no clínicos. Este estudio reveló que casi el 60% de la muestra clínica presentaba al menos un dilema implicativo en sus rejillas, en comparación con el 39% de los sujetos controles. Los participantes con dilemas mostraron niveles más altos de síntomas depresivos y en el Índice Global de Gravedad o Severidad (SCL-90-R) que los que no tienen ningún dilema implicativo en sus rejillas.

La relevancia de los dilemas implicativos como indicador de la salud mental es un hallazgo suficientemente constatado, ya que siempre se encuentran más dilemas en poblaciones clínicas que en muestras no clínicas o comunitarias (Benasayag, Feixas, Mearin, Saul, y Laso, 2004; Feixas, Cipriano, y Varlotta, 2007; Feixas, Montebruno, Dada, Del Castillo, y Compan, 2010; Feixas, Saul, y Avila, 2009; Melis et al. 2011).

Los trabajos sobre dilemas implicativos empiezan, en realidad, con la serie de estudios exploratorios que David Winter (1988, 1989) realizó sobre los motivos del abandono en tratamientos de entrenamiento en habilidades sociales y sobre el fracaso de este tipo de intervenciones. ¿Por qué ofreciendo estos tratamientos en habilidades específicas a sujetos con déficits relacionales, e incluso deseando estos adquirir dichas habilidades, abandonan o fracasan en los programas que les pretenden ayudar a adquirirlas? Winter, al estudiar el sistema de construcción de estos sujetos encontró que todos ellos se entendían a sí mismos en términos relacionados con la idea de ser “*buenas personas*”, pero que construían al tipo de personas con habilidades sociales como personas con “*poca ternura*”, “*demasiado enérgicas*”, con “*baja moralidad*”, “*cerradas a alternativas*”, y altamente egoístas. Todos estos términos eran opuestos, desde la visión de los pacientes, a la noción del buena persona”. Estos pacientes se encontraban en un conflicto cognitivo, un dilema (del que a menudo no son conscientes) entre mantener el *status quo*, seguir siendo una “*persona tímida*” pero al menos una “*buen persona*”, o llegar a ser una clase persona indeseable desde su modo construcción, una persona que no tiene en cuenta a los demás. Este autor (Winter, 1988, 1989), comenta que cuanto mayor sea la extensión de los dilemas, mayor es la dificultad experimentada por dichos pacientes en la situaciones sociales, mayor la probabilidad de que rechacen tales situaciones, y menor la posibilidad que se construyan a sí mismos como competentes socialmente. Cuando este autor examina la estructura de significados de estos pacientes descubre en rejillas iniciales, que para el 80 % de los casos, la competencia social que se pretende conseguir lleva

consigo alguna implicación negativa en términos de los constructos del paciente. Winter (1991) revisó posteriormente distintos estudios donde encontró que el éxito terapéutico está positivamente relacionado con el decremento de este tipo de conflictos cognitivos.

Por otro lado, en la investigación de Dorough et al. (2007) se analizaron variables que pueden afectar al bienestar psicológico y que pueden influir en el abandono de la terapia. Estos autores utilizaron una muestra no clínica y encontraron correlaciones significativas entre el porcentaje de los dilemas que cumplían los criterios de $r=.20$ y $r=.35$ y la medida de la ansiedad tal y como la evalúa la lista de verificación H-SCL (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, y Covi, 1974a, 1974b) ansiedad mediante un 0,35 criterio de relevancia. Sin embargo, no fueron capaces de encontrar otras correlaciones entre el porcentaje de dilemas y otros indicadores sintomatológicos de la lista H-SCL, ni con la medida de depresión de la Escala del Centro de Epidemiología (CES-D; Radloff, 1977), ni con la autoestima, tal y como la valora el Inventario de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). En este trabajo también se encontró que los dilemas implicativos explicaban una cantidad significativa de la varianza de la ansiedad por encima de la explicada por la auto-discrepancia.

Un resultado semejante se encuentra en un estudio de García-Martínez, Orellana-Ramírez y Guerrero-Gómez (2012), en el que las mujeres maltratadas que presentaban dilemas obtenían valores significativamente más altos que las no dilemáticas en el indicador de sensibilidad interpersonal de la escala SCL.

Un estudio posterior de Feixas y colaboradores (2014b) sobre el análisis de contenido de los constructos personales de los pacientes ofrece una imagen más clara de cómo los dilemas implicativos podrían estar involucrados en el mantenimiento de los síntomas. Según estos investigadores, estos conflictos estarían relacionados con la identidad de los pacientes deprimidos y su cambio implica que los síntomas mejoran a costa de que se incrementen cualidades no deseadas, fundamentalmente valores morales o estilos relacionales no aceptables para ellos. Es decir, básicamente el mismo fenómeno que Winter (1988) encontró en las personas sin habilidades sociales. Este hallazgo refuerza la hipótesis de que la probabilidad de cambio es menor a menor que los síntomas se traten en un contexto terapéutico que tenga en cuenta las repercusiones de los dilemas.

Según Badziński y Anderson (2011), los dilemas implicativos, tal como los definen Feixas, Saúl y Ávila (2009) o Dorrough et al. (2007), ofrecen una posible explicación de por qué las personas pueden permanecer en un estado no deseado debido al costo del cambio. Los clientes no toman en cuenta la potencial relevancia de los dilemas implicativos, ya que pueden percibir que el estado del yo que desean esta fuera de su alcance, lo que posiblemente acelere el abandono, al considerar la expectativa de cambio muy baja.

6. LA TÉCNICA DE LA REJILLA.

6.1. Una visión general de la técnica de la rejilla.

La Técnica de Rejilla (TR) es un procedimiento de evaluación de las dimensiones y estructura del significado personal. Fue elaborada por George A. Kelly (1955) como derivación de la teoría de constructos personales con el nombre de “*reptest*”. Desde entonces han surgido una gran cantidad variaciones, tanto en formato de administración como en los métodos de análisis, que han permitido su continuo perfeccionamiento y su aplicación más allá de su contexto inicial (evaluación de la personalidad y psicología clínica). La TR se usa ahora en campos tan diversos como el asesoramiento vocacional, la psicología educativa, el trabajo con las organizaciones, la inteligencia artificial, la apreciación del paisaje y el estudio antropológico de tribus urbanas y primitivas (Feixas y Botella, 2003; Saúl 2005). Para Rivas (1981), el enfoque idiográfico de esta técnica enlaza con la vieja idea teórica defendida insistentemente por Allport (1931, 1937) sobre el estudio de la personalidad desde la propia subjetividad individual. Desde la teoría de constructos personales se transmite una visión del ser humano como constructor de significados o, como sugiere el propio Kelly, como un científico que construye su teoría acerca de sí mismo y del mundo. La personalidad se estructura de acuerdo con los constructos que emplea para dar significado a su experiencia y para anticipar su futuro (planes, proyectos, etc.) (Feixas y Botella, 2003). De este modo, el objetivo de la técnica es explorar, a través de una entrevista estructurada, el contenido de las teorías implícitas o redes de significados a través de los cuales una persona percibe y actúa en el acontecer cotidiano (Feixas y Cornejo, 1996). Para Kelly, esas teorías implícitas están articuladas en torno a los constructos personales, distinciones que trazamos en la experiencia, por ejemplo, al distinguir entre alguien que es “amable” de otro que es “grosero”. Son distinciones bipolares que una vez formadas sirven para canalizar anticipaciones, percepciones y acciones. El verdadero proceso de creación de tales distinciones da a los acontecimientos existencia fenoménica, permitiéndoles contrastar el contorno de los acontecimientos (Neimeyer, 1993).

Rivas (1981) señala en su revisión bibliográfica sobre esta técnica que los trabajos que la usan comienzan a aparecer en los años 60 del siglo XX. Neimeyer (1985)

encuentra que es la técnica de evaluación constructivista más utilizada y más desarrollada. Como señalan Neimeyer, Baker y Neimeyer (1990; citado en Feixas y Cornejo, 1996), de las mil setecientas publicaciones que han producido los psicólogos e investigadores de constructos personales hasta la fecha de su revisión a principios de los noventa, el 60% la utiliza. Feixas y Botella (2003) cifran en más 2000 los estudios que han utilizado esta técnica. No obstante, como señala Rivas (1981), es curioso constatar los trabajos de la primera época se publicaron sobre todo en revistas de psicología clínica y de psiquiatría y de ámbito fundamentalmente británico (*British Journal of Psychology*, *British Journal of Psychiatry*; *British Journal of Social and Clinical Psychology*) y rara vez en revistas especializadas en medición o evaluación psicológica. Desde 1988, año en que se fundó el *Internacional Journal of Personal Construct Psychology* (que a partir de 1994 se denominó *Journal of Constructivist Psychology*), esta revista aglutinó gran parte de las publicaciones sobre TR. Junto con la revista electrónica *Personal Construct Theory & Practice*, suelen ser los principales canales de salida de la producción de estudios relacionados con la TR.

La modalidad de rejilla utilizada en este trabajo ha sido la rejilla de relaciones interpersonales (Feixas y Cornejo, 1996; Rivas y Marco, 1985), que es la más utilizada en psicología de la personalidad y en el ámbito clínico.

A continuación pasamos a desarrollar como se diseña este tipo de rejilla. Se pueden consultar otras modalidades de rejilla en los trabajos de Fransella, Bell y Bannister (2003), Feixas, Procter y Neimeyer (1993), y Winter (1992).

6.2. Administración de la TR.

La TR consiste en una entrevista estructurada que sigue tres pasos: selección de elementos, elicitación de constructos y asignación de las puntuaciones a cada constructo para cada elemento con el que se cruza en la rejilla.

En el ámbito clínico se suele aplicar en la segunda o tercera entrevista con el cliente. Las primeras sesiones (entrevistas clínicas puras y duras) ayudan al psicoterapeuta a explorar el mundo de significados del sujeto y a ir identificando aquellos constructos y elementos que aparecen más significativos en el sistema de construcción del paciente. El criterio clínico ayudará, en el momento en el que se esté utilizando la técnica, a proponer alguno de estos constructos si no apareciese durante la aplicación.

Fase 1. Obtención de los elementos.

Los elementos son el equivalente a las preguntas. Son los fenómenos sobre los que se va a indagar al cliente. Se seleccionan entre las personas significativas en la vida del sujeto (padre, madre, hermano, hermana, amigo, etc.) o entre facetas importantes de su vida (yo-con síntomas; yo antes de la crisis, yo en el futuro, etc.) que se han detectado durante las primeras entrevistas o que son mencionados expresamente por el cliente. Pueden extraerse también de un genograma. Siempre deben estar presentes los elementos yo-ahora y yo-ideal, ya que de su contraste surgirán potenciales dilemas.

Una vez seleccionados, se anotan en las columnas de la matriz de datos. Opcionalmente pueden anotarse también en unas tarjetas, que servirán luego para la elicitación de constructos. El número mínimo de elementos recomendado es de diez, pero los mejores resultados se obtienen entre 12-15 elementos. El tiempo de administración no es mucho más largo y la riqueza de contenido es mucho mayor.

En general, cuando se construye una rejilla para investigación, como la del presente estudio, los elementos se eligen de forma que puedan concretarse de varias maneras para distintos sujetos. Por ejemplo, se sustituyen los elementos tipo “hermano” por “familiar relevante” y se asignan elementos del tipo “persona significativa 1, persona significativa 2”, de modo que el cliente pueda identificar a personajes de su propia experiencia en el catálogo general que se le presenta. Sólo elementos que se pueden estar presentes con total seguridad en la vida de una persona aparecen como tales: yo ahora, padre, madre, yo con el problema, yo ideal. El elemento pareja suele estar presente, pero se genera un árbol de posibilidades de elección en el caso de que actualmente el cliente no la tenga.

Fase 2. Elicitación de los constructos.

Los constructos son el equivalente a las respuestas. Se generan comparando los elementos por tríadas o díadas. La comparación tríadica busca asignar a dos elementos un polo de un mismo constructo y el otro polo, al tercer elemento. En el caso de la nuestra rejilla se ha utilizado el procedimiento diádico, que compara parejas de elementos. Se seleccionan los elementos en parejas y se le pregunta al sujeto “en qué se parecen esos dos elementos” o “en qué se diferencian”.

Si el sujeto nos dice en qué se parecen debemos preguntarle a continuación qué sería para él lo opuesto, para recoger los dos polos del constructo. Si el sujeto nos dice en qué se diferencian esos dos elementos, ya tenemos los dos polos, ya que el formato de esa respuesta siempre es *A es X, pero B es Y*, donde X-Y son los polos del constructo y A-B los dos elementos. Habitualmente se pregunta tanto por similitudes como por diferencias para elicitar más de un constructo por cada díada.

Evidentemente hay que hacer una preselección de comparaciones, ya que las combinaciones posibles de 15 elementos son muy numerosas. El criterio de selección es clínico, pero debe contemplar estos criterios: a) los constructos más importantes (yo, yo con el problema) o los relacionados con la demanda (por ejemplo, la pareja si es una terapia de este tipo) se usan más veces; b) todos los elementos deben aparecer al menos en una diada; c) los elementos no experienciables (del tipo del yo-ideal) no se incluyen en las díadas.

A lo largo de la recogida de constructos, hay que excluir no sólo constructos superficiales (“alto-bajo”, “joven-viejo”) y también los que ya han sido mencionados en díadas anteriores. La elicitación concluye cuando se produce la saturación o dificultad para que aparezcan constructos nuevos. Feixas y Botella (2003) aconsejan obtener al menos de diez constructos. El número máximo puede ser muy variable, llegando en algunos casos a los treinta. En el casos de las rejillas de investigación (donde se administra el mismo formato de rejilla a todos los miembros de una muestra) se busca una rejilla cuadrada (el mismo número de constructos que de elementos) o al menos una rejilla proporcional (con la misma fórmula elementos x constructos para toda la muestra). La administración cesa cuando se consigue el formato de rejilla buscado.

Fase 3. Asignación de puntuaciones.

Una vez se han completado en la hoja de recogida de datos los elementos y constructos elicitados, el terapeuta puede empezar a rellenar las casillas, preguntado al sujeto cómo valora el elemento (por ejemplo, “padre”), en función de si es definido por el polo derecho o izquierdo del constructo de acuerdo con la escala. Pero a medida que el entrevistado se habitúa al sistema de puntuación puede rellenarlo por si mismo/a. Todos los elementos, incluido yo ideal, deben valorarse para todos los constructos.

Otro parámetro ya determinado en el diseño establecido es el sistema de puntuaciones que el paciente va a utilizar (dicotómico, ordinal o de intervalo) para clasificar a los elementos entre los polos de los constructos elicitados. Esta elección influirá en la potencia del análisis matemático, así como en la duración y complejidad de la administración. Nosotros utilizamos una escala tipo Likert de siete puntos. Los valores del 1 al 3 se usan para graduar aquellos elementos que son asignados a los polos izquierdos de los constructos; el valor cuatro se usa para puntuar a los elementos que no pueden ser asignados a ningún polo; y los valores del 5 al 7 se otorgan a los elementos que se asignan a los polos derechos. Las puntuaciones siguen esta lógica: 1. Muy del polo izquierdo; 2. Bastante del polo izquierdo; 3. Un Poco del polo izquierdo; 4. Ni una cosa ni otra, ninguno de los dos polos; 5. Un poco del polo derecho; 6. Bastante del polo derecho; 7. Muy del polo derecho.

En la figura 6.1, el elemento yo-ahora es visto por el propio entrevistado como “muy desconfiado” y la madre como “muy dócil”. Una vez completado el protocolo queda la tarea de análisis, basada en sintetizar y analizar la riqueza de impresiones y valoraciones que el sujeto ha ido expresando.

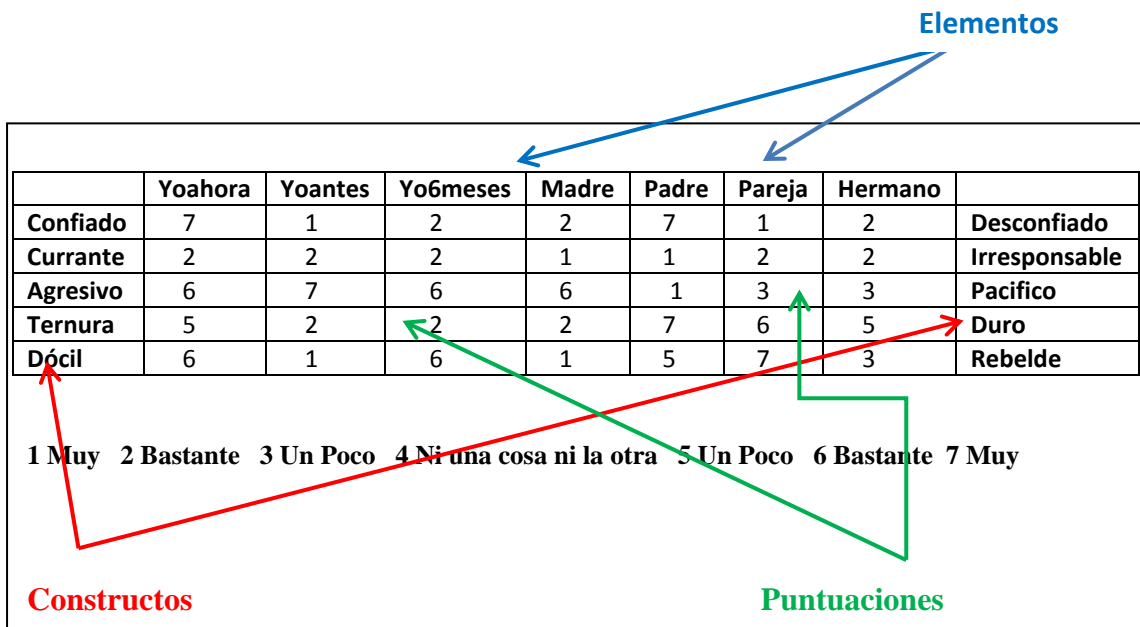


Figura 6.1. Componentes de una rejilla

Interpretación de los datos.

Una vez que se ha administrado la rejilla, nos encontramos con una matriz de datos cuyo tamaño depende del número final de constructos y elementos que hayamos utilizado. Desde esta matriz inicial podemos obtener algunas impresiones sin necesidad de realizar análisis estadísticos como es el uso de constructos idiosincrásicos, las implicaciones conductuales de los constructos o su contenido temático (Feixas, Geldschläger, Carmona, y Garzón, 2002).

Lo habitual es aplicar a la matriz de datos con algún tipo de análisis estadístico. Existen varios paquetes informáticos al efecto: INGRID (Slater, 1972), FOCUS (Thomas y Shaw, 1976), GAB (Higginbotham y Bannister, 1983), CIRCUMGRIDS (Chambers y Grice, 1986), G-PACK (Bell, 1987), REPGRID (Shaw, 1989), FLEXIGRID (Tschudi, 1984, 1995), RECORD (Feixas y Cornejo, 1996), etc. También a través de Internet podemos acceder a algunos de estos programas como el WebGrid de Brian Gaines de la Universidad de Calgary, a través de la dirección <http://tiger.cpsc.ucalgary.ca/webgrid/>

En nuestra tesis hemos utilizado el programa RECORD v. 4.0 (Feixas y Cornejo, 2002) elaborado en la Universidad de Barcelona, cuyo manual operativo (ligeramente distinto de la versión 2.0) está disponible en www.terapiacognitiva.net/record. En ese mismo portal de internet está disponible también la versión RECORD v 5.0. Esta versión 5.0 utiliza un análisis de distancias de tipo euclidiano.

6.3. Índices de medida de la rejilla.

6.3.1. Análisis cualitativos y pragmáticos.

Es el primer tipo de aproximación que permiten las puntuaciones asignadas en la rejilla. De hecho, la propia administración ya proporciona mucha información cualitativa sobre el entrevistado (tiempo de demora en la respuesta, respuestas no verbales...). Botella y Feixas (1998) proporcionan algunas guías útiles para llevar a cabo este tipo de análisis de forma más sistemática:

- a) *Número de elementos.* Aporta información sobre la extensión de la red de relaciones interpersonales del paciente o, más en general, sobre la extensión del dominio de la experiencia en que se encuadran los elementos.
- b) *Número de constructos.* Proporciona una primera impresión de la complejidad del sistema de construcción del paciente. En principio, un paciente que disponga de un

sistema de constructos diferenciado (es decir, con bastante cantidad de ellos) posee bastantes formas de anticipar sucesos y construye su mundo interpersonal de forma multidimensional. Sin embargo, un paciente que sólo consiga elicitar siete u ocho constructos nos da una imagen de alguien con menos alternativas disponibles y con una percepción de su mundo interpersonal francamente reducida.

- c) *Contenido temático de los constructos.* Se han elaborado distintos procedimientos de analizar el contenido de los constructos, el sistema más reciente y completo para realizar un análisis de contenido de los constructos de la rejilla ha sido desarrollado por Feixas, Geldschläger, Carmona, y Garzón (2002). A grandes rasgos, este sistema distingue entre seis grandes áreas: moral, emocional, relacional, personal, intelectual/operacional, y la de valores e intereses. Dentro de cada área se distinguen entre 3 y 10 categorías según el área. La presencia de varios constructos con un mismo contenido temático subyacente indica cuáles son las áreas del sistema de construcción del paciente con un mayor grado de estructura y de mayor relevancia personal. Al mismo tiempo, la ausencia de constructos en una determinada área puede indicar áreas poco elaboradas.
- d) *Alternativas conductuales ofrecidas por los constructos.* La consideración de los constructos personales como “avenidas de movimiento” o “guías para la acción”, lleva a plantearse qué alternativas quedan abiertas a la conducta del paciente. En este sentido son especialmente relevantes los constructos que presenten dos polos igualmente deseables o indeseables, dado que plantean el conflicto de que se escoja el polo que se escoja, siempre se pierde algo.
- e) *Constructos idiosincrásicos o sorprendentes.* La presencia de constructos sorprendentes e inusuales, bien sea en su totalidad (“místico-terrenal”, “del culto ajeno”) o por uno de los opuestos (“conformista-neo-psicodélico”, “bueno-inteligente”) sugiere un nivel de idiosincrasia que puede plantear dificultades en la comunicación entre el paciente y los demás. Pero también son una vía para elaborar un análisis más detallado el mundo de la persona.

6.3.2. Índices Estructurales.

Son variables estructurales de la rejilla y permiten una comparación transindividual. Casi todos los estudios comparativos de la rejilla están referidos a estos índices y a su relación con otras variables psicológicas (intensidad de la psicopatología, tipos de diagnóstico, índices de cambio, etc.). Se suelen dividir en dos grupos: las medidas de construcción del sí mismo y los indicadores de estructura cognitiva. Revisiones muy adecuadas de los mismos se pueden encontrar en Feixas y Cornejo (1996) o en Winter (1992).

6.3.2.1. Medidas de la construcción del sí mismo.

Estas puntuaciones reflejan básicamente lo que el sujeto dice ser y sus semejanzas-diferencias respecto a cómo valora el resto de elementos.

- a) *Autodefinición*. Señala los constructos en los cuales el sujeto se posiciona claramente en uno de los polos (valor 7 o valor 1 en la escala que utilizamos). Es lo que el sujeto dice ser.
- b) *Discrepancia*. Señala los constructos en los cuales existe una diferencia notable (de 4 o más puntos, en nuestra escala) entre el “yo” y el “yo ideal”. Es lo que el sujeto desea ser, pero no es.
- c) *Congruencia*. Señala los constructos que no se diferencian más de un punto entre el “yo” y el “yo ideal”. Posiblemente señala constructos más nucleares, que definen el sí mismo del sujeto y que este no desea cambiar.
- d) *Autoestima*. Es la correlación tipo pearson entre los elementos “yo” y “yo ideal”. Se interpreta como una medida de autoestima que proporciona una apreciación cuantitativa de cómo se valora la persona en sus propios términos. Alternativamente se puede utilizar el valor de distancia entre ambos elementos puesto que la correlación puede producir un artefacto estadístico basado en los patrones de covarianzas. Así, la distancia entre “yo” y “yo ideal” es considerada más intuitiva, gráfica y descriptiva.
- e) *Correlación Yo-Otros*. El elemento-contenedor “otros” es un nuevo elemento creado a posteriori a partir de la media de las puntuaciones otorgadas a todos los elementos menos el “yo” y el “yo ideal”. Una baja correlación entre el elemento “yo” y el “otros” podría considerarse como una medida de aislamiento social auto-

percibido, es decir el sujeto se construye a sí mismo como distinto. Al igual que en el caso anterior, la distancia puede ser una medida alternativa más adecuada de la misma variable.

- f) *Correlación Ideal-Otros*. Es una medida del grado auto-percibido de adecuación social. Puede ser también sustituida por la distancia correspondiente. Las distintas combinaciones de estas tres correlaciones producen tipologías que pueden ser adecuadas diversos estudios. Por ejemplo: un valor positivo en las tres correlaciones daría un perfil de positividad; valores positivos en la relación ideal-otros, pero negativos en yo-ideal y yo-otros, generarían un perfil depresivo, etc.

6.3.2.2. Medidas de la estructura cognitiva.

Los siguientes son índices basados el patrón de puntuaciones efectuadas por el sujeto de las que se infieren algunas características estructurales del sistema de constructos o acerca del peso de un constructo determinado:

- a) *Índice de indefinición*. Consiste en el porcentaje de puntuaciones medias (p. ej., “4” en una escala de 7 puntos), en las que no le ha sido posible al sujeto situar un elemento en uno u otro polo del constructo. Un porcentaje muy alto de indefinición indica una dificultad operativa del sistema de construcción, al no poder dar sentido a los elementos de una forma significativa. En casos concretos puede representar una decisión genuina del sujeto que efectivamente, considera, que la ubicación más adecuada es el punto medio entre dos extremos.
- b) *Índice de polarización*. Indica el porcentaje total de puntuaciones extremas (p. ej., 1 ó 7 en una escala de 7 puntos) de la matriz de datos. El uso de puntuaciones extremas en rejillas con constructos elicitados puede reflejar el grado de significación subjetiva de los constructos y los elementos (Bonarius, 1977). Así, en el caso de un constructo muy polarizado, sugiere que se trata de un constructo muy significativo o claro, en el sentido de que permite definir con sus valores máximos a la mayoría de los elementos. Por otra parte, cuando se toma en su valor global, puede indicar el grado de rigidez o extremosidad, lo cual se ha asociado a rasgos patológicos del sujeto (Neimeyer, 1985; Neimeyer y Feixas, 1992). Probabilísticamente es el porcentaje esperado por azar de usar los valores extremos de una escala. En el caso de que un sujeto utilice por igual todos los puntos de la

escala, la polarización probable sería $2/N$ (dónde N es la longitud de la escala utilizada. En el caso 7 puntos sería de $2/7 = 28,57\%$. Por tanto, valores en torno al 30% se consideran normales. Superiores al 40% se consideran muy polarizados y por debajo del 20%, muy poco polarizados. Este índice es uno de los que suele mostrar mejores relaciones con variables ajenas a la rejilla.

- c) *Diferenciación cognitiva*. La diferenciación cognitiva hace referencia al número de dimensiones disponibles en el sujeto para construir eventos. Existe una variedad de índices concretos para la medida de la misma en la literatura, muchos de ellos basados en la TR (Feixas y Cornejo, 1996; Rivas y Marco, 1985). Existen varias alternativas operativas para calcular la diferenciación:
- i. Porcentaje de varianza explicada por el primer factor (PVEPF). Es el producto de aplicar análisis factoriales o de correspondencias a la rejilla. En la medida en que emergen diferentes factores, la capacidad explicativa del primer factor sobre la nube de datos da una idea del grado en que la construcción es multidimensional. Si el porcentaje es alto, una sola dimensión da cuenta de la diversidad del sujeto, lo que implica que este no es diferenciado. No se ha establecido una baremación para esta medida, pero en el estudio de Feixas, Bach y Laso (2004) se informa de que la muestra clínica ($n = 422$) proporciona valores más altos ($x = 45,62$; $dt = 0,51$) que la no-clínica ($n = 304$, $x = 43,24$; $dt = 0,61$). Parece que los porcentajes de normalidad se sitúan en torno al 45%
 - ii. *Índice de Intensidad de Bannister (1962a)*. Propuesto como una medida de laxitud o rigidez del sistema de constructos. Se basa en la fuerza de las correlaciones entre los constructos, hecha operativa a través de la suma del valor absoluto de la correlación de cada constructo con todos los demás. Puede promediarse para todos los constructos a fin de encontrar un valor global del sistema y calcularse también para los elementos. A mayor puntuación, mayores son las correlaciones entre los constructos y, por tanto, se asume que el sistema presenta un menor nivel de diferenciación cognitiva (Feixas, Bach y Laso; 2004). Así, la intensidad total de los constructos como índice global, mide la similitud funcional entre los constructos, es decir, en qué medida varios constructos discriminan lo mismo, en qué medida existe unidimensionalidad en la construcción del sujeto. En el estudio realizado por Feixas, Bach y Laso (2004) se muestra que este índice correlaciona PVEPF y se

recomienda usar este segundo. Tomado cada dato de forma individual, comparando la intensidad de un constructo con todos los demás, se puede considerar como indicador de la centralidad o importancia del constructo.

- iii. Índice de Bieri (1955). Fue el indicador más común hasta finales de la década de los setenta. Mide simplemente "el número relativo de dimensiones de valoración que emplea una persona" (Bieri, 1955, p. 122). Aunque se presentó como un índice de complejidad cognitiva (es decir del modo en que el sujeto relaciona entre sí dimensiones diferentes), actualmente es considerado como una medida de diferenciación cognitiva, por tanto, de mera evaluación de las dimensiones disponibles. Feixas, Bach y Laso (2004) encontraron que muestra un débil patrón de asociación con los otros dos indicadores posibles de diferenciación, el PVEPF ($r = 0.22$) e la Intensidad ($r = 0.14$). Esto quiere decir que el índice de Bieri mide algo distinto a las otras dos medidas y, por lo tanto, que su validez convergente está seriamente comprometida. Por el momento, sugieren de no se cuente como medida de diferenciación hasta que se clarifique su significado psicológico o utilidad.
- iv. *Construcciones funcionalmente independientes* (FIC). Es un indicador del número de elementos y constructos que están agrupados entre sí e indica el nivel de complejidad de la construcción. Operativamente es el número de agrupaciones funcionales (dato generado por el programa RECORD en función de las correlaciones entre elementos y constructos), dividido por la suma total de elementos y constructos de la rejilla.
- d) *Índice de Potencia Discriminativa*. Fue propuesto por Landield y Barr (1976) con el nombre de índice de ordenación. Es un índice que intenta ordenar jerárquicamente los constructos del sistema. Se calcula multiplicando el número de puntuaciones distintas por la diferencia entre la puntuación más alta y la más baja y dividiendo el producto por el número total de puntuaciones. Cuanto mayor es el valor, más jerarquizado está el sistema de construcción. En principio se trataría de una medida de integración y no de diferenciación. Feixas y Cornejo (1996) creen que se trata realmente de una medida de flexibilidad en la aplicación de los constructos y no tanto de integración del sistema.

En cualquier caso, la TR no dispone de una adecuada medida de complejidad, es decir, que integre al mismo tiempo el número de dimensiones disponibles (diferenciación) con el grado de integración o asociación entre ellas. En principio son posibles cuatro grandes agrupaciones: altas diferenciación e integración, bajas diferenciación e integración, alta integración pero baja diferenciación; y baja integración pero alta diferenciación. Cada patrón debería tener implicaciones psicológicas y de construcción distintas. Uno de los pocos intentos de proponer una medida adecuada de la complejidad cognitiva es el de Gallifa y Botella (2000)., pero que no ha gozado de mucha extensión en la literatura dada la *complejidad* de su cálculo (valga la redundancia) y el hecho de que no se dispone de un sistema de automatización del mismo

6.4. Fiabilidad y validez de la técnica de rejilla.

La cuestión de la fiabilidad y validez ha sido abordada con cierta extensión en el propio manual de la TR elaborado por Feixas y Cornejo (1996). Al ser la revisión más reciente de la que se dispone, se va a seguir a estos autores en la descripción que sigue (otras revisiones se pueden encontrar en Fransella y Bannister, 1977; Rivas y Marco, 1985; Winter, 1992; o Yorke, 1985). Como señalan Feixas y Cornejo (1996) gran parte del uso que se hace de la rejilla tiene una finalidad ideográfica, lo cual resta importancia y añade dificultad para establecer criterios de fiabilidad y validez. La fiabilidad pretende apreciar la estabilidad de un instrumento de medida y la TR pretende ser un instrumento de medida sensible a la inestabilidad y al cambio. Aspectos que funcionan bien al hablar de otras técnicas, como la fiabilidad test-retest y los baremos normativos, no resultan de ninguna ayuda aquí si hablamos de fiabilidad o validez de la TR en su conjunto (Rowe, 1978). Es por ello que parece conveniente realizar un desglose y ocuparse de la fiabilidad de elementos, constructos y puntuaciones por separado, así como de distintos tipos de fiabilidad y validez.

6.4.1. Fiabilidad de los elementos.

Pedersen (1958) y Fjeld y Landfield (1961) encontraron porcentajes satisfactorios (77% y 71% respectivamente) en la repetición de elementos (personas elicidadas a partir de listas de roles) en el intervalo de una semana, así como coeficientes phi de

0,77 y 0,83 respectivamente en la puntuación dada a los mismos elementos. También se ha estudiado la estabilidad de la distancia entre elementos. Sperliger (1976) halló que la correlación test-retest en un intervalo de 8 meses para la distancia yo y el resto de elementos era de 0,57 y para la distancia yo-ideal de 0,87. Parece, por tanto, que la estabilidad a corto plazo es aceptable. El problema es que después de una terapia, que suele ser un tiempo relativamente largo y que hace cambiar las construcciones sobre elementos de nuestra vida, es esperable que algunos personajes cambien de rol, de función o en todo caso, de valoración numérica.

6.4.2. Fiabilidad de los constructos.

Sobre la estabilidad en el contenido de los constructos Bonarius (1965) presentó una extensa revisión de estudios que comparaba el contenido de los constructos elicitados en diferentes ocasiones. Todos ellos aportan coeficientes (0,61 a 0,95) y porcentajes de similitud (47.7%-69%) favorables con diferentes procedimientos e intervalos de tiempos.

Se ha estudiado la relación entre los constructos nucleares y los supra-ordenados con el resto de constructos. En este sentido Bannister (1962b), utilizando constructos proporcionados, encontró una correlación test-retest de 0,80 para los primeros y de un 0.50 para los segundos. Otros estudios que aportan resultados favorables en cuanto a la estabilidad de los constructos elicitados son los de Fransella y Adams (1966), Morris (1977) y Gathercole, Bromley y Ashcroft (1970).

Otro aspecto a considerar es la consistencia de los constructos cuando se cambian los elementos. Bannister y Mair (1968) han encontrado porcentajes de similitud y coeficientes test-retest relativamente elevados (0,69; 0,73; 0,91) en constructos puntuados con elementos diferentes pero del mismo tipo (fotografías y objetos). Mitsos (1958), en cambio, encontró puntuaciones mucho más bajas cuando utilizó "amigos" como elementos en lugar de una lista de roles. El coeficiente de fiabilidad general de los constructos más utilizado es el índice de consistencia de Bannister (o el que se obtiene con el programa DELTA de Slater, 1977) Para la obtención del índice de consistencia se calculan las correlaciones entre cada par de constructos y se ordenan de mayor a menor, tanto en la rejilla inicial como en la de retest. El índice de consistencia es el resultado de calcular el coeficiente rho de Spearman para las

ordenaciones de correlaciones entre pares de constructos en las dos rejillas. Fransella y Bannister (1977) afirman que los estudios realizados en este sentido aportan índices de consistencia que van desde 0,60 a 0,80, en lo referente al intervalo entre la primera y la segunda aplicación de la TR. El estudio de Feixas, Moliner, Navarro, Tudela y Neimeyer (1992) aporta unos índices de consistencia parecidos, a la vez que muestra un cierto patrón descendiente con el tiempo de retest: 0,70 para una hora (n = 81), 0,67 para una semana (n =78), y 0,64 para un mes (n = 61). Además, este estudio proporcionó un apoyo adicional a estos valores empleando una medida de consistencia de la carga factorial, con la ventaja de que no se basa en la relación específica constructo a constructo medida por la consistencia, sino en un aspecto más estructural.

6.4.3. Fiabilidad según el tipo de puntuación.

Mair y Boid (1967) encontraron resultados bastante similares para la puntuación de la TR tanto para datos dicotómicos como ordinales. Sin embargo, Beail (1983) comparó para un mismo caso, diversos tipos de puntuaciones y no encontró resultados que permitan considerar completamente equivalentes las diversas formas de puntuar una rejilla (correlaciones entre 0,41 y 0,68).

Rivas y Jornet (1982) compararon datos dicotómicos, ordinales y escalas de intervalos de 3, 5, 9 y 100 puntos, en constructos elicitados y proporcionados. Encontraron resultados adecuados para casi todas las comparaciones. En este estudio, las escalas más fiables resultaron ser las escalas de entre 5 y 9 intervalos, y la menos adecuada la de 100 intervalos.

6.4.4. Fiabilidad de los índices de medida.

En el estudio de Feixas, Moliner, Navarro, Tudela y Neimeyer (1992) se informa de la estabilidad de la mayoría de los índices cognitivos obtenidos desde el análisis de la TR. Estos datos nos indican la estabilidad de cada medida a lo largo de tres intervalos de tiempo: una hora, una semana y un mes después de la primera aplicación de la TR. En general, la fiabilidad de la mayoría de medidas a lo largo de este período fue muy elevada. De las diversas medidas, la intensidad y la discrepancia “yo-otros” son las que ofrecen mayor fiabilidad (0,92 a lo largo de los períodos de retest). Como era de

esperar, la media de los coeficientes de fiabilidad disminuyó a medida que aumentaba el tiempo transcurrido desde el momento inicial de evaluación. Sin embargo, los datos test-retest de varias de las medidas fueron suficientemente robustos como para apoyar su uso como variables de diferencias individuales relativamente persistentes.

6.4.5. Validez de la Técnica de Rejilla.

Como hemos mencionado anteriormente, tampoco tiene mucho sentido hablar de validez de la TR en términos generales. En el intento de discriminar los diferentes tipos de validez, siguiendo la revisión de Feixas y Cornejo (1996) presentamos un resumen de los estudios existentes en función de los parámetros tradicionales de validez. Los aspectos que tratamos son los de validez de contenido, constructo, discriminante y convergente.

En cuanto a la *validez de contenido*, Rivas y Marco (1985) se basan en la alta fiabilidad demostrada en la elicitación tanto de constructos como de elementos para concluir favorablemente sobre la validez de contenido. Sin embargo, Yorke (1985) adopta una postura más resignada y considera este tipo de validez "*problemático*" en la TR, al afirmar que difícilmente podremos saber nunca si los elementos o constructos utilizados son representativos de sus poblaciones respectivas. Esto es, que sean significativos del mundo de significados del sujeto considerado de forma global.

En lo referente a la elicitación de constructos, Epting, Suchman y Nickeson (1971) estudiaron comparativamente los constructos elicitados a través de los dos procedimientos que se suelen utilizar, el triádico (se seleccionan tres elementos de los cuales el sujeto tiene que decir en que se parecen dos de ellos y se diferencian del tercero) y el diádico (se seleccionan dos elementos de los que el sujeto tiene que informar de diferencias o semejanzas entre ellos). Estos estudios muestran que el diádico es un procedimiento que suele generar constructos más claramente bipolares, si bien la diferenciación conseguida es menor (Neimeyer y Hagans, 2002).

Respecto a la *validez discriminante*, la mayoría de los estudios se han centrado en buscar vínculos entre diversos indicadores estructurales y algunas variables de tipo cognitivo e indicadores socio-demográficos. Así, la Proporción de Varianza Explicada por el Primer Factor (PVEPF), no parece relacionarse con la edad, sexo o inteligencia (O'Keefe y Sypher, 1981), ni con inteligencia ni los rasgos de personalidad evaluados

mediante el cuestionario de personalidad de Eysenck (Chetwynd, 1977). Tampoco se han encontrado asociaciones estadísticas entre el índice de Intensidad de la rejilla con edad, sexo o inteligencia (Bannister y Fransella, 1966; 1967; Bannister, Fransella y Agnew, 1971; Frith y Lillie, 1972; McPherson, Blackburn, Draffan, y McFadyen, 1973; Poole, 1976). Resultados idénticos se encuentran cuando se utilizan el índice de complejidad cognitiva de Bieri (O'Keefe y Sypher, 1981). Igualmente, la polarización tampoco está asociado ni a la inteligencia, ni al sexo, ni a la edad, ni al rasgo de psicoticismo (Chetwynd, 1977). Dicho de otra forma, no parece que la rejilla evalúe características psicológicas que sean evaluables a través de otros instrumentos, sino que directamente es una medida del campo de significado del sujeto.

Respecto a *la validez convergente*, hay pocos estudios en esta área, y los que se encuentran se focalizan en los índices cognitivos. Una buena revisión del tema la hicieron en su día Feixas y Cornejo (1996). Parece que el Porcentaje de Varianza Explicada por el Primer Eje es capaz de discriminar entre tipos de delincuentes, de manera que los poco diferenciados (alto valor en este índice) están condenados por delitos violentos, mientras que los muy diferenciados (bajo valor en este índice) lo suelen estar por delitos relacionados con estafas y fraudes. Para llevar a cabo un fraude o una estafa hace falta de una planificación y conceptualización complejas, mientras que un ataque violento generalmente es por consecuencia a una respuesta impulsiva y poco calculada, ambas mediadas por el sistema de construcción de estos sujetos. Otro estudio de Topçu (1976) mostró que el PVEPF discriminaba el nivel de violencia de los pacientes. Olson y Partington (1977), por su parte, vinculan el índice de Bieri con la toma de perspectiva social. Chetwynd (1977) encuentra fuertes asociaciones entre las puntuaciones de polarización con las de la escala de Neuroticismo de Eysenck y Eysenck (1988) y los valores de polarización y Sperlenger (1976) también encuentra correlaciones entre el neuroticismo y la discrepancia yo-ideal en la rejilla.

6.5. Críticas a la técnica de rejilla.

Para Peñate, Matud e Ibáñez (1993) es la técnica ipsativa por excelencia, ya que hay que elaborar una rejilla para cada persona. Ello supone una obvia ventaja porque la prueba es aplicable en su totalidad a la persona evaluada. Sin embargo, también

supone inconvenientes sobre todo a la hora de comparar resultados entre rejillas de distintos sujetos, al contar cada rejilla con constructos y elementos diferentes unas de otras. Es por ello que los índices utilizados para comparar unos sujetos con otros son índices que tienen que ver con la estructura de la red de significados más que con el contenido de los mismos. Otro de los inconvenientes que más se cita (y que es general en todas las técnicas subjetivas) es la validez de contenido de los constructos-elementos. Por un lado, se cuestiona si son sólo los que el sujeto produce (10, 15, 20...) los relevantes para entender su mundo de significados o si podrían ser más, o ser otros. También está en cuestión el grado de representatividad que tienen con respecto al conjunto de constructos de la persona. El problema de la representatividad se ve acrecentado si reconocemos, como hace de entrada la teoría de constructos personales, que los constructos son diferencias y que, por tanto, no se identifican plenamente con las etiquetas verbales que utilizamos para designar tales diferencias, entre otras cosas, porque muchas de estas diferencias que captamos (constructos) al construir la realidad, no son verbales. Son lo que el modelo de constructos personales llama "constructos no verbales". Además, también se cuestiona la estabilidad de los propios constructos: ¿se usan siempre los mismos a lo largo del tiempo y las situaciones?, ¿los constructos "no verbales" experimentados en un tipo de situación concreta son siempre los mismos?...

7. LA DEMANDA TERAPÉUTICA.

Para poder llevar a cabo una psicoterapia hay que tener en cuenta los recursos y las metas propios de la misma. La psicoterapia es un modelo de cambio de naturaleza psicológica y realizada a partir de recursos psicológicos (Ávila, Poch y Alonso, 1998; Villegas, 1996). En psicoterapia el trabajo sólo es posible cuando los recursos del profesional sean concordantes con la demanda solicitada y, por ello, es necesario un replanteamiento de la demanda para clarificar la petición del cliente y los objetivos de cambio que esté busca a fin de ajustarlos a los procedimientos de trabajo del profesional. Dicho de otra forma, la demanda no se resuelve únicamente con la aplicación de la técnica, como ocurre en otras profesiones de carácter tecnológico. Existen dos tradiciones acerca del papel que el análisis de la demanda cumple en psicoterapia. Por un lado, se la puede considerar el núcleo central del trabajo terapéutico (Carli, 1990); por otro, se considera que es un elemento importante pero preliminar a la propia terapia (Villegas, 1996).

La psicoterapia consiste básicamente en una relación, profesional y de ayuda, pero relación y los aspectos relacionales son básicos en el desempeño de la misma (Lambert, 1992; Rogers, 1961). Por ello, el tipo de ayuda solicitada por el cliente afecta directamente al terapeuta y se produce una interacción de tipo psicosocial entre ambos. El terapeuta debe plantearse como ayudar al cliente manteniendo su rol técnico ante la demanda formulada por éste. Según Villegas (1996) hay dos formas de analizar el análisis de la demanda: a) Interactiva: trabajar desde la perspectiva psicosocial para analizar el proceso de solicitar y prestar ayuda; b) Discursiva: ayudar a que se pueda entender y atender la demanda de ayuda en terapia a través del análisis de las modalidades expresivas y pragmáticas usadas por el cliente.

7.1. El proceso psicosocial de la demanda.

Para poder recibir una ayuda eficaz y respetuosa es imprescindible que se reconozca y acepte la necesidad de la misma. Esto implica que el cliente asume la incapacidad de resolver la situación por sí mismo y formularla de modo explícito (es decir, reconocer la necesidad de ayuda y pedirla). De otro modo, la ayuda puede ser rechazada por su carácter vergonzante. Además, hay que elaborar el hecho de que la

petición de ayuda puede transmitir al cliente un sentido de ineficacia o de carga para terceros. Sólo es genuina la solicitud de ayuda que no menoscaba al peticionario.

Previamente a la solicitud de ayuda, el cliente ha hecho esfuerzos para superar la situación por sí mismo y ha pasado por situaciones de tipo intermedio entre la necesidad de buscar ayuda y los intentos de superar el problema.

Un primer paso en la búsqueda de ayuda es tener conciencia del estímulo, lo que supone que el demandante debe tener una percepción muy clara de su necesidad. Pero esa necesidad no siempre es prioritaria, de manera que tiende a aplazarse. Sólo cuando el problema se vuelve insoslayable, el cliente se ocupa de ello de forma prioritaria. De entrada, se buscan soluciones dentro de los recursos disponibles, sólo cuando estos no son suficientes y, si además no decide volver a postergarlo, pedirá ayuda a medios externos. Normalmente, la ayuda empieza a buscarse en contextos próximos (amistades, familia) y sólo cuando estos recursos proximales resulten inadecuados o insuficientes, se procederá a una búsqueda en ámbitos más distantes, normalmente de carácter técnico o profesional. Habitualmente la búsqueda de ayuda profesional empieza por dispositivos de atención primaria o de urgencia y, bien por decisión propia o por derivación profesional, se llega al psicoterapeuta. La derivación desde servicios no especializados siguen siendo la vía principal de llegada a la psicoterapia cuando el modelo de búsqueda es la conciencia del estímulo.

En segundo lugar, una vez empezado el trabajo de ayuda con un profesional especializado (psicoterapeuta), se pone en marcha una negociación sobre las formas de actuación que son materialmente posible. Por ejemplo, no se puede usar técnicas de biofeedback sino se dispone de aparataje al efecto. En otros casos, la demanda de ayuda centrada en la reducción o eliminación de síntomas, debería dar paso a un análisis más profundo del significado o las relaciones funcionales que subyacen al síntoma. Sólo si se produce esta transformación sería posible la convergencia necesaria que daría paso al análisis de la demanda en términos homogéneos entre las necesidades del sujeto y los recursos del psicoterapeuta.

7.2. Las condiciones de la psicoterapia.

Lo que se espera del análisis de la demanda es concretamente explicar qué es lo

que puede y lo que no puede esperarse de una psicoterapia. En las profesiones de ayuda, resulta necesario señalar los límites, para que tanto el prestatario como el demandante no sientan la tentación de extralimitarse más allá de lo que resulta viable y eficaz. Toda ayuda tiene sus limitaciones y sus canales.

El objetivo de la psicoterapia no es satisfacer las necesidades del cliente, sino ayudar a este a analizarlas y conocerlas que pueda satisfacerlas por sí mismo o con los recursos a su alcance. Lo contrario crearía dependencia y frustración y pervertiría la naturaleza de respecto genuino de la psicoterapia. Para que esta interacción pueda considerarse exitosa se requieren tres condiciones previas al inicio de la psicoterapia, que con frecuencia forman parte del propio análisis de la demanda:

- a) Predisposición: una conciencia de crisis o de necesidad vivida como tal. Se debe aceptar que la influencia de un tercero. Este agente externo debe ser percibido como un validador de confianza (Semerari, 1991).
- a) Motivación: el cliente debe estar motivado para superar la necesidad o la limitación de la que tiene conciencia y ello implica la voluntad de introducir cambios y soportar padecimientos para conseguir ese objetivo. El fin de la psicoterapia no es evitar el sufrimiento, sino aliarse con él para promover el cambio. Como tal, el sufrimiento es experiencia de lo real y no experiencia anticipada o fantaseada. Según Maturana (1996), sin sufrimiento no hay deseo de cambio y según Villegas (1996), no hay que confundir sufrimiento con dolor. El primero es motivacional y activo, el segundo es pasivo y fomenta el resentimiento. Normalmente, el inicio de la terapia suele ser moralizante y ello motiva al cliente (Frank, 1990), a partir de esa reacción inicial que fomenta la motivación se promueve la tercera condición de la terapia, la colaboración
- b) Colaboración: la psicoterapia precisa de la colaboración del paciente, puesto que está orientada no a proveer de un bien o servicio como tal, sino a restituir la capacidad de autonomía personal del cliente. Esto implica que el cliente debe dar el paso desde la colaboración pasiva (seguir instrucciones, aplicar técnicas en las que se les entrena) a la plena colaboración en el trabajo consigo mismos. No siempre se está en condiciones de llevar a cabo una respuesta colaborativa. De hecho hay grupos de clientes que no pueden hacerlo (niños muy pequeños, psicóticos, personas que han experimentado un estrés intenso o que se encuentran bajo el

efecto de sustancias psicoactivas), pero en estos es posible recabar ayuda de redes sociales próximas, como la familia, o del propio cliente para generar intervenciones que hagan posible pasar a un trabajo puramente psicoterapéutico.

La actitud colaborativa es lo que permite llevar a cabo el tipo de interacción psicológica que es la psicoterapia; sin colaboración, no hay psicoterapia. Puede haber otro tipo de intervenciones técnicas de tipo terapéutico (farmacoterapia, entrenamiento), pero no psicoterapia. La psicoterapia es una interacción unilateral centrada en el cliente (Goldstein, 1980; Rogers, 1951, 1961) en la que la parte privada del terapeuta queda fuera de la relación. Debido precisamente a esa unilateralidad, requiere la participación activa del cliente, puesto que el objetivo es la retoma de la autonomía personal, activando capacidades, habilidades o posibilidades que ya están presentes en el propio sistema psicológico y epistemológico del cliente.

7.3. El análisis discursivo de la demanda.

La demanda de ayuda se formula siempre de alguna forma verbal o comunicativa, por lo que es necesario comprenderla desde la dimensión discursiva-pragmática (Villegas, 1996). El terapeuta necesita interpretar lo que el cliente pide usando la dimensión pragmática del lenguaje, que es la que se ocupa de transmitir la intencionalidad y los estados cognitivos, afectivos y operativos en los que los hablantes se encuentran. El aspecto pragmático del lenguaje es el que logra que las interacciones entre hablantes se intensifiquen, uno o ambos quieren algo y lo comunican al efecto y el otro actúa en consecuencia.

La cuestión de la adecuación pragmática de la respuesta a la demanda es fundamental en la interacción terapéutica por dos razones: a) es un indicador inmediato del grado de competencia social terapeuta; b) es un indicador de su capacidad de comprensión empática.

El primer criterio es una condición necesaria para que el paciente juzgue a su terapeuta como agente social competente para el cambio (Semerari, 1991). El segundo, es imprescindible para poder establecer una alianza de trabajo.

Los clientes usando el aspecto pragmático del lenguaje intentan influir en la terapia, especialmente al inicio de la misma, que es el momento donde se van a elaborar las condiciones del trabajo mutuo. Villegas (1996) plantea dos criterios para una

clasificación pragmática de la demanda, uno relativo al origen de la misma (propio, formulado por el cliente mismo; o ajeno, formulado por un tercero a través del demandante). El segundo criterio se relaciona con el objetivo o fin buscado por el demandante. El demandante es la persona que se presenta en terapia y solicita ayuda.

Una demanda es derivada cuando se produce a través de la mediación de una persona distinta al demandante. Aunque a veces una demanda derivada se reconvierte en propia, cuando a través de consejo o prescripción el demandante influido por un tercero (médico, consultor, amigo) asume el papel de demandante directo. Se considera ajena únicamente aquella demanda que se produce exclusivamente por indicación de un tercero y propia aquella que es realizada directamente por el demandante, con independencia de que puede haber sido aconsejado u orientado.

En función de la combinación de estos dos factores pragmáticos es posible diferenciar nueve tipos diferentes de demanda:

El primero sería *la no-demanda*, se trata de una demanda ajena en la que el demandante pide explícitamente no hacer nada. El objetivo es callar u obstaculizar las pretensiones de una tercera persona. Por ejemplo, el cliente que acude a terapia a consecuencia de un ultimátum de su pareja, la terapia sería un modo de detener las presiones, pero ni quiere, ni busca un cambio.

El segundo es la *demanda confirmatoria*, también de tipo propio, pero en el que no se busca cambio, sino auto-convencimiento. Puede involucrar un proceso relativamente largo, pero dado que su resultado está prescrito, no puede generar cambio alguno.

Un tercer tipo es la *demanda mágica*, de tipo propio y en el que el objetivo es el cambio, pero sin plantearse el esfuerzo necesario para cambiar. El cliente no plantea colaboración, sino pasividad, viene a “ser cambiado”, no a “cambiarse”. Se busca una solución mágica, bien influido por creencias o falsas expectativas sobre cambios espectaculares o milagrosos, bien porque la demanda es en sí misma claramente pasiva.

Sigue la *demanda sintomática*, de tipo propio que se centra en resolver las manifestaciones del problema (reacciones de ansiedad, afecciones orgánicas, sintomatología de tipo vegetativo). Habitualmente esta demanda está centrada en aspectos psicossomáticos y aunque es una formulación propia, suele estar orientada

por otros profesionales que han asegurado al demandante qué no padece de nada *médico* y, por tanto, su problema *debe ser psicológico*. El foco del asunto es que no es una demanda comprometida, es decir, no se está convencido de la naturaleza del problema y el trabajo se centra, en primera instancia, en su reformulación

El quinto tipo es la *demanda inespecífica*, también de tipo propio, en la que el cliente sabe que su problema es personal, psicológico, pero no es capaz de concretarlo y la formulación es vaga: *no soy feliz, he perdido la ilusión, estoy estancando, me gustaría conocerme mejor*. Dada que la solicitud es inespecífica se pide al terapeuta un claro esfuerzo de exploración.

La forma más operativa de la *demanda específica*, de tipo propio, en la que se pide una solución a un problema previamente identificado y que se conceptualiza como de naturaleza psicológica. Supone una redefinición de intentos de solución anteriores, el foco dejar de estar en los síntomas y, además, se concreta en uno o más aspectos psicológicos o relacionales. Para que la terapia pueda funcionar es necesaria una reelaboración en términos de una demanda psicológica, a ser posible específica. En la clasificación de las demandas que se llevará a cabo en la parte empírica de este estudio, sólo se consideran operativas las demandas específicas e inespecífica.

La *demanda perversa* es un giro a la direccionalidad del trabajo terapéutico. Se busca terapia para resolver una serie de necesidades que están sin cubrir en la vida de la persona, en la demanda perversa la terapia es el lugar donde se satisfarán esas necesidades no cubiertas. Es una demanda de tipo propio en la que la terapia deja de ser el medio para convertirse en un fin, es la terapia en si misma (y la propia relación terapéutica) lo que cubre las necesidades. Algunos autores (Liotti y Intreccialagli, 1996; Villegas, 1996) han propuesto tipologías de las demandas perversas, que suelen estar centradas en motivaciones básicas no cubiertas: apego, satisfacción sexual o poder.

La *demanda vicaria* es una demanda de tipo personal, pero en la que el demandante busca beneficios para un tercero que ni acude a terapia, ni ha delegado esa función. Es una demandante en “cabeza ajena” y la petición suele hacerse para hijos o parejas. Es una demanda muy poco frecuente y más frecuente en mujeres.

La *demanda por colusión* es el último tipo de demanda propia y se trata de un formato de alianza entre dos personas o instituciones en contra de los intereses de

una tercera. Su formulación más habitual es la de un grupo de familiares que designan a un miembro de su familia como “*necesitado de ayuda*” y para el que solicitan terapia a fin de causarle algún perjuicio, como declararlo legalmente inhábil. El objetivo final es no terapéutico por lo que la demanda colusiva debe ser rechazada o reformulada. Más raramente, la demanda es auto-colusiva cuando el demandante busca de algún modo autoperjudicarse, por ejemplo, cuando está en busca de un diagnóstico que le suponga algún tipo de beneficio secundario.

El último tipo de demanda y el segundo de tipo ajeno es la *demanda delegada*. Se da cuando un tercero, bien sea persona física o institución, remite a un cliente a otro profesional, aduciendo razones que no justifican plenamente la derivación. El terapeuta delegado (al que se envía el cliente) suele asumir la carga moral de hacerse cargo del cliente para no dejarlo en situación de desamparo, pero esa carga debe ser trabajada en la relación terapéutica posterior.

8. HISTORIAS DE VIDA.

Aunque las historias de vida no son una parte esencial de este proyecto, sí es verdad que algunos aspectos de las mismas se incluyen en el estudio, por lo que es necesario algún comentario sobre las mismas.

La perspectiva de una persona sobre sí misma es la base de toda historia de vida y, también, de toda relación interpersonal. Sólo a través de esa perspectiva podemos tener un conocimiento individual y personalizado. La perspectiva, por supuesto, es subjetiva y se trata de un esfuerzo dedicado a “crear sentido”. En términos de Bruner (1991), el sentido de la vida es narrativo, no paradigmático.

Es necesario diferenciar la historia de vida de la biografía o de los hechos biográficos. Este tipo de datos tienen una amplia tradición en psicología, ya que permiten hacer predicciones de conductas concretas bastante ajustadas (Pelechano, 2000). Pero los datos biográficos no crean sentido por sí mismos, sino que deben ser contextualizados en un todo que los unifique y les dé sentido y propósito (McAdams, 1993). Ese toque de unidad y propósito es lo que diferencia a la historia de vida de otros enfoques psicológicos que pueden parecer similares.

Otro tipo de datos utilizados habitualmente en psicología y relacionados con las vidas son los documentos personales, se trata de registros auto-reveladores referidos a la experiencia de la persona. Se vienen usando en psicología al menos desde Allport (1937) y son la base de muchas aplicaciones terapéuticas de carácter constructivista, como la autodescripción (Kelly, 1955) o los archivos de recursos típicos de la terapia narrativa (White y Epston, 1993). Son datos que se analizan de muchas formas, pero entre ellas predomina siempre un espíritu fenomenológico.

Quizá el ejemplo más claro de estos documentos personales es el de las psicobiografías, se trata de estudiar comparativamente los acontecimientos vitales, la evolución psicológica y las obras de cierta persona. Inicialmente las psicobiografías tuvieron toda una orientación psicodinámica, pero fueron acogidas por psicólogos de la personalidad como Murray o Allport (1937). Las investigaciones centradas en las vidas de las personas han estado presentes siempre en psicología y dentro de distintos marcos teóricos, pero siempre relacionadas con la personalidad y la motivación (Rabin, Zucker, Emmons y Frank, 1990; Runyan, 1984). Progresivamente, la investigación

psicobiográfica ha ido centrándose en el estudio de personas más o menos anónimas (McAdams, 1933, 2006).

Del estudio de las vidas, la tradición psicológica ha ido pasando progresivamente a la creación de historias de vida. Las historias de vida son construcciones contextualizadas y selectivas que buscan dar sentido a la experiencia de una persona en un momento dado y la intención es que en una nueva revisión aparezcan cambios, nuevas intenciones y nuevas orientaciones (García-Martínez, 2012).

En realidad las historias de vida son una metodología que procede de la etnografía y la sociología (Pujadas, 1992). Para estas disciplinas la perspectiva del informante es sumamente interesante, ya que es el único modo de captar elementos fundamentales que otras metodologías ignoran. Se trata de una herramienta de entrevista oral destinada a profundizar en la perspectiva de una persona sobre su propia experiencia o en un aspecto de su experiencia. Por tanto, es la perspectiva de la persona la que predomina y no una perspectiva técnica, es la persona quien finalmente encuentra el sentido de su vida y éste no depende de la elaboración experta de psicólogos o terapeutas. Para McAdams (1993) las historias de vida reflejan la unidad y el propósito de las vidas de las personas en el momento en que se realizan.

Para conocer la perspectiva del informante se aplica un tipo muy específico de entrevista, la *entrevista en profundidad*, en la que se busca conseguir la información con las mayores implicaciones posibles sobre un objeto de análisis. Suelen ser relativamente largas y pueden tomar varias sesiones. Las entrevistas de historias de vida o, más brevemente, las historias de vida son un subtipo de entrevistas en profundidad en la que el objeto de análisis es la propia vida de las personas entrevistadas. Normalmente la entrevista en profundidad se destina a encontrar información compleja o delicada, pero también se usan para interesar a los participantes del estudio en el mismo. Obviamente eso la acerca mucho a las necesidades y estrategias propias de la psicoterapia.

Para desarrollar la entrevista se ha de tener preparado un guión que incluye aspectos sobre el formato de las preguntas y la naturaleza de la información que se busca, aunque nunca se suelen hacer preguntas demasiado cerradas. Constan de dos fases, una primera introductoria en la que se indica al informante la finalidad de la

entrevista y para qué se va a usar la información, y una segunda que es e la entrevista en sí.

El proceso de entrevista va siempre de lo general a lo específico y el sistema de búsqueda de información es el de complementariedad. Se parte de información ya dada y se pide que se amplíe, se explique o se puntualice. Las preguntas de tipo sesgado se evitan y el formato de preguntas es siempre neutral. Habitualmente terminan con una oportunidad para ampliar información o para mantener el contacto con el investigador. Las estrategias que se usan durante la entrevista son la complicidad, la ingenuidad, la síntesis, la repetición de las frases dichas por el entrevistado y la interpretación.

Las entrevistas en profundidad se asemejan a la entrevista terapéutica en una serie de características: a) se centran en la experiencia subjetiva del cliente; b) se establece alianza de trabajo para obtener información; c) el terapeuta usa estrategias retóricas basadas en el uso de la información que ya ha dado el cliente. La orientación hacia la ingenuidad, típica de la historia de vida, la acerca a los formatos de entrevista de tipo constructivista y narrativo (Botella y Feixas, 1998).

La cuestión central es cómo se eligen o evocan las experiencias que conforma la historia de vida ya que son productos no pre-existentes, sino que se organizan como tales en el momento de narrarlas. Están afectadas por los procesos de memoria y por el contexto en el que se generan y son claramente intencionales, narrativas (Bruner, 1991). El entrevistador o el terapeuta, va generando contextos para permitir que afloren determinados recuerdos (McAdams, 1993; Pujadas, 1992)

Aunque todos los formatos terapéuticos hacen uso de la entrevista, el uso de la historia de vida como estrategia de elaborar significado y organizar los datos del cliente no está demasiado extendido y es una práctica casi exclusiva de las orientaciones fenomenológica y constructivista (Mahoney, 1991; Gonçalves, 2002; Villegas, 2013).

La historia de vida se puede estructurar de muchas maneras (Arjona y Checa, 1998; Mahoney, 1991; McAdams, 1993). La entrevista que se ha usado en esta investigación es una adaptación del protocolo de McAdams (1995; Garcia-Martínez, 2012). Lo habitual es pedir al cliente que piense que va a hacer “la novela de su vida” y se sugiere este símil literario y se sigue este procedimiento:

- a) Se pide al cliente que haga una descripción general de su situación.
- b) Se sugiere que divida su vida en capítulos y les dé título.
- c) Se pregunta por una experiencia que ejemplifique cada uno de esos capítulos.
- d) Se piden descripciones de diversos puntos de inflexión (momentos en que la vida cambia de rumbo o significado), incluyendo el peor (punto suelo) y el mejor (punto cumbre) momento de la vida, así como el cambio que le ha llevado a pedir ayuda terapéutica.
- e) Se piden descripciones de las oportunidades y obstáculos que el cliente entiende que ha tenido en su vida.
- f) Se solicita la proyección de dos futuros posibles de corte “realista” (es decir, en los que no se contemplan golpes de fortuna), uno en el que consigue sus objetivos y otro en el que no los alcanza y una descripción de que haría en estas dos circunstancias.
- g) Se piden historias que han influido en el cliente, procedentes tanto de su experiencia con familiares o amigos, como de los medios de comunicación y de la literatura.
- h) Se hace una descripción de los principales valores del cliente.
- i) Se hace una descripción del tema vital o tarea u orientación que el cliente cree que define su vida.
- j) Otra información complementaria que el cliente desee dar.

En el trabajo investigador de McAdams, las historias se suelen valorar en términos de los grandes motivos de logro y filiación, tonos narrativos (McAdams, 1993), o analizando marcadores de coherencia de las historias de vida (Adler, Wagner y McAdams, 2007). En realidad hay bastante trabajo hecho en cuanto a la relación de los marcadores de la historia con características de personalidad (McAdams et al, 2004) y motivaciones personales (McAdams, 1993; 2006; McAdams et al, 2004), pero todavía no se ha desarrollado un sistema universalmente aceptado de análisis de las narraciones, aunque hay muchas propuestas al respecto (Adler, Wagner y McAdams, 2007; Angus, Hardtke y Levitt, 1992; Gonçalves, 2002).

En nuestro estudio apenas se van a utilizar marcadores de proceso que es en lo que más insisten los modelos mencionados. En casi todos los casos se hace algún tipo de análisis de contenido (Gonçalves, 2002; McAdams, 1993) y se contará con una

tipología al respecto. Siguiendo las recomendaciones de McAdams (1995) se valorarán los afectos experimentados en los episodios diferenciando los aspectos positivos de los negativos, algo bastante habitual en la investigación narrativa (García-Marítnez, 2012; Hermans y Hermans-Jansen, 1995) y se hará un conteo del número de episodios de la historia de vida. El número de episodios es un marcador global de los puntos de inflexión habidos en la experiencia y, por tanto, del número de partes de la historia vividas como distintas. No consta investigación al respecto, pero teóricamente es un indicador de diferenciación, por usar un término propio de la investigación con rejilla. No obstante, no hay motivos para pensar que tenga algún efecto en la integración, es decir, puede haber historias coherentes tanto con pocos como con muchos episodios.

9. BREVE NOTA SOBRE EL MODELO DE TRABAJO TERAPEUTICO QUE EJERZO PROFESIONALMENTE.

Mi trabajo psicoterapéutico está influenciado desde mi formación inicial como estudiante de psicología por los modelos de terapia constructivista, especialmente de corte narrativo, en los que me entrené con el Dr. Jesús Garcia-Martínez, director de esta tesis, y en diversos eventos formativos organizados por la Asociación Española de Terapias Cognitivas, que agrupa a terapeutas de esta orientación y por la que estoy acreditado como terapeuta. Posteriormente, al cursar el Máster de Psicoterapia Relacional (un título propio de la Universidad de Sevilla de orientación sistémica), mi visión de la psicoterapia a nivel técnico se amplió. Esta visión más ecléctica e integradora me hizo ampliar mi campo de trabajo con distintas técnicas de tipo sistémico, ya sea en terapia individual, de parejas, o de familias y grupos.

En los últimos tiempos, me he formado también en técnicas de terapia psicodramática, que se han sumado a todo mi bagaje terapéutico anterior. Utilizo indistintamente unas técnicas u otras en función de la situación terapéutica a la que me enfrento. Puede decirse que estaría más cerca de un modelo integrativo de la psicoterapia, ya al día de hoy utilizo distintas técnicas de distintos modelos y utilizó un modelo teórico general de proceso que me permite entender el modo en que el cliente representa cognitiva y emocionalmente su mundo. Para mí la terapia es más un proceso colaborativo de ajuste mutuo con el cliente que la aplicación de una series de técnicas en una secuencia y formato predeterminados. Utilizo la técnica de rejilla como un instrumento básico de evaluación a fin de generar hipótesis terapéuticas útiles para cada caso.

10. ESTUDIO EMPÍRICO.

10.1. Objetivos.

Objetivos generales:

1. Analizar la demanda de los clientes del Centro privado COPSICA PSICOLOGOS para encontrar variables relacionadas con la rejilla, la sintomatología y algunos indicadores de la historia de vida que se asocien con el abandono.
2. Entender como esas variables pueden predecir el abandono.

Objetivos específicos:

1. Comprobar si el tipo de demanda está relacionado con el abandono de la terapia.
2. Comprobar si los contenidos, la estructura y el tono narrativa están relacionados con el abandono.
3. Comprobar si la intensidad de la psicopatología está asociada con el abandono.
4. Analizar si diversos indicadores estructurales de tipo cognitivo están asociados con el abandono.
5. Analizar la relación entre polarización y sintomatología.
6. Analizar la relación entre presencia de dilemas y sintomatología
7. Analizar la relación entre presencia de dilemas y abandono de la terapia.
8. Analizar la interacción entre los dilemas cognitivos, marcadores de la narrativa, sintomatología, demanda terapéutica y abandono de la terapia.

10.2. Hipótesis.

Relacionadas con el tipo de demanda.

1. El tipo de demanda se asocia a la probabilidad de abandono. Los sujetos que hacen demandas relacionadas con cambios personales, abandonan menos que los que hacen demandas por derivación o de tipo no personal.

Relacionadas con las características de las historias de vida.

2. Existe una relación entre el contenido de la narrativa y el abandono, de modo que los sujetos cuyas historias de vida están asociados a contenidos

clínicamente específicos están más involucrados en la terapia y abandonarán menos la misma.

3. El tono narrativo está asociado con el abandono, de forma que los sujetos con un tono narrativo negativo tendrán una peor expectativa de cambio y abandonarán más la terapia.
4. Los sujetos con tono narrativo positivo tendrán una mejor expectativa de cambio y abandonaran menos la terapia.

Relacionadas con la estructura de significados en la rejilla.

5. Los sujetos que presenten dilemas en el pre-tratamiento tendrán una mayor tendencia al abandono de la terapia.
6. Los sujetos que presenten dilemas, tendrán un mayor índice de sintomatología en el inicio de la terapia.
7. Los sujetos con sistemas de constructos menos diferenciados (mayor puntuación en el porcentaje de varianza explicado por el primer eje, en el índice de intensidad o mayor puntuación en el valor del número de constructos funcionalmente independientes) mostrarán una menor tendencia al abandono.
8. Los sujetos con sistemas de constructos más polarizados obtendrán en general mostrarán un menor nivel de sintomatología según los marcadores del SCL-90-R y mejorarán más en el postratamiento.
9. Los sujetos con sistemas de constructos más polarizados mostrarán una mayor tendencia al abandono.

Relacionadas con la sintomatología.

10. Los sujetos que abandonan mostrarán una mayor intensidad de la sintomatología tal y como la mide el SCL-90-R.
11. El tratamiento será efectivo en cualquier caso, ya que disminuirá los síntomas.
12. El tratamiento aumentará la diferenciación del sistema de constructos.

Relacionadas con los indicadores sociodemográficos.

13. Los sujetos con peores marcadores sociodemográficos manifestarán una mayor tendencia al abandono.

10.3. Método.

10.3.1. Participantes.

Los participantes del estudio son 220 sujetos. Son los casos atendidos en mi consulta privada *Centro de Orientación y Psicología Cerro del Águila (COPSICA Psicólogos)* a lo largo de de 8 años, desde su apertura en 2008 hasta abril de 2015. El sistema de reclutamiento ha sido intencional y acumulativo, ya que se han ido añadiendo casos a medida que iban solicitando consulta. No se dispone de todos los datos para la totalidad de la muestra, ya que la coyuntura de la terapia no siempre lo hace posible su recogida. Los análisis, por tanto, se hacen en función de la muestra disponible para cada variable. Uno de los fenómenos más llamativos de la práctica terapéutica era que algunos clientes continuaban la terapia, mientras que otros abandonaban en la primera sesión o en a lo largo de las primeras entrevistas. El propósito final de la tesis es entender los factores que median este fenómeno para mejorar la práctica terapéutica, tanto la propia como la de otros.

La edad media (*X en adelante para la media*) de los participantes es de 35,045 años, con una desviación típica (*dt, en adelante, para la desviación típica*) de 10,063 y un rango de edad entre 15 y 65 años. Es decir, los clientes tienden a ser adultos que han superado la juventud, pero todavía no han llegado a la madurez tardía previa a la vejez.

Atendiendo al género de los participantes, se puede resaltar que muchos más varones acuden a terapia, 127 varones (57,70%) y 93 mujeres (42,30%). Véase figura 8.1. Esta desproporción en una muestra de tipo *clínico* no es un reflejo de lo que encontramos en los servicios clínicos privados de psicoterapia. En este caso la mayor proporción de personas que asisten a consulta son hombres, mientras que en la actualidad una gran mayoría de las personas que acuden a terapia son mujeres. En nuestro caso, la posibilidad de contar con un psicoterapeuta masculino, podría animar a más varones a solicitar ayuda terapéutica.

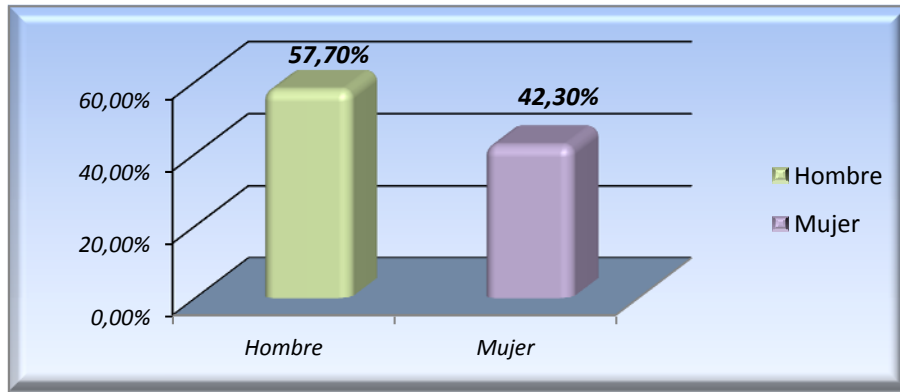


Figura 10.1. Composición por género

Respecto al estado civil de los participantes (figura 10.2), podemos apreciar que los que más solicitan los servicios de terapia son personas solteras (42,30%), seguidos de casados (33,20%). El resto de condiciones de convivencia son más marginales (separados-divorciados 14,10%; parejas de hecho 10%; y viudos, 0,50%). Llama la atención la ligera preponderancia de solteros, ya que la condición habitual en la media de edad de la muestra para la población general es el matrimonio.

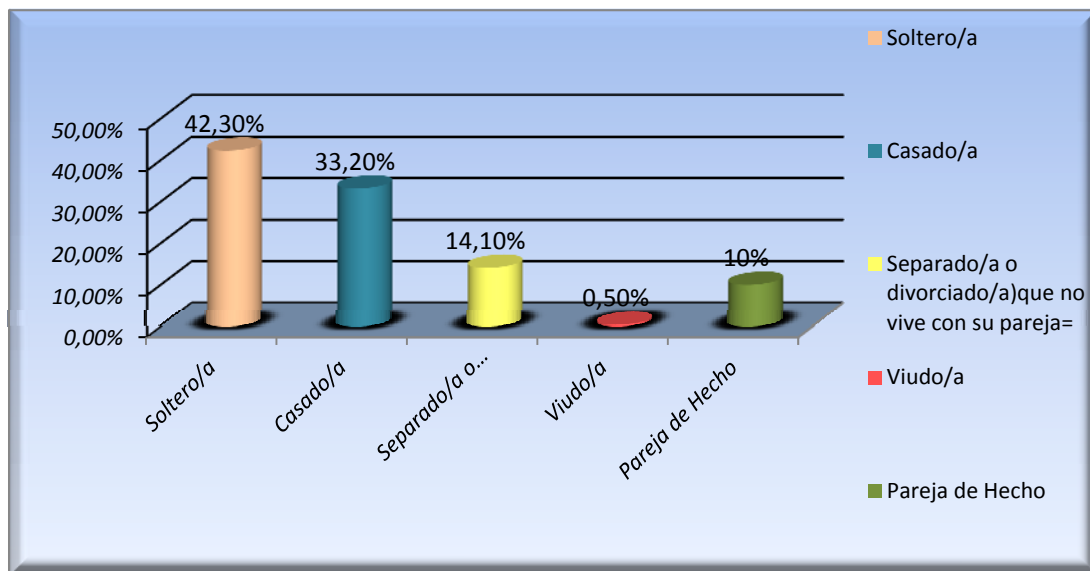


Figura 10.2. Estado civil

La mayoría de las personas que acuden a consulta disponen de estudios superiores (40,90%), entendiendo como tal el conjunto de la Formación Profesional de Segundo Ciclo y los estudios universitarios. El segundo grupo en importancia es el que ha cursado estudios secundarios (30%), es decir, Bachillerato o Formación Profesional de

Primer Ciclo. Únicamente disponen de estudios primarios (Enseñanza Obligatoria o EGB) el 23,20%. El grupo más reducido es el que no ha logrado completar la enseñanza primaria (5,90%). Parece que cuanto mayor sea formación académica de los clientes, hay una mayor percepción de la necesidad de ayuda psicológica. Véase figura 10.3.

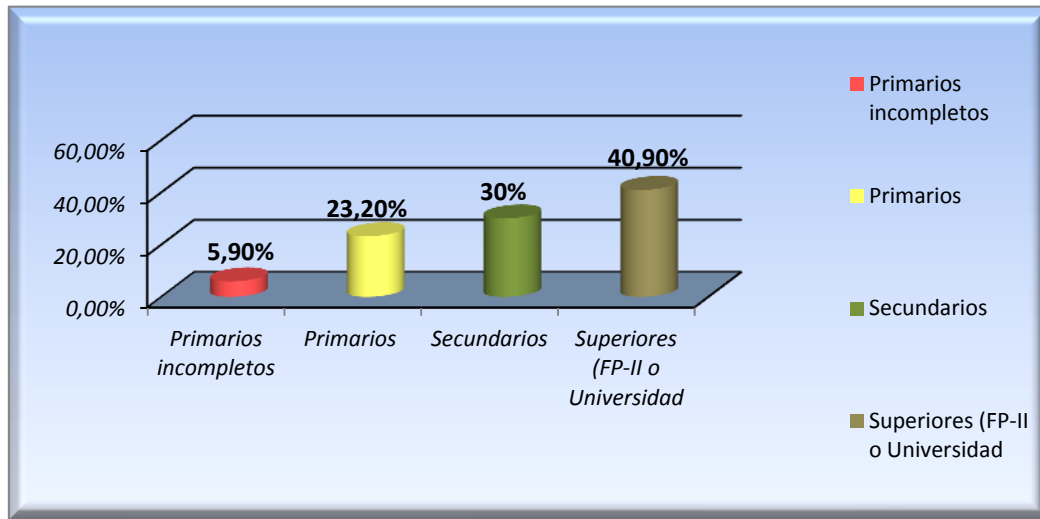


Figura 10.3. Nivel de Estudios

Respecto a la situación laboral, está claro que las personas que tienen empleo son las que se pueden permitir ir a una terapia psicológica privada como se puede ver en la figura 10.4. El único grupo con porcentajes relevantes es el que se encuentra en activo (74,10%). El resto de condiciones laborales (baja médica prolongada; en paro cobrando subsidio; en paro sin percepción de ayudas; personas que nunca han trabajado o pensionistas) no superan el 10% en ningún caso.

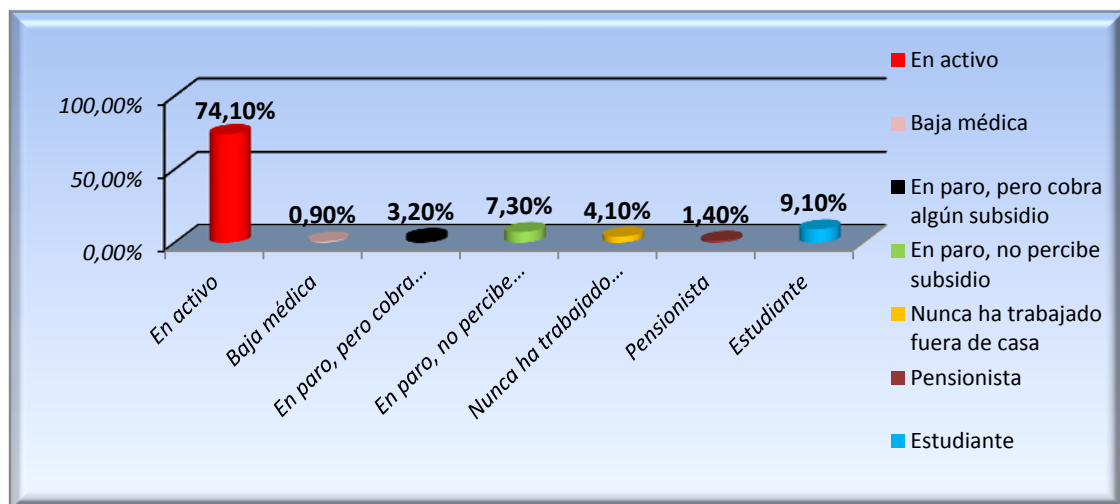


Figura 10.4. Situación Laboral

Respecto al lugar de residencia, el 68,60% de los clientes proceden de la misma ciudad donde se encuentra la consulta (Sevilla capital). Las otras dos situaciones están muy igualadas. De ciudades dormitorio (es decir, lugares cercanos a la capital, como las poblaciones de la Comarca del Aljarafe, Dos Hermanas, Alcalá de Guadaíra o La Rinconada) que están próximas (10-15 kilómetros) y bien comunicadas con la capital procede el 14,50% de la muestra y de pueblos, agro-ciudades o zonas rurales más distantes procede el restante 16,80%. Parece que la accesibilidad es un criterio básico para acudir a consulta (figura 10.5).

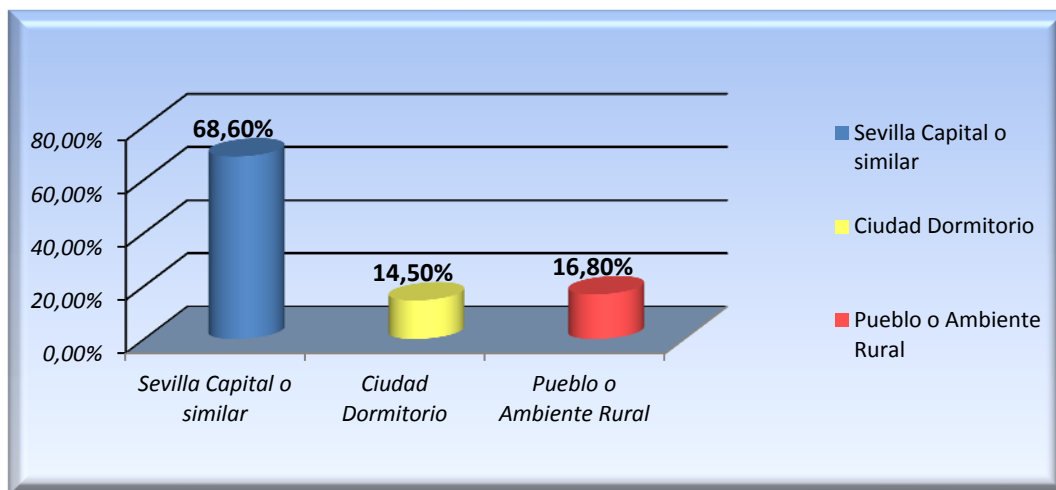


Figura 10.5. Lugar de Residencia

10.3.2 .Instrumentos de evaluación.

Los instrumentos de evaluación utilizados han sido la técnica de rejilla (en adelante, TR; Kelly, 1955) y la Lista de Síntomas de Derogatis-Revisada (SCL-90-R; Derogatis, 1977, 1983).

10.3.2.1. La técnica de rejilla.

Se ha utilizado una rejilla de investigación cuadrada de 15 constructos x 15 elementos. La elicitación se detenía al generar el constructo 15º (o bien constructos posteriores no fueron considerados en el análisis). El procedimiento de obtención de constructos fue diádico y la escala Likert utilizada de 7 puntos. Se administraba entre la 2º y la 4º sesión de terapia según el caso y en la última sesión para la rejilla de post-tratamiento. Los elementos utilizados son los siguientes: yo ahora; yo antes de mi problema; yo dentro de 6 meses; padre; madre; hermano/a u otro familiar relevante;

mujer grata; mujer non-grata; varón grato; varón non-grato; persona significativa 1; persona significativa 2; terapeuta; y yo ideal.

10.3.2.2 .Lista de 90 Síntomas- Revisada.

El SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised; Derogatis, 1977, 1983; versión española, 2002) es un autoinforme clínico dirigido a la evaluación de la conducta sintomática de pacientes con problemática psicológica. Da una valoración rápida de diversas dimensiones sintomáticas, al aportar un perfil multidimensional de la patología presente pero sin establecer diagnósticos criteriosales concretos que permite al terapeuta tener una visión global del perfil sintomático del paciente o, lo que lo es lo mismo, de su particular percepción de su estado psíquico y psicossomático.

Los 90 síntomas se distribuyen, según sus afinidades, en 10 grupos o dimensiones sintomáticas, cada uno de los cuales mide un diferente aspecto de la psicopatología. Estas dimensiones son: Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo. A estas se añade un grupo de síntomas misceláneos, que son una serie de ítems relacionados con síntomas de tipo fisiológico (problemas de sueño, falta de apetito, etc.). El cuestionario fue adaptado y baremado en España por TEA ediciones en 2002.

La escala likert va de 0 a 4 según la frecuencia con la que se ha experimentado el síntoma en el último mes; 0 indica ausencia y 4 una frecuencia muy alta.

Incluye tres medidas globales de sintomatología, muy útiles como valoración general de desajuste:

- a) El Índice Global de Gravedad o Severidad (GSI, Global Severity Index) es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global. Calculada por el sumatorio de los 90 ítems.
- b) El Total de Síntomas Positivos (PST, Positive Symptom Total) también llamado Total de respuestas positivas, contabiliza el número total de síntomas presentes, o sea, la amplitud y diversidad de la psicopatología. Es el número de ítem con valor distinto a 0. Puntuaciones directas iguales o inferiores a 3 en varones, e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están (es decir, de dar un sesgo positivo). Igualmente puntuaciones directas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican la tendencia al sesgo negativo.

c) Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI, Positive Symptom Distres Index), relaciona el sufrimiento o “Distrés” global con el número de síntomas, y es por lo tanto un indicador de la intensidad sintomática media. Se calcula dividiendo el valor de GSI entre el de TSP. Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de fingimiento.

Aunque el cuestionario no tiene atribuciones diagnóstico, existe una buena correlación entre los picos en sus perfiles y el diagnóstico psiquiátrico con criterios CIE-10 (Carrasco, Cicotteli, Del Barrio y Sánchez Moral, 2003; de las Cuevas et al., 1991). El SCL-R fue diseñado para ser interpretado en términos de tres niveles diferentes de información: el global, el dimensional y los síntomas discretos.

Los coeficientes de consistencia interna indican que la homogeneidad de los ítems que conforman cada dimensión es muy alta, con elevada correlación entre ellos. Los valores de los coeficientes de fiabilidad como estabilidad temporal están entre 0,78 y 0,90, con un intervalo test-retest de una semana, y muestran una cierta estabilidad de las puntuaciones del SCL-90-R a lo largo del tiempo (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez, y Rodríguez; 2002).

Derogatis y Cleary (1977) encuentran que la estructura dimensional del SCL-90-R se ajusta bastante bien a las nueve dimensiones sintomáticas postuladas a priori. El SCL-90-R presenta una buena validez convergente dada las altas correlaciones de las dimensiones sintomáticas con las escalas del MMPI (Derogatis, Rickels y Rock, 1976) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. Otros trabajos (Dinning y Evans, 1977) también encuentran correlaciones positivas y significativas con escalas análogas del MMPI, el Inventario de Depresión de Beck o con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). Acerca de la validez de criterio o empírica, Derogatis (1983) señala que la prueba resulta muy sensible al cambio en múltiples contextos clínicos y recomienda utilizarla como medida de rastreo y de cambio en el tratamiento.

10.3.2.3. Entrevista de la historia de vida.

Se trata de un procedimiento adaptado a partir de la entrevista de historia de vida (McAdams, 1995), propuesta por los miembros del *Foley Center for the Study of Lives* de la Northwestern University de Illinois, que permite analizar contenidos narrativos,

tanto de historias de vida formales como de sesiones terapéuticas. Se trata de un formato de entrevista en profundidad destinado a conocer la perspectiva del cliente sobre su propia experiencia vital. Se aplica durante la primera o primeras sesiones y da una visión global del tipo de capacidades y problemas del cliente expresadas en sus propios términos. Habitualmente se usa la metáfora de la “*novela personal*” para guiar la entrevista.

En este estudio no se trabajará apenas con indicadores de carácter cualitativo y sólo se tendrán en cuenta tres dimensiones: el tono narrativo medio, el número de episodios de la historia de vida y las categorizaciones del tema vital.

10.3.2.4. Historia clínica.

Es el protocolo de recogida de datos clínicos utilizado en COPSICA Psicólogos. Se trata, por tanto, de un inventario ad-hoc. De este se usarán sólo las categorizaciones de indicadores sociodemográficos básico, el tipo de demanda planteada por el cliente, el tipo de terapia, la duración de la misma y su experiencia terapéutica previa.

10.3.3. Medidas utilizadas.

Las medidas utilizadas en este trabajo tienen cuatro fuentes distintas: la técnica de rejilla, el SCL-90-R, la entrevista de historia de vida y datos sociodemográficos y de demanda extraídos de la historia clínica del cliente.

10.3.3.1 Medidas procedentes de la historia clínica.

La mayoría son variables nominales. Están agrupadas en dos secciones, las de tipo sociodemográfico y las relacionadas con la terapia.

10.3.3.2. Medidas procedentes de la historia clínica.

La mayoría son variables nominales. Están agrupadas en dos secciones, las de tipo sociodemográfico y las relacionadas con la terapia.

De tipo sociodemográfico.

a) *Género.* Variable cualitativa con dos valores, 1= varón y 2= mujer.

- b) *Estado civil*. Variable cualitativa con 5 valores: 1, soltero/a; 2, casado/a; 3, separada/o o divorciada/o (ya no vive con la pareja); 4 viudo/a; y 5 pareja de hecho.
- c) *Nivel de estudios*. Variable cualitativa con 5 valores: 1, analfabeto/a funcional; 2 primarios incompletos; 3, primarios; 4 secundarios; y 5 superiores (FP-II o Universidad). Esta variable se re-codifica para simplificarla en tres niveles, 1, primarios o inferiores; 2 secundarios; y 3 superiores; y también para dos, 0= inferior a secundaria, y 1=secundaria.
- d) *Lugar de residencia*. Variable cualitativa con 3 valores: 1 Sevilla capital o similar; 2 ciudad dormitorio-entorno periurbano; y 3 pueblo o ambiente rural. Se re-codificada para sólo dos condiciones, 1 capital y 2 otras residencias.
- e) *Situación laboral*. Variable cualitativa con 7 valores: 1 en activo; 2 de baja médica; 3 en paro pero cobra algún subsidio; 4 en paro no percibe subsidio; 5 nunca ha trabajado fuera de casa; 6 pensionista; y 7 estudiante. Se recodifica para dos valores en 1 activo y 2 no activo, que cubre el resto de condiciones.
- f) *Convivencia*, es una medida cualitativa procede de la dicotomización del estado civil. Se puntúan como 1 convive los casados y las parejas de hecho; y 0 no convive el resto de condiciones.
- g) *Edad*, variable cuantitativa continua, años del sujeto al comienzo de la terapia.

Relacionadas con la terapia.

- h) *Tipo de terapia*. Variable cualitativa con 3 valores: 1 terapia individual; 2 terapia de familia; y 3 terapia de pareja. Hacen referencia al tipo de terapia que se sigue con el caso. Se recodifica para agrupar en dos únicos valores: 1 terapia individual; y 0 terapia de familia-grupo.
- i) *Duración de la terapia*. Variable de tipo cuantitativa, número de meses en terapia. Una unidad por cada mes que estuvo el/la cliente en terapia.
- j) *Experiencia previa en terapia*. Variable de tipo cualitativa: 1 sí o 0 no (se ha asistido o no con anterioridad a algún tipo de tratamiento psicológico).
- k) *Tipo de demanda terapéutica*. Variable de tipo cualitativa con 5 valores: 5, específica; 4 inespecífica; 3 derivada específica; 2 derivada inespecífica; y 1 otros casos. Es una adaptación a las condiciones de la muestra de los modelos de

demanda propuestos por Villegas (1996). La demanda se recodifica en una variable dicotómica: 1 demanda operativa, que agrupa a la específica y la inespecífica; y 0 demanda no operativa, que agrupa al resto de condiciones. Las definiciones operativas son las siguientes; i) La demanda específica se da cuando el cliente formula un objetivo concreto a alcanzar durante la sesión en que se elabora la terapia (1ª o 2ª sesión); ii) la demanda inespecífica se da cuando el cliente hace explícito que busca mejorar, cambiar de vida, cambiar su situación pero no formula ninguna indicación expresa de cuál sería el objetivo concreto. Ambas tienen la particularidad de que suponen el reconocimiento de un problema personal y se consideran una demanda operativa, con la que se puede trabajar; iii) la demanda derivada específica se da cuando un tercero hace sobre el cliente al que se va tratar una demanda de tipo específico, por ejemplo los padres o la pareja piden que el cliente modifique su comportamiento agresivo; iv) la demanda derivada inespecífica es una demanda de tipo inespecífico hecha por un tercero; v) otros casos, que agrupa una miscelánea de demandas como la perversa (satisfacer necesidades no terapéuticas), la colusiva (perjudicar a un tercero), la no-demanda o bloqueo de la demanda de un tercero o la confirmatoria (confirmar las propias asunciones). Todas las demandas no relacionadas directamente con el cambio personal se consideran no operativas, ya que para que se pueda trabajar el cliente debe asumir que debe llevar a cabo algún tipo de cambio personal.

l) *Demanda*, es la dicotomización de finalización de la terapia. Sus valores son 0=Operativa, 1=No operativa.

m) *Terminación de la terapia*. Variable cualitativa con 5 valores: 1 alta; 2 abandono pactado; 3 abandono sin pactar; 4 abandono por causas forzadas; y 5 en curso. Alta es la finalización de la terapia habiendo alcanzado los objetivos. En curso es un cliente que asiste a las sesiones pero a las que no se le ha dado el alta. El abandono pactado se da cuando el cliente informa en sesión de su intención de abandonar la terapia y hay lugar para algún tipo de despedida o sesión de revisión. El abandono no pactado se da cuando el cliente simplemente deja de presentarse a las sesiones y no aduce causa alguna. El abandono forzoso es un abandono comunicado pero en el que el cliente justifica su cese en la terapia por razones ajenas a su voluntad, de tipo económico o traslado de domicilio entre las más habituales.

- n) *Finalización de la terapia*, variable cualitativa dicotómica. El valor 1 (sí), determina que hay un alta terapéutica. 0 (no) es cualquiera de los otros casos de terminación de la terapia.
- o) *Abandono*. Variable cualitativa. Es la dicotomización de la variable terminación de la terapia. No abandono (1) agrupa a los sujetos que han recibido el alta o siguen en curso terapéutica. Abandono (0), agrupa a cualquiera de los tres tipos de abandono. Dado que la mayor parte de los análisis se harán sobre esta variable independiente, hay que tener en cuenta que la direccionalidad positiva implica no abandono.

10.3.3.3. Medidas procedentes de la historia de vida.

Media de tono narrativo positivo (afectividad media positiva). Es la media de las valoraciones sobre emocionalidad positiva (en una escala de 1-5) que el cliente hace para cada uno de los episodios incluidos en su historia de vida. Cuanto mayor es el valor, mayor es el tono narrativo de la historia.

- a) *Media del tono narrativo negativo (afectividad media negativa)*. Medida idéntica a la anterior pero para la emocionalidad negativa. Se evalúa con la misma lógica que el tono narrativo positivo, que se ha descrito en el punto anterior.
- b) *Número de episodios de la historia de vida*. Es un intento de valorar el número de facetas que el cliente percibe en su historia vital en un primer momento.
- c) *Tema vital*. Es una variable cualitativa, procedente de la categorización de las respuestas de los clientes a las preguntas de la historia de vida relacionadas con el tema vital. Contempla las siguientes posibilidades: 1 logro; 2 filiación; 3 control; 4 seguridad; 5 libertad-relación; y 6 orden. El sistema de categorías agrupa el análisis motivacional propuesto por McAdams (1993, 1995) y las propuestas de organización de significado de Guidano (1994). El sujeto ha debido indicar expresamente que su tema vital o el asunto más importante en su vida ha sido mantenerse seguro o a salvo de amenazas (seguridad), seguir algún tipo de norma, pauta o sistema valores (orden), conseguir alguna forma de control o superación sobre otros o sobre aspectos del sí mismo (control) o focalizarse en relaciones de la que se quiere liberar pero que son importantes para él o ella (libertad-relación). Cuando estas categorías están ausentes, se usa el sistema motivacional en función de si la historia está orientada hacia la consecución de metas de cualquier tipo

(logro) o hacia el mundo relacional (pero sin la connotación de la necesidad de liberación respecto a la relación). Todas las categorías se consideran excluyentes.

10.3.3.4. Medidas procedentes del SCL-90-R.

- a) Índice Global de Síntomas (GSI). Media de las respuestas a los 90 ítems. Media global de la sintomatología.
- b) Total de Síntomas Positivos (TSP). Total de ítems respondidos con valor superior a 0, cantidad de síntomas experimentados
- c) Índice de Distrés de Síntomas Positivos. Cociente entre los indicadores GSI y TSP. Intensidad de la sintomatología experimentada.

10.3.3.5. Medidas procedentes de la técnica de rejilla.

- a) Presencia de dilemas implicativos. Variable dicotómica que marca la presencia o ausencia de dilemas implicativos en la rejilla completada por un sujeto. El valor de presencia viene definido por la identificación de al menos un dilema. 0 es ausencia de dilemas y 1 presencia de dilemas. Dado que la rejilla se administra en dos momentos, pre y postratamiento, y se trata de un factor cualitativo se designará como DilemasT1 (pretratamiento) y DilemasT2 (postratamiento).
- b) Intensidad del dilema implicativo en la rejilla. Variable cuantitativa que mide la intensidad del dilema que aumenta a medida que lo hace el valor. Su valor es nulo cuando no hay dilemas en la rejilla.
- c) Intensidad total en rejilla. Medida de la similitud funcional de los constructos. A mayor valor, menor el nivel de diferenciación.
- d) Constructos Funcionalmente Independientes en rejilla. Es un indicador del número de elementos y constructos que están agrupados entre sí e indica el nivel de complejidad de la construcción. Operativamente es el número de agrupaciones funcionales (dato generado por el programa RECORD en función de las correlaciones entre elementos y constructos), dividido por la suma total de elementos y constructos de la rejilla. A medida que aumenta, la diferenciación lo hace también.
- e) Porcentaje de varianza explicada por el primer eje en la rejilla (PVEPF). Es un indicador de diferenciación expresado en el porcentaje de varianza que explica el

primer eje del sistema de construcción tal y como la calcula el programa RECORD. Un valor alto indica una baja diferenciación; un valor bajo una diferenciación más alta.

- f) Potencia total en rejilla. Es un índice de integración o jerarquización del sistema. Mayor a medida que aumenta la puntuación.
- g) Polarización total en rejilla. Es un índice de la extremosidad de la puntuación. Aumenta a medida que lo hacer el valor.
- h) Indefinición total en rejilla. Mide el grado total de puntuaciones en las que no le ha sido posible al sujeto situar un elemento en uno u otro polo del constructo. Un porcentaje muy alto indica una dificultad operativa del sistema de construcción.
- i) Correlación yo-ideal en rejilla. Es una medida de la autoestima directa del sujeto, mide el grado de proximidad entre la autopercepción del sujeto y su imagen ideal. A mayor valor, mayor autoestima.
- j) Correlación yo-otros en rejilla. Mide el grado de proximidad entre la autopercepción y la percepción de los otros. Evalúa el grado de aislamiento social percibido (cuanto mayor sea el valor, menor es el aislamiento).
- k) Correlación ideal-otros en rejilla. Es el grado de proximidad entre la imagen ideal o meta personal y la percepción de los otros. Evalúa el grado de los otros se aproximan a la idealización, lo que implica el grado de adecuación atribuido a los demás. A mayor valor, mayor grado de integración social.

En general, el abandono será considerado la variable dependiente en la mayoría de los cálculos. Siendo los indicadores de la rejilla, de la historia de vida, de la historia clínica y del SCL-90_R variables independientes en los análisis de regresión.

Cuando el abandono o la demanda se utilicen como variable de clasificación (criterio de división transversal), las variables procedentes de la rejilla, el SCL-90-R o la historia de vida serán consideradas variables dependientes.

Los marcadores sociodemográficos se consideran variables moduladoras.

10.3.4. Procedimiento.

Los datos de este estudio han sido recogidos desde que se inauguró el centro de psicoterapia privado COPSICA PSICOLOGOS en otoño del 2008 hasta marzo de 2015. La recogida de datos fue lenta y escasa en los dos primeros años, debido a la poca cantidad de clientes que solicitaban terapia en la consulta ya que entonces era poco conocida. A partir de 2010 el número de clientes se incrementó, algo que estuvo asociado a una mejor difusión de los servicios y resultados del centro.

El protocolo de administración de pruebas en el inicio de la terapia es este:

- a) Historia de vida. Se elabora en la segunda sesión o en la segunda y tercera.
- b) SCL-90-R. Se administra en la segunda sesión.
- c) Técnica de Rejilla. Se aplica entre la tercera o quinta sesión, según el caso.
- d) Historia clínica. Se va construyendo progresivamente, pero las medidas utilizadas de la misma se recogen durante la primera o dos primeras sesiones.

Las medidas postratamiento se administran en las últimas sesiones (entre la cuarta antes del final y la penúltima), pero la variabilidad es muy grande porque depende de la coyuntura de cada caso. La lógica que se intenta seguir es la siguiente:

- a) SCL-90-R. Antepenúltima o penúltima sesión.
- b) Técnica de Rejilla. Penúltima sesión, lo que da pie a hacer una devolución de resultados en la sesión de despedida.

Algunas dificultades añadidas a la recogida de datos se asocian también a la dinámica de asistencia de los clientes, lo que introducía más problemas en la recogida de datos.

Algunos clientes pasaban por la consulta de forma intermitente, sin continuidad temporal pactada, no asistiendo a citas concertadas y volviendo a solicitar terapia un tiempo después, lo que hacía casi imposible una pauta de administración de pruebas. Cuando se conseguía administrar las pruebas a estos clientes, especialmente las medidas postratamiento, se les pedía además que acompañasen los datos de la TR con el cuestionario de rastreo de sintomatología SCL-90-R.

Otros clientes cuando se encontraron mejor de sus síntomas abandonaron precipitadamente la terapia, sin dar opción al segundo pase de las pruebas, añadiendo dificultades a la captación de los datos.

Por otra parte, los datos relacionados con historias de vida empezaron a recogerse de manera más tardía, en torno a 2011-12 de forma que no se dispone de datos para los primeros clientes.

La asignación de casos clínicos al estudio es una asignación incidental, no aleatoria. La población del estudio eran todos aquellos casos que habían solicitado una cita en la consulta COPSICA PSICOLOGOS ya fuera por vía telefónica o por correo electrónico. Para incluir un caso en la base de datos de este se tenían que dar como mínimo que dos condiciones: a) Haber acudido a la 1ª entrevista inicial, lo que suponía tener algunos datos relacionados con la demanda, indicadores socio-demográficos; y b) Haber acudido una 2ª sesión en la que se administraba por primera vez el SCL-90-R. En esta sesión se inicia a su vez la exploración de su historia de vida que suele durar entre 2 o 3 sesiones dependiendo del tiempo de elaboración de la historia del cliente.

Obviamente los clientes que abandonan la terapia antes de término no disponen de datos de postratamiento.

10.3.5. Análisis de datos.

En la fase de análisis de datos se utilizó en primer lugar el programa RECORD v. 4.0, para la obtención de los diversos indicadores de la rejilla.

Estos indicadores, junto a los datos procedentes de la corrección del SCL-90-R y las codificaciones de los datos de las historias clínicas y de vida fueron analizados mediante el programa SPSS.22.

Entre las pruebas estadísticas utilizadas se encuentran pruebas de contraste no paramétricas para comprobar las diferencias entre grupos (género, dilemas-no dilemas, abandono-no abandono) en función de los indicadores sociodemográficas; manovas para comprobar esas mismas diferencias para las variables de tipo escalar o continuas; manovas de medidas repetidas para comprobar cambios y diferencias intragrupalas entre los momentos pre y postratamiento (para el subgrupo que no abandona la terapia) y análisis de regresión lineal y discreta para predecir la probabilidad de abandono en función de variables continuas o cualitativas.

Para rechazar las hipótesis nulas se estableció un nivel de confianza del 95%

10.4. Resultados.

10.4.1. Porcentajes de abandono en la muestra.

El objeto de esta tesis es el estudio del abandono. El primer dato debe ser por tanto el porcentaje de abandonos de la muestra. La Figura 10.6 indica que de los 220 sujetos de la muestra, no abandonan únicamente el 35%. De estos, un 5,9% (11) son sujetos que todavía están en terapia y el 32,27% (71) son altas clínicas. Los tipos de abandono (65%, 136), se distribuyen así, abandono forzoso (17,27%, 38), abandono pactado (5%, 11) y abandono no pactado (39, 54%, 87). Es decir, el número de clientes que abandona sin avisar al terapeuta es casi idéntico al del clientes de siguen la terapia.

Hay que tener en cuenta que sólo 119 sujetos completan el protocolo pretratamiento, por lo que entre estos casos están aquellos que abandonan durante la fase propiamente terapéutica. Algunos de estos casos no son verdaderos abandonos, sino sujetos para los cuáles no se pudo administrar la rejilla en T2.

El 46% de los sujetos (81) son casos de abandono muy temprano, personas que vienen a tantear la terapia y no pasan de las primeras sesiones (no llegan a completar la técnica de rejilla que se administra en la sesión 3-4). En puridad los casos de abandono son 125, aquellos que habiendo empezado la terapia, no disponen de ningún dato en la fase postratamiento.

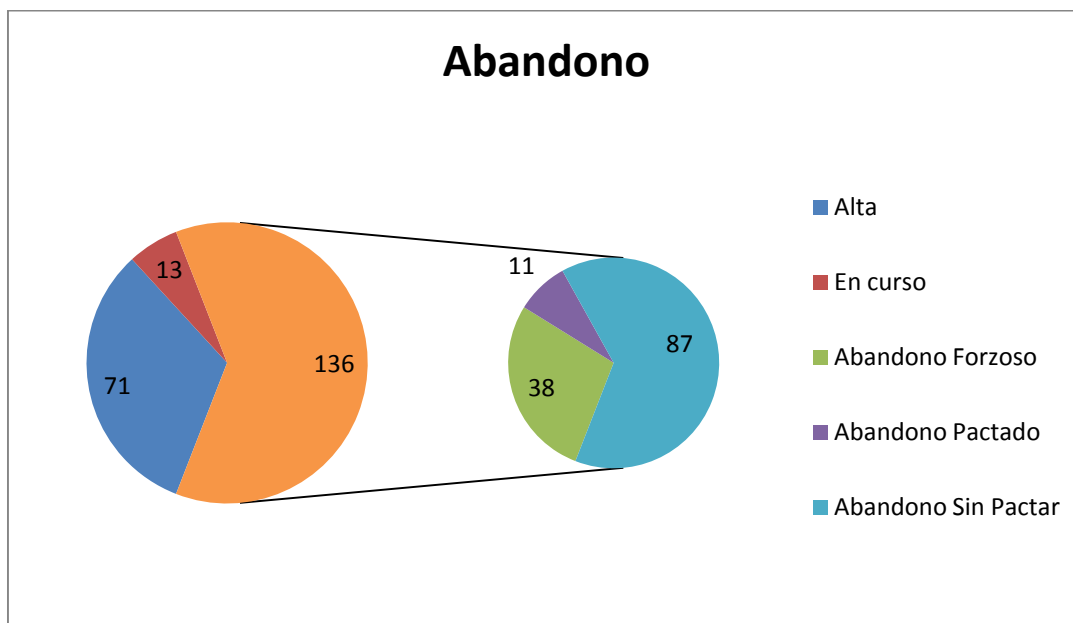


Figura 10.6. Finalización de la terapia

10.4.2. Tablas de contingencia entre los tipos de finalización de la terapia y las variables de tipo nominal.

Un primer análisis es comprobar la existencia de diferencias entre los miembros de la muestra en función del tipo de finalización de la terapia (tipos de abandono-continuidad) y el resto de variables de tipo nominal que describen a la muestra. Dado que es difícil garantizar que haya alguna clase de ordenación subyacente a las diversas categorizaciones (por ejemplo, ¿supone un grado más de perjuicio o ventaja la demanda inespecífica directa que la demanda mágica?), se ha optado por considerar las variables de tipo sociodemográfico o de la historia clínica, así como los temas vitales como puramente nominales. Esto limita el tipo de estadísticos que se pueden aplicar.

	Alta	Abandono Pactado	Abandono Sin Pactar	Abandono Forzoso	En Curso	N	V Crámer (P)	Coefficiente Contingencia (P)
Nivel Socioeconómico						213	,227 (.005)	,305 (.005)
Bajo	12	2	21	19	3	57		
Medio	53	8	48	15	10	134		
Alto	6	1	13	2	0	22		
Estado Civil						216	,145 (.315)	,278 (.315)
Soltero/a	24	5	36	18	9	71		
Casado/a	25	5	30	11	1	11		
Separado/a	9	1	11	7	2	83		
Viudo/a	0	0	1	0	0	38		
Pareja de hecho	13	0	5	2	1	13		
Nivel de Estudios						210	,139 (.435)	,234 (.435)
Primarios Incompletos	6	0	5	1	1	13		
Primarios	11	4	20	11	2	48		
Secundarios	18	3	21	14	5	61		
Superiores	36	4	34	9	5	88		
Situación Laboral						213	,169 (.438)	,321 (.438)
En activo	56	9	60	26	8	159		
Baja Médica	1	0	1	0	0	2		
Paro, con subsidio	0	0	5	2	0	7		
Paro, sin subsidio	3	0	4	5	2	14		
Nunca ha trabajado	1	1	5	1	0	8		
Pensionista	2	0	0	1	0	3		
Estudiante	8	1	7	1	3	20		
Sexo						216	,127 (.483)	,126 (.483)
Hombre	36	6	53	29	9	123		

	Alta	Abandono Pactado	Abandono Sin Pactar	Abandono Forzoso	En Curso	N	V Crámer (P)	Coefficiente Contingencia (P)
Mujer	34	4	32	19	4	93		
Lugar de residencia						214	,154 (,254)	,213 (,254)
Capital	51	6	21	22	7	147		
Periferia Urbana	8	3	12	7	1	31		
Zona rural	12	2	9	8	5	34		
Estudios Re-codificada						210	,134 (,485)	,186 (,485)
Primaria o Inferior	17	4	25	12	3	61		
Secundaria	18	3	21	14	5	61		
Superior	36	4	34	9	5	88		
Convivencia						216	,130 (,456)	,129 (,456)
Si	37	5	41	20	10	113		
No	34	6	42	18	3	103		
Laboral Re-codificada						213	105 (,671)	105 (,671)
En activo	56	9	60	26	8	159		
No activo	15	2	22	10	5	54		
Lugar Re-Codificado						214	,159 (,250)	,157 (,250)
Capital	51	6	21	22	7	147		
Otro	20	5	21	5	6	67		

Tabla 10.1. V de Crámer y Coeficiente de Contingencia para indicadores sociodemográficos en función del tipo de finalización de la terapia

Cómo no todas las variables son dicotómicas, se ha optado por la V de Crámer y el Coeficiente de contingencia que no tienen la limitación de necesitar cruces dobles entre filas y columnas, sino que admiten cualquier número de filas-columnas.

	Alta	Abandono Pactado	Abandono Sin Pactar	Abandono Forzoso	En Curso	N	V Crámer (P)	Coefficiente Contingencia (P)
Tipo de Terapia						213	,152 (,275)	,210 (,275)
Individual	49	8	61	34	11	163		
Pareja	20	2	19	3	2	46		
Familia	0	0	3	1	0	4		
Experiencia Previa						199	,173 (,203)	,170 (,203)
Si	15	2	5	7	2	32		
No	54	5	67	31	10	167		
Demanda Terapéutica						183	,162 (,262)	,308 (,262)
Específica	23	1	18	12	5	60		
Inespecífica	37	4	29	13	3	86		

	Alta	Abandono Pactado	Abandono Sin Pactar	Abandono Forzoso	En Curso	N	V Crámer (P)	Coefficiente Contingencia (P)
Derivada Específica	4	1	17	4	3	29		
Otros	1	0	1	1	0	3		
Derivada Inespecífica	0	0	3	2	0	5		
Tema Vital						200	,146 (,644)	,281 (,644)
Logro	9	1	9	3	1	23		
Filiación	21	2	22	14	5	64		
Control	5	2	6	1	2	16		
Seguridad	16	2	22	16	3	59		
Libertad	10	1	14	3	2	30		
Orden	5	1	2	0	0	8		
Dilemas TR1						130		
Sí	33	3	20	15	6	77		
No	25	2	15	6	5	53		
Demanda Re-Codificada						182	,251 (,021)	,244 (,021)
Operativa	60	5	47	25	8	145		
No operativa	5	1	21	7	3	37		
Tipo Terapia Recodificada						213	,163 (,224)	,161 (,224)
Individual	49	8	61	34	11	163		
Pareja o Familia	20	2	22	4	2	50		

Tabla 10.2. V de Crámer y Coeficiente de Contingencia para indicadores relacionados con la terapia en función del tipo de finalización de la terapia

En las tablas 10.1 y 10.2 se detallan los resultados de la V de Crámer y el Coeficiente de Contingencia para los indicadores sociodemográficos (tabla 10.1) e indicadores relacionados con la terapia y los temas vitales de los clientes (tabla 10.2).

	Abandono	No Abandono	N	V Crámer (P)	Coefficiente Contingencia (P)
Nivel Socioeconómico			214	,210 (,009)	,206 (,009)
Bajo	44	13	57		
Medio	76	59	135		
Alto	17	5	22		
Estado Civil			217	,175 (,156)	,172 (,156)
Soltero/a	62	30	92		
Casado/a	49	23	72		
Separado/a	19	11	30		
Viudo/a	1	0	1		
Pareja de hecho	9	13	22		

	Abandono	No Abandono	N	V Crámer (P)	Coefficiente Contingencia (P)
Nivel de Estudios			211	,202 (.035)	,198 (.035)
Primarios Incompletos	7	6	13		
Primarios	36	12	48		
Secundarios	44	18	62		
Superiores	47	41	88		
Situación Laboral				,179 (.335)	,176 (.335)
En activo	101	59	160		
Baja Médica	1	1	2		
Paro, con subsidio	7	0	7		
Paro, sin subsidio	10	4	14		
Nunca ha trabajado	6	2	8		
Pensionista	1	2	3		
Estudiante	11	9	20		
Sexo			218	,022 (.748)	,022 (.748)
Hombre	79	44	123		
Mujer	63	32	95		
Lugar de residencia				,114 (.250)	,113 (.250)
Capital	97	51	148		
Periferia Urbana	22	9	31		
Zona rural	19	17	36		
Estudios Re-codificada				,177 (.036)	,175 (.036)
Primaria o Inferior	43	18	61		
Secundaria	44	18	62		
Superior	47	41	88		
Convivencia				,049 (.469)	,049 (.469)
Si	71	43	114		
No	69	34	103		
Laboral Re-codificada			214	,032 (.639)	,032 (.639)
En activo	101	59	160		
No activo	36	18	54		
Lugar Re-Codificado				,042 (.538)	,042 (.538)
Capital	97	51	148		
Otro	41	26	67		

Tabla 10.3. V de Crámer y Coeficiente de Contingencia para indicador socio- demográficos en función del abandono

Únicamente se encuentra dos asociaciones significativas, el nivel socioeconómico ($V=,227$; $p=,005$) y la demanda cuando esta se recodificada en términos de operativa operativa ($V=,251$; $p=,021$). Ninguno de los dos valores supera un nivel de ,300 que se suele considerar el clínicamente relevante.

Dado que la V de Crámer no indica direccionalidad de los datos no se pueden hacer suposiciones de la dirección, aunque un análisis de las frecuencias indica una cierta tendencia de los sujetos que abandonan a presentar demandas de tipo operativo y a pertenecer a estratos socioeconómicos medios-bajos.

	Abandono	No Abandono	N	V Crámer (P)	Coficiente Contingencia (P)
Tipo de Terapia				,108 (.286)	,107 (.286)
Individual	107	57	164		
Pareja	28	18	46		
Familia	4	0	4		
Experiencia Previa			199	,207 (.708)	,207 (.708)
Si	13	19	32		
No	62	105	167		
Demanda Terapéutica			183	,224 (.057)	,218 (.057)
Específica	33	27	60		
Inespecífica	48	38	86		
Derivada Específica	23	6	29		
Otros	2	1	3		
Derivada Inespecífica	5	0	5		
Tema Vital			201		
Logro	16	7	23	,175 (.290)	,173 (.290)
Filiación	37	27	64		
Control	13	4	17		
Seguridad	41	18	59		
Libertad	21	9	30		
Orden	3	5	8		
Dilemas TR1			131	,081 (.353)	,081 (.353)
Si	42	35	77		
No	25	29	54		
Demanda Re-Codificada			183	,210 (.004)	,206 (.004)
Operativa	78	68	146		
No Operativa	30	7	37		
Tipo Terapia - Recodificada			214	,011 (.872)	,011 (.872)
Individual	107	57	164		
Pareja o Familia	32	18	50		

Tabla 10.4. V de Crámer y Coeficiente de Contingencia para indicadores relacionados con la terapia en función del abandono

Entre los sujetos que siguen la terapia (no abandonan), el 90,6% formulan algún tipo de demanda operativa (específica o inespecífica). En el caso de los clientes que

abandonan la terapia el 27,7% presentan una formulación no operativa de la demanda. El resultado indica que las demandas no operativas son más habituales entre los sujetos que abandonan.

En cuanto al nivel socioeconómico, sólo el 26,31% de los clientes pertenecientes al estrato bajo sigue la terapia, mientras que ese porcentaje sube al 44,23% (casi se duplica) entre los grupos de niveles medio y alto.

Las tablas 10.3 y 10.4 dan la misma información pero cuando el abandono ha sido dicotomizado (no abandono/abandono). En este caso aparecen algunas variables más que tienen asociaciones significativas con el abandono, se mantiene el nivel socioeconómico ($V=,210$, $P=,009$), aparece el nivel de estudios ($V=,202$, $P=,035$), así como la recodificación de los estudios a sólo tres niveles ($V=,177$, $P=,036$). Entre las variables asociadas a la terapia (tabla 10.4) se mantiene la demanda re-codificada ($V=,210$, $P=,004$). Ninguna de las asociaciones alcanza el valor de ,300 y el análisis de las frecuencias arroja resultados similares, incluyendo una nueva tendencia: a menor nivel de estudios, mayor inclinación al abandono.

10.4.3. Pruebas Chi2 para las interacciones entre demanda, abandono y presencia de dilemas.

Se efectúan una serie de comparaciones Chi2 (todas de 1 grado de libertad) para comprobar la independencia entre el factor abandono (recodificado) y los otros factores que se están teniendo en cuenta en este estudio, tipo de demanda (recodificada) y presencia de dilemas en las rejillas de pre y postratamiento. El abandono está ligado a la demanda ($Chi2=8,007$, $p=0,05$). Hay una tendencia a que los sujetos que abandonan formulen demandas operativas (81,1%), mientras que los que no abandonan presentan un mayor número de demandas no operativas (44,55). El abandono sí es independiente de la presencia o no de dilemas en ambos momentos del tratamiento ($Chi2=,864$; $p=,369$ en T1; y $Chi2= ,197$; $P= ,536$ en T2). Además la Chi2 para dilemas en postratamiento no es viable porque dos casillas muestran menos de 5 casos. Ver tabla 10.5.

GI= 1 en todas las comparaciones			Abandono		Total
			Abandono	No abandono	
Chi2 Demanda X Abandono=8,007 P=.005					
Demanda	Operativa	Recuento	81	65	146
		Recuento esperado	88,6	57,4	146,0
		% Demanda	55,5%	44,5%	100,0%
		% Abandono	73,0%	90,3%	79,8%
		% Total	44,3%	35,5%	79,8%
	No Operativa	Recuento	30	7	37
		Recuento esperado	22,4	14,6	37,0
		% Demanda	81,1%	18,9%	100,0%
		% Abandono	27,0%	9,7%	20,2%
		% Total	16,4%	3,8%	20,2%
Chi2 DilemasT1 X Abandono=,864 P=,369					
Dilemas T1	No	Recuento	25	29	54
		Recuento esperado	27,6	26,4	54,0
		% Dilemas en T1	46,3%	53,7%	100,0%
		% Abandono	37,3%	45,3%	41,2%
		% Total	19,1%	22,1%	41,2%
	Si	Recuento	42	35	77
		Recuento esperado	39,4	37,6	77,0
		% Dilemas en T1	54,5%	45,5%	100,0%
		% Abandono	62,7%	54,7%	58,8%
		% Total	32,1%	26,7%	58,8%
Chi2 DilemasT2Xabandono=,197 P=, 536					
Dilemas T2	No	Recuento	3	41	44
		Recuento esperado	3,3	40,7	44,0
		% Dilemas en T2	6,8%	93,2%	100,0%
		% Abandono	75,0%	83,7%	83,0%
		% Total	5,7%	77,4%	83,0%
	Sí	Recuento	1	8	9
		Recuento esperado	,7	8,3	9,0
		% Dilemas en T2	11,1%	88,9%	100,0%
		% Abandono	25,0%	16,3%	17,0%
		% del Total	1,9%	15,1%	17,0%

Tabla 10.5. Chi2 para los principales variables independientes

La aplicación de la prueba Chi2 a las relaciones entre demanda (dicotomizada) y presencia de dilemas en ambos momentos del tratamiento da resultados no

significativos (independencia entre las variables). Los valores hallados son los siguientes, χ^2 Demanda x Dilemas en pretratamiento =,266; $p=$,625. Para el caso del postratamiento, $\chi^2=$, 179, $p=$,544. En ambos casos con 1 grado de libertad.

10.4.4. Análisis de Regresión.

10.4.4.1. Regresiones logística multinomiales.

Se llevan a cabo una serie de regresiones logísticas para conocer qué tipo de variables pueden explicar el abandono. En primera opción se intenta una regresión logística multinomial manteniendo los cinco niveles de la variable “terminación de la terapia”, incluyendo como factores todas las variables de carácter socio-demográfico y nominal (sexo, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudios y nivel socio-económico) y las variable nominales relacionadas con la terapia (tipo de demanda, experiencia previa en terapia, tema vital de historia de vida). Como covariables se incluyen la edad, el número de episodios de la historia de vida y las dos afectividades medias de la historia de vida. El modelo que surge tiene un 53% de casillas con frecuencias y SPSS .22 indica que se trata de un modelo incierto. El ajuste del modelo tiene una χ^2 de 73,455 ($P=.008$) Todas las variables obtienen una χ^2 de 0 en la razón de verosimilitud y la significación del estadístico de Wald es superior a .900 en todos los casos.

Después se intenta otra regresión logística multinomial incluyendo como covariables los diversos indicadores de la rejilla y el valor IGS del SCL-90-R y como único factor la presencia-ausencia de dilemas en pre-tratamiento. Si bien SPSS .22 no advierte de la imprecisión del modelo, los datos no son tampoco satisfactorios. El 50% de las casillas tienen una frecuencia de 0. La χ^2 del ajuste final del modelo es 7,943 y su $p=$.847. Por tanto, no significativa. En el ajuste de la razón de verosimilitud ninguna covariable obtiene significativos de χ^2 y tampoco se obtiene ningún valor significativo en el estadístico de Wald para las estimaciones de parámetro.

Pérez López (2014) indica que los modelos de regresión multinomial, aunque han mejorado, no son todavía fiables ya que las probabilidades de respuestas son muy complejas y la estimación de verosimilitud es casi imposible por encima de 5 alternativas en la variable dependiente. Dado que nuestro caso se aproxima a estos niveles de complejidad se va a proceder a dicotomizar la variable “terminación de la

terapia” reduciendo sus cinco niveles a sólo 2 para intentar regresiones logísticas binarias. Los cinco niveles (1=alta, 2= abandono pactado, 3= abandono sin pactar, 4= abandono por causas forzosas; y 5= terapia en curso) se reducen a dos, 0= no abandono, que agrupa los niveles de éxito (1 y 5 de la codificación anterior) y 1= abandono (que agrupa las tres clases de abandono de la codificación anterior).

10.4.4.2. Regresiones binarias.

Se efectúan cuatro regresiones binarias, que van a ir incorporando progresivamente distintos indicadores. Todas seguirán el modelo de regresión Wald por pasos hacia adelante y para las variables categóricas el indicador será el último (es decir, la categoría de referencia es la de valor más bajo).

Los criterios generales en una regresión para admitir una variable en la ecuación que arroja el modelo son:

- a) Que el valor del estadístico Wald sea significativo.
- b) Que el error estándar sea inferior a 1.
- c) Que el valor 1 no esté incluido en el rango del intervalo de confianza; por ejemplo, serían viables intervalos de estos tipos (inferior ,281; superior ,900; o de estos, inferior 1,234, superior 3,200); pero no de estos (inferior 425; superior 1,301). En este segundo caso el valor 1 se encuentra en el rango del intervalo.
- d) Que el valor de la odd ratio (expresada en SPSS como Exp B) sea superior 1. Una odd ratio es la división de la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno por la probabilidad de su no ocurrencia. Un valor de 1 supone igualdad, por tanto la probabilidad de ocurrencia de lo que se esté estudiando es igual a su no ocurrencia, lo que supone ninguna capacidad predictiva. Si el valor es inferior a 1, la probabilidad se interpreta como que la variable evita la ocurrencia del fenómeno (es decir, es un factor protector). En este caso, el valor del coeficiente B es siempre negativo. La interpretación de un valor superior a 1 sería del siguiente tipo: 3,201 implica que el fenómeno que se esté considerando mejora la posibilidad de predicción de la variable dependiente 3,2 veces respecto a su ausencia. Por ejemplo, si el índice de indefinición de la rejilla tuviera una odd ratio de 2,00 para el abandono, eso implicaría que a medida el valor del índice de definición mejora en 2

veces dentro de la ecuación de regresión la probabilidad de predecir el abandono respecto a la inclusión de la indefinición.

En las regresiones binarias el cálculo dicotomiza de modo interno todas las variables, incluidas las continuas, creando pasos dicotómicos entre cada dos valores de la variable. El caso más complejo de interpretar es el de las variables nominales, ya que en la ecuación se introducen dummy que comparan cada dos valores de la variable. Esto genera n-1 categorías dummy. Por ejemplo, en una categoría nominal con tres niveles de ingresos (bajos, medios y altos), se crearían solo dos dummies. Usualmente la categoría de referencia es la primera (esto es a la que se le ha asignado un valor más bajo en la base de datos) y el indicador es la siguiente. En el ejemplo aparecían dos dummies bajo-medio (ingresos1) y bajo-alto (ingresos2. Si ambas tuvieran odd ratios superiores a 1 (por ejemplo, ingresos1 de 3,2 e ingresos2 de 4,1), la interpretación sería la siguiente, los sujetos con ingresos medios tienen una probabilidad 3,2 mayor de abandonar que los sujetos con ingresos bajos. Como en todas las regresiones el valor de B puede ser negativo, lo que invertiría la interpretación. No obstante, en el caso de variables dummies la interpretación debe hacerse para el conjunto de las categorías.

De modo gráfico en las tablas cuando una variable cumpla todos los criterios de inclusión en la ecuación de predicción se marcará en negrita, cuando incumpla alguno este se marcará en cursiva y negrita.

10.4.4.2.1. Regresión binaria para los indicadores sociodemográficos.

En la primera regresión sólo se incluirán variables de tipo sociodemográfico, para hacer un análisis más puro de los vínculos entre marcadores sociales y abandono. En esta primera regresión se incluyen como covariables: el nivel socioeconómico, el nivel de estudios, la situación laboral, el lugar de residencia y el género (todas ellas categóricas) y la edad (cuantitativa).

Variables en la ecuación									
		<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1 ^a	Nivel_Socioeconómico			10,844	2	,004			
	Nivel_Socioeconómico(1)	,005	,599	,000	1	,994	1,005	,311	3,248
	Nivel_Socioeconómico(2)	1,065	,539	3,899	1	,048	2,900	1,008	8,344
	Constante	-1,224	,509	5,786	1	,016	,294		
Paso 2 ^a	Nivel_Estudios			8,158	3	,043			
	Nivel_Estudios(1)	,500	,712	,494	1	,482	1,649	,409	6,659
	Nivel_Estudios(2)	-,793	,453	3,069	1	,080	,452	,186	1,099
	Nivel_Estudios(3)	-,772	,383	4,060	1	,044	,462	,218	,979
	Nivel_Socioeconómico			10,257	2	,006			
	Nivel_Socioeconómico(1)	,331	,696	,226	1	,635	1,392	,356	5,448
	Nivel_Socioeconómico(2)	1,335	,558	5,717	1	,017	3,801	1,272	11,354
Constante	-1,137	,512	4,934	1	,026	,321			
a. Variables especificadas en el paso 1: Nivel_Socioeconómico.									
b. Variables especificadas en el paso 2: Nivel_Estudios. P(1=no abandono)									

Tabla 10.6 Variables en la ecuación de regresión binaria para el abandono a partir de indicadores sociodemográficos

Se incluyen en el análisis 205 sujetos. El modelo se detiene en el paso 2, iteración 7. Las pruebas ómnibus para coeficientes del modelo en el paso 2 dan los siguientes valores chi2: paso 8,243 (p=,041; gl=3); bloque 19,903 (p= ,001, gl=5); modelo 19,903 (p=,001, gl=5), lo que indica que el modelo es útil y puede progresarse con él. La prueba de Hosmer y Lemeshow da un valor Chi2 de ,826 (gl=6; P=,75), lo que indica que la regresión logística se puede aplicar a estos datos, es decir los datos observados se ajustan con los pronosticados.

El resumen del modelo para el escalón 2 es logaritmo de verosimilitud -2, 250,428; R2 de Cox y Snell ,093 y R2 de Nagelkerke 0,126. La capacidad explicativa es pequeña ya que oscila entre el 9 y el 12%. Cada una unidad de cambio en el modelo cambiará sólo un 9% del valor total del abandono.

Los casos correctamente clasificados son el 65,9%; con una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 47,4%, por lo que se ajuste es ligeramente aceptable.

Las variables incluidas en la ecuación se pueden ver en la tabla 10.6. Hay dos variables que cumplen todos los criterios para ser relevante en la ecuación de regresión. La primera Nivel_Socioeconómico2 (Bajo-Alto), Exp B=3,081. Por tanto la probabilidad de que los sujetos de nivel alto continúen con la terapia es más de tres veces superior a que lo hagan los de nivel económico bajo. Dado que la relación es positiva eso implica que el nivel socioeconómico mayor se acerca al valor más alto de la variable dependiente (1= no abandono). La tendencia global es que a medida que aumenta la tasa de ingresos, disminuye el abandono.

En cuanto al nivel de estudio, la dummy significativa es Nivel de estudios 3(inferior a primaria-superior), Exp B ,218 (su complementario es 4,58), debe interpretarse como que los sujetos con mayor nivel de estudios tienden a abandonar más que aquellos con estudios primarios incompletos. Téngase en cuenta que el valor de B es -,772, por tanto una asociación negativa con la variable criterio (tiende a alejarse de 1= no abandono), la odd ratio ,462 es menor que 1, lo que implica que a más nivel educativo más alejamiento de la categoría mayor (1=no abandono). En cualquier caso, la interpretación es dudosa.

El modelo sería $\text{logit } p(\text{no abandono}=1) = -1,137 + (.500 * \text{Niv_Est1}) - (.793 * \text{Nivel_Est2}) - (.772 * \text{Nivel_Est3}) + (.331 * \text{Nivel_Soc1}) + (1,335 * \text{Nivel_Soc2})$

10.4.4.2.2. Regresión binaria para los indicadores de terapia.

En esta regresión sólo se van a considerar las características de la terapia. Esto incluye cuatro variables nominales: demanda terapéutica (con sus seis niveles), tipo de terapia (tres niveles), experiencia anterior en terapia (dos niveles), tema vital (6 niveles) y tres variables cuantitativas, número de episodios en la historia de vida, afectividad positiva y afectividad negativa. La introducción de la variable tema vital, tanto en su versión extendida (6 pasos), como recodificada (1, temas motivacionales; 2 temas clínicos, que agrupan respectivamente a logro y filiación, por un lado; y a las categorías de orden, control, relación y seguridad) no genera ninguna ecuación viable, quedándose bloqueado el proceso en el paso 0. La clasificación sólo da un porcentaje global del 50%, por sensibilidad de 0 y una especificidad de 100 (modelo puramente azaroso). Ninguna variable se incluye en la ecuación de regresión (tabla 8.6). Un

resultado idéntico se obtiene cuando la variable tema vital se recodifica para sólo dos valores (temática motivacional, temática clínica).

Variables en la ecuación							
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0	Constante	-,442	,161	7,486	1	,006	,643

Tabla 10.7. Variables en la ecuación de regresión para abandono en función de indicadores de la terapia.

Por tanto, se prescinde de la categoría tema vital y se analizan el resto de variables relacionadas con la terapia.

Variables en la ecuación									
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1 ^a	Demanda			6,379	4	,173			
	Demanda(1)	19,817	40192,970	,000	1	1,000	403868716,456	,000	.
	Demanda(2)	-22,589	28420,722	,000	1	,999	,000	,000	.
	Demanda(3)	-2,303	1,057	4,748	1	,029	1,000	,013	,793
	Demanda(4)	-1,674	,750	4,982	1	,026	,188	,043	,815
	Constante	1,386	,645	4,612	1	,032	4,000		

a. Variables especificadas en el paso 1: Demanda. P(1=no abandono)

Tabla 10.8. Regresión para abandono desde las variables de terapia sin tema vital

Se incluyen en el análisis 53 sujetos. El modelo se detiene en el paso 1, iteración 20. Las pruebas ómnibus para coeficientes del modelo en el paso 2 dan los siguientes valores chi2: paso 11,824 (p=,019; gl=4); bloque 11,824 (p=,019; gl=4) modelo 11,824 (p=,019; gl=4) lo que indica que el modelo es útil y puede progresarse con él. La prueba de Hosmer y Lemeshow da un valor Chi2 de ,000 (gl=2; P=1,000), lo que indica que la regresión logística se puede aplicar a estos datos, es decir los datos observados se ajustan con los pronosticados.

El resumen del modelo para el escalón 2 es logaritmo de verosimilitud -2, 61,631; R2 de Cox y Snell ,200 y R2 de Nagelkerke ,267. La capacidad explicativa es pequeña ya

que oscila entre el 20 y el 26%. Cada una unidad de cambio en el modelo cambiará sólo un 20% del valor total del abandono.

Los casos correctamente clasificados son el 67,9%; con una sensibilidad de 88,5% y una especificidad de 48,1%, por lo que el ajuste no es aceptable (especificidad por debajo del nivel de partida 50%). Las variables incluidas en la ecuación se pueden ver en la tabla 10.8.

La única variable que cumple todos los criterios para ser relevante en la ecuación de regresión es Demanda4 (Otros casos-Específica), $\text{Exp B} = ,188$. Su complementario es 5,31. Se debe considerar que la demanda específica es un factor protector contra el abandono.

Recodificando la variable demanda en sólo dos valores (demanda operativa, que agrupa a las demandas específicas e inespecífica y demanda no operativa, que agrupa al resto de casos) y la variable tipo de terapia (terapia de individual, terapia de parejas o grupos), sí se consigue un modelo viable y se incluye la experiencia terapéutica previa, surge el siguiente modelo.

Se incluyen en el análisis 172 sujetos. El modelo se detiene en el paso 1, iteración 4. Las pruebas ómnibus para coeficientes del modelo en el paso 4 dan los siguientes valores χ^2 : paso 7 ,217 ($p=,007$; $gl=1$); bloque 7,217 ($p=,007$; $gl=1$), modelo 7,217 ($p=,007$; $gl=1$) lo que indica que el modelo es útil y puede progresarse con él. La prueba de Hosmer y Lemeshow da un valor χ^2 de ,000 ($gl=0$; $P=\text{perdido}$), lo que indica que la regresión logística tiene un ajuste perfecto entre datos observados y predicho.

El resumen del modelo para el escalón 2 es logaritmo de verosimilitud -2, 224,460; R^2 de Cox y Snell ,041 y R^2 de Nagelkerke ,056. La capacidad explicativa es pequeña ya que oscila entre el 4 y el 5%. Cada una unidad de cambio en el modelo cambiará sólo un 4% del valor total del abandono. El ajuste del modelo es muy bajo, con un porcentaje global de casos bien predichos de 59,9%. La sensibilidad es perfecta (100), pero la especificidad es nula (0), lo que indica que no se trata de un buen modelo. La única variable incluida en la ecuación (tabla 10.9) es la demanda recodificada, su valor de Exp B es 3,147, por lo que contribuiría bien a la predicción del abandono, pero el modelo produce una mala clasificación de los datos, como ya se ha indicado.

El modelo sería $\text{logit } p(\text{no abandono}=1)=1,386+(19,87*\text{Demanda1})-(22,589*\text{Demanda2})-(2,303*\text{Demanda3})-(1,674*\text{Demanda4})$.

Variables en la ecuación									
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1 ^a	Demanda_Recodificada(1)	1,146	,457	6,282	1	,012	3,147	1,284	7,712
	Constante	-1,350	,424	10,130	1	,001	,259		

a. Variables especificadas en el paso 1: Demanda_Recodificada. (0=Operativa, 1= No Operativa)

Tabla 10.9. Regresión para el abandono desde demanda, experiencia en terapia y tipo de terapia

10.4.4.2.4. Regresión binaria para criterios sociodemográficos, indicadores de terapia y valores de sintomatología.

En este caso se van a dicotomizar todas las variables nominales (sexo, residencia, nivel económico, nivel educativo, actividad laboral, convivencia, demanda terapéutica, tema vital, experiencia terapéutica, tipo de terapia) y se van a incluir seis variables cuantitativas, las tres relacionadas con la historia de vida (afectividad positiva, afectividad negativa y número de episodios) y los tres índices globales del SCL-90-R. La idea es crear una ecuación de regresión que incluya a aquellos sujetos que abandonan antes de la administración de la rejilla, pero para los que ya se dispone de datos de sintomatología.

Se incluyen en el análisis 52 sujetos. El modelo se detiene en el paso 2, iteración 4. Las pruebas ómnibus para coeficientes del modelo en el paso 2 dan los siguientes valores χ^2 : paso 5,069 ($p=,024$; $gl=1$); bloque 13,017 ($p=,001$; $gl=2$); modelo 13,017 ($p=,001$; $gl=2$), lo que indica que el modelo es útil y puede progresarse con él. La prueba de Hosmer y Lemeshow da un valor χ^2 de 2,141 ($gl=8$; $P=,976$), lo que indica que la regresión logística se puede aplicar a estos datos, es decir los datos observados se ajustan con los pronosticados.

El resumen del modelo para el escalón 9 es logaritmo de verosimilitud -2, 59, 060; R^2 de Cox y Snell ,221 y R^2 de Nagelkerke ,295. La capacidad explicativa es pequeña ya

que oscila entre el 22 y el 29%. Cada una unidad de cambio en el modelo cambiará sólo un 22% del valor total del abandono.

Variables en la ecuación									
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1 ^a	Estudios_Binario(1)	-1,635	,605	7,311	1	,007	,195	,060	,638
	Constante	,887	,449	3,904	1	,048	2,429		
Paso 2 ^a	Estudios_Binario(1)	-1,906	,669	8,111	1	,004	,149	,040	,552
	N_Episodios	-,452	,217	4,362	1	,037	,636	,416	,973
	Constante	3,338	1,299	6,604	1	,010	28,165		
a. Variables especificadas en el paso 1: Estudios_Binario. (0= inferior a superior, 1=Superior)									
b. Variables especificadas en el paso 2: N_Episodios.									

Tabla 10.10. Regresión binaria de abandono para variables sociodemográficas, características de la terapia y valores globales del SCL-90-R

El ajuste del modelo es aceptable, con un porcentaje global de casos bien predichos de 67,3%. La sensibilidad es perfecta 69,2% y la especificidad de 65,4%.

Las variables incluidas en la ecuación (tabla 10.10) son nivel estudios y número de episodios de la historia de vida. El problema es que los valores de odd ratio (Exp B) respectivos son inferiores a 1, siendo de ,149 para los estudios (complementario 6,71) y de ,636 (complementario 1,57) para el número de episodios. Ambos son factores de inhibición, la tendencia es que un número mayor de divisiones en la historia de vida y un nivel de estudios superior que los clientes tiendan a abandonar.

El modelo sería $\text{logit } p(\text{no abandono}=1) = 3,338 - (1,906 * \text{Estudios_Binario}) - (,452 * \text{NEpisodios})$.

10.4.4.2.3 Regresión binaria para la totalidad de las variables del estudio (marcadores sociodemográficos, características de la terapia, sintomatología e índices de rejilla).

Se incluyen todas las variables del estudio. Las variables nominales han sido recodificadas a dos niveles (convivencia, situación laboral, nivel de estudios, nivel

socioeconómico, lugar de residencia, sexo, tema vital en la historia de vida, tipo de terapia, experiencia terapéutica previa, demanda terapéutica); se incluye además como variable dicotómica la presencia-ausencia de dilemas en la rejilla pretratamiento y el resto de variables cuantitativas, los tres marcadores de la historia de vida (número de episodios, afectividad positiva y afectividad negativa), las tres variables de sintomatología del SCL-90- R (índice general de síntomas, total de síntomas positivos, e índice de puntuación de distrés de la sintomatología) y todos los indicadores de la rejilla (intensidad de dilemas, polarización, potencia, intensidad, indefinición, constructos funcionalmente independientes y varianza explicada por el primer factor y las tres correlaciones yo-ideal-otros). Se incluye también la edad del sujeto.

Surge un modelo viable que se detiene en el paso 9, iteración 8. En este análisis se incluyen únicamente 48 casos.

Las pruebas ómnibus para coeficientes del modelo en el paso 9 dan los siguientes valores chi²: paso -9, 521 (p=,002; gl=1); bloque 40,513 (p=,000; gl=7); modelo 40,513 (p=,000; gl=7), lo que indica que el modelo es útil y puede progresarse con él. La prueba de Hosmer y Lemeshow da un valor Chi² de 8,532 (gl=7; P=,288), lo que indica que la regresión logística se puede aplicar a estos datos, es decir los datos observados se ajustan con los pronosticados.

El resumen del modelo para el escalón 9 es logaritmo de verosimilitud -2, es de 26,695; R² de Cox y Snell ,570 y R² de Nagelkerke ,762. La capacidad explicativa es pequeña ya que oscila entre el 57% y el 76%. Cada una unidad de cambio en el modelo cambiará más de la mitad del valor en la variable dependiente.

El ajuste del modelo es muy bueno, con un porcentaje global de casos bien predichos de 87,5%. La sensibilidad es de 86,4% y la especificidad de 88,5%. Dicho de otra forma la inclusión de variables de la rejilla logra un ajuste mucho mejor del modelo. Las variables incluidas en la ecuación el paso 9 se pueden consultar en la tabla 10.11.

Variables en la ecuación									
		B	SE	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 9	Experiencia Previa_Terapia(1)	-4,227	2,182	3,751	1	,053	,015	,000	1,052
	Tema_Vital_ Recodificado(1)	4,949	2,148	5,307	1	,021	141,060	2,092	9509,633
	Nivel_ SocioEconómico_Rec(1)	11,200	4,758	5,540	1	,019	73112,730	6,510	8211698 52,840
Paso 9	Estudios_Binario(1)	-6,902	2,506	7,587	1	,006	,001	,000	,137
	N_Episodios	-1,676	,688	5,935	1	,015	,187	,049	,721
	Afectividad_Positiva	3,374	1,485	5,164	1	,023	29,192	1,590	535,880
	Potencia Rejilla T1	-12,090	5,064	5,701	1	,017	,000	,000	,115
	Constante	13,382	6,399	4,374	1	,036	648431,144		

Tabla 10.11. Regresión sobre abandono de todas las variables

Las variables incluidas en la ecuación pueden verse en la tabla 10.11. Este es modelo es el más completo y comprende 7 variables. La experiencia previa en terapia (0=no experiencia, 1=experiencia) consigue un valor de B -4,227, con una odd ratio Exp (B) de ,015. Dado que el valor de B es negativo y la odd ratio inferior a 1, hay que concluir que la tendencia es que los sujetos que tienen experiencia terapéutica tenderán a abandonar la terapia.

En cuanto a la variable tema vital (0=no clínico, 1=clínico) los resultados indican un valor B de 4,94 y una Exp (B) de 141,06. Se trata de un valor muy alto que sugiere mucha prudencia en la interpretación. Pero a nivel tentativo se podría indicar que los clientes que presentan temas más cargados de atribuciones de significado menos normalizadas tienden a no abandonar.

La tercera variable en la ecuación es el nivel socioeconómico dicotomizado (0=bajo o medio, 1=alto). El valor de B es 11,20 y Exp (B) 73112,73. También una cifra muy alta que conviene tomar con precaución, pero el resultado es convergente con los resultados de análisis anteriores. Un mejor nivel socioeconómico es garantía de continuar con la terapia.

La cuarta variable es el nivel de estudios (0=inferior a superior, 1=superior), el valor de B es -6,092 y $\text{Exp}(B)$,001. Dado que el valor de odd ratio es inferior a 0 se debe considerar un factor inhibitor de la puntuación y por tanto se tendería a abandonar la terapia a medida que hubiese mayor formación.

Un resultado semejante se obtiene con el Nº de episodios de la historia de vida. El valor de B es -1,67 y su $\text{Exp}(B)$,187. De forma que la interpretación debe ir en la dirección inhibitoria y, por tanto, fomentar el abandono.

El tono narrativo positivo (afectividad positiva) de la historia de vida consigue una B de 3,37 y una $\text{Exp}(B)$ de 29,19, de forma que a mayor tono positivo más continuidad de la terapia.

Por último, sólo un indicador de la rejilla entra en la ecuación, la potencia, una medida de jerarquización del sistema de constructos. Su valor de B es -12,09 y su valor de $\text{Exp}(B)$ menor que 1 (,17) por lo que hay que hacer también una interpretación inversa (factor de inhibición del valor bajo del criterio, 0=abandono) por lo que la jerarquización tiende a fomentar el abandono de la terapia.

El modelo sería logit $p(\text{no abandono}=1)=13,382-(4,227*\text{ExpPrevia})+(4,949*\text{TemaVital})+(11,200*\text{NivelSocEcom})-(6,902*\text{Estudios})-(1,676*\text{NEpisodios})+(3,374*\text{AfectividadPositiva})-(12,090*\text{Potencia})$

10.4.5. Anovas multivariados.

Los distintos anovas multivariados que se van a llevar a cabo tienen por objeto entender como los factores relacionados con la demanda, el abandono y la presencia de dilemas afectan a la sintomatología y el comportamiento de los diferentes indicadores de la rejilla. En todos los casos la edad de los clientes se contemplará como covariable.

El tipo de modelo será factorial completo tipo III, con contraste polinómico entre categorías y ajuste del intervalo de confianza tipo Bonferroni.

10.4.5.1 Anova multivariado para las variables dependientes del SCL y rejilla considerando demanda, abandono y dilemas en T1.

El objetivo es comprobar hasta qué punto hay variaciones en las variables dependientes relacionadas con la sintomatología y la rejilla en función del tipo de abandono, el tipo de demanda y la presencia de dilemas al inicio de la terapia, como variables independientes. Se trata de un diseño 2x2x2 de factores fijos. El tamaño de la muestra es de 119 sujetos.

En la tabla 10.12 aparecen los datos de distribución de los distintos factores. El único claramente desequilibrado es la demanda, ya que la demanda es de tipo no operativa en 100 de los 119 casos.

			N
Abandono	,000	Abandono	59
	1,000	No abandono	60
Demanda	,000	No Operativa	100
	1,000	Operativa	19
DilemasT1	,000	NO	48
	1,000	SI	71

Tabla 10.12 Sujetos en Manova 2X2X2 VD Rejilla y SCL

En la tabla 10.12 se pueden ver los valores de la prueba F para la traza de Pillai de comparación de efectos intersujetos. La covariable edad ($F= 2,498$, $P= 0,05$, $\eta^2= 0,265$), muestra un efecto significativo sobre las variables dependientes, aunque con un bajo tamaño del efecto. Igualmente resultan significativos los factores dilemasT1, que tiene un tamaño del efecto relativamente importante cercano al 50% ($F=6,558$, $P=0,000$ $\eta^2= 0,486$).

Hay tres variables dependientes, intensidad, indefinición e intensidad del dilema que resultan no homocedásticas según la prueba de Levene (tabla 10.14) por lo que, en caso de encontrar diferencias significativas en algunos de los análisis posteriores. Será necesario recurrir a la prueba U de carácter no paramétrico.

Efecto	Valor	F	Gl de hipótesis	gl de error	Sig.	Eta p2
Interceptación	,921	81,138	14,000	97,000	,000	,921
Edad	,265	2,498	14,000	97,000	,005	,265
Abandono	,091	,692	14,000	97,000	,777	,091
Demanda	,104	,801	14,000	97,000	,666	,104
DilemasT1	,486	6,558	14,000	97,000	,000	,486
Abandono * Demanda	,076	,572	14,000	97,000	,881	,076
Abandono * DilemasT1	,146	1,184	14,000	97,000	,300	,146
Demanda*DilemasT1	,203	1,769	14,000	97,000	,054	,203
Abandono * Demanda *DilemasT1	,140	1,130 ^b	14,000	97,000	,342	,140

Tabla 10.13. Efectos intersujetos para Manova 2x2X2. VD SCL y Rejilla

	F	df1	df2	Sig.
SCL_IGS	,554	7	111	,791
SCL_TSP	,517	7	111	,820
SCL_PSDI	1,761	7	111	,102
Intensidad	9,637	7	111	,000
Potencia	1,845	7	111	,086
Polarización	,299	7	111	,953
Indefinición	4,613	7	111	,000
FIC	1,446	7	111	,194
Intensidad Dilema	5,236	7	111	,000
R YoIdeal	1,217	7	111	,299
R YoOtros	1,674	7	111	,123
R IdealOtros	1,408	7	111	,209
PVEPF	,576	7	111	,774

Tabla 10.14. Prueba de Levene para las variables dependientes

El número de variables dependientes que muestran finalmente efectos significativos en los factores fijos que son relevantes para el diseño es relativamente reducido (tabla 10.15)

Origen	Variable dependiente	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Edad	SCL_GSI	,095	1	,095	,217	,643	,002
	SCL_TSP	4,237	1	4,237	,016	,900	,000
	SCL_PSDI	,169	1	,169	,480	,490	,004
	Intensidad	,010	1	,010	,367	,546	,003
	Potencia	,212	1	,212	2,581	,111	,023
	Polaridad	650,810	1	650,810	2,939	,089	,026
	Indefinición	426,597	1	426,597	11,246	,001	,093
	FIC	,562	1	,562	1,065	,304	,010
	Intensidad dilema	31,191	1	31,191	,385	,536	,003
	R yo ideal	,018	1	,018	,123	,727	,001
	R yo otros	,295	1	,295	3,204	,076	,028
	R Ideal Otros	,123	1	,123	1,591	,210	,014
	PVEPF	437,841	1	437,841	4,550	,035	,040
DilemasT1	SCL_GSI	,239	1	,239	,545	,462	,005
	SCL_TSP	267,660	1	267,660	1,010	,317	,009
	SCL_PSDI	,237	1	,237	,674	,414	,006
	Intensidad	,181	1	,181	6,509	,012	,056
	Potencia	,015	1	,015	,179	,673	,002
	Polaridad	7,565	1	7,565	,034	,854	,000
	Indefinición	19,068	1	19,068	,503	,480	,005
	FIC	,004	1	,004	,008	,931	,000
	Intensidad dilema	5329,803	1	5329,803	65,793	,000	,374
	R yo ideal	,940	1	,940	6,255	,014	,054
	R yo otros	,002	1	,002	,018	,894	,000
	R Ideal Otros	,225	1	,225	2,916	,091	,026
	PVEPF	1428,733	1	1428,733	14,848	,000	,119

Tabla 10.15. Efectos intersujetos para las variables dependientes en los factores fijos significativos Gl error=110

La covariable edad tiene un efecto lineal la indefinición $F(1,110)=11,246$, $P=,001$, eta $p^2=,093$. El tamaño del efecto es muy bajo, 9%. También lo tiene sobre PVEPF $F(1,110)=4,550$, $p=0,35$, eta $p^2=p,40$, con un tamaño del efecto muy bajo.

Se observan efectos significativos del factor DilemasT1 en cuatro variables dependientes:

- a) Intensidad $F(1,110)=6,509$, $P= 0,12$, $Etap2= ,056$.
- b) Intensidad del dilema ($F=65,793$, $P= ,000$, $eta p2=,374$). En realidad este valor es espurio dada la naturaleza de la variable (presencia de dilemas), lo que hace que la variable dependiente se confunda con la independiente.
- c) Correlación yo-ideal, $F(1,110)=6,255$, $P=0,14$, $Etap2=.374-$
- d) PVEPF, $F(1,110)=14,848$, $P=0,000$, $Etap2=,119$.

Los tamaños del efecto son muy reducidos en todos los casos. No superando nunca el 11% para la prueba con más relevancia clínica.

La tabla 10.16 presenta las comparaciones de medias de las variables dependientes que muestran efectos significativos. Los sujetos que presentan dilemas muestran una mayor intensidad (menor diferenciación), una peor autoestima (puntuación más baja en correlación yo-ideal) y una mayor diferenciación (disponen de más dimensiones de significado) ya que alcanzan un valor menor en PVEPF (hay que tener en cuenta que valores altos PVEPF e intensidad indican baja diferenciación).

Comparaciones por parejas							
Variable dependiente	(I) DilemasT1	(J) DilemasT1	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
						Límite inferior	Límite superior
Intensidad	NO	SI	-,122	,048	,012	,027	,217
R yo ideal	NO	SI	,279*	,112	,014	,058	,500
PVEPF	NO	SI	10,874*	2,822	,000	5,281	16,466

Tabla 10.16. Comparaciones de medias para variables dependientes significativas en el factor DilemasT1

Se aplica la prueba U para las variables dependientes indefinición y PVEPF, ya que no son homocedásticas.

Para la intensidad el valor es $U= 34,75$ ($P= 0,000$), el rango promedio y la suma de rangos para presencia de dilemas y no presencia de dilemas son 11,63 (suma 232,00) y 34,75 (suma 1042,5), respectivamente. Dado que el valor de U es significativo en este caso, hay que concluir que los dilemas producen un efecto significativo en la intensidad.

Para el PVEPF $U=1351,00$ ($P=001$). El rango medio y la suma de rangos para la ausencia de dilemas es 77,48 (suma 4184,00). Para la presencia de dilemas 56,01

(suma 4201,00). Al igual que en el caso anterior se puede afirmar que los sujetos que presentan dilemas son más diferenciados.

Los tamaños del efecto (η^2) para todas las variables dependientes que han resultado significativas en este análisis son pequeños, ninguno alcanza el nivel de ,400; lo que quiere decir que la varianza es explicada fundamentalmente por otras fuentes de cambio no detectadas en este análisis.

10.4.5.2. Anova multivariado para las variables de historia de vida, SCL y rejilla considerando demanda, abandono y dilemas en T1.

Sólo un número relativamente pequeño de los clientes de la muestra fue entrevistado usando la historia de vida. Por tanto es necesario llevar a cabo un análisis adicional que contemple cómo estas variables pueden verse afectadas por el tipo de demanda, el tipo de abandono y la presencia de dilemas al inicio de la terapia. La muestra de este análisis es de 50 sujetos.

Efecto	Valor	F	Gl de hipótesis	gl de error	Sig.	Eta p2
Interceptación	,958	37,077	16,000	26,000	,000	,958
Edad	,540	1,907	16,000	26,000	,070	,540
Dilemas	,593	2,368	16,000	26,000	,025	,593
Abandono	,368	,948	16,000	26,000	,533	,368
Demanda	,438	1,267	16,000	26,000	,287	,438
Dilemas*Abandono	,584	2,285	16,000	26,000	,030	,584
Dilemas*Demanda	,534	1,860	16,000	26,000	,077	,534
Abandono *Demanda	,232	,491	16,000	26,000	,930	,232
Dilemas * Abandono * Demanda	,438	1,269	16,000	26,000	,286	,438

Tabla 10.17. Efectos Intersujetos. Valor de la Traza de Pillai para los efectos multivariantes en ANOVA 2x2X2

El modelo es viable, ya que arroja un valor F en la Traza de Pillai $F(16,26)=37,7077$, $P=.000$. Se encuentran efectos significativos en dos factores intersujetos: el factor fijo Dilemas $F(16,26)=2,638$, $P=,025$, $\eta^2=.593$ y en la interacciones Dilemas*Abandono $F(16,26)=2,285$, $p=0,30$, $\eta^2=.584$. Otros dos componentes, la interacción Dilemas*Demanda $F(16,26)=1,860$, $p=,077$, $\eta^2=.534$ y la covariable Edad Dilemas*Demanda $F(16,26)=1,907$, $p=,070$, $\eta^2=.540$ están en los límites de

la significación pero tienen tamaños del efecto superiores al 50%. Los análisis posteriores se centraran en estos factores, ver tabla 10.17. Esto es, la presencia de dilemas afecta al conjunto de variables dependientes que se han elegido e interacciona con la demanda y el abandono. Pero la demanda y el abandono no lo hacen.

	F	df1	df2	Sig.
N Episodios	2,389	7	42	,038
Afectividad negativa	,895	7	42	,519
Afectividad positiva	2,482	7	42	,032
SCL_IGS	,668	7	42	,698
SCL_TSP	,914	7	42	,505
SCL_PSDI	,898	7	42	,517
Intensidad	4,701	7	42	,001
Potencia	3,697	7	42	,003
Polarización	,639	7	42	,721
Indefinición	2,432	7	42	,035
FIC	1,973	7	42	,082
Intensidad Dilema	4,583	7	42	,001
R YoIdeal	,422	7	42	,883
R YoOtros	1,686	7	42	,139
R IdealOtros	1,034	7	42	,422
PVEPF	2,957	7	42	,013

Tabla 10.18. Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error

Un número importante de variables dependientes no resultan homocedásticas (nº de episodios de la historia de vida, afectividad positiva y entre las variables de la rejilla, la intensidad, la potencia, la indefinición, la intensidad del dilema y PVPEF), como indica la tabla 10.18. Caso de que estas variables dependientes muestren efectos significativos, habría que recurrir a la prueba U para rehacer el cálculo de diferencias significativas.

El número de variables dependientes que muestran finalmente efectos significativos en los factores fijos que son relevantes para el diseño es relativamente pequeño (tabla 10.19).

Pruebas de efectos inter-sujetos

Origen	Variable dependiente	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta p2
Edad	N Episodios	11,885	1	11,885	6,188	,017	,131
	Afectividad Media negativa	,029	1	,029	,061	,806	,001
	Afectividad Media Positiva	,559	1	,559	,937	,339	,022
	SCL_GSI	,533	1	,533	1,942	,171	,045
	SCL_TSP	52,326	1	52,326	,285	,597	,007
Edad	SCL_PSDI	1,365	1	1,365	4,377	,043	,096
	Intensidad	,003	1	,003	1,066	,308	,025
	Potencia	,183	1	,183	1,961	,169	,046
	Polaridad	327,538	1	327,538	1,282	,264	,030
	Indefinición	39,207	1	39,207	1,404	,243	,033
	FIC	,040	1	,040	1,571	,217	,037
	Intensidad dilema	136,463	1	136,463	1,342	,253	,032
	R Yo Ideal	,080	1	,080	,550	,463	,013
	R Yo otros	,002	1	,002	,028	,868	,001
	R Ideal Otros	,125	1	,125	1,533	,223	,036
	PVEPF	93,126	1	93,126	,914	,345	,022
	DilemaT1	N Episodios	4,517	1	4,517	2,352	,133
Afectividad Media negativa		,980	1	,980	2,069	,158	,048
Afectividad Media Positiva		,029	1	,029	,048	,828	,001
SCL_GSI		1,252	1	1,252	4,564	,039	,100
SCL_TSP		900,415	1	900,415	4,897	,033	,107
SCL_PSDI		,605	1	,605	1,941	,171	,045
Intensidad		,030	1	,030	9,982	,003	,196
Potencia		,046	1	,046	,495	,486	,012
Polaridad		131,711	1	131,711	,516	,477	,012
Indefinición		3,940	1	3,940	,141	,709	,003
FIC		,003	1	,003	,126	,724	,003
Intensidad dilema		1895,976	1	1895,976	18,649	,000	,313
R Yo Ideal		,354	1	,354	2,425	,127	,056
R Yo otros		,033	1	,033	,551	,462	,013
R Ideal Otros		,047	1	,047	,575	,453	,014
PVEPF	603,408	1	603,408	5,920	,019	,126	
Abandono* DilemasT1	N Episodios	1,383	1	1,383	,720	,401	,017
	Afectividad Media negativa	,294	1	,294	,621	,435	,015
	Afectividad Media Positiva	,191	1	,191	,320	,575	,008
	SCL_GSI	1,361	1	1,361	4,963	,031	,108
	SCL_TSP	927,060	1	927,060	5,042	,030	,110

Origen	Variable dependiente	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta p2
Abandono* DilemasT1	SCL_PSDI	,385	1	,385	1,236	,273	,029
	Intensidad	,001	1	,001	,310	,581	,008
	Potencia	,005	1	,005	,056	,815	,001
	Polaridad	100,144	1	100,144	,392	,535	,009
	Indefinición	4,337	1	4,337	,155	,696	,004
	FIC	,003	1	,003	,119	,732	,003
	Intensidad dilema	28,564	1	28,564	,281	,599	,007
	R Yo Ideal	,061	1	,061	,416	,523	,010
	R Yo otros	,225	1	,225	3,747	,060	,084
	R Ideal Otros	,206	1	,206	2,520	,120	,058
	PVEPF	96,067	1	96,067	,943	,337	,022
Demanda* DilemasT1	N Episodios	,836	1	,836	,435	,513	,010
	Afectividad Media negativa	,037	1	,037	,078	,781	,002
	Afectividad Media Positiva	,012	1	,012	,021	,887	,001
	SCL_GSI	,918	1	,918	3,348	,075	,075
	SCL_TSP	895,488	1	895,488	4,870	,033	,106
	SCL_PSDI	,430	1	,430	1,379	,247	,033
	Intensidad	,027	1	,027	9,002	,005	,180
	Potencia	,001	1	,001	,006	,939	,000
	Polaridad	2,740	1	2,740	,011	,918	,000
	Indefinición	11,204	1	11,204	,401	,530	,010
	FIC	,002	1	,002	,097	,757	,002
	Intensidad dilema	118,866	1	118,866	1,169	,286	,028
	R Yo Ideal	,172	1	,172	1,178	,284	,028
	R Yo otros	,131	1	,131	2,182	,147	,051
	R Ideal Otros	,256	1	,256	3,137	,084	,071
PVEPF	439,441	1	439,441	4,311	,044	,095	

Tabla 10.19. Efectos intersujetos para las variables dependientes en los factores fijos significativos Gl error=41

La covariable edad tiene un efecto lineal en el número de episodios de la historia de vida $F(1,41)= 6,188$, $p=, 17$ y en el índice de puntuaciones de distrés $F(1,41)=4,377$ $P=,043$. Se puede concluir que la edad tiene un efecto muy ligero en aumentar el número de episodios de la historia de vida (en efecto, a más edad más experiencia vivida y más probabilidad general de tener vivencias diferenciadas) y aumenta también ligeramente la intensidad relativa de los síntomas en caso de tenerlos.

En el caso del factor dilemas, hay un efecto significativo en cuatro variables

dependientes, dos marcadores de sintomatología (IGS, $F(1,41)=4,377$; $p=,039$: TSP, $F(1,41)=4,564$, $p=,033$) y dos índices estructurales de la rejilla, la intensidad $F(1,41)=9,982$; $p=,003$ y la PVPEF $F(1,41)=5,920$; $p=,126$). El efecto significativo sobre la variable dependiente intensidad del dilema es espurio, ya que está evaluando la misma variable dos veces. No obstante, para comprobar el efecto del factor dilemas sobre la intensidad y el PVEPF habrá que recurrir a la prueba U, dado que su distribución no es homocedástica.

La interacción dilemas-abandono tiene efectos significativos en los marcadores de sintomatología (IGS, $F(1,41)=4,963$; $p=,031$: TSP, $F(1,41)=5,402$, $p=,030$) y la interacción dilemas-demanda genera efectos significativos en el total de síntomas positivos (TSP, $F(1,41)=4,870$, $p=,033$) y en la intensidad de la rejilla ($F(1,41)=9,022$; $p=,005$) el PVPEF ($F(1,41)=4,311$; $p=,044$). En este caso para comprobar la significación de los efectos de la interacción sobre las variables dependientes que evalúan diferenciación en la rejilla (intensidad, PVEPF) habrá que recurrir a la prueba de Kruskal-Wallis (cuatro niveles de agrupación de datos 2x2).

El tamaño del efecto para los factores fijos y las interacciones es muy pequeño en todos los casos, no llegando nunca al 20% de porcentaje de la varianza explicada.

Comparaciones por parejas							
Variable dependiente	(I) DilemasT1	(J) DilemasT1	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
						Límite inferior	Límite superior
SCL_GSI	NO	SI	,454	,213	,039	,025	,884
SCL_TSP	NO	SI	12,186	5,507	,033	1,065	23,308
Intensidad	NO	SI	,070	,022	,003	,025	,115
PVEPF	NO	SI	9,976	4,100	,019	1,696	18,256

Tabla 10.20. Comparaciones de medias para el factor DilemaT1 (sólo variables dependientes significativas). Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Se trata ahora de analizar las diferencias concretas para cada una de las variables dependientes que han resultado sufrir efectos significativos. En la tabla 10.20 se pueden ver las comparaciones de medias de las variables dependientes que han resultado significativas para el factor dilemaT1. Los sujetos que presentan dilemas obtienen valores menores en sintomatología (GSI), número de síntomas (TSP) y son

más diferenciados (disponen de más dimensiones de significado) ya que alcanzan valores menores tanto en intensidad como en PVEPF.

Dado que Intensidad y PVPEF son no variables no homocedásticas, se aplica la prueba U para comprobar la diferencia de medias desde una perspectiva no paramétrica. Los resultados no son concordantes con los paramétricos. El valor U para la diferencia entre dilemas-no dilemas para la intensidad es $U = 242,500$ ($p = .223$), rango promedio y suma de rangos para la no presencia de dilemas 28,45 y 597,50, respectivamente. Para la presencia de dilemas, 23,36 y 677,5. En el caso de la variable PVEPF, la prueba U da un valor de 253,00 con $P = .316$. Los rangos promedio y la suma de rangos para la presencia de dilemas son 23,74 y 688,50. Para la ausencia de dilemas son 27,93 y 586,50. Por tanto, hay que deducir que no hay efectos significativos del factor dilema en las variables relacionadas con la diferenciación.

Comparaciones por parejas								
Variable dependiente	Abandono	(I) Dilemas T1	(J) Dilemas T1	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
							Límite inferior	Límite superior
SCL_IGS	Abandono	NO	SI	-,021	,259	,935	-,545	,503
	No abandono	NO	SI	,930	,338	,009	,247	1,613
SCL_TSP	Abandono	NO	SI	-,229	6,719	,973	-13,797	13,340
	No abandono	NO	SI	24,601	8,755	,008	6,920	42,283

Tabla 10.21. Comparaciones de medias para la interacción abandono*dilemast1 (sólo variables dependientes significativas). Criterio DilemaT1.

Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Comparaciones por parejas								
Variable dependiente	Dilemas T1	(I) Abandono	(J) Abandono	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
							Límite inferior	Límite superior
SCL_GSI	NO	Abandono	No abandono	-,455	,334	,181	-1,129	,219
	SI	Abandono	No abandono	,497	,264	,067	-,036	1,030
SCL_TSP	NO	Abandono	No abandono	-12,734	8,640	,148	-30,183	4,714
	SI	Abandono	No abandono	12,095	6,831	,084	-1,701	25,892

Tabla 10.22. Comparaciones de medias para la interacción abandono*dilemast1 (sólo variables dependientes significativas). Criterio Abandono. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Para comprobar la dirección de los efectos significativos de la interacción abandono*dilemasT1 es necesario recurrir a una doble tabla, una que clasifique los cruces entre abandono y dilemas y otra que haga lo inverso. Las tablas de comparaciones de medias según ajustes de Bonferroni deben analizarse con tantas tablas como componentes tenga la interacción. En las tablas 10.21 y 10.22 se indican las comparaciones para las dos variables dependientes que muestran efectos significativos (GSI y TSP). La tendencia de la significación es que los sujetos que no tienen dilemas y no abandonan muestran mayor nivel de sintomatología (IGS) y una mayor diversidad de síntomas (TSP) que los que no abandonan pero tienen dilemas.

La última interacción que generaba efectos significativos era demanda*dilemaT1. Se analizará con los mismos criterios que la anterior. Los análisis de Bonferroni para comparaciones de medias pueden verse en las tablas 10.23 y 10.24.

Comparaciones por parejas								
Variable dependiente	Dilemas T1	(I) Demanda	(J) Demanda	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
							Límite inferior	Límite superior
SCL_TSP	NO	Operativa	No Operativa	-10,723	8,739	,227	-28,371	6,926
	SI	Operativa	No Operativa	14,024	6,840	,047	,210	27,838
Intensidad	NO	Operativa	No Operativa	-,157	,035	,000	-,228	-,085
	SI	Operativa	No Operativa	-,021	,028	,454	-,077	,035
PVEPF	NO	Operativa	No Operativa	-21,637	6,506	,002	-34,,813	-8,5583
	SI	Operativa	No Operativa	-4,338	5,903	,399	-14,623	5,947

Tabla 10.23. Comparaciones de medias para la interacción abandono*dilemast1 (sólo variables dependientes significativas). Criterio Demanda. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Comparaciones por parejas								
Variable dependiente	Demanda	(I) Dilemas T1	(J) Dilemas T1	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
							Límite inferior	Límite superior
SCL_TSP	Operativa	NO	SI	-,187	4,596	,968	-9,469	9,095
	No Operativa	NO	SI	24,560	10,119	,020	4,123	44,996
Intensidad	Operativa	NO	SI	,002	,019	,901	-,035	,040
	No Operativa	NO	SI	,138	,041	,002	,056	,221
Intensidad	Operativa	NO	SI	1,308	3,422	,704	-5,603	8,219
	No Operativa	NO	SI	18,644	7,534	,018	3,428	33,859

Tabla 10.24. Comparaciones de medias para la interacción abandono*dilemast1 (sólo variables dependientes significativas). Criterio Dilemas. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

La dirección de estas últimas diferencias es la siguiente. Los sujetos que presentan un mayor número de síntomas son los que hacen demandas no operativas y no presentan dilemas frente a los que sí son dilemáticos. Por otra parte, presentan también mayor número de síntomas los clientes que presentan dilemas y hacen demandas no operativas, frente a los dilemáticos que hacen demandas operativas.

En cuanto a la intensidad, los resultados indican que presentan mayor intensidad los sujetos que no presentan dilemas y hacen demandas no operativas frente a los que no presentan dilemas pero hacen demandas operativas. También dan mayores valores en intensidad los que hacen demandas no operativas y no presentan dilemas frente a los que hacen demandas no operativas pero presentan dilemas. Las tendencias en PVEPF son exactamente las mismas.

Dado que la intensidad y PVEPF han resultado no homocedásticas, se debe repetir el análisis usando una lógica no paramétrica, en este caso la prueba de Kruskal-Wallis para n grupos independientes. La aplicación de la prueba para la intensidad da un valor $\chi^2=3,708$ (3 gl) $p=,295$. Los rangos promedios de los grupos son 29,23 (operativa no dilema), 25,27 (operativa dilema), 42 (no operativa no dilema) y 14,67 (no operativa dilema). En el caso de PVEPF el valor de $\chi^2=7,203$ ($p=0,66$). Los rangos promedios son operativa-no dilema, 24,68; operativa dilema, 22,10; no operativa dilema 32,60 y no operativa-no dilema, 31,75.

Ni la intensidad ni el PVEPF experimentan efectos significativos, dados los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis.

Los tamaños del efecto (η^2) para todas las variables dependientes que han resultado significativas en este análisis son pequeños, ninguno alcanza el nivel de ,200; lo que quiere decir que la varianza es explicada fundamentalmente por otras fuentes de cambio no detectadas en este análisis.

10.4.5.3. Anova de medidas repetidas.

10.4.5.3.1 Medidas repetidas.

Dado que el número de clientes que completaron la historia de vida y han concluido la terapia es relativamente pequeño (sólo 24 casos), se ha optado por no incluir este análisis los datos relacionados con la historia de vida. Por tanto, las variables dependientes serán sólo los tres indicadores de sintomatología del SCL-90-R y

los distintos índices de la rejilla. El análisis se hace sobre 50 sujetos todos aquellos que, además de haber acabado la terapia, tenían cumplimentadas las rejillas de pre y postratamiento.

Este diseño servirá para confirmar si el tipo de demanda y la presencia de dilemas en los dos momentos de administración de la rejilla tienen alguna influencia sobre las variables dependientes relacionadas con la sintomatología y los indicadores de la rejilla. Es también una forma de comprobar la eficacia de la terapia (en lo que a reducción de síntomas se refiere). Obviamente no se incluye la variable abandono, ya que tiene un único valor en todos estos casos (no abandono=1), ya que ninguno de ellos ha abandonado.

El diseño es un anova mixto con un factor de medidas repetidas de dos niveles (Pre y Postratamiento) y tres niveles intersujetos, tipo de demanda (0=no operativa, 1=Operativa), presencia-ausencia de dilemas en T1 (pretratamiento) y presencia-ausencia de dilemas en T1 (postratamiento). Todos los factores tienen dos niveles.

Los valores para las pruebas multivariantes de efectos intersujetos en todos los factores, se pueden ver en la tabla 10.25. El diseño logra los mismos resultados para todos los estadísticos de distribución de la varianza, salvo para la interacción de tercer nivel demanda*dilemasT1*dilemasT2, en la que el único estadístico que logra un cálculo es la raíz mayor de Roy. En la tabla se indican los valores de la Traza de Pillai salvo para el caso indicado.

Efecto	Estadísticos Distribución Varianza	Valor	F	Gl hip.	Gl error	Sig.	Eta p2
INTERSUJETOS							
Intersección	Traza Pillai	,911	23,508	13,000	30,000	,000	,911
Edad	Traza Pillai	,411	1,611	13,000	30,000	,137	,411
Demanda	Traza Pillai	,260	,812	13,000	30,000	,644	,260
Dilemas T1	Traza Pillai	,289	,939	13,000	30,000	,527	,289
Dilemas T2	Traza Pillai	,726	6,124	13,000	30,000	,000	,726
Demanda*Dilemas T1	Traza Pillai	,321	1,092	13,000	30,000	,402	,321
Demanda*Dilemas T2	Traza Pillai	,590	3,317	13,000	30,000	,003	,590
Dilemas T1*Dilemas T2	Traza Pillai	,329	1,129	13,000	30,000	,375	,329
Demanda*DilemasT1*DilemasT2	Raíz Mayor Roy	,000	,000	13,000	29,000	1,000	,000

INTERSUJETOS CON TIEMPO							
Pre_Post	Traza Pillai	,420	1,671	13,000	30,000	,120	,420
Pre_Post * Edad	Traza Pillai	,341	1,194	13,000	30,000	,330	,341
Pre_Post * Demanda	Traza Pillai	,411	1,611	13,000	30,000	,137	,411
Pre_Post *Dilemas T1	Traza Pillai	,434	1,770	13,000	30,000	,096	,434
Pre_Post * Dilemas T2	Traza Pillai	,470	2,044	13,000	30,000	,052	,470
Pre_Post * Demanda*DilemasT1	Traza Pillai	,252	,779	13,000	30,000	,675	,252
Pre_Post * Demanda*DilemasT2	Traza Pillai	,319	1,080	13,000	30,000	,411	,319
Pre_Post*DilemasT1*DilemasT2	Traza Pillai	,644	4,171	13,000	30,000	,001	,644
Pre_Post*Demanda*DilemasT1 *DilemasT2	Raíz Mayor Roy	,000	,000	13,000	29,000	1,000	,000

Tabla 10.25. Pruebas Multivariantes

En los efectos intersujetos para el factor repetido pre_postratamiento (tabla 10.26) se encuentran efectos significativos para los factores Dilemas T2 $F(13, 30)=6,214$ ($p=,000$ eta parcial²= ,726) y demanda*dilemasT2 $F(13, 30)=3,217$ ($p=,003$, eta parcial²= ,590). Los tamaños del efecto de estos dos factores son considerables. Es decir, estos factores cambian significativamente en función de la fase temporal de la terapia (inicio o final de la misma).

Como puede comprobarse es plenamente coincidente con el efecto entresujetos cuando se considera la interacción de la variable pre_post con los factores fijos (ver tabla 10.25). La secuencia de la terapia afecta fundamentalmente a la interacción con la presencia de dilemas en ambos momentos inicial y final. Dado que el tamaño del efecto es aceptable, se asume también el análisis de las interacciones entre los momentos de la terapia y la presencia de dilemas en cada uno de ellos por separado (pre_post*DilemasT1 y pre_post*DilemasT2).

Efecto inter sujetos	Estadísticos Distribución Varianza	Valor	F	Gl de hipótesis	gl de error	Sig.	Eta p2
Pre_Post	Traza de Pillai	,420	1,671	13,000	30,000	,120	,420
Pre_Post * Edad	Traza de Pillai	,341	1,194	13,000	30,000	,330	,341
Pre_Post * Demanda	Traza de Pillai	,411	1,611	13,000	30,000	,137	,411
Pre_Post *DilemasT1	Traza de Pillai	,434	1,770	13,000	30,000	,096	,434
Pre_Post *DilemasT2	Traza de Pillai	,470	2,044	13,000	30,000	,052	,470
Pre_Post *	Traza de Pillai	,252	,779	13,000	30,000	,675	,252

Efecto inter sujetos	Estadísticos Distribución Varianza	Valor	F	Gl de hipótesis	gl de error	Sig.	Eta p2
Demanda*DilemasT1							
Pre_Post * Demanda*DilemasT2	Traza de Pillai	,319	1,080	13,000	30,000	,411	,319
Pre_Post *DilemasT1*DilemasT2	Traza de Pillai	,644	4,171	13,000	30,000	,001	,644
Pre_Post * Demanda*DilemasT1* DilemasT2	Raíz mayor de Roy	,000	,000	13,000	29,000	1,000	,000

Tabla 10.26. Pruebas multivariantes para el efecto dentro de los sujetos.

Cuando se atiende también al factor pre_post, únicamente la interacción pre_post*dilemasT1*dilemasT2 muestra un efecto significativo de la distribución de la varianza $F(13, 30)=4,171$ ($p=,001$, eta parcial²= ,644). El tamaño del efecto es bastante potente.

Otros dos factores encuentran en los límites de la significación y muestran tamaños del efecto (eta parcial²) relativamente importantes y, por tanto, serán tenidos en cuenta. Se trata de las combinaciones Pre_Post*DilemasT1 con $F(13, 30)=1,770$ ($p=,096$, eta parcial²= ,434) y Pre_Post*DilemasT2 $F(13, 30)=2,004$ ($p=,052$, eta parcial²= ,470).

Dado que el factor intrasujetos tiene sólo dos niveles, no es posible calcular la prueba de Mauchly (requiere al menos tres) y la esfericidad se da por asumida. El valor de la prueba es de 1 para todas las variables dependientes, con 0 gl y una significación incalculable.

10.4.5.3.1.1. Análisis intrasujetos (efecto de las dos fases del tratamiento, pre-post).

Las pruebas univariadas son las más interesantes de cara a definir el efecto que los factores y las interacciones tienen sobre las variables dependientes. El análisis se hará a partir de ellas.

Origen	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post	SCL_GSI	,955	1	,955	7,360	,010	,149
	SCL_TSP	1014,572	1	1014,572	5,825	,020	,122
	SCP_PSDI	,584	1	,584	5,057	,030	,107
	Yo-Ideal	,395	1	,395	5,632	,022	,118

Origen	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * Edad	Ninguna variable dependiente muestra efectos significativos						
Pre_Post * Demanda	Ninguna variable dependiente muestra efectos significativos						
Pre_Post * DilemasT1	IntDilema	597,527	1	597,527	8,690	,005	,171
	PVEPF	225,156	1	225,156	9,894	,003	,191
Pre_Post *DilemasT2	Potencia	,169	1	,169	4,672	,036	,100
	IntDilema	597,527	1	597,527	8,690	,005	,171
Pre_Post* DilemasT1*DilemasT2	SCL_GSI	1,145	1	1,145	8,827	,005	,174
	SCL_TSP	1220,894	1	1220,894	7,010	,011	,143
	SCP_PSDI	1,001	1	1,001	8,674	,005	,171
	Indefinición	191,315	1	191,315	5,717	,021	,120
	PVEPF	193,551	1	193,551	8,506	,006	,168
Pre_Post*Demanda*DilemasT1	SCL_IGS	,836	1	,836	6,443	,015	,133
Pre_Post*Demanda*DilemasT2	Ninguna variable dependiente muestra efectos significativos						
Pre_Post*Demanda*DilemasT1*DilemasT2	Ninguna variable dependiente muestra efectos significativos						
Error	Grados de libertad 42						

Tabla 10.27. Tabla resumen de las Pruebas univariadas para los efectos intra-sujetos. (sólo se muestran las variables dependientes que obtienen efectos significativos)

En la tabla 10.27 puede verse el resumen efecto de las pruebas univariadas para los efectos dentro de los sujetos para aquellos factores que generan algún efecto significativo. Dada su longitud, se ha preferido no incluir esa tabla dentro del texto, sino sólo lo resumen. La salida entera puede consultarse en el anexo 3.

Se encuentran efectos significativos del efecto principal de la terapia (Pre_Post) para cuatro variables independientes (los tres indicadores de sintomatología) y la correlación Yo_ideal (una medida de autoestima). Los valores F son los siguientes: IGS $F(1,42)=7,630$ ($P=0,10$, $Etap2= ,149$; TSP $F(1,42)=5,825$ ($P=,020$ $Etap2=,122$); PSDI $F(1,42)=5,632$; ($P=,030$ $Etap2=,118$). Los tamaños del efecto son muy reducidos, como puede observarse.

Además se observan efectos intrasujetos en cuatro de las interacciones que tienen que ver con la presencia de dilemas. La presencia de dilemas se apunta como uno de los efectos que más influyen en la secuencia de la terapia.

Hay que señalar que en todas estas interacciones el efecto sobre la variable intensidad de los dilemas es espurio, dado que se trata de una medida dependiente estrictamente de la propia definición del factor. No se comentarán por ello.

Para la interacción Pre_Post*Dilema1 se obtiene un único efecto significativo para la variable PVEPF $F(1,42)=225,156$ ($P=,003$ Etap2* ,191). El tamaño del efecto apenas explica el 20% de la varianza.

En el caso de la interacción Pre_Post*DilemasT2, hay un efecto significativo sobre la Potencia, una medida de jerarquización del sistema de constructos $F(1,42)=4,672$ ($P=,036$ Etap2=,100).

La interacción que genera más efectos significativos sobre las variables dependientes es Pre_Post*DilemasT1*DilemasT2, se observan efectos significativos en los tres indicadores de sintomatología y en las variables indefinición y PVEPF de la rejilla. En cuanto a las variables del SCL-90-R los resultados de la prueba F son: IGS $F(1,42)=8,827$ ($p=,005$ Etap2= ,174); TSP $F(1,42)=7,010$ ($P=,011$ Etap2=,143) y PSDI $F(1,42)=8,674$ ($P=,005$ Etap2=,171). Es decir la interacción produce un efecto diferenciado a través de los dos momentos de la terapia es la gravedad de los síntomas.

El efecto sobre la Indefinición es $F(1,42)=5,717$ ($P=,021$ Etap2=,120), por lo que el grado de falta de concreción de los constructos varía a lo largo de la terapia y el efecto en PVEPF es $F(1,42)=8,506$ ($P=,015$ Etap2=,133), lo que supone que hay cambios en la diferenciación. Por desgracia, todos los tamaños del efecto son muy pequeños, ninguno alcanza ,200.

Sólo una hay un efecto significativo en interacción entre dilemas y demanda Pre_Post*Demanda*DilemasT1 y afecta al valor de IGS del SCL 90-R $F(1,42)=6,443$ ($p=,015$ Etap2=,133). Es decir la gravedad del síntoma al principio de la terapia está mediada por la demanda y los dilemas.

La dirección de estos efectos se puede consultar en las siguientes tablas de comparaciones por parejas. Cuando los efectos a estudiar proceden de una interacción es necesario analizar tantas tablas de comparaciones como componentes tenga la misma.

En cuanto al efecto principal pre-post en el postratamiento se consiguen mejoras en todos los marcadores sintomatológicos (valores más bajos en IGS, TPP y PSDI) y mejoran su autoestima (valores más altos en correlación yo-ideal). Ver tabla 10.28.

Comparaciones por parejas							
Medida	(I) Pre_Post	(J) Pre_Post	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
						Límite inferior	Límite superior
SCL_IGS	1	2	,839	,130	,000	,577	1,102
SCL_TSP	1	2	23,082	4,766	,000	13,464	32,701
SCL_PSDI	1	2	,814	,123	,000	,566	1,061
Yoideal	1	2	-,492	,096	,000	-,685	-,298

Tabla 10.28. Comparaciones por parejas para el efecto principal Pre_Post (sólo vd con efectos significativos). Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni. $P < ,05$

Para la interacción DilemasT1*Pre_Post, las tablas de comparaciones por parejas para la única variable dependiente que muestra efectos significativos (Tablas 10.29 y 10.30) indican que los sujetos que no presentan dilemas muestran menos diferenciación (valor PVEPF mayor) al principio del tratamiento y los sujetos que presentan dilemas muestran menor diferenciación al final del tratamiento. Al inicio del tratamiento los sujetos sin dilemas están menos diferenciados.

Comparaciones por parejas								
Medida	Dilemas T1	(I)Pres- Post	(J) Pre_Post	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
							Límite inferior	Límite superior
PVEPF	NO	1	2	5,434	2,678	,049	,030	10,838
	SI	1	2	-4,889	2,233	,034	-9,395	-,382

Tabla 10.29. Comparaciones por parejas para la interacción Pre_Post*DilemasT1 (sólo vd con efectos significativos). Criterio Pre_Post Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Comparaciones por parejas								
Medida	Pre_ Post	(I) DilemasT1	(J) DilemasT1	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
							Límite inferior	Límite superior
PVEPF	1	NO	SI	16,619	5,159	,002	6,208	27,029
	2	NO	SI	6,296	5,534	,262	-4,872	17,464

Tabla 10.30. Comparaciones por parejas para la interacción Pre_Post*DilemasT1 (sólo vd con efectos significativos). Criterio Dilemas T1. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

En la interacción DilemasT2*Pre_Post (tablas 10.31 y tablas 10.32), se concluye lo siguiente:

- a) Los sujetos que presentan dilemas en T2 obtienen mayores puntuaciones en potencia al final del tratamiento frente a los que no presentan dilemas en ese momento.
- b) Los sujetos que no presentan dilemas en T2 obtienen mayores puntuaciones en potencia al inicio del tratamiento que las que consiguen al final del mismo.

Comparaciones por parejas								
Medida	Pre_Post	(I) Dilemas T2	(J) Dilemas T2	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
							Límite inferior	Límite superior
Potencia	1	NO	SI	-,202	,164	,224	-,532	,128
	2	NO	SI	-,454	,175	,013	-,808	-,101

Tabla 10.31. Comparaciones por parejas para la interacción Pre_Post*DilemasT2 (sólo vd con efectos significativos). Criterio Pre_Post. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Comparaciones por parejas								
Medida	DilemasT2	(I) Pre_Post	(J) Pre_Post	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
							Límite inferior	Límite superior
Potencia	NO	1	2	,177	,085	,044	,005	,350
	SI	1	2	-,075	,114	,516	-,306	,156

Tabla 10.32. Comparaciones por parejas para la interacción Pre_Post*DilemasT2 (sólo vd con efectos significativos). Criterio DilemasT2.

Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

En cuanto a la interacción Pre_Post*DilemasT1*DilemasT2, la casuística es la siguiente (tabla 10.33, tabla 10.34 y tabla 10.35):

- a) Obtienen mayores valores en el índice GSI (más patología) al principio del tratamiento los sujetos que no muestran dilemas en ninguna de las dos evaluaciones y los que los muestran en ambas.

- b) Obtienen mayores valores en el índice GSI (más patología) al final del tratamiento los sujetos que no presentaban dilemas en T1, pero sí los presentan al final de la terapia.
- c) Muestran más valor de sintomatología en tiempo 2 (final de la terapia) los sujetos que tienen dilemas en T2.
- d) Indican más síntomas diferentes (TSP) tanto al principio como la final de la terapia los sujetos que presentan dilemas en ambos momentos.
- e) Al principio de la terapia indican un mayor número de síntomas (TSP) los sujetos que no presentan dilemas en ningún momento y los que presentan dilemas sólo al inicio de la terapia.
- f) Presentan más síntomas diferentes (TSP) al final de la terapia, los que presentan dilemas al final, pero no los presentaban al principio.
- g) Muestran un mayor índice relativo de sintomatología (PSDI) al inicio de la terapia los sujetos que tienen dilemas en ambos momentos, los que no los tienen en ninguno y los que los muestran sólo al inicio de la terapia.
- h) Los sujetos que tienen dilemas en ambos momentos de evaluación muestran un mayor índice de indefinición tanto al principio como al final de la terapia.
- i) Los sujetos que nunca presentan dilemas tienen altos valores del PVEPF en ambos momentos de la terapia
- j) Los sujetos que presentan dilemas sólo al inicio de la terapia obtienen valores más altos de PVEPF al final de la terapia.
- k) Los sujetos que presentan dilemas sólo al final de la terapia obtienen valores más altos de PVEPF al inicio de la terapia.

Comparaciones por parejas									
Medida	Dilemas T2	Pre_Post	(I) Dilemas T1	(J) Dilemas T1	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
								Límite inferior	Límite superior
SCL_IGS	NO	1	NO	SI	,890	,358	,017	,168	1,612
		2	NO	SI	-,204	,221	,362	-,650	,242
	SI	1	NO	SI	-,588	,457	,206	-1,511	,335
		2	NO	SI	,140	,282	,622	-,430	,710

Comparaciones por parejas									
Medida	Dilemas T2	Pre_Post	(I) Dilemas T1	(J) Dilemas T1	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
								Límite inferior	Límite superior
SCL_TSP	NO	1	NO	SI	25,710	10,319	,017	4,886	46,535
		2	NO	SI	-5,594	11,211	,620	-28,220	17,031
	SI	1	NO	SI	-16,809	13,193	,210	-43,433	9,816
		2	NO	SI	10,942	14,334	,450	-17,985	39,870
SCL_PSDI	NO	1	NO	SI	,530	,328	,114	-,132	1,193
		2	NO	SI	-,152	,199	,451	-,554	,251
	SI	1	NO	SI	-,603	,420	,159	-1,450	,245
		2	NO	SI	,074	,255	,772	-,440	,589
Indefinición	NO	1	NO	SI	1,292	4,578	,779	-7,947	10,532
		2	NO	SI	-,627	4,065	,878	-8,830	7,576
	SI	1	NO	SI	-13,056	5,854	,031	-24,869	-1,243
		2	NO	SI	-10,257	5,197	,055	-20,744	,231
PVEPF	NO	1	NO	SI	16,009	6,350	,016	3,195	28,823
		2	NO	SI	9,328	6,811	,178	-4,418	23,073
	SI	1	NO	SI	13,055	8,118	,115	-3,328	29,438
		2	NO	SI	-4,946	8,709	,573	-22,520	12,629

Tabla 10.33. Comparaciones por parejas para la interacción Pre_Post*DilemasT1*DilemasT2 (sólo vd con efectos significativos). Criterio: DilemasT1.

Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Comparaciones por parejas									
Medida	Dilemas T1	Pre_Post	(I) Dilemas T2	(J) Dilemas T2	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
								Límite inferior	Límite superior
SCL_IGS	NO	1	NO	SI	,621	,454	,179	-,296	1,537
		2	NO	SI	-,727	,280	,013	-1,293	-,161
	SI	1	NO	SI	-,858	,375	,027	-1,614	-,101
		2	NO	SI	-,383	,231	,105	-,850	,084
SCL_TSP	NO	1	NO	SI	17,935	13,103	,178	-8,508	44,379
		2	NO	SI	-39,890	14,236	,008	-68,620	-11,159
	SI	1	NO	SI	-24,584	10,810	,028	-46,398	-2,769
		2	NO	SI	-23,354	11,744	,053	-47,055	,348
SCL_PSDI	NO	1	NO	SI	,740	,417	,083	-,102	1,581
		2	NO	SI	-,416	,253	,108	-,927	,095

Comparaciones por parejas									
Medida	Dilemas T1	Pre_Post	(I) Dilemas T2	(J) Dilemas T2	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
								Límite inferior	Límite superior
SCL_PSDI	SI	1	NO	SI	-,393	,344	,260	-1,087	,301
		2	NO	SI	-,190	,209	,369	-,611	,232
Indefinición	NO	1	NO	SI	-,294	5,814	,960	-12,027	11,439
		2	NO	SI	-9,487	5,162	,073	-19,903	,929
	SI	1	NO	SI	-14,642	4,796	,004	-24,321	-4,963
		2	NO	SI	-19,117	4,258	,000	-27,710	-10,524
PVEPF	NO	1	NO	SI	12,518	8,063	,128	-3,754	28,789
		2	NO	SI	24,630	8,649	,007	7,176	42,085
	SI	1	NO	SI	9,564	6,651	,158	-3,860	22,987
		2	NO	SI	10,357	7,135	,154	-4,043	24,756

Tabla 10.34. Comparaciones por parejas para la interacción Pre_Post*DilemasT1*DilemasT2 (sólo vd con efectos significativos). Criterio: DilemasT2

Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni. ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Comparaciones por parejas									
Medida	Dilemas T1	Dilemas T2	(I) Pre_Post	(J) Pre_Post	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
								Límite inferior	Límite superior
SCL_IGS	NO	NO	1	2	1,521	,262	,000	,992	2,051
		SI	1	2	,173	,312	,581	-,456	,802
	SI	NO	1	2	,428	,189	,029	,047	,808
		SI	1	2	,902	,280	,002	,336	1,467
SCL_TSP	NO	NO	1	2	48,880	9,610	,000	29,485	68,274
		SI	1	2	-8,945	11,418	,438	-31,988	14,097
	SI	NO	1	2	17,575	6,910	,015	3,631	31,520
		SI	1	2	18,805	10,265	,074	-1,910	39,521
SCL_PSDI	NO	NO	1	2	1,310	,247	,000	,811	1,810
		SI	1	2	,155	,294	,602	-,439	,748
	SI	NO	1	2	,628	,178	,001	,269	,987
		SI	1	2	,832	,264	,003	,298	1,365
Indefinición	NO	NO	1	2	1,232	4,212	,771	-7,269	9,733
		SI	1	2	-7,961	5,005	,119	-18,061	2,139
	SI	NO	1	2	-,687	3,029	,822	-6,799	5,425
		SI	1	2	-5,162	4,499	,258	-14,242	3,918

Comparaciones por parejas									
Medida	Dilemas T1	Dilemas T2	(I) Pre_Post	(J) Pre_Post	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
								Límite inferior	Límite superior
PVEPF	NO	NO	1	2	1,396	3,474	,690	-5,614	8,407
		SI	1	2	13,509	4,127	,002	5,180	21,838
	SI	NO	1	2	-5,285	2,498	,040	-10,325	-,245
		SI	1	2	-4,492	3,710	,233	-11,980	2,996

Tabla 10.35. Comparaciones por parejas para la interacción Pre_Post*DilemasT1*DilemasT2 (sólo vd con efectos significativos). Criterio: Pre_Post.

Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Los efectos de la interacción dilemasT1*Pre_Post*Demanda en la única variable dependiente (GSI) para la que se obtienen valores significativos suponen que (tabla 10.36, tabla 10.37 y tabla 10.38):

- Los sujetos que formulan demandas operativas, con independencia de presentar dilemas, obtienen mayores puntuaciones en sintomatología (GSI) al inicio de la terapia que los de formulan demandas no operativas.
- Los sujetos que formulan demandas no operativas y no presentan dilemas obtienen mayores puntuaciones en sintomatología al inicio de la terapia que los que presentan dilemas.

Comparaciones por parejas									
Medida	Dilemas T1	Pre_Post	(I) Demanda	(J) Demanda	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
								Límite inferior	Límite superior
SCL_IGS	NO	1	Operativa	No Operativa	-,910	,596	,134	-2,113	,293
		2	Operativa	No Operativa	,598	,368	,112	-,145	1,340
	SI	1	Operativa	No Operativa	,506	,378	,188	-,256	1,268
		2	Operativa	No Operativa	-,022	,233	,924	-,493	,448

Tabla 10.36. Comparaciones por parejas para la interacción Pre_Post*Demanda*DilemasT1 (sólo vd con efectos significativos). Criterio: Demanda.

Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Comparaciones por parejas									
Medida	Demanda	Pre_Post	(I) DilemasT1	(J) DilemasT1	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
								Límite inferior	Límite superior
SCL_IGS	Operativa	1	NO	SI	-,302	,237	,210	-,781	,177
		2	NO	SI	,057	,147	,697	-,238	,353
	No Operativa	1	NO	SI	1,114	,665	,101	-,227	2,455
		2	NO	SI	-,563	,410	,178	-1,390	,265

Tabla 10.37. Comparaciones por parejas para la interacción Pre_Post*Demanda*DilemasT1 (sólo vd con efectos significativos). Criterio: DilemasT1

Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Comparaciones por parejas									
Medida	Demanda	Dilemas T1	(I) Pre_Post	(J) Pre_Post	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
								Límite inferior	Límite superior
SCL_IGS	Operativa	NO	1	2	,569	,167	,001	,232	,906
		SI	1	2	,929	,128	,000	,671	1,187
	No Operativa	NO	1	2	2,077	,510	,000	1,048	3,106
		SI	1	2	,401	,314	,209	-,233	1,034

Tabla 10.38. Comparaciones por parejas para la interacción Pre_Post*Demanda*DilemasT1 (sólo vd con efectos significativos). Criterio: Pre_Post

Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

10.4.5.3.1.2. Análisis entresujetos (efecto de los tres factores fijos).

A fin de comprobar los efectos entre los sujetos que tienen los diferentes factores fijos (demanda, dilemasT1 y dilemasT2) se deben comprobar primero los niveles alcanzados en el estadístico de Levene para todas las variables dependientes (tabla 10.39). Algunas de ellas son no homocedásticas, por lo que, en caso de generar diferencia significativas, tendrán que ser re-analizadas con estadísticos no paramétricos.

	F	df1	df2	Sig.
SCL_IGS Pre	1,175	6	43	,337

	F	df1	df2	Sig.
SCL_IGS Post	,563	6	43	,757
SCL_TSP Pre	1,468	6	43	,212
SCL_TSP Post	1,555	6	43	,184
SCL_PSDI Pre	2,267	6	43	,055
SCL_PSDI Post	,587	6	43	,738
Intensidad Pre	1,011	6	43	,431
Intensidad Post	4,137	6	43	,002
Potencia Pre	2,143	6	43	,068
Potencia Post	1,292	6	43	,281
Polarización Pre	1,701	6	43	,144
Polarización Pos	1,300	6	43	,278
Indefinición Pre	1,945	6	43	,095
Indefinición Post	2,051	6	43	,079
FIC Pre	,996	6	43	,441
FIC Post	1,414	6	43	,231
Intensidad Dilema Pre	2,561	6	43	,033
Intensidad Dilema Post	12,529	6	43	,000
R yo ideal Pre	1,250	6	43	,300
R yo ideal Post	1,106	6	43	,375
R Yo otros Pre	1,950	6	43	,094
R Yo otros Post	1,111	6	43	,372
R Ideal otros Pre	2,184	6	43	,063
R ideal otro Post	,495	6	43	,809
PVEPF Pre	1,036	6	43	,416
PVEPF Post	2,063	6	43	,078

Tabla 10.39. Prueba de Levene de igualdad de varianzas de error

Resultan no homocedásticas: la intensidad postratamiento ($F(6,43)=4,137 P=,002$), la potencia pretratamiento ($F(6,43)=2,143 P=,000$), y las dos medidas de intensidad del dilema implicativo, tanto en pre ($F(6,43)=2,561 P=,33$) como en postratamiento ($F(6,43)=12,529 P=,000$), ver tabla 10.39. No obstante, dado que al haber únicamente dos niveles en los distintos factores, lo que hace imposible generar pruebas post hoc, se asumirán los valores como adecuados para este análisis.

Los efectos univariados entresujetos sobre todas las variables dependientes se pueden ver en la tabla 10.40.

Pruebas de efectos inter-sujetos

Variable Transformada: Media							
Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Intersección	SCL_IGS	4,159	1	4,159	26,795	,000	,389
	SCL_TSP	6233,135	1	6233,135	30,869	,000	,424
	SCL_PSDI	11,081	1	11,081	87,945	,000	,677
	INTENSIDAD	,044	1	,044	13,664	,001	,245
	POTENCIA	4,934	1	4,934	59,564	,000	,586
	POLARIZACIÓN	215,781	1	215,781	,927	,341	,022
	INDEFINICIÓN	648,211	1	648,211	21,659	,000	,340
	FIC	1,081	1	1,081	3,189	,081	,071
	INDILEMAS	512,437	1	512,437	20,090	,000	,324
	YOIDEAL	,002	1	,002	,026	,873	,001
	YOOTROS	,145	1	,145	3,246	,079	,072
	IDEALOTROS	,612	1	,612	14,915	,000	,262
	PVEPF	3422,106	1	3422,106	35,441	,000	,458
Edad	SCL_IGS	,247	1	,247	1,593	,214	,037
	SCL_TSP	4,311	1	4,311	,021	,885	,001
	SCL_PSDI	,393	1	,393	3,118	,085	,069
	INTENSIDAD	,020	1	,020	6,156	,017	,128
	POTENCIA	,382	1	,382	4,614	,038	,099
	POLARIZACIÓN	966,611	1	966,611	4,152	,048	,090
	INDEFINICIÓN	127,387	1	127,387	4,256	,045	,092
	FIC	,130	1	,130	,384	,539	,009
	INDILEMAS	10,057	1	10,057	,394	,533	,009
	YOIDEAL	,226	1	,226	2,782	,103	,062
	YOOTROS	,001	1	,001	,025	,874	,001
	IDEALOTROS	,025	1	,025	,619	,436	,015
	PVEPF	374,439	1	374,439	3,878	,056	,085
Demanda	SCL_IGS	,005	1	,005	,030	,864	,001
	SCL_TSP	1,273	1	1,273	,006	,937	,000
	SCL_PSDI	,096	1	,096	,763	,387	,018
	INTENSIDAD	4,974E-6	1	4,974E-6	,002	,969	,000
	POTENCIA	,000	1	,000	,006	,939	,000
	POLARIZACIÓN	100,229	1	100,229	,430	,515	,010
	INDEFINICIÓN	202,195	1	202,195	6,756	,013	,139

Variable Transformada: Media							
Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Demanda	FIC	,002	1	,002	,006	,940	,000
	INDILEMAS	,001	1	,001	,000	,995	,000
	YOIDEAL	,080	1	,080	,984	,327	,023
	YOOTROS	,042	1	,042	,938	,338	,022
	IDEALOTROS	3,947E-6	1	3,947E-6	,000	,992	,000
	PVEPF	12,416	1	12,416	,129	,722	,003
DilemasT1	SCL_IGS	,046	1	,046	,293	,591	,007
	SCL_TSP	178,623	1	178,623	,885	,352	,021
	SCL_PSDI	,011	1	,011	,085	,772	,002
	INTENSIDAD	,008	1	,008	2,393	,129	,054
	POTENCIA	,010	1	,010	,123	,728	,003
	POLARIZACIÓN	,229	1	,229	,001	,975	,000
	INDEFINICIÓN	9,724	1	9,724	,325	,572	,008
	FIC	,027	1	,027	,080	,779	,002
	INDILEMAS	145,776	1	145,776	5,715	,021	,120
	YOIDEAL	,014	1	,014	,169	,683	,004
	YOOTROS	,013	1	,013	,292	,592	,007
	IDEALOTROS	,135	1	,135	3,291	,077	,073
	PVEPF	208,212	1	208,212	2,156	,149	,049
DilemasT2	SCL_IGS	,602	1	,602	3,878	,056	,085
	SCL_TSP	1375,745	1	1375,745	6,813	,012	,140
	SCL_PSDI	,030	1	,030	,240	,627	,006
	INTENSIDAD	,015	1	,015	4,556	,039	,098
	POTENCIA	,358	1	,358	4,318	,044	,093
	POLARIZACIÓN	6,267	1	6,267	,027	,870	,001
	INDEFINICIÓN	620,449	1	620,449	20,731	,000	,330
	FIC	,205	1	,205	,605	,441	,014
	INDILEMAS	963,748	1	963,748	37,784	,000	,474
	YOIDEAL	,638	1	,638	7,841	,008	,157
	YOOTROS	,068	1	,068	1,523	,224	,035
	IDEALOTROS	,018	1	,018	,435	,513	,010
	PVEPF	383,423	1	383,423	3,971	,053	,086
Demanda* DilemasT1	SCL_IGS	,162	1	,162	1,047	,312	,024

Variable Transformada: Media							
Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Demanda* DilemasT1	SCL_TSP	231,465	1	231,465	1,146	,290	,027
	SCL_PSDI	,052	1	,052	,415	,523	,010
	INTENSIDAD	,003	1	,003	,968	,331	,023
	POTENCIA	,004	1	,004	,049	,826	,001
	POLARIZACIÓN	61,551	1	61,551	,264	,610	,006
	INDEFINICIÓN	2,677	1	2,677	,089	,766	,002
	FIC	,054	1	,054	,159	,693	,004
	INDILEMAS	6,464	1	6,464	,253	,617	,006
	YOIDEAL	,052	1	,052	,642	,428	,015
	YOOTROS	,125	1	,125	2,818	,101	,063
	IDEALOTROS	,160	1	,160	3,897	,055	,085
PVEPF	162,460	1	162,460	1,682	,202	,039	
Demanda* DilemasT2	SCL_IGS	,001	1	,001	,009	,924	,000
	SCL_TSP	276,628	1	276,628	1,370	,248	,032
	SCL_PSDI	,048	1	,048	,384	,539	,009
	INTENSIDAD	,003	1	,003	,864	,358	,020
	POTENCIA	,007	1	,007	,083	,775	,002
	POLARIZACIÓN	326,097	1	326,097	1,401	,243	,032
	INDEFINICIÓN	803,087	1	803,087	26,834	,000	,390
	FIC	,303	1	,303	,893	,350	,021
	INDILEMAS	21,938	1	21,938	,860	,359	,020
	YOIDEAL	,263	1	,263	3,239	,079	,072
	YOOTROS	,051	1	,051	1,153	,289	,027
	IDEALOTROS	,006	1	,006	,140	,710	,003
PVEPF	98,468	1	98,468	1,020	,318	,024	
DilemasT1* DilemasT2	SCL_IGS	,251	1	,251	1,620	,210	,037
	SCL_TSP	1,122	1	1,122	,006	,941	,000
	SCL_PSDI	,434	1	,434	3,443	,071	,076
	INTENSIDAD	,011	1	,011	3,341	,075	,074
	POTENCIA	,031	1	,031	,369	,547	,009
	POLARIZACIÓN	100,595	1	100,595	,432	,515	,010
	INDEFINICIÓN	14,473	1	14,473	,484	,491	,011
DilemasT1* DilemasT2	FIC	,000	1	,000	,001	,977	,000
	INDILEMAS	15,806	1	15,806	,620	,436	,015
	YOIDEAL	,066	1	,066	,808	,374	,019

Variable Transformada: Media							
Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
DilemasT1* DilemasT2	YOOTROS	6,707E-5	1	6,707E-5	,002	,969	,000
	IDEALOTROS	,025	1	,025	,600	,443	,014
	PVEPF	63,053	1	63,053	,653	,424	,015
Demanda* DilemasT1* DilemasT2	SCL_IGS	,000	0	.	.	.	,000
	SCL_TSP	,000	0	.	.	.	,000
	SCL_PSDI	,000	0	.	.	.	,000
	INTENSIDAD	,000	0	.	.	.	,000
	POTENCIA	,000	0	.	.	.	,000
	POLARIZACIÓN	,000	0	.	.	.	,000
	INDEFINICIÓN	,000	0	.	.	.	,000
	FIC	,000	0	.	.	.	,000
	INDILEMAS	,000	0	.	.	.	,000
	YOIDEAL	,000	0	.	.	.	,000
	YOOTROS	,000	0	.	.	.	,000
	IDEALOTROS	,000	0	.	.	.	,000
	PVEPF	,000	0	.	.	.	,000
Error	SCL_IGS	6,518	42	,155			
	SCL_TSP	8480,692	42	201,921			
	SCL_PSDI	5,292	42	,126			
	INTENSIDAD	,134	42	,003			
	POTENCIA	3,479	42	,083			
	POLARIZACIÓN	9778,677	42	232,826			
	INDEFINICIÓN	1256,972	42	29,928			
	FIC	14,239	42	,339			
	INDILEMAS	1071,287	42	25,507			
	YOIDEAL	3,417	42	,081			
	YOOTROS	1,870	42	,045			
	IDEALOTROS	1,725	42	,041			
	PVEPF	4055,468	42	96,559			

Tabla 10.40. Pruebas univariadas de efectos intersujetos

La edad tiene un efecto lineal en cuatro de las variables de la rejilla, la intensidad $F(1,42)=6,156$ ($0=,017$, Eta $p2=,128$), la potencia $F(1,42)=4,614$ ($0=,138$, Eta $p2=,099$), la Polarización $F(1,42)=4,152$ ($0=,048$, Eta $p2=,090$) y la Indefinición $F(1,42)=4,256$ ($p=,045$, Eta $p2=,092$). De forma que a medida que la edad se incrementa lo hace

también el valor de estas variables. Los sujetos de edad más avanzada tienden a ser menos diferenciados, más jerarquizados y aumenta también el grado en que dan respuestas imprecisas, pero también las de tipo más rígido. El tamaño del efecto es escaso, en torno al 10%.

Comparaciones por parejas							
Medida	(I) Demanda	(J) Demanda	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
						Límite inferior	Límite superior
Indefinición	Operativa	No Operativa	-5,795	3,084	,067	-12,018	,429

Tabla 10.41. Comparaciones de medias para variables dependientes significativas en el efecto principal Demanda. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

El factor principal Demanda arroja efectos significativos para la variable indefinición $F(1,24)=6,756$, $P=,103$, eta $p^2=,139$. El tamaño del efecto es bajo, inferior al 14%. En la tabla 10.41 se puede ver la prueba de diferencia de medias para este efecto que indica que los sujetos que formulan demandas no operativas construyen de una forma menos concreta (más tendencia a dar valores centrales).

El factor principal dilemasT2 genera efectos significativos para un buen número de variables. Hay efectos significativos sobre IGS $F(1,24)=3,878$, $p=,056$, eta $p^2=,085$. También se encuentran efectos significativos en TSP $F(1,24)=6,813$, $p=,012$, eta $p^2=,140$; y sobre Intensidad $F(1,24)=4,56$, $p=,039$, eta $p^2=,098$; Potencia $F(1,24)=4,318$, $p=,044$ eta $p^2=,093$; Indefinición, $F(1,24)=20,731$, $p=,000$, eta $p^2=,330$; el último efecto significativo se encuentra en la correlación yo-ideal, $F(1,24)=37,784$, $p=,000$, eta $p^2=,474$. Los tamaños del efecto son reducidos, en torno al 10%, salvo en el caso de la indefinición que sube al 33% y correlación yo ideal 47%. Pero en ningún caso se pueden considerar siquiera moderados.

Comparaciones por parejas							
Medida	(I) DilemasT2	(J) DilemasT2	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
						Límite inferior	Límite superior
SCL_IGS	NO	SI	-,374	,210	,082	-,798	,050
SCL_TSP	NO	SI	-17,962 ^{a,*}	7,579	,022	-33,257	-2,666
Intensidad	NO	SI	,086 ^{a,*}	,030	,007	,025	,147

Comparaciones por parejas							
Medida	(I) DilemasT2	(J) DilemasT2	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
						Límite inferior	Límite superior
Potencia	NO	SI	-,328 ^{a,*}	,154	,038	-,638	-,018
Indefinición	NO	SI	-12,828 ^{a,*}	2,918	,000	-18,716	-6,939
Yoideal	NO	SI	,409 ^{a,*}	,152	,010	,102	,716

Tabla 10.42. Comparaciones por parejas para el efecto principal DilemasT2. Sólo variables dependientes significativas. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

En la tabla 10.42 se pueden observar las direcciones de las comparaciones por parejas para las variables dependientes que han resultado significativas. Los sujetos que muestran dilemas en T2 (respecto a los que no) tienden a puntuar más alto en sintomatología (GSI), como en el número de síntomas experimentados (TSP), son más diferenciados (disponen de más significados) ya que su valor en intensidad es más bajo, tienen un sistema de constructos más jerarquizado, con dimensiones que determinan a las demás (potencia), concretan menos sus constructos (valor más alto en indefinición) y su autoestima es menor (menor valor en correlación yo-ideal).

La única interacción que produce efectos significativos en demanda*dilemasT2 y para una única variable independiente, indefinición $F(1,24)=26,834$, $p=,000$, eta $p^2=,390$. El tamaño del efecto se acerca al 40%.

En las tablas 10.43 y 10.44 se pueden ver las comparaciones de medias para esta variable a fin de determinar el sentido de la significación. Los sujetos que presentan dilemas y formulan demandas no operativas muestran puntuaciones altas en indefinición (no concretan sus constructos), al igual que los sujetos que no tienen dilemas pero que hace demandas operativas.

Comparaciones por parejas								
Medida	DilemasT2	(I) Demanda	(J) Demanda	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
							Límite inferior	Límite superior
Indefinición	NO	Operativa	No Operativa	6,497	3,467	,068	-,501	13,494
	SI	Operativa	No Operativa	-30,144	5,839	,000	-41,927	-18,361

Tabla 10.43. Comparaciones de medias para la interacción demanda*dilemasT2. Sólo variables significativas.

Criterio: Demanda Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Comparaciones por parejas								
Medida	Demanda	(I) DilemasT2	(J) DilemasT2	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza para diferencia	
							Límite inferior	Límite superior
Indefinición	Operativa	NO	SI	,469	2,239	,835	-4,049	4,987
	No Operativa	NO	SI	-36,172	6,484	,000	-49,257	-23,086

Tabla 10.44. Comparaciones de medias para la interacción demanda*dilemasT2. Sólo variables significativas.

Criterio: DilemasT2.

Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Los tamaños del efecto (η^2) para todas las variables dependientes que han resultado significativas en este análisis, tanto para el diseño intra como para el entresujetos, son pequeños, ninguno alcanza el nivel de ,200; lo que quiere decir que la varianza es explicada fundamentalmente por otras fuentes de cambio no detectadas en este análisis.

11. DISCUSIÓN.

La discusión se va a estructurar siguiendo el orden de las hipótesis formuladas.

11.1. Discusión de los resultados relacionados con las hipótesis.

Hipótesis relacionadas con el tipo de demanda.

1. *El tipo de demanda se asocia a la probabilidad de abandono. Los sujetos que hacen demandas relacionadas con cambios personales, abandonan menos que los que hacen demandas por derivación o de tipo no personal.*

Paradójicamente la demanda es un tema poco estudiado en relación con el abandono. Si bien las divergencias respecto a las expectativas han sido postuladas como una posible causa de abandono (Reis y Brown, 1999) y el análisis de la demanda (Villegas, 1996) enseña que hay que reformular aquellas peticiones que lleven aparejado algo distinto que el esfuerzo y el deseo personal de cambio, no ha habido un esfuerzo sistemático en vincular ambos aspectos. Por ejemplo, es un campo que apenas se aborda en el manual de Corbella y Botella (2004), un muy completo trabajo sobre investigación de procesos en psicoterapia. La alianza terapéutica se ha propuesto como una de las variables principales que hacen posible el proceso terapéutico (Rogers, 1961; Safran y Muran, 2000) y se considera como una de las variables que pueden provocar el abandono.

El objetivo de este estudio era comprobar si el nivel de formulación de la demanda podía influir en el abandono. La hipótesis dice textualmente: Siguiendo a Villegas (1996), sólo las demandas de tipo personal y centradas en el trabajo personal pueden conducir a un cambio terapéutico. La demanda para que esencialmente sea operativa debería basarse (Semerari, 1991) en una predisposición del sujeto a la hora de empezar la terapia: en una conciencia de crisis o de necesidad vivida como tal, que motive seguir en la terapia. Condiciones básicas para que se pueda hacer operativa la demanda. Esas son las demandas específica e inespecífica, el resto requieren de una re-formulación que permita reencajarlas. La mayoría de los sujetos de la muestra (66,33%) hacen demandas operativas y su proporción se dispara entre los que llegan al

final del tratamiento. Es verdad que, tanto en la muestra de este estudio, como en general las demandas no operativas son raras. Dado el tamaño de la muestra ha sido necesario re-codificar la variable “demanda” para poder realizar análisis con un mínimo de rigor, cinco categorías y tres de ellas con muy pocas frecuencias no contribuían a la viabilidad del análisis.

Varios de los resultados del estudio contribuyen a confirmar la hipótesis. La Chi² Demanda X Abandono=8,007 (P,=005) da un primer dato del grado de asociación entre estas variables. Es verdad que los clientes que hacen demandas operativas abandonan menos (55%) que los que hacen demandas de otros tipos (81%).

La demanda aparece como la única variable que puede constituir un modelo de regresión que permita predecir el no abandono (la continuidad de la terapia) entre el conjunto de variables relacionadas con la terapia y la sociología del cliente, pero el modelo conseguido es poco viable, ya que cuenta con una especificidad muy baja (48% de los casos). Los predictores relacionados con la demanda desaparecen cuando se incluyen entre las variables predictoras dimensiones relacionadas con la historia de vida y, especialmente, con la rejilla.

Aunque la demanda no parece ser un factor que pueda predecir el abandono, si covaría estrechamente con este, de modo que la formulación operativa de la demanda aumenta la probabilidad de continuidad, como apuntan los trabajos de Villegas (1996) y Bordin (1994), en la línea de una “alianza de trabajo”, si para que el cliente se mantenga en terapia tiene que aceptar una serie de metas y realizar una serie de tareas, eso sólo puede hacerse desde una demanda basada, a su vez, en el trabajo: una demanda operativa.

Dado que la hipótesis no formula una relación causal, sino una menor probabilidad de abandono por parte de los clientes que formulen demandas operativas, la hipótesis 1 queda confirmada.

Hipótesis relacionadas con las características de las historias de vida

- 2. Existe una relación entre el contenido de la narrativa y el abandono, de modo que los sujetos cuyas historias de vida están asociados a contenidos clínicamente específicos están más involucrados en la terapia y abandonarán menos la misma.*

Esta hipótesis aborda el único aspecto claramente cualitativo de esta tesis. La única tarea relacionada con el contenido de las sesiones ha sido su codificación en términos de categorías. Las categorías usadas se han basado en temáticas propuestas por Guidano (1994) en un intento de captar la temática fundamental que preocupa al cliente. El criterio ha sido localizar una referencia explícita a la temática en las verbalizaciones del cliente. Cuando esto no se podía hacer, se recurriría a un análisis motivacional puro siguiendo el modelo de McAdams (1995). Todo análisis narrativo se ocupa del contenido de la historia (Bruner, 1990; Gonçalves, 2002) y son muchos los intentos de relacionar contenidos temáticos con otras variables psicológicas (McAdams et al, 2004; Murray, 1938).

Los contenidos suelen estar relacionados con la orientación pragmática de la historia, con lo que el personaje hace, con sus motivaciones (Neimeyer, 2000). El análisis temático, especialmente en la forma de contenidos motivacionales específicos es habitual en el trabajo en psicoterapia (Luborsky, Barber y Diguier, 1996) y es también una guía diagnóstica (Guidano, 1994). Cuando las demandas están relacionadas con aspectos concretos del funcionamiento psicológico (demanda operativa), el cliente suele estar más motivado para permanecer en terapia y su trabajo tiene más “sentido”, de forma que la hipótesis era puramente formal: “tiene más sentido trabajar en una preocupación o temática de la que se tiene algún tipo de conciencia. En el fondo es una reformulación de la primera hipótesis y se basa en el modelo de la comunicación sobre el abandono (McGuire, 1995), si la organización de la terapia se centra en torno a un mensaje relevante, las probabilidades de continuidad serán mayores. La psicología de la personalidad también ha estudiado la importancia de los planes y proyectos personales en la regulación y la persistencia en el mantenimiento de la conducta (Little, 2005).

En cualquier caso, más allá del trabajo de tipo clínico centrando en organizaciones de significado (Guidano, 1994) o con metáforas prototipo (Gonçalves, 2002) o con secuencias motivacionales básicas (Luborsky, Barber y Diguier, 1996), no hay una literatura que se centre en si focalizar la terapia en contenidos especifica y personalmente relevantes puede contribuir a la continuidad y prevenir el abandono. Tiene sentido lógico, dado que el trabajo sería más personalización, más personal, más concreto y, en ese sentido, es un aspecto básico de la terapia narrativa (White, 2007).

Es verdad también que las motivaciones generales también pueden ser relevantes e incluso grandes reguladoras de la conducta. La hipótesis, en todo caso, es tentativa.

Operativamente, la forma de probar la hipótesis era incluir las categorías en regresiones de tipo nominal, pero el número de categorías era muy grande (6) y de hecho se tiene que retirar de entre las variables predictoras para buscar un modelo más aceptable.

Únicamente cuando se dicotomiza para clasificar las temáticas vitales en los dos grupos que se han denominado no clínico (0) y clínico (1) participa como predictora en un modelo. Es verdad que es el modelo de más alto nivel, en el que se han incluido variables de todos los tipos (sintomatología, estructura cognitiva medida por la rejilla y elementos de la historia de vida=). A pesar de que aparece dentro variable incluida dentro del modelo, y que tiene un coeficiente aceptable ($B=4,94$), el valor de la odd ratio Exp (B) es alto 141,06, lo que puede hacerlo un indicador dudoso.

Por tanto, hay dudas acerca de la confirmación de la hipótesis, aunque tiene un cierto apoyo.

3. *El tono narrativo está asociado con el abandono, de forma que los sujetos con un tono narrativo negativo tendrán una peor expectativa de cambio y abandonarán más la terapia.*
4. *Los sujetos con tono narrativo positivo tendrán una mejor expectativa de cambio y abandonaran menos la terapia.*

Las hipótesis 3 y 4 se van a analizar conjuntamente. El tono narrativo (afectividad) es la valoración de la carga afectiva de la historia de vida que cuenta el cliente. McAdams (1995, et al, 2004) sugiere que hay que puntuar por separado las experiencias de tono positivo (afectividad positiva) y las de negativo (afectividad negativa). Muchas experiencias vitales son de naturaleza ambigua y dependen desde la perspectiva de la que se narra. Por ejemplo, el proceso de superar una dolencia o una situación de maltrato supone connotaciones negativas que se puntúan sufriendo, pero también son elementos de auto-superación que se puntúan como estima u orgullo. Por otro lado, está lógica de la valoración bidimensional de la emoción es algo usual en muchos procedimiento de investigación narrativa (García-

Martínez, 2012; Hermans y Hermans-Jensen, 1996). La búsqueda de nuevas experiencias o excepciones hace que la carga afectiva de un suceso gire en dirección contraria y el cliente debe entender que su rango de experiencia es mucho más amplio que la interpretación unilateral que suele hacer cuando llega a terapia (White, 2007). Por otro lado, la aparición de nuevos marcadores narrativos, cambia el sentido emocional de una misma experiencia anterior (Greenberg, 2002; Matos, Santos, Gonçalves y Martins, 2009).

Tiene además una explicación neurológica, las vías bioquímicas que regulan el acercamiento a recompensas y la emocionalidad positiva, son distintas de las que se ocupan de regular el comportamiento evitatorio y la emocionalidad negativa (Pickering y Gray, 1999); Eysenck y Eysenck (1985) hacen una interpretación semejante cuando diferencian las pautas emocionales típicas de extraversión y neuroticismo.

El tono (afectividad) positiva y negativa se ha empleado tanto en los análisis de regresión, para predecir el abandono en calidad de variable predictora, como variable dependiente en los análisis de varianza.

En la regresión binaria realizada para el conjunto de las variables utilizadas en el estudio, la afectividad positiva aparece como un componente de la ecuación de regresión. Es, probablemente, uno de los más claros en la misma, con un valor de coeficiente $B=3,37$ y una odd ratio Exp (B) de 29,19, hay una clara tendencia (casi 30 veces mayor) a que el tono narrativo positivo permita la continuidad de la terapias. Estos sujetos pueden encontrar una mayor esperanza al cambio, a partir de su sistema de significados, buscar una nueva alternativa más eficaz. El tono narrativo positivo está asociado a la reorganización o elaboración de los significados (García-Martínez, 2012; Mahoney, 1991; Neimeyer, 1998, 2013) y a la co-construcción de significado que hacen en conjunto sujeto y terapeuta (García-Martínez, 2012; White, 2007). Esta elaboración positiva de la historia personal previa a la terapia puede alentar la visión de seguir o mantenerse en el tratamiento. Este hecho terapéutico está en concordancia con que cuando el procesamiento emocional es óptimo, implica también la integración de la cognición y el afecto (Greenberg, 2002; Greenberg y Pascual-Leone, 1995; Greenberg y Safran, 1987).

No aparece en esa ecuación de regresión la emocionalidad negativa. Por otro lado, ninguno de los tonos afectivos surge como variable dependiente que sufra efectos

significativos en ninguna de los anova realizados y, por tanto, no se puede concluir nada de sus relaciones con el abandono, más allá de la capacidad de predecir la continuidad en terapia.

El resultado es interesante en tanto que indica que los factores de protección, que garantizan la continuidad y el cambio terapéutico están ligados a las emociones e historias preferidas que son las cargan con tono positivo la experiencia. Esta es la lección más importante de la práctica narrativa, el cliente debe buscar aquello que le proporcione una experiencia mejor, más reconciliadora y más “preferida” (Neimeyer, 2000; White, 2007). En la investigación narrativa más básica, distintos tonos narrativos, asociados a distintas cargas temáticas motivacionales se corresponden con distintos valores en rasgos temperamentales (McAdams et al, 2004) y también la combinación de distintas cargas afectivas en narraciones distintas o en versiones de la misma narración es la base del análisis de voces de Hermans (Hermans y Hermans-Jansen, 1996).

El hecho de que el tono negativo sea inerte, que no prediga en la dirección del abandono, ni que sea una variable afectada por los factores fijos de los análisis (dilemas, abandono, demanda) indica que es una variable más de la terapia a ser trabajada pero que no es un factor de peso a la hora de determinar el curso del proceso terapéutico. Como indica Villegas (1996) el cliente viene a terapia a sufrir, a aceptar su sufrimiento como vía para el cambio y por ello, la cantidad de carga negativa del relato es un variable de trabajo, no un factor determinante. Otra cosa sería la asociación entre carga afectiva y gravedad del síntoma, factor que sí parece ser un modulador del abandono (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Freire Arteta, 1990; Keck et al., 1996; Persons et al., 1988; Renton et al., 1983; Warner et al., 1994; Verdux et al, 2000).

Parece que el hecho de que la probabilidad de continuar la terapia esté ligada directamente al tono afectivo positivo apunta en la dirección de la psicología positiva, es el fomento de los elementos que llevan a la felicidad, la superación lo que va a hacer que la adaptación sea mejor (Seligman, Steen, Park, y Peterson, 2005; Vázquez y Hervás, 2009). El modelo narrativo apunta en una dirección parecida: sólo se cambia si aparecen relatos alternativos “preferidos” que empiezan a formar una historia de tipo progresivo, más cargado de tono positivo (Gergen, 1996).

La hipótesis 3, debe rechazarse, pero la hipótesis 4 queda confirmada.

Hipótesis relacionadas con la estructura de significados en la rejilla.

5. Los sujetos que presenten dilemas en el pre-tratamiento tendrán una mayor tendencia al abandono de la terapia.

La propuesta de la idea de dilema implicativo (Feixas y Saúl, 2004) ha supuesto el inicio de una nueva línea de investigación sobre el papel que las contradicciones internas de un sistema de significado tienen tanto en el proceso de la terapia en sí, como con las relaciones con otras variables de interés, como la severidad de la patología (Feixas et al., 2014; Garcia-Martínez, Orellana-Ramírez y Guerrero-Gómez, 2012), la puesta en marcha de ensayos clínicos controlados (Feixas et al, 2013) e incluso la interfaz entre psicoterapia y personalidad (Feixas, Montesano y Paz, 2014). Como ya se ha indicado el trabajo con dilemas ahonda en la tradición de la terapia de constructos personales (Tschudi, 1977) y tiene su antecedente más claro en los trabajos sobre adherencia y abandono desarrollados por Winter (1988, 1989), pero tienen connotaciones en los trabajos sobre coherencia narrativa (McAdams, 2006) y puede remontarse al concepto de disonancia cognitiva (Festinger, 1957).

A pesar de que el concepto de dilemas está claramente relacionado con la adherencia al tratamiento, no hay –o no se han podido localizar- estudios previos que relacionen los dilemas con el abandono terapéutico. Tanto la intensidad del dilema implicativo como la variable categórica presencia de dilemas en ambos momentos de la terapia (dilemasT1, dilemasT2) se han incluido en los análisis de regresión destinados a predecir el abandono. La formulación de la hipótesis era muy concreta, la presencia de dilemas en T1 determinaría una mayor frecuencia de abandono, pero ninguna de las dos variables relacionadas con el dilema ha aparecido como un componente de la ecuación de regresión del modelo completo (el que incluye todas las variables cuantitativas del estudio) y, por otra parte tampoco se encuentra relación entre la categoría abandono dicotomizada (0=abandono, 1=no abandono) y la presencia de dilemast1 (V Cràmer=, 081 p aprox.= ,353).

Además, la única interacción que produce efectos significativos sobre las variables dependientes entre el abandono y la presencia de dilemast1 se da en el segundo

análisis manova, el que contempla también las categorías relacionadas con la historia de vida. En ese análisis la interacción entre dilemast1 y abandono provoca un incremento de la sintomatología, tanto en el caso del índice general de síntomas (IGS, $F=4,963$; $p=,031$), como sobre el TSP ($F=5,402$, $p=,030$) y la interacción dilemas-demanda genera efectos significativos en el total de síntomas positivos (TSP, $F=4,870$, $p=,033$). Pero, la dirección de la influencia es la contraria a la que se ha hipotetizado, son los sujetos que no abandonan y no presentan dilemas los que tienen valores mayores en los índices de sintomatología.

Por tanto, la hipótesis 5 queda rechazada, asumiéndose la hipótesis nula de que los dilemas en tiempo1 no influyen en el abandono de la terapia.

6. Los sujetos que presenten dilemas, tendrán un mayor índice de sintomatología en el inicio de la terapia.

Esta es la hipótesis más fundamentada de todo el trabajo con dilemas implicativos. Tanto el modelo teórico como la investigación empírica concuerdan con este hecho. Desde el punto de vista teórico, el bloqueo producido en el sistema de construcción del sujeto por los dos constructos contradictorios genera un síntoma, ya que este es la única manera de mantener una posición viable en la identidad, permitiendo que no se produzca un cambio en la dirección indeseable. Impide que la faceta actual del yo (el yo *de hecho*) se transforme en una clase de persona que se rechaza, aunque eso impida que no se llegue a ser la clase de persona que se quiere (Feixas y Saúl, 2004). Es una versión conceptualmente elaborada y metodológicamente operativa de todos los enfoques que han trabajado con la idea de la paradoja neurótica (Mancini, 1992).

Saúl (2005) encuentra que en muestra clínicas la presencia de dilemas es hasta casi tres veces más frecuente que en muestras sin diagnóstico y resultados en esa dirección han sido confirmados en diversos estudios (Saúl, López-González, Feixas, Rubio-Garay y Domínguez-Simón, 2014). Recientemente se mostro en una investigación llevada a cabo por Feixas, Montesano; et. al (2014a) en la que encontraron que los participantes con dilemas mostraron niveles más altos de síntomas depresivos y en el Índice Global de Gravedad (SCL-90-R) que los que no tienen ningún dilema implicativo en sus rejillas, corroborando parte de la nuestra hipótesis. Esta misma tendencia se ha encontrado

para otras patologías como los trastornos de la alimentación o la fibromialgia trastornos (Compañ et al., 2011; Feixas et al., 2010) y con muestras en situaciones de conflicto psicológico que no se pueden considerar estrictamente psicopatologías como la adaptación a sucesos vitales frecuentes (inicio de estudios universitarios, Ribeiro, Feixas, Maia, Senra y Dada, 2012). Es cierto que la tendencia no es universal, aunque sí se ha podido comprobar la presencia de dilemas de forma generalizada en poblaciones con psicopatologías “clásicas” como la depresión o la ansiedad, no parece que sea un patrón generalizado en casos como las víctimas de violencia, aunque cuando están presentes los dilemas, la intensidad de la sintomatología es mayor (García-Martínez, Orellana-Ramírez y Guerrero-Gómez, 2012; Soldevilla et al., 2014), las mujeres maltratadas que presentaban dilemas obtenían valores significativamente más altos que las no dilemáticas en el indicador de sensibilidad interpersonal de la escala SCL confirmando la línea de la influencia de los dilemas en la sintomatología.

Los resultados encontrados en este estudio no concuerdan con este resultado general. El primer anova múltiple realizado sobre 119 sujetos para comprobar el efecto de abandono*demanda*dilemas1 sobre las variables dependientes de la rejilla y la sintomatología con 119 sujetos, no muestra efecto de la presencia de dilemas en la sintomatología en ninguna dirección

El manova realizado incluyendo también medidas de la historia de vida arroja resultados contrarios a la hipótesis. Se trata de un diseño similar al anterior abandono*demanda*dilemas1, pero incluye también variables dependientes relacionadas con la historia de vida. Aquí se encuentra el factor principal relacionado con los dilemas que aporta efectos significativos sobre la sintomatología, hay un efecto significativo sobre IGS ($F(1,41)=4,377$; $p=,039$) y sobre TSP ($F(1,41)=4,564$, $p=,033$), que se concreta en que los sujetos con dilemas presentan menos sintomatología, es decir, la dirección es la contraria de la esperada, ya que la diferencia de medias entre no dilemas y dilemas para IGS es $,454$ ($p=,039$). La interacción entre dilemas y abandono genera efectos significativos en estas mismas variables (IGS, $F(1,41)=4,963$; $p=,031$; TSP, $F(1,41)=5,402$, $p=,030$) y la dirección de la única interacción que produce efectos significativos es también contraria a la hipótesis, los sujetos que no presentan dilemas y no abandonan muestran mayores valores en IGS que los que no presentan pero si abandonan ($dif=,930$, $p=,009$).

Pero cuando se atiende al diseño de medidas repetidas, la situación cambia. La presencia de dilemas produce efectos significativos en la interacción Pre_Post*dilemasT1*dilemasT2 (IGS $F(1,42)=8,827$ ($p=,005$ $Etap2= ,174$); TSP $F(1,42)=7,010$ ($P=,011$ $Etap2=,143$) y PSDI $F(1,42)=8,674$ ($P=,005$ $Etap2=,171$)). En este caso, las interacciones que resultan significativas indican que el grado de sintomatología está ligado a la presencia de dilemas en, ya que los sujetos que muestran dilemas en ambos momentos del tratamiento tienen mayores índices de sintomatología (valor en GSI) que los que sólo muestran dilemas en uno de los momentos y hay mayor nivel de sintomatología en T2 en aquellos sujetos que siguen mostrando dilemas.

En definitiva, parece que la evolución de la sintomatología está ligada a cómo los dilemas se presentan a lo largo del tratamiento: la permanencia de dilemas, sugiere una mayor sintomatología. Pero los resultados no indican lo que la hipótesis afirma, que el nivel de sintomatología de los clientes que acuden a terapia con dilemas sea mayor.

La muestra contempla todo tipo de problemas. Hay un número importante de trastornos afectivos y de tipo ansioso, pero también muchos casos (dada la naturaleza de la clínica) donde se ven conflictos relacionados con la relación de pareja (no siempre en el formato de terapia de pareja) y problemas relacionados con violencia y abuso. No se ha controlado, por desgracia, el tipo de diagnóstico y, dado que no hay resultados claros en la literatura sobre si las víctimas presentan o no dilemas (García-Martínez, Orellana-Ramírez y Guerrero-Gómez, 2010; Soldevilla et al., 2014), pudiera ocurrir que el peso de la problemática no dilemática de los casos relacionados con violencia orientará los resultados en una línea no habitual. En cualquier caso, será necesario estudiar si los dilemas son o no típicos de cualquier problema de tipo psicológico, diferenciado especialmente entre los que pudieran considerarse de etiología interna y los relacionados con abuso o victimización (etiología externa).

En función de los resultados obtenidos, la hipótesis queda rechazada.

7. Los sujetos con sistemas de constructos más diferenciados (menor puntuación en el porcentaje de varianza explicado por el primer eje, en el índice de intensidad o

mayor puntuación en el valor del número de constructos funcionalmente independientes) mostrarán una menor tendencia al abandono.

La diferenciación es la tendencia a presentar muchos significados distintos en el sistema de constructos. Por sí solo eso no tiene porque indicar disgregación, ya que el grado de consistencia o coherencia del sistema dependería en realidad de la integración y, en la actualidad no se dispone de una buena medida de la misma, a pesar de la propuesta del modelo de cuadrantes, que requiere análisis ad-hoc para cada caso (Gallifa y Botella, 2000).

La idea principal es que una diferenciación demasiado alta puede apuntar a un sistema más rico, con más posibilidades de elección. La hipótesis intenta comprobar que cuando las posibilidades del sistema aumentan, el foco en el problema se diluye. La perspectiva constructivista es la del enriquecimiento del sistema, buscando nuevas posibilidades dentro del mismo (Botella y Feixas, 1998; Mahoney, 1991; White, 2007). En este sentido, el abandono estaría mediado por la disponibilidad de significados, pero en ninguno de los análisis realizados se ha encontrado ningún efecto significativo del factor abandono ni de sus interacciones en las distintas medidas de diferenciación, ni tampoco estas medidas participan en ningún modelo de predicción del abandono.

Quizá las medidas de diferenciación no captan la cuestión esencial del cambio, no se necesitan más significados, sino significados que no concuerden con la anticipación de partida y eso habitualmente no está disponible en el sistema de constructos de partida, es el trabajo colaborativo en terapia lo que lo produce. La cuestión es comprobar, después de los cambios terapéuticos si hay más diferenciación en el sistema reestructurado.

La hipótesis queda rechazada, ya que no se obtienen datos al respecto.

- 8. Los sujetos con sistemas de constructos más polarizados obtendrán en general mostrarán un menor nivel de sintomatología según los marcadores del SCL-90-R y mejorarán más en el postratamiento.*
- 9. Los sujetos con sistemas de constructos más polarizados mostrarán una mayor tendencia al abandono.*

A la luz de los resultados es más conveniente tratar estas dos hipótesis de manera conjunta. La polarización es uno de los indicadores más claros de la rejilla, una medida de rigidez en la construcción y suele estar asociada a una mayor tasa de problematicidad, tanto en muestras con trastornos depresivos (Neimeyer, 1985; Neimeyer y Feixas, 1992), trastornos de la alimentación (Feixas et al, 2010) y víctimas de violencia (García-Martínez, Orellana-Ramírez y Guerrero-Gómez, 2012). Con independencia de que no se habían encontrado estudios que relacionaran los indicadores de la rejilla con abandono terapéutico, era plausible postular que a mayor sintomatología, mayor abandono y los sujetos con patologías más severas tienden a puntuar más en polarización.

Pero en ninguno de nuestros análisis se ha producido un solo efecto significativo sobre la polarización. De manera que a efectos de nuestros resultados ha sido una variable totalmente inerte. La polaridad de la muestra es baja en general, la media de la polarización pretratamiento es 27,03 (dt=15,43) y la de la postratamiento 24,85 (dt=16,88). Es decir, se parte de polarizaciones bajas, clínicamente no significativas. El valor que constituye una polarización alta es superior a 29 y los rangos de la desviación típica son muy grandes, de manera que las distintas muestras se encuentran solapadas.

Este mismo fenómeno ocurre cuando se estudia la polarización en función de la presencia de dilemas. En el pretratamiento la medida de los sujetos sin dilemas es 27,80 (dt=14,74) y la de los que tienen dilemas 26,49 (dt=16,09)- En el postratamiento, la media en polarización de los clientes sin dilemas es 23,07 (dt=17,09) y la de aquellos que tienen dilemas es 33,08 (dt=13,04). Por alguna razón, posiblemente relacionada con la heterogeneidad diagnóstica de la muestra, la polarización es siempre baja y, además, tiene una excesiva desviación que hace que las diferencias se colapsen.

Las hipótesis 9 y 10 quedan rechazadas.

Hipótesis relacionadas con la sintomatología.

- 10. Los sujetos que abandonan mostrarán una mayor intensidad de la sintomatología tal y como la mide el SCL-90-R.*

Hay un acuerdo general en la literatura en que los clientes con más severidad de síntomas tienden a abandonar o al menos a no adherirse al tratamiento (Corbella y Botella, 2004; Keck et al., 1996; Verdux et al, 2000). En general, se ha encontrado una correlación positiva significativa entre una buena adherencia y un bajo grado de psicopatología (García Cabeza et al., 1999).

En este estudio, los indicadores de sintomatología no aparecen como predictores en ninguna de las regresiones sobre el abandono y en ninguno de los tres análisis el factor abandono produce efectos significativos sobre las variables dependientes de sintomatología. De hecho, sólo en uno de los análisis (el que incluye como variables independientes los indicadores de la historia de vida, la sintomatología y la rejilla para el inicio del tratamiento) aparece una interacción significativa entre el abandono y los dilemas, pero justo en la dirección contraria a la hipotetizada: los clientes sin dilemas y que no abandonan son los que presentan más sintomatología.

En este caso, vuelve a aparecer la cuestión relacionada con la composición diagnóstica de la muestra. Los clientes que consultan por problemas relacionados con conflictos o victimización pueden tener una mayor conciencia del problema en la dirección que apunta Villegas (1996) sobre la operacionalización de la demanda. De hecho White (2007) y Allen (2012) afirman que es imposible que una víctima o una persona en conflicto no hayan hecho nada para oponerse a la opresión y que siempre hay elementos de resistencia frente al problema. Esto implicaría que la conciencia del problema y, por tanto, la valoración de su severidad, sería mayor para aquellos que están en una situación de marginación o subordinación, pero también su necesidad de superarla. De ahí, quizás, este resultado tan paradójico.

La hipótesis queda rechazada.

11. El tratamiento será efectivo en cualquier caso, ya que disminuirá los síntomas.

Diversos estudios sobre proceso terapéutico coinciden en el hecho de que la eficacia general de los tratamientos psicológicos se basa en factores comunes y que cualquier acercamiento a la terapia que tenga base científica producirá cambios (Corbella y Botella, 2004; Lambert, 1992; Rodríguez Morejón, 2004; Rogers, 1961). No es objeto de esta tesis el estudio del tratamiento diferencial en función del

diagnóstico, ni entrar en el debate acerca de si los diagnósticos son una base adecuada para fundamentar una intervención de psicoterapia, ya que tienen una clara dependencia del modelo médico. Puede consultarse el trabajo de Rodríguez Morejón (2004) para una revisión del tema. Pero siempre es necesario comprobar la eficacia de la intervención, aunque sea a partir de la remoción y cambio del síntoma. Precisamente por eso la unidad de medida se basa en el SCL-90, es una prueba de sintomatología, no estrictamente diagnóstica.

El análisis de medidas repetidas es la única prueba que permite fundamentar esta hipótesis. Hay una clara reducción del valor de los tres indicadores de síntomas del SCL-90-R en la evaluación postratamiento y, además, un aumento de la asociación entre el yo y el ideal, lo que indica una mejora general de la autoestima. La baja autoestima está vinculada en términos generales a manifestaciones psicopatológicas (Zeigler-Hill, 2011), por tanto, es esperable que una mejora de la problematicidad lleve aparejado un aumento de la autoestima.

Pero, lo más interesante del cambio terapéutico no es sólo el cambio sintomático, sino las transformaciones en el sistema de construcción que acompañan al mismo. Los resultados indican que dichas transformaciones están mediadas por el papel de los dilemas implicativos.

Los dilemas influyen en la intensidad de la sintomatología (Compañ et al., 2010; Garcia-Martínez, Orellana-Ramírez y Guerrero-Gómez, 2012; Saúl, 2005) y esos mismos resultados se obtienen en este estudio. Por ejemplo, en el primer manova realizado se encuentra que los clientes que presentan dilemas en el pretratamiento, tienen peor autoestima (correlación yo-ideal más baja) que los que no tienen dilemas y el componente entre-sujetos del análisis de medidas repetidas indica que los clientes que mantienen dilemas en el postratamiento, comparados con los que no los tienen en ese momento, tienen peores resultados (valores más altos) tanto en el índice IGS como en el TSP del SCL-90-R.

Por otro lado, el análisis de la interacción entre las dos evaluaciones de la terapia y la presencia de dilemas en tiempo 1 y tiempo 2 da algunos perfiles que son sumamente interesantes para entender el cambio de síntomas. Las tendencias, resumidas, son las siguientes: a) el momento de la terapia en que hay más sintomatología coincide con el momento en el que se presentan dilemas; y b) en el

caso de que se presenten dilemas en ambos momentos o no se presenten en ninguno, la sintomatología es más intensa al principio de la terapia. Es decir, por un lado la terapia tiende a reducir la sintomatología; pero por otro, está será más intensa, en términos relativos, cuando haya dilemas. En definitiva, los resultados validan el modelo teórico del papel de los dilemas en la sintomatología.

Además, los dilemas cumplen un papel mediador en la evolución de otros indicadores estructurales de la rejilla. Por un lado, lo que ocurre con la jerarquización (potencia), la potencia es mayor o menor en función del momento en que se presenten los dilemas (el valor de la potencia es mayor en el pretratamiento si hay dilemas en el pretratamiento y la misma pauta se da para el postratamiento). La potencia es un indicador del grado de jerarquización del sistema, es decir, de la presencia de significados predominantes (Landfield, 1976). Un significado predominante, salvo que sea muy flexible, suele determinar una sola vía de significado y de actuación conductual (Botella y Feixas, 1998; Garcia-Martínez, 2012; White, 2007), por ello es lógico que la potencia sea más baja cuando hay menos conflictividad dentro del sistema, cuando este funciona de manera más conectada por la ausencia de dilemas. La jerarquización, vista desde este punto de vista, es un correlato de la conflictividad interna del sistema, dado que hay dudas es mejor actuar siempre desde un punto de vista que se conoce. Desde el punto de vista de Kelly (1955) sería un indicador de la hostilidad del sistema de construcción, mantener puntos de vista disponibles, aunque no sean viables.

La presencia de dilemas también determina otro resultado de proceso interesante, los clientes que presentan dilemas en ambos momentos muestran índices de indefinición mayores en ambos momentos que aquellos que sólo presentan dilemas en un momento de la terapia o no los presentan nunca. La permanencia del dilema supone el mantenimiento de una incapacidad de definir operativamente los significados, ya que es el propio sistema el que se muestra incoherente. La indefinición es mayor también cuando hay dilemas en el postratamiento. Dado que el sistema no es muy viable, no es fácil concretar las respuestas operativas. Este resultado es interesante para la investigación futura, dado que el índice de indefinición puede constituirse en un índice de riesgo, una señal de que no se va a cambiar o que no se ha cambiado. Una lógica parecida afecta a la interacción entre dilemas y

demanda (según los efectos entresujetos del manova de medidas repetidas), los sujetos con dilemas que hacen demandas no operativas, puntúan más alto en indefinición, pero también lo hacen los no dilemáticos con demandas operativas. En el primer caso, el dilema es una contradicción y la demanda operativa no está focalizada en el proceso personal, de forma que la queja y la construcción de la realidad debe ser difusa. Hay un problema, pero no se concreta. En el segundo caso, la demanda de ayuda es clara, va en la dirección de “debo cambiar”, pero el sujeto se da cuenta de que no hay contradicciones en su visión del mundo...de forma que se mueve hacia una construcción más laxa que le permita moverse en una mayor ambigüedad, en un intento de encontrar más flexibilidad en el sistema.

Por último, la interacción entre dilemas y tipo de demanda también influye en la sintomatología. Al inicio de la terapia los clientes que formulan demandas operativas obtienen valores más altos en sintomatología, es decir, subjetivamente se encuentran peor y así lo informan. Este resultado puede ser producto del grado de conciencia de problema (Villegas, 1996), que llevaría a una demanda más clara y esto es independiente de presentar o no dilemas. Pero si no se presentan dilemas y la demanda es no operativa, entonces hay un pico del reporte de síntomas. De algún modo los clientes que no parten del supuesto de que tienen que “cambiarse” para solucionar sus problemas y además no tienen contradicciones internas, se quejan más. Esa mayor queja (o mayor intensidad de la sintomatología) puede ser una manifestación de una llamada de ayuda para una situación de la que no se consideran responsables, lo que lleva, pero por otro camino, a la necesidad de analizar hermeneúticamente la demanda (Villegas, 1996).

Estos resultados dejan patente que los dilemas son un modulador fundamental de los resultados de la terapia.

La hipótesis queda confirmada.

12. El tratamiento aumentará la diferenciación del sistema de constructos.

El efecto principal del tratamiento, como tal, no genera ningún efecto para ninguna de las variables que miden diferenciación. Pero hay efectos interesantes mediados por la presencia de dilemas. Estas interacciones aparecen en dos análisis distintos, en el

primer manova y el manova de medidas repetidas. Son los más semejantes, dado que ninguno incluye las variables dependientes relacionadas con la historia de vida. En el manova que analiza sólo el pretratamiento (primer manova) se encuentran efectos significativos de la presencia de dilemas para los índices de intensidad y PVEPF. Los resultados son opuestos, ya que para la intensidad el resultado es que los sujetos que presentan dilemas obtienen puntuaciones más bajas y, son por tanto, más diferenciados. Sin embargo, los resultados del índice PVEPF son los opuestos, los sujetos con dilemas obtienen valores mayores en la variable y son menos diferenciados.

El diseño de medidas repetidas da resultados coincidentes para la medida PVPEPF en las dos interacciones en que aparece en relación con los dilemas pre_postratamiento en relación a dilemas en t1 y pre_pstratamiento en relación con los dilemas en ambos momentos de la terapia. Cuando no hay dilemas en ninguno de las dos evaluaciones hay siempre mayor puntuación en PVEPF y si se presentan dilemas, el valor más alto en PVEPF se consigue en el otro momento del tratamiento. Los resultados entresujetos del manova de medidas repetidas son coincidentes con este resultado para la evaluación postratamiento y para el indicador de intensidad. Es decir, hay menor diferenciación cuando no hay dilemas, los dilemas llevan aparejado un número mayor de dimensiones de significados. No hay modelos teóricos que puedan explicar este resultado, pero es posible intentar una a partir de los resultados de Bannister y Fransella (1966) sobre el sistema cognitivo de los esquizofrénicos, las construcciones laxas (alta diferenciación) no permiten establecer asociaciones, los sistemas dilemáticos son más diferenciados, lo que probablemente lleva a aumentar la probabilidad de incoherencias entre sus componentes. El mundo no dilemático es más sencillo, quizá por ello disminuye la probabilidad de inconsistencias entre partes.

Hay que destacar que el índice de diferenciación que produce mejores resultados es PVEPF, la intensidad apenas aparece y cuando lo hace, sus datos no siempre convergen con los de PVEPF. El indicador FIC no recibe efectos significativos en ningún caso. Hay todo un debate en el campo de los constructos personales acerca de la validez de algunos índices, especialmente los relacionados con la diferenciación, ya que producen resultados no coincidentes (Feixas, Bach y Lazs, 2004; Feixas y Cornejo, 1996). Dado

que el indicador que ha resultado más útil es el PVEPF, se recomienda, siguiendo a Feixas, Bach y Lazo (2004), usar únicamente éste como medida de diferenciación

La hipótesis queda rechazada, ya que los resultados apuntan en la dirección opuesta cuando se tiene en cuenta la presencia de dilemas.

Hipótesis relacionadas con los indicadores sociodemográficos.

13. Los sujetos con peores marcadores sociodemográficos manifestarán una mayor tendencia al abandono.

Hay toda una serie de estudios que han vinculado el abandono a factores extraterapéuticos, pero sociológicamente relevantes, como el nivel económico, formativo o el tipo de ocupación, aunque el valor explicativo de estos factores, sin embargo, es menor (Sharf, 2008).

En general, los estudios apuntan que a mayor grado de pobreza, peores condiciones de vida y menor formación la tasa de adherencia es siempre menor. Diversos estudios confirman la influencia del nivel económico en el abandono (Bueno Heredia, 2001; Otero et al., 2001; Pelkonen et al., 2000). Igualmente, un bajo nivel educativo también está asociado con problemas en la adherencia al tratamiento (Bischoff y Sprenkle, 1993; Smith et al., 1999), aunque este es un dato no siempre confirmado (Hershorn, 1993).

En esta tesis han aparecido únicamente dos factores sociodemográficos vinculados con el abandono, el nivel económico y el nivel educativo. El resto, estado civil, tipo de ocupación laboral,... no han mostrado efectos significativos en ninguna de las regresiones realizadas sobre el abandono ni aparecieron vinculados al abandono en las tablas de contingencia. Los valores de la asociación entre abandono y nivel económico eran ,210 (significación aproximada ,009) y con el nivel educativo ,202 (significación ,035).

El nivel socioeconómico aparece como un predictor del abandono en dos de los análisis de regresión efectuados, el que sólo contempla las variables sociodemográficas y el que incluye todas las variables del estudio. En ambos casos está asociado a la continuidad de la terapia, de forma que a mayor nivel económico, mayor continuidad. En el último de los análisis citados es el segundo factor que más contribuye a la

ecuación, con un coeficiente B de 11,200 y una odd ratio de 73112,730. Por tanto, queda claro que es uno de los determinantes del abandono. Es verdad que en una situación de crisis económica como en la que nos encontramos este factor adquiere todavía más peso, pues pese a mantener un puesto de trabajo (el 72% de la muestra eran trabajadores en activo), la necesidad de reorganizar los gastos es mayor y posiblemente la atención psicoterapéutica no quede en primer lugar, salvo que la conciencia del problema sea muy grande. Ahora más que nunca, por desgracia, hay que poder pagarse la terapia.

El otro factor, el nivel educativo, ha dado resultados más controvertidos. Aparece también en la regresión hecha sólo para variables sociodemográficas, pero dos de sus tres niveles de agrupación tienen un coeficiente negativo (nivel_1, B=500; nivel_2 B= - ,793 y nivel_3 B0 -,772), siendo entonces los dos últimos componentes que potencien el abandono (recuérdese que la dirección de predicción de la regresión era hacia su continuidad. La variable ya recodificada en dos niveles vuelve a aparecer en la regresión que incluye dimensiones sociodemográficas de la historia de vida e indicadores de sintomatología y de nuevo tiene una relación negativa con la continuidad (coeficiente B= -1,906). En la última regresión efectuada, que incluye todas las variables del estudio, su relación con la continuidad en terapia permanece negativa (coeficiente B= -6,902). El resultado es opuesto a la mayoría de los estudios revisados.

La explicación de esta paradoja está en dos factores, por un lado la secuencia de los sujetos que se mantienen en terapia es progresiva a medida que se avanza en el nivel formativo (n sujetos): primarios incompletos, 7; primarios 13; secundarios 23; superiores 41. La tendencia es casi geométrica, aproximadamente el doble cada vez que se asciende en un escalón formativo. Sin embargo, entre los clientes que abandonan, la secuencia es distinta: primarios incompletos, 6; primarios 35; secundarios, 68; superiores, 47. La secuencia asciende hasta el nivel superior, en el que tiene un descenso brusco. En el primer nivel, además el porcentaje de sujetos que permanecen en terapia es superior al que abandona (53,9%), siendo este el único caso en que el porcentaje de continuadores es mayor. Dado que las agrupaciones dummies de los análisis de regresión deben ser leídas en conjunto, las tendencias generales apuntan hacia el abandono, pero la parte baja de la categoría en todos los casos

apunta a que hay más sujetos que abandonan. La categorización de los niveles debería revisarse para obtener una clasificación más operativa. Pero en cualquier caso se puede afirmar que disponer de estudios superiores facilita el seguimiento de la terapia, cosa que no ocurre con los sujetos que tienen estudios primarios o secundarios. Es posible que haya un efecto oculto en estos datos, las personas con niveles formativos más bajos suelen tener empleos peor pagados y posiblemente lo que están indicando otra versión del efecto del nivel de ingresos en el abandono, las personas con formación más baja no se pueden permitir la terapia en la actual coyuntura.

La hipótesis se confirma parcialmente, el nivel socioeconómico protege del abandono. Pero no se pueden hacer afirmaciones claras acerca del resto de indicadores sociodemográficos.

11.2. Un resultado global: un modelo de predicción completo del abandono.

Los datos de esta tesis generan otro resultado que todavía no se ha comentado en su totalidad, pero que es producto de la aparición de algunos indicadores de la historia de vida y de la historia clínica en la ecuación de regresión. Dos de los análisis de regresión el que incluye indicadores de historia de vida, historia clínica y sintomatología, así como el que incluye también el de la rejilla arrojan unos resultados bastante interesantes, aunque tentativos, relacionados con algunos factores que pueden predecir el abandono.

Si se repasa la regresión binomial que incluye todas las variables predictoras, se puede observar que hay tres componentes todavía no comentados que son factores de riesgo para la permanencia en la terapia. Por un lado, la experiencia previa en terapia (coeficiente B_0 -4,227, $\text{Exp } B=$, 053). En segundo lugar está el número de episodios de la historia de vida ($B=$ 1,676, $\text{Exp } B=$,015) y el indicador de potencia de la rejilla ($B=$ -12,090 $\text{Exp } B=$,000). Salvo el valor 0 de la odd ratio de la potencia, que puede considerarse simplemente como muy bajo, es decir, que tiene efectos muy acusados en contra de la permanencia en terapia, todos los indicadores avalan la adecuación metodológica de estos tres resultados.

El menos novedoso es la experiencia previa en terapia. La literatura confirma que la experiencia previa en terapia es un predictor del abandono (Mahon, Winston, Palmer y Harvey, 2001; Sales, 2003). Probablemente la mala experiencia (el cliente está *de nuevo* en terapia) de tener que volver a necesitar ayuda por un mismo problema genera una expectativa negativa sobre las posibilidades de cambio, lo que puede redundar en una mayor probabilidad de abandono. Las expectativas sobre el cambio son uno de los factores fundamentales que regulan el proceso terapéutico desde el punto de vista del cliente (Corbella y Botella, 2004).

Más novedosa es la inclusión en la regresión del número de episodios de la historia de vida. Se trata de una variable sobre el que no se han encontrado precedentes en la investigación (o no se han sabido buscar). El número de episodios es un indicador no sólo de la cantidad de fases de la vida, sino del número de puntos de inflexión de la historia. Cada fase (McAdams, 1993, 1995) está marcada por una serie de acontecimientos que hacen a ese apartado diferente de los demás. No hay un estudio de cuántas fases son “normales”, pero un número muy abundante implica muchos puntos de inflexión y, por tanto, muchas diferencias en la historia de vida. Indirectamente el número de episodios es también una medida de la diferenciación y una excesiva diferenciación, sin integración, lleva a un sistema de significados poco predictivo y, por tanto, a no confiar en las propias posibilidades. En esa tesitura, un abandono es más probable.

La potencia, como ya se ha indicado, es una medida de la jerarquización (Lanfield, 1976). Un pensamiento muy jerárquico tiende a ser monolítico y, por tanto, menos sensible al cambio.

Aceptando estos tres componentes y añadiendo los otros que aparecen en la ecuación de regresión que ha surgido del uso de todas las variables del estudio como predictoras y, aceptando que el nivel educativo superior está asociado la continuidad de la terapia, se podría afirmar siguiendo la ecuación propuesta que la continuidad en la terapia está explicada por los siguientes factores en orden descendente de importancia relativa: potencia como factor de riesgo, nivel socioeconómico alto como factor protector, estudios no superiores como factor de riesgo, temática vital relacionada con problemas personales como factor protector, experiencia terapéutica

previa como factor de riesgo, tono narrativo positivo en la historia de vida como factor protector y número de episodios de la historia de vida como factor de riesgo.

El modelo sería logit $p(\text{no abandono}=1)=$
 $13,382-(4,227*\text{ExpPrevía})+(4,949*\text{TemaVital})+(11,200*\text{NivelSocEcom})-$
 $(6,902*\text{Estudios})-(1,676*\text{NEpisodios})+(3,374*\text{AfectividadPositiva})-(12,090*\text{Potencia}).$

11.3. Sugerencias de mejora y proyección para estudios futuros.

Desde el punto de vista metodológico, sería necesario aumentar sustancialmente la muestra. El diseño tiene muchas variables y, a pesar del interés clínico de todas ellas, se generan muchas casillas vacías que comprometen la fiabilidad de los análisis manova.

Sería necesario también definir de una forma más clara las categorías de las variables sociodemográficas para intentar un análisis hecho a partir de regresiones multinomiales y no binarias, que podría ser más clarificador.

También sería conveniente incluir análisis de los contenidos procesuales de la historia de vida, especialmente de medidas de coherencia que parecen ser las más relacionadas con el cambio terapéutico (Adler, Wagner y McAdams, 2007).

Sin lugar a dudas, sería necesario incorporar en el estudio del abandono variables relacionadas con la alianza terapéutica, que es el componente fundamental de toda terapia. Por ejemplo, medidas de alianza como el WAI (Inventario de Alianza de Trabajo, Horvath y Greenberg, 1989).

El problema es que en las condiciones de la terapia en la clínica privada, la urgencia de la atención prima sobre la precisión metodológica y no siempre es posible organizar la recogida de datos de una manera exhaustiva, ni se tiene tiempo para análisis minuciosos de la narrativa, más allá del que se puede hacer en tiempo real. La colaboración entre práctica e investigación se hace cada vez más necesaria en la forma de colaboración entre terapeutas y terapeutas-investigadores.

11.4. Conclusiones.

Para cerrar un listado de conclusiones:

1. Las demandas operativas previenen el abandono.
2. Probablemente, las temáticas relacionadas con los significados personales contribuyen a no abandonar la terapia.
3. El tono narrativo positivo, pero no el negativo, contribuyen a mantenerse en terapia.
4. No hay evidencia de que la presencia de dilemas al inicio de la terapia sea un indicador de abandono.
5. No hay evidencia de que los sujetos que tienen dilemas al inicio de la terapia tengan más sintomatología que los que no presentan dilemas en ese momento.
6. La diferenciación no predice el abandono.
7. La polarización no se asocia ni con la intensidad de la sintomatología, ni con el abandono.
8. El abandono no está ligado a una mayor sintomatología inicial.
9. La presencia o ausencia de dilemas es determinante para conseguir el cambio terapéutico, pero constituye un modulador fundamental del mismo ya que afecta a indicadores de la estructura cognitiva.
10. El tipo de demanda no es un factor que determine la reducción de sintomatología producida por la terapia.
11. Los clientes dilemáticos puntúan más alto en diferenciación.
12. El mejor indicador de diferenciación es PVEPF.
13. En general, las condiciones sociodemográficas negativas predicen el abandono.
14. El abandono es un fenómeno complejo, no está asociado a la sintomatología, pero sí a condiciones socioeconómicas desfavorables, a la experiencia terapéutica previa y a fenómenos cognitivos que supongan disponer de muchos significados y de significados rígidos. Los factores de protección son la capacidad de encontrar elementos positivos en la propia experiencia y centrar la terapia en temáticas idiosincrásicas relevantes para el cliente.

12. REFERENCIAS

Aagaard, J., Vestergaard, P., y Maarbjer, K. (1988). Adherence to lithium prophylaxis, II: multivariate analysis of clinical, social and psychosocial predictors of nonadherence. *Pharmacopsychiatry*, 21, 166-170.

Adams, S. y Howe, J. (1993). Predicting medication compliance in a psychotic population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 558-560.

Adler, J. A., Wagner, J. W. y McAdams, D. P. (2007). Personality and the coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality*, 41, 1179-1198.

Allport, G. W. (1931). What is a trait of personality? *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 25, 368-372.

Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Nueva York: Henry Holt.

Angus, L. E.; Hardtke, K. y Levitt, H. (1992). *A rating manual for the narrative processing coding system*. Manuscrito inédito. York University, Department of Psychology, North York. Ontario.

Arjona, A. y Checa, J. C. (1998). Las historias de vida como método de acercamiento a la realidad social. *Gaceta de Antropología*, 14, texto 14-10. Almería: Laboratorio de Antropología Social y Cultural. Universidad de Almería.

Arnkoff, D. B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *In Session-Psychotherapy in Practice*, 1 (1), 33-46.

Atwood, N. y Beck, J. (1985). Service and patient predictor of continuation in clinic-based treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 865-869.

Avila, A; Poch, J y Alonso, U. (1998). *Manual de técnicas de psicoterapia: un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI.

Awad, A. (1993). Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 609-616.

Babiker, I. (1986). Noncompliance in schizophrenia. *Psychiatric Developments*, 4, 329-337.

Bachman, R. (1993). Better compliance: physicians making it happen. *American Family Physician*, 48, 171-178.

Badzinski, S., y Anderson, J. A. (2012). *An exploration of the identification of implicative dilemmas and their relationship to personal construct theory-congruent measures of psychological well-being in nonclinical samples. Journal of Constructivist Psychology, 25* (1) 1-33.

Baekeland, F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out treatment: a critical review. *Psychological Bulletin, 82*, 738-783.

Bannister, D (1962b). Personal construct theory: A summary and experimental paradigm. *Acta Psychologica, Amsterdam, 20*, 104-120.

Bannister, D. (1962a). The nature and measurement of schizophrenic thought disorder. *Journal of Mental Science, 108*, 825-842.

Bannister, D., y Fransella, F. (1966). A grid test of schizophrenic thought disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 5*, 95-102.

Bannister, D. y Fransella, F. (1967). *Grid test of thought disorder*. Barnstaple, Reino Unido: Psychological Test Publications.

Bannister, D., Fransella, F. y Agnew, J. (1971). Characteristics and validity of the Grid Test of Thought Disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 10*, 144-151.

Bannister, D. y Mair, J. M. M. (1968). *The evaluation of personal constructs*. Londres, Nueva York: Academic Press.

Bartels, S.J., Drake, R.E., Wallach, M.A., y Freeman, D.H. (1991). Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin, 17*, 163-171.

Bartkó, G., Herczeg, I., y Zádor, G. (1988). Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 77*, 74-76.

Bartle-Haring, S., Glebova, T. y Meyer, K. (2007). Premature termination in Marriage and Family Therapy within a Bowenian Perspective. *The American Journal of Family Therapy, 35*, 53-68.

Beail, N. (1983). Equivalence of grid forms: A case report. *British Journal of Medical Psychology, 56*, 263-264.

Bebbington, P. (1995). The content and context of compliance. *International Journal of Psychopharmacology, 9*, 41-50.

Beck, J., Golden, S., y Arnold, F. (1981). An empirical investigation of psychotherapy with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 241-247.

Becker, MH. yMaimon, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations.*Health Care, 13*, 10-24.

Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*.Thorofare: NJ: Charles. B Slack Inc.

Becker, M.H. (1979). Understanding patient compliance: the contributions of attitudes and other psychosocial factors. En Cohen, SB. (ed.). *New directions in patient compliance*. Lexington: DC Heath and Company.

Becker, M.H. (1985). Patient adherence to prescribed therapies.*Medical Care, 23*, 539-555.

Beckham, E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy.*Psychotherapy,29*, 177-182.

Bell, R. (1987). G-PACK: A computer program for the elicitation and analysis of repertory grids. *Presentadoen el 7th International Congress of Personal Construct Psychology Memphis, TN, EE.UU.*

Benasayag, R.,Feixas, G.,Mearin, F., Saul, L.A. y Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): Un estudio exploratorio. *International Journal Of Clinical And Health Psychology. 4*, 105-119.

Bender, M.(1986). Young adult chronic patients: visibility and style of interaction in treatment. *Hospital and Community Psychiatry, 3*, 265-268.

Berrigan, L yGardfield, S. (1981).Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class.*British Journal of Clinical Psychology, 20*, 239-242.

Bieri, J. (1955).Cognitive complexity-simplicity and predictive behavior.*Journal of Abnormal and Social Psychology, 51*, 263-286.

Bird, C. y Hassall, J. (1993).*Self medication of drugs: a guideline to implementation*. London: Scutari Press.

Bischoff , R.J. y Sprenkle, D.H. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research.*Family Process 32*, 353-375.

Bischoff, R. y Sprenkle, D. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: a critical review if research. *Family Process, 32*, 353-375.

Blackwell, B. (1973) Drug therapy: Patient compliance. *New England Journal Of Medicine; 289*, 249- 253.

Blackwell, B. (1976). Treatment adherence. *British Journal of Psychiatry*, 129, 513-531.

Blouin, A., Pérez, E., y Minoletti, A. (1985). Compliance to referrals from the psychiatric emergency room. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 103-106.

Blow, A.J., Sprenkle, D.H. y Davis, S.D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 298-317.

Bonarius, H. (1977). The interaction model of communication: Through experimental research towards existential relevance. In A. W. Landfield, & J. K. Cole (Eds.), *Nebraska symposium on motivation 1976: Personal Construct Psychology* 26. Lincoln, NE/London: University of Nebraska Press.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research of the therapeutic working alliance: new directions. En A. O. Horvath y L. S Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-17). Nueva York: Wiley.

Botella, L. y Corbella, S. (2003). La Alianza Terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación. *Anales de la Psicología*. 19, (2), 205-221.

Botella, L., y Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.

Bourgeois, L.; Sabourin, S. y Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (5), 608-613.

Bruner, J. (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.

Buchanan, A. (1992). A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 22, 787-797.

Budd, R., Hughes, I., y Smith, J. (1996). Healthbeliefs and compliance with antipsychotic medication. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 393-397.

Bueno Heredia, A., Córdoba Doña, J. A., Escolar Pujolar, A., Carmona Calvo, J., y Rodríguez Gómez, C. (2001). El abandono terapéutico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 33-40.

Burgoyne, R., Acosta, F., y Yamamoto, J. (1983). Telephone prompting to increase attendance at a psychiatric outpatient clinic. *American Journal of Psychiatry*, 140, 345-347.

Carli, R. (1990). El análisis de la demanda terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 1, 71-84.

Carpenter, P., Morrow, G., Del Gaudio, A., y Ritzler, B. (1981). Who keeps the first outpatient appointment?. *American Journal of Psychiatry*, 138, 102-105.

Carrasco Ortiz, M. A., Cicottelli, H, Del Barrio Gandara, M. V. y Sánchez Moral, V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R. Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción Psicológica*, 2, 149-161.

Carver, C. y Scheier, M. (1982). Control theory: a useful conceptual framework for personality, social, clinical and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-135.

Casper, E. y Regan, J. (1993). Reasons for admission among six profile subgroups of redecivists of inpatients services. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 657-661.

Chambers, W. V. y Grice, J. W. (1986). Circumgrids: a repertory grid package for personal computers. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 18, 468.

Chan, D. (1984). Medication compliance in a Chinese psychiatric outpatient setting. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 81-89.

Chen, A. (1991). Non-compliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 223-225.

Chetwynd, S. J. (1977). The psychological meaning of structural measures derived from grids. En P. Slater (Ed.). *The Measurement of Intrapersonal Space by Grid Technique. 2. Dimensions of Intrapersonal Space*. Londres: Wiley.

Col, N., Fanale, J., y Kornhom, P. (1990). The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 150, 841-845.

Compañ, V., Feixas, G., Varlotta, N., Torres, M., Aguilar, A., Dada, G. y Saúl, L. A. (2011). Cognitive factors in fibromyalgia: The role of self-concept and identity related conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, 24, 1-22.

Connelly, C.E. (1984). Compliance with outpatient lithium therapy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 22, 44-50.

Connelly, C.E., Davenport, Y. B., y Nurenbrher, J.I. (1982). Adherence to treatment regimen in a lithium carbonate clinic. *Archives of General Psychiatry*, 39, 585-588.

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.

Corbella, A y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*, Barcelona: Vision Net.

Corning, A.F. y Malofeeva, E.V. (2004). The application of survival analysis to the study of psychotherapy termination. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 354-367.

Cross, D.G. y Warren, C.E. (1984). Enviromental factors asociated with continuers and terminators in adult out-patient psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 57, 363-369.

Cross, D.G., Sheehan, P. W., y Khan, J.A. (1980). Alternative advice and council in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 615-625.

Davis, M.S. (1966). Variations in patients compliance with doctors advice: Analysis of congruence between survey responses and results of empirical observations. *Journal of Medical Education*. 41 1037 - 1048.

De Las Cuevas, C., González de Ribera, J. L., Henry Benítez, M., Monterrey, A. L., Rodríguez Pulido, F. y Gracia Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión español del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7, 93-96.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual I for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas (Symptoms Checklist 90, versión española de González de Rivera)*. Madrid: TEA.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. y Covi, L. (1974a). A measurement of primary symptom dimension. In P. Pichot (Ed). *Psychological measurements in psychopharmacology* 79-111. Basel: Karger.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. y Covi, L. (1974b). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19: 1–15.

Derogatis, L. R., Rickels, K., y Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.

Derogatis, L. R., y Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33 (4), 981-989.

Diamond, R. (1983). Enhancing medication use in schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, 7-14.

Dick, J., Van der Walt, H., Hoogendoorn, L., y Tobias, B. (1996). Development of a health education booklet to enhance adherence to tuberculosis treatment. *Tubercle*, 77, 173-177

DiMatteo, M., Sherbourne, C., Hays, R., Ordway, L., Kravitz, R.; McGlynn, E., Kaplan, S., y Rogers, W. (1993). Physicians characteristics influent patients adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12, 91-102.

Dinning, W. D., y Evans, R. G. (1977). Discriminant and convergent validity of the SCL-90-R in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 41, 304-310.

Dixon, L., Weiden, P., Hass, G., y Sweeney, J. (1992). Increased tardive dyskinesia in alcohol abusing schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 121-122.

Dorough, S., Grice, J. W. and Parker, J. (2007). Implicative dilemmas and general psychological well-being. *Personal Construct Theory & Practice*, 4, 83–101.

Drake, R.E. y Wallach, M.A. (1989). Substance abuse among the chronically mental ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1041-1046.

Drake, R.E., Osher, F.C., y Wallach, M.A. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 408-414.

Dunbar, J., Marshall, G. y Hovell M. (1979) Behavioral strategies for improving compliance. In R.B. Haynes, D. W. Taylor and D.L. Sackett (Eds.) *Compliance in Health Care* (174-190). Baltimore: John Hopkins University Press.

Dunbar, J. y Stunkard, A. Adherence to diet and drug regimen. (1979). In: Levy R. Rifkind B, Dennis B, Ernst N ed. *Nutrition, Lipids, and Coronary Heart Disease*. New York: Raven Press, 391-423.

Edlund, M.J., Wang, P.S., Berglund, P.A., Katz, S.J., Lin, E. y Kessler, RC. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 845-851.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J.T., Imber, D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester y S.J., Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry* 46. (11) 971-982.

Engel, C.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*; 196, 129- 136.

Epting, F., Suchman, D., y Nickeson, C. (1971). An evaluation of the elicitation procedures for personal constructs. *British Journal of Psychology*, 62, 513-517.

Eraker, S., Kirscht, J., Becker, H., y Arbor, A. (1984). Understanding and improving patient compliance. *Anales de Medicina Interna*, 100, 258-268.

Evans, L. y Spelman, M. (1983). The problem on noncompliance wuth drug therapy. *Drugs*, 25, 63-76.

Eysenck, H. J. y Eysenck, M. V. (1985). *Personality and individual differences*. Nueva York: Plenum Press.

Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1988). *Cuestionario de Personalidad de Eysenck-Revisado (Formas A y J)*. Madrid: TEA.

Fabrega, H. (1975). The need for anethnomedical science. *Science*; 189, 969-975.

Falloon, I.R.H. (1984). Developing and maintaining adherence to log-term drug-taking regimens. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 412-417.

Feixas, G, Cipriano, D. yVarlotta, N. (2007). Dilemas implicativos y somatización en población no clínica. Comunicación presentada en el symposium sobre Conflictos cognitivos y Salud, en el *II Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas*, Sevilla.

Feixas, G. y Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Bilbao: DDB.

Feixas, G. y Cornejo, J.M. (1996): *Manual de la técnica de la Rejilla mediante el programa Record 2.0*. Barcelona: Paidós

Feixas, G., Montesano, A., Compañ, V., Salla, M., Dada, G., Pucurull, O., Trujillo, A., Paz, C., Muñoz, D., Gasol, M., Saul, L. A., Lana, F., Bros, I., Ribeiro, E., Winter, D., Carrera-Fernandez, M.J. y Guardia, J. (2014b). Cognitive conflicts in major depression: Between desired change and personal coherence. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 369–385.

Feixas, G., Bach, L., y Laso, E. (2004). Factors affecting interpersonal construct differentiation when measured using the Repertory Grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 17, 297-311.

Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Montesano, A., Dada, G., Compañ, V., Aguilera, M., Salla, M., Soldevilla, J., Trujillo, A., Paz, C., Botella, L., Corbella, S., Saúl-Gutiérrez, L., Cañete, J., Gasol, M., Ibarra, M., Medeiros-Ferreira, L., Soriano, J., Ribeiro, E., Caspar, F., y Winter, D. (2013). Efficacy of a dilemma-focused intervention for unipolar depression: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials*, 14(144).

Feixas, G., y Botella, L. (2003). Las técnicas subjetivas. En C. Moreno (Ed.). *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y su aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.

Feixas, G., Geldschläger, H., Carmona, M., y Garzón, B. (2002). Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales. *Revista De Psicología General y Aplicada*, 55 (3), 337-348.

Feixas, G., López Moliner, J., Navarro Montes, J., Tudela, M., y Neimeyer, R. A. (1992). A study of reliability among grid measures. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5(1), 25-39.

Feixas, G., Montebruno, C., Dada, G., Del Castillo, M. y Compañ, V. (2010). Self construction, cognitive conflicts and polarization in bulimia nervosa. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, 2010, 10, (3) 445-457.

Feixas, G., Montesano, A., Erazo-Caicedo, M., Compañ, V. y Pucurull, O. (2014a) Implicative dilemmas and symptom severity in depression: A preliminary and content analysis study. *Journal of Constructivist Psychology*, 27, 31-40.

Feixas, G., Montesano, A., y Paz, C. (2014). Are cognitive conflicts a neglected individual difference? *Personality and Individual Differences*, 60, (Suppl.), 26. doi: 10.1016/j.paid.2013.07.03

Feixas, G., Procter, H. G., y Neimeyer, G.J. (1993). Convergent lines of assessment: Systemic and constructivist contributions. En G. J. Neimeyer (Comp), *Constructivist assessment: A casebook* (143-178). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.

Feixas, G., Saúl, L. A. y Ávila, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169.

Feixas, G., Saúl, L. A., Ávila, A. y Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Psicología*, X (1), 5-13.

Feixas, G., y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*. 2004, 7, (1), 69-78.

Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. California: Stanford University Press.

Fisher, P., Winne, P. y Ley, R. (1993). Group therapy for adult women survivors of child sexual abuse: differentiation of completers versus dropouts. *Psychotherapy*, 30, 616-624.

Fjeld, S. P., y Landfield, A. W. (1961). Personal construct theory consistency. *Psychological Reports*, 8, 127-129.

Fleischhacker, W., Meise, U., Günter, V., y Kurz, M. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 11-15.

Foulks, E., Persons, J., y Merkel, R. (1986). The effect of patients' beliefs about their illnesses on compliance in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 143, 340-344.

Frank, E., Prien, R., y Kupfer, D. (1985). Implications of noncompliance on research in affective disorders. *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 37-42.

Frank, J. (1990). Psicoterapia, retórica y hermenéutica: implicaciones para la práctica y la investigación. *Revista de Psicoterapia*, 1, 26-38.

Fransella, F., Bell, R. y Bannister, D. (2003). *A manual for repertory grid technique, 2nd ed.* Hoboken, NJ: Wiley.

Fransella, F., y Adams, B. (1966). An illustration of the use of repertory grid technique in a clinical setting. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 51-62.

Fransella, F., y Bannister, D. (1977). *A Manual for Repertory Grid Technique.* Londres: Academic Press.

Freire Arteta, B. (1990). Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 10, 221-227.

Frith, C. D., y Lillie, F. J. (1972). Why does the repertory grid test indicate thought disorder? *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 73-78.

Gaebel, W. (1997). Toward the improvement of compliance: the significance of psychoeducation and new antipsychotic drugs. *Internal Clinic Psychopharmacology*, 12, 37-42.

Gallifa, J. y Botella, L. (2000). The structural quadrants method: a new approach to the assessment of constructs system complexity via the repertory grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 13, 1-26.

Galperin, J. (1994). Cómo entender la adherencia a tratamientos. *Medifam*, 4, 213-216.

García Cabeza, I., Sánchez Díaz, E. I., Sanz Amador, M., Gutiérrez Rodríguez, M., y González Chávez, M. (1999). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 211-216

García-Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia.* Madrid: Síntesis.

García-Martínez, J., Orellana-Ramírez, M. C. y Guerrero-Gómez, R. (2010). La construcción de la identidad de los roles de género en mujeres maltratadas: un estudio a través de la técnica de la rejilla. En I. Vázquez (Coord.), *Investigaciones Multidisciplinares en género. Actas del II Congreso Universitario Nacional de Investigación y Género* (297-314). Sevilla, España: Digital@3.

García-Martínez, J.; Orellana-Ramírez, M. C. y Guerrero-Gómez, E. (2012). Relaciones entre la estructura cognitiva y la intensidad de la sintomatología en dos subgrupos de mujeres maltratadas: un esbozo de tipologías de las víctimas de la violencia contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9 (1), 47-60.

Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W. y Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (4), 483- 489.

Gaston, L., Piper, W. E., Debbane, E. G. y Bienvenu, J. P. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short- and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 4 (2), 121-135.

Gathercole, C. E., Bromley, E., y Aschroff, J. B. (1970). *The reliability of repertory grids*. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 513-516.

Gavino, A. y Godoy, A. (1993). Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 511-536.

Gerlach, J. (1994). Oral versus depot administration of neuroleptics in relapse prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 28-32.

Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones: aproximación a la construcción social*. Barcelona: Paidós.

Goldfried, M. R. y Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy*. New York: John Wiley and Sons.

Goldstein, A. P. (1980). Relationship enhancement methods. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.). *Helping people changing: A textbook of methods*, 18-57. Elmsford, Nueva York: Pergamon Press.

Gonçalves, O. F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao: DDB.

González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M., y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis. Adaptación española*. Madrid: TEA.

Goodwin, F. y Jamison, K. (1990). *Maniac-depressive illness*. New York: Oxford University Press.

Goolishian, H. y Anderson, H. (1990). Understanding the therapeutic process: From individuals and families to systems in language. In F. Kaslow (ed). *Voices in family psychology*. Newbury Park. CA: Sage.

Graveley, E. y Oseasohn, C. (1991). Multiple drug regimens: medication compliance among veterans 65 years and older. *Research in Nursing & Health*, 14, 51.

Green, J. (1988). Frequent hospitalization and noncompliance with treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 963-966.

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Greenberg, L. S., y Pascual-Leone, J. (1995). A dialectical constructivist approach to experiential change. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*, 169–191. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. S., y Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York, NY, US: Guilford Press.

Guidano, V. F. (1994). *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva postracionalista*. Barcelona: Paidós.

Guillon, J. y Maruottolo, C. (2011). Reducción de abandonos en una unidad de día con un programa de psicoterapia breve dinámica para trastornos límite de la personalidad asociados a trastornos adictivos. *10 (2)* 1-28. *Avances Médicos AMSA, Bilbao, España*.

Hamberger, L., Lohr, J., y Gottlieb, M. (2000). Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behavior Modification*, *24 (4)*, 528-552.

Haring, C., Tegeler, J., Lehmann, E., y Ptock, W. (1981). Social aspects of therapy with depot neuroleptics in the Federal Republic of Germany. *Acta Psychiatrica Belgica*, *81*, 189-202.

Haynes, R. Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. (1979) In: Haynes R.B, Taylor D.W, Sackett, D.L (ed). *Compliance in Health Care*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Haynes, R., Taylor, DW., & Sackett, D.L. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press.

Heisler, G., Beck, N., Fraps, C., y MacReynolds, W. (1982). Therapist ratings as predictors of therapy attendance. *Journal of Clinical Psychology*, *38 (4)*, 754-758.

Henderson, T., Hall, J., y Lipton, T. (1979). Changing self-destructive behaviors. En Stone, G., Cohen, F. & Adler, N. (eds.). *Health Psychology: handbook*. (141-160). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Hermans, H. J. M. y Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives. The construction of meaning in psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.

Hershorn, M. (1993). The elusive population: characteristics of attenders versus non-attenders for Community Mental Health Center Intakes. *Community Mental Health Journal, 29*, 49-57.

Hertroijs, A. R. (1974). A study of some factors affecting the attendance of patients on a leprosy control scheme. *International Journal of Leprosy 42*, 419-427.

Herz, M. y Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 137*, 801-805.

Higginbotham, P. G. y Bannister, D. (1983). The GAB computer program for the analysis of repertory grid data. (2nd Ed.) *Ilkley, UK: High Royds Hospital*.

Hillis, G.D., Eagles, A. y Eagles, J. (1993). Premature termination of psychiatric contact. *The International Journal of Social Psychiatry, 39*, 100-107.

Hinkle, D. N. (1965). *The Change of Personal Constructs from a Viewpoint of a Theory of Construct Implications*. Tesis Doctoral no Publicada. The Ohio State University.

Hochstadt, N. J. y Trybula, J. J. (1980). Reducting missed initial appointments in a community mental health center. *Journal of Community Psychology, 8*, 261-265.

Hoening F, y Ragg, N. (1966) The non-attending psychiatric outpatient: an administrative problem. *Medical Care; 4*, 96-100.

Hogan, T. P., Awad, A.G., y Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine, 13*, 177-183.

Hoge, S., Appelbaum, P., Lawlor, T., y Beck, J.C., Litman, R., Greer, A., Gutheil, T.G., y Kaplan, E. (1990). A prospective, multicenter study of patient's refusal of antipsychotic medication. *Archives of General Psychiatry, 47*, 949-956.

Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.

Hunsley, J., Aubry, T. D., Verstervelt, C. M. y Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy, 36*, 380-388.

Janz, N. y Becker, M. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly, 11*, 1-47.

Johansson, E., Diwan, N. D., Huong, N. D. y Ahlberg, B. M.(1996). Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: an exploratory study in a district in Vietnam. *Tubercle and Lung Disease*, 77, 178-183.

Joyce, A. S., Piper, W. E. y Ogradniczuk, J. S. (2007). Therapeutic Alliance and Cohesion Variables as Predictors of Outcome in Short-Term Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57, 269-296.

Kahn, C. y Pike, K. M. (2001).In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30 (3), 237-244.

Kampman, O. y Lehtinen, K. (1999). Compliance in psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 167-175.

Kashner, T., Rader, L., Rodell, D. y Beck, C. M. (2003).Family characteristics, sustance abuse, and hospitalization patterns of patients with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 195-197.

Keck, P., McElroy, S., Strakowski, S. M., Stanton, S., Kizer, D., Balistreri, T., Bennett, J., Pharm, D., Tugrul, K., y West, S. (1996). Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 292-297.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* . New York: Norton

Kelly, G.R. y Mamon, J., y Scott, J. (1987). Utility of the Health Belief Model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. *Social Science and Medicine*, 25, 1205-1211.

Kelly, J. (1995). Making sense of drug compliance by patients. *Nursing Times*, 91, 40-41.

Kemp, R. y David, A. (1996).Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 169, 444-450.

Kent, S. y Yellowlees, P. (1994). Psychiatric and social reasons for frequent hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 347-350.

Kirscht J, y Rosenstock I. (1979). Patients' problems in following recommendations of health experts. In: Stone G. Cohen F, Adler N ed. *Health Psychology: A Handbook*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 189-216.

Kissling, W.(1994). Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 16-24.

Kluger, M.P. y Karras, A. (1983). Strategies for reducing missed appointments in a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 19, 137-143.

Kruee, D. y Hales, R. (1988). Compliance with psychiatric referrals from a general hospital psychiatry outpatient clinic. *General Hospital Psychiatry*, 10, 339-345.

Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J, Elkin, I, Watkins, J y Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(3) 532-539.

Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. In J. C. Norcross y M. V. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy*, 94-129. Nueva York: Basic Books.

Lanfield, A. W. y Barr, M. A. (1976). *Ordination: A new measure of concept organization*. Manuscrito no publicado. Universidad de Nebraska.

Leventhal H, y Nerenz D. (1983).A model for stress research and some implications for the control of stress disorder. In: Meichenbaum, D. y Jaremko M. eds. *Stress Prevention and Management: A Cognitive Behavioral Approach*. New York: Plenum.

Leventhal, H., Zimmerman, R., y Gutmann, M.(1984). Compliance: A self-regulation perspective.En D.Gentry (Ed). *Handbook of Behavioral Medicine*, 369-434. New York: Pergamon Press.

Little, B. R. (2005). Personality science and personal projects: six possible things before breakfast. *Journal of Research in Personality*, 39, 4-21.

Liotti G y Intreccialagli, B. (1996). Los sistemas comportamentales interpersonales en la relación terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 26/27, 23-24.

Lobo-Barrero, C. y Pérez-Escolano, E. (1997). Tratamiento de la tuberculosis: cumplimiento, abandono y tratamientos supervisados. *Archivos de Bronconeumología*,33, 588-590.

Lowe, R.H. (1982). Responding to "no-shows": some effects of follow-up method on community mental health center attendance patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 602-603.

Luborsky, L., Barber, J. P. y Diguier, L. (1996). Significado de los relatos en psicoterapia: los frutos de una nueva unidad observacional. *Revista de Psicoterapia*, 22/23, 123-140.

Luk, E.S., Staiger, P.K., Mathai, J., Wong, L., Birlleson P., Adler, R. (2001). Children with persistent conduct problems who dropout of treatment. *European Child y Adolescent Psychiatry* 10. (1) 28-36.

Lynch, V. (1986). *Treatment continuance and discontinuance in a psychiatric clinic setting*. Doctoral Dissertation Department of Social Work; Boston College.

Mahon, H., Winston, A. P., Palmer, R. L. y Harvey, P. K. (2001). Do broken relationships in childhood relate to bulimic women breaking off psychotherapy in adulthood? *International Journal of Eating Disorders*, 29, 139-149.

Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: the scientific basis of psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.

Mair, J.M.M. y Boyd, P. (1967). A comparison of two grid forms. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 220.

Mancini, F. (1992). La paradoja neurótica desde una perspectiva constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 3 (12), 77-78.

Marder, S. (1998). Facilitating compliance with antipsychotic medication. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 21-25.

Marston M. (1970) Compliance with medical regimens: A review of the literature. *Nursing Research*, 19, 312-323.

Marziali, E., Munroe-Blum, H. y McCleary L. (1999) The effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 9, 424-436.

Masi, M.V., Miller, R.B. y Olson, M.M. (2003). Differences in dropout rates among individual, couple, and family therapy clients. *Contemporary Family Therapy*, 25, 63-75.

Matas, M., Staley, D., y Griffin, W. (1992). A profile of the noncompliant patient: a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *General Hospital Psychiatry*, 14, 124-130.

Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. y Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *PsychotherapyResearch*, 19, 68-80.

Maturana, H. (1996). Entrevista con Humberto Maturana (por José Hernández y Virtudes Ortega). *SíntesisPsicológica*, 1, 6-11.

McAdams, D. P. (1993). *Stories we live by: personal myths and the making of the self*. Nueva York: Guilford Press.

McAdams, D. P. (1995). *The life story interview. Revised*. Chicago: North-Western University. Documento disponible en <http://www.sesp.northwestern.edu/docs/Interviewrevised95.pdf> (descarga 4-8-2015).

McAdams, D. P. (2001) The psychology of lives stories. *Review of General Psychology*. 5. (2), 100-122.

McAdams, D.P. (2002). Personal Narratives and live story. En L. Pervin and O. John (Eds), *Handbook of personality: Theory and research (2nd Ed.)*, 478-500. New York: Guilford Press.

McAdams, D. P.(2006a).The problem of narrative coherence.*Journal of Constructivist Psychology*, 19, 109-125.

McAdams, D. P. (2006b).*The redemptive self: Stories Americans live by*. New York: Oxford University Press.

McAdams, D. P., Anyidoho, N. A., Brown, C., Huang, Y. T., Kaplan, B. y Machado, M. A. (2004). Traits and stories: links between dispositional and narrative features of personality. *Journal of Personality*, 72, 761-784.

McEvoy, J.P., Appelbaum, P., Apperson, L.J., Geller, J.L., y Freter, S. (1989). Why must some schizophrenic patients be involuntary committed?. The role of insight. *ComprehensivePsychiatry*, 30, 13-17.

McEvroy, J., Howe, A., y Hogarty, G. (1984). Differences in the nature of relapse and subsequent in-patient course between medication compliant and non-compliant schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 412-416.

McGuire, W. (1980).The communication-persuasion model and health-risk labelling.En Morris, L., Mazis, M. y Barofsky, I. (eds.).*Product labelling and health risks*. 99-122. New York: Banbury.

McGuire, W.(1985). Attitudes and attitude change. EnLindzey, G. y Aronson, E. (eds.), *Handbook of social psychology*. 233-346. New York: Randon House.

McPherson, F. M., Blackburn, I. M., Draffan, J. W., y McFadyen, M. (1973). A further study of the Grid Test of Thought Disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 420-427.

Melis, F., Feixas, G., Varlotta, N., González, L.M., Ventosa, A., Krebs, M., y Montesano, A. (2011) Conflictos Cognitivos (Dilemas) en Pacientes Diagnosticados Con Trastornos De Ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*; 20 (1), 41-48.

Mitchell, J. (1974). Compliance with medical regimen: An annotated bibliography. *Health Education Monographs*, 2, 75 - 87.

Mitsos, S. B. (1958). Representative elements in role construct technique. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 311-313.

Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huand, M., y Cordell, L. (1991). Early dropouts form psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 478-481.

Montanakis, J., Markidis, M., Kontaxakis, V., y Liakos, A. (1985). A scale for detection of negative attitudes towards medication among relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 186-189.

Moras, K. y Strupp, H. H. (1982). Pre-therapy interpersonal relationships, patient alliance, and outcome in brief psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.

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

Murdok, N.L., Edwards, C. y Murdok, T.B. (2010). Therapists' attribution for client premature termination: Are they self-serving?. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47, 221-234.

Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. Nueva York: Oxford University Press.

Neimeyer, G. J. (1993). *Constructivist Assessment: A casebook*. Londres: Sage Publications.

Neimeyer, G. J. y Hagans, C. L. (2002). More madness in our method the effects of repertory grids variation on constructs differentiation. *Journal of Constructivist Psychology*, 15, 139-160.

Neimeyer, R. A. (1985). *Personal constructs and depression*. In E. Button (Ed.). *Personal constructs and mental health*. London: Croom Helm.

Neimeyer, R. A. (1988). Clinical guidelines for conducting interpersonal transaction groups. *International Journal of Personal Constructs Psychology*, 1, 181-199.

Neimeyer, R. A. (1998). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Eds.). *Constructivismo en psicoterapia*, 29-58. Barcelona: Paidós.

Neimeyer, R. A. (2000). Narrative disruptions in the construction of the self. En R. A. Neimeyer y J. D. Raskin (Eds.). *Constructions of disorder: meaning-making frameworks for psychotherapy*, 207-242. Washington, DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R. A. (2013). *Psicoterapia constructivista: rasgos distintivos*. Bilbao: DDB.

Neimeyer, R. A. y Baker, K. N. G. J. (1990). The current status of personal construct theory: Some scientometric data. En G. J. Neimeyer, y R. A. Neimeyer (Comps.), *Advances in personal construct psychology*, 1, 3-22. Greenwich, CT: JAI.

Neimeyer, R. A. y Feixas, G. (1992). Cognitive assessment in depression: A comparison of some existing measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 47-56.

Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy. En J. D. Safran y J. C. Muran (Eds.). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*, 95-122, Washington: American Psychiatric Association.

Nicholson, I. R. (1994). Factors involved in failure to keep initial appointments with mental health professional. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 276-278.

Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S. y Piper, W.E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review Psychiatry*, 13, 57-70.

Oiesvold, T., Saarento, O., Sytema, S., Vinding, H., Göstas, G., Lönnerberg, O., Muus, S., Sandlund, M., y Hansson, L. (2000). Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 367-373.

O'Keefe, D. J., y Sypher, H. E. (1981). Cognitive complexity measures and the relationship of cognitive complexity to communication. *Human Communication Research, 8*, 72-92.

Olivera, A., Kiefer, M., y Manley, N. (1990). Tardive dyskinesia in psychiatric patients with substance abuse disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 16*, 57-66.

Olson, J. M., y Partington, J. T. (1977). An integrative analysis of two cognitive models of interpersonal effectiveness. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 16*, 13-14.

Osher, F.C. y Drake, R.E. (1996). Reversing a history of unmet needs: approaches to care for persons with co-occurring addictive and mental disorders. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*, 4-11.

Otero, J., Luque, A., Conde, M., Jiménez, M., y Serrano, C. (2001). Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas. *Actas Españolas de Psiquiatría, 29*, 153-158.

Owen, R., Fischer, E., Booth, B., y Cuffel, B. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 47*, 853-858.

Pan, P. y Tantam, D. (1989). Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatment: a comparison between regular and irregular attenders at depot clinic. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*, 564-570.

Pedersen, F. A. (1958). *Consistency data of the role construct repertory test*. Manuscrito no publicado, Ohio State University.

Pekarik, G. y Finnes-Owen, K. (1987). Outpatient Clinic Therapist Attitudes and Beliefs Relevant to Client Dropout. *Community Mental Health Journal, 23*, 120-130.

Pelechano, V. (2000). *Psicología Sistemática de la Personalidad*. Barcelona: Ariel.

Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P. y Loennqvist, J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39* (3), 329-336.

Peñate, W., Matud, N.P. elbañez, I. (1993). *Evaluación psicológica: concepto y técnicas de análisis*. Valencia: Promolibro.

Pérez López, C. (2014). *Técnicas estadísticas predictivas con IBM SPSS. Modelos*. Madrid: Garceta.

Persons, J., Burns, D., y Perloff, J. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy from depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-575.

Pickering, A. D. y Gray, J. A. (1999): The neuroscience of personality. En L. A. Pervin y O. P. John (Eds.). *Handbook of Personality: Theory and research*, 2nd ed. (277-299). Nueva York: Guilford Press.

Pinsof, W. M. (1988). The therapist client relationship: An integrative systems perspective. *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 7 (3), 303-313.

Poole, A. D. (1958). A further attempt to cross-validate the grid test of schizophrenic thought disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 179-188.

Porcel Medina, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 14.

Pristach, C. y Smith, C. (1990). Medication compliance and substance abuse among schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1345-1348.

Pujadas, J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en las ciencias sociales*. Madrid: CIS.

Pulford, J., Adams, P. y Sheridan, J. (2008). Therapist Attitudes and beliefs relevant to client dropout revisited. *Community Mental Health Journal*, 44, 81-186.

Rabin, A.I., Zucker, R. A., Emmon, R. A. y Frank, S. (1990). *Studying persons and lives*. Nueva York: Springer.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Raue, P. J., Goldfried, M.R. y Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 582-587.

Rees, D. (1985). Health beliefs and compliance with alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, (6) 517-524.

Rees, D. (1986). Changing patients' health beliefs to improve compliance with alcoholism treatment: a controlled trial. *Journal of Studies on Alcohol*, 47 (85), 436-439.

Reis, B.F. y Brown, L.G. (1999). Reducing Psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136.

Renk, K. y Dinger, T.M. (2002). Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1173-1181.

Renton, C. A., Affleck, J.W., Carstairs, GM. y Forrest, A.D. (1983). A follow-up of schizophrenic patients in Edinburg. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 39, 548-600.

Ribeiro, E., Feixas, G., Maia, A., Senra, J., y Dada, G. (2012). Implicative Dilemmas, Psychopathology and Self Construction: changes during the first year in University. *Journal of Constructivist Psychology*, 25, 170-180.

Rivas, F. (1981). La rejilla como técnica psicométrica de medida de la ejecución típica individual. *Análisis y Modificación De Conducta*, 7 (15), 171-246.

Rivas, F. y Jornet, J. M. (1982). Caracterización cognitiva de los tests psicométricos. En J. Seoane (Comp.), *Teoría y método de la psicología experimental*. Valencia: Alfaplús.

Rivas, F. y Marco, R. (1985). *Evaluación conductual subjetiva: La técnica de rejilla*. Valencia: Centro Editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.

Roberts, H. (1985). Neurotic patients who terminate their own treatment. *British Journal of Psychiatry*, 146, 442-445.

Rodríguez Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 87. Descargado de la edición electrónica a 20-06-2015. <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1139>

Roe, D. (2007). The timing of psychodynamically oriented psychotherapy termination and its relation to reasons for termination, feelings about termination, and satisfaction with therapy. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35, 443-453.

Roe, D., Dekel, R., Harel, G. y Fenning, S. (2006). Clients' reasons for terminating psychotherapy: A quantitative and qualitative inquiry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 79, 529-538.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Rogers, Carl. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rounsaville, B., Weissman, M., Kleber, H. y Wilber, C.H.(1982). Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 39, 161-166.

Rowe, D. (1978). *The Experience of Depression*. Londres: Wiley.

Runyan, W. M. (1984). *Life histories and psychobiography: explorations in theory and method*. Nueva York: Oxford University Press.

Ruscher, S., de Wit, R., y Mazmanian, D.(1997). Psychiatric patients attitudes about medication and factors affecting noncompliance. *Psychiatric Services*, 48, 82-85

Ryle, A. (1979). The focus in brief interpretative psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. *British Journal of Psychiatry*, 134, 46-54.

Safer, D.(1987). Substance abuse by young adult chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 511-514.

Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc.

Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic Alliance ruptures: diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 233-243.

Sales, C.(2003). Understanding prior dropout in psychotherapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 81-90.

Salloum, I., Moss, H., y Daley, D. (1991). Substance abuse and schizophrenia: impediments to optimal care. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 321-326.

Saúl, L. A. (2005). *El Papel de los Conflictos Cognitivos en la Salud Mental: Implicaciones Para El Cambio Terapéutico*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.

Saúl, L. A., López-González, M. A., Feixas, G., Rubio-Garay, F. y Domínguez-Simón, M. J. (2014). Conflictos cognitivos en una muestra comunitaria: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44, 343-359.

Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.

Semerari, A. (1991). Hacia una teoría cognitiva de la relación terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 5, 5-26.

Sharf, J. (2008). Psychotherapy dropout: A meta-analytic review of premature termination. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68, 6336.

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.

Shaw, M. L. G.(1989).Interactive elicitation and exchange of knowledge.*International Journal of Personal Construct Psychology*, 2 (2), 215-238.

Shea, M. T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Collins, J.F., Elkin, I., Sotsky, S.M., Docherty, J.P.(1990): Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program.*The American Journal of Psychiatry* 147 (6), 11-718.

Sheehan, M. J. (1981). Constructs and “conflict” in depression. *British Journal of Psychology*, 72, 197-209.

Sheehan, P.W. y Cross, D.G. (1981). Alternative advice and support provided during and following short-term insight-oriented therapy and behavior therapy. *Academic Psychology Bulletin*, 3 (3), 371-385

Sheeran, P. y Abraham, C. (1996).The health belief model.En Conner, M. y Norman, P. (eds.), *Predicting health behavior*, 23-61.Buckinham Open UniversityPress.

Silván Portillo, V. (2011). *La perspectiva del terapeuta ante el abandono terapéutico: construcción de un modelo basado en la Teoría Fundamentada*. Trabajo para l obtención del Diploma en Estudios Avanzados. Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud. Sevilla: Universidad de Sevilla (manuscrito no publicado).

Slater, P. (1972). *Notes on INGRID 72'*.MS no publicada, Institute of Psychiatry, Londres.

Slater, P.(1977).The measurement of intrapersonal space by grid technique.*Explorations of intrapersonal space, 1*. Chichester, Reino Unido: Wiley.

Smith, C., Barzman, D., y Pristach, C. (1997).Effect of patient and family insight on compliance of patients who have schizophrenia.*Journal of Clinical Pharmacology, 37*, 147-154.

Smith, L.D.(1989).Medication refusal and the rehospitalized mentally ill inmate. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 491-496.

Smith, T.E., Hull, J.W., Hedayat-Harris, A., Ryder, G., y Berger, L.J. (1999).Development of a vertically integrated program of services for persons with esquizofrenia.*Psychiatric Services, 50*, 931-935.

Soldevilla, J. M., Feixas, G., Varlotta, N., y Cirici, R. (2014). Characteristics of the Construct Systems of Women Victims of Intimate Partner Violence.*Journal of Constructivist Psychology, 27*, 105-119.

Soni, S.D. y Brownlee, M. (1991). Alcohol abuse in chronic schizophrenics: Implications for management in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84* (3), 272-276.

Sparr, L., Moffitt, M.C., y Ward, M.F. (1993). Missed psychiatric appointments: who returns and who stays away. *American Journal of Psychiatry, 150*, 801-805.

Sperlinger, D. J.(1976).Aspects of stability in the repertory grid.*British Journal of Medical Psychology, 49*, 341-347.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970).*Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgford-West, L., y Austin, J.(2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders, 28* (2), 209-21.

Stimson G. (1974). Obeying doctor's orders: A view from the other side.*Social Science y Medicine; 8*, 97- 104.

Stoudemire, A. y Thompson, T. (1983). Medication noncompliance: systematic approaches to evaluation and intervention. *General Hospital Psychiatry, 5*, 233-239.

Strakowski, S., Keck, P.E., McElroy, S., West, S.A., M.D., Sax K.W., Hawkins, J.M., Kmetz, G.F., Upadhyaya, V.H., Tugrul, K.C. y Bourne M.L. (1998). Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 49-55.

Sturm, L. y Dawson, P. (1999). Working with families: An overview for providers. En D. B. y P. Dawson (Eds). *Failure to thrive and pediatric under nutrition: A transdisciplinary approach*, 65-76. Baltimore, MD, US: Paul H. Brookes Publishing Co.

Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, H.R., y Burns, B.J. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, 155, 226-231.

Sweeney, J., Von Bulow, B., Shear, M., Friedman, R., y Plowe, C. (1984). Compliance and outcome of patients accompanied by relatives to evaluations. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1037-1038.

Swenson, T.R. y Pekarik, G. (1988). Interventions for reducing missed initial appointments at a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 24, 205-210.

Swett, C. y Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 947-951.

Tebbi, C. (1993). Treatment adherence: a risk factor in childhood and adolescence. *Cancer*, 71, 441-449.

Thomas, L., y Shaw, M. L. (1976). Focus: A manual. Uxbridge, Reino Unido: Centre for the Study of Human Learning, Brunel University.

Todd, D.M., Deane, F.P. y Bragdon, R.A. (2003). Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 133-147.

Topçu, S. (1976). *Psychological concomitants of aggressive feelings and behaviour*. Tesis doctoral no publicada: London University.

Trattner-Sherman, R. y Anderson C.A. (1987). Decreasing premature termination from psychotherapy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 298-312.

Tschudi, F. (1977). Loaded and honest questions: a construct theory view of symptoms and therapy. En D. Bannister (Ed.), *New perspective in personal construct theory*, 321-349. Londres: Academic Press.

Tschudi, F. (1984). *Operating manual for: Flexigrid Version 2.1*. MS no publicada. University of Oslo.

Tschudi, F. (1995). *FLEXIGRID Manual*. Oslo: University of Oslo.

Van Minnen, A., Arntz, A. y Keijsers, G. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout. *Behavior Research and Therapy*, 40, 439-457.

Van Putten, T., May, M.A., y Marder, S. (1984). Response to antipsychotic medication: the doctor's and consumer's view. *American Journal of Psychiatry*, 141, (1), 16-19.

Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza.

Verdoux, H., Lengronne, J., Liraud, F., Gonzales, B., Assens, F., Abalan, F., y Van Os, J. (2000). Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 203-210.

Villegas, M. (1996). El Análisis de la Demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26-27, 25-78

Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván: psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.

Warner, R., Taylor, D., Wright, J., Sloat, A., Springett, G., Arnold, S., y Weinberg, H. (1994). Substance use among the mentally ill: prevalence, reasons for use, and effects on illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 30-39.

Watson, J.C, y Greenberg, L. S. (1994). The alliance in experiential therapy: Enacting the relationship conditions. Horvath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed), 153-172. Oxford, England: John Wiley y Sons. *The working alliance: Theory, research, and practice*.

Weiden, P., Dixon, L., Frances, A., Appelbaum, P., Haas, G. y Rapkin, B. (1991). Neuroleptic noncompliance in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1, 285-296.

Weiden, P., Mann, J., Dixon, L., Haas, G., DeChillo N., Frances, A.J. (1989). Is neuroleptic dysphoria a healthy response?. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 546-552.

Weiden, P., Rapkin, B., Mott, T., Zygmunt, A., Goldman, D. y Horvitz, M.(1994). Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 297-310.

Weighill, V., Hodge, J., y Peck, D. (1983). Keeping appointments with clinical psychologists. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 143-144.

Wells K.B, Manning W.G. J., Duan, N., Newhouse, J.P. y Ware J.E.J. (1986). Use of outpatient mental health services by a general population with health insurance coverage. *Hospital and Community Psychiatry*. 37, 1119-1125.

Werner-Wilson, R.J. y Winter, A. (2010). What factors influence therapy drop out? *Contemporary Family Therapy*, 32, 375–382.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York: Norton.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéutico*. Barcelona: Paidós.

Wierbicki, M. y Pekarick, G. (1993). A meta-analysis of Psychotherapy Dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.

Winter, D.A.(1988). Constructions in social skills training. En F. Fransella, y L. Thomas (Eds.). *Experimenting with Personal Construct Psychology*, 342-356. Londres: Routledge y Kagan Paul.

Winter, D.A. (1989). La psicoterapia de constructos personales como alternativa radical al entrenamiento en habilidades sociales. En R. A. Neimeyer, y G. J. Neimeyer (Eds.). *Casos de terapia de constructos personales*. Bilbao: DDB.

Winter, D.A.(1991). Repertory grid technique in the investigation of treatment of psychological disorder: a review of research. *Comunicación presentada en el 22nd. Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research*, Lyon, Francia.

Winter, D.A.(1992). *Personal Construct Psychology in Clinical Practice: Theory, Research and Applications*. Londres: Routledge.

Yorke, D.M.(1985). Administration, analysis and assumptions: Some aspects of validity. En N. Beail (Comp.), *Repertory grid technique and personal constructs: Applications in clinical and educational settings*, 383-399. Londres: Croom Helm.

Zeigler-Hill, V.(2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41, 157-164.

ANEXOS

ANEXOS 1. Protocolo de la rejilla.

PROTOCOLO DE LA REJILLA

A. Elementos:

1. Yo ahora (como se percibe a sí mismo en estos momentos)
2. Yo antes
3. Yo como estaré dentro de seis meses (según cree)
4. Madre
5. Padre
6. La pareja
7. Hijo-Hija o Hermano-Hermana (si no tiene ni hijos ni hermanos, otro familiar significativo).
8. Mujer grata
9. Mujer non-grato
10. Varón grato
11. Varón non-grato
12. Persona Significativa 1. Una persona que haya sido o esté siendo muy relevante en su vida y que no coincida con ninguno de los personajes enumerados antes. Puede ser tanto hombre como mujer.
13. Persona Significativa 2. Otra persona que haya sido o esté siendo muy relevante en su vida y que no coincida con ninguno de los personajes enumerados antes. Puede ser tanto hombre como mujer.
14. El /la terapeuta (construcción que hace de quien le esté tratando)
15. Yo ideal

B. Tabla de Identificación de Roles

Elemento	Nombre	Rol
Yo Ahora		Propia persona
Yo antes		Propia Persona
Yo dentro de 6 meses		Propia Persona
Madre		Madre
Padre		Padre
Familiar		_____
Mujer Grata		Mujer grata
Mujer Non-grata		Mujer Non-grata
Varón grato		Varón grato
Varón non-grato		Varón non grato
Persona significativa 1		_____
Persona significativa 2		_____
Terapeuta		Terapeuta/Relación de ayuda
Yo Ideal		Ideal

CONTRASTES DIÁDICOS

1. Yo ahora-Yo antes
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
2. Yo-Padre
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
3. Yo-Madre
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti

- Diferencia
- Diferencia
- 4. Yo-Pareja
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
- 5. Yo-Yo dentro de 6 meses
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
- 6. Mujer grata-Mujer non-grato
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
- 7. Varón grato-Varón non-grato
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
- 8. Mujer grata-Varón grata
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
- 9. Pareja –Varón non-grato
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
- 10. Yo-Hijo/Hermano/Familiar
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia

11. Persona Significativa 1-Persona Significativa 2
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
12. Hijo/ Hermano/ Familiar -Terapeuta
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
13. Persona significativa 2-Varón non grato
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
14. Mujer non-grata-Madre
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
15. Yo-Mujer grata
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
16. Hijo/ Hermano/ Familiar – Pareja
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
17. Pareja -Persona Significativa 1
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti
 - Diferencia
 - Diferencia
18. Yo- Terapeuta
 - Semejanza
 - Lo contrario para ti

- Diferencia
- Diferencia
- 19. Padre-Pareja
- Semejanza
- Lo contrario para ti
- Diferencia
- Diferencia

NOTAS

1. Puesto que se trata de una rejilla de investigación, se debe obtener una rejilla cuadrada (15 constructos y 15 elementos).
2. La administración de la rejilla acaba, por tanto, en el momento en el que se produce el constructo número 15 sea cual sea la díada de elementos con el que este constructo se logra.
3. El Yo ideal está siempre al final. No se incluye en las comparaciones diádicas, pero sí se incluyen en las respuestas de cuantificación.
4. Las comparaciones diádicas se presentan en el orden del protocolo, siempre primero la pregunta de semejanza y después la de diferencia.

D. Rejilla de resultados. CODIGO

CLAVE DE LAS RESPUESTAS																
Como lo que está escrito a la Izquierda						Ni una cosa ni otra		Como lo que está escrito a la Derecha								
Mucho = 1	Bastante = 2		Un Poco = 3			4		Un Poco = 5		Bastante = 6		Mucho = 7				
Fecha _____:																
Evaluación :																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3		
		Yo Ahora	Yo antes	Yo dentro de 6	Madre	Padre	Pareja	Hijo/a Hermano/a	Mujer Grata	Mujer INon-grata	Varón Grata	Varón non-grato	P Significativa1	Persona Significati2	Terapeuta	Yo Ideal
•	1.															
•	2.															
•	3.															
•	4.															
•	5.															
•	6.															
•	7.															
•	8.															
•	9.															
•	10.															
•	11.															
•	12.															
•	13.															
•	14.															
•	15.															

ANEXO II. SCL-90-R. (Symptom Cheklist 90 Revised)

Inventario SCL-90-R

Apellidos _____

Nombre _____

Sexo: Varón [] Mujer [] Edad _____ años

Instrucciones para contestar el cuestionario

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez.

Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

En la hoja de respuestas marque su respuesta con un lápiz según se indica en el ejemplo.

Ponga un aspa o sombree la casilla correspondiente a:

- “0” SI NO HA TENIDO ESA MOLESTIA
- “1” SI LA HA TENIDO UN POCO PRESENTE
- “2” SI LA HA TENIDO MODERADAMENTE
- “3” SI LA HA TENIDO BASTANTE
- “4” SI LA SUFRIDO MUCHO O EXTREMADAMENTE

¿Le ha sucedido en las últimas semanas, incluyendo en día de hoy?

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
6	El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10	Preocupaciones por la falta de aseo personal, el descuido o la desorganización.	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente irritado o enfadado	0	1	2	3	4

12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energía o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamiento suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa sólo	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo de todo lo que le pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por las cosas	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosos o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
39	Que su corazón palpita o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40	Nauseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46	Encontrar difícil el tomar decisiones	0	1	2	3	4

47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48	Dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49	Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado respecto al futuro	0	1	2	3	4
55	Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o agitado	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59	Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60	Comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente el mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65	Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, lavar, contar, etc.	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido entre otras personas	0	1	2	3	4
70	Sentirse incomodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, en tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda sólo	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
77	Sentirse sólo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer para nada	0	1	2	3	4
80	Pensamientos de que la va a pasar algo malo	0	1	2	3	4

81	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88	No sentirse cercano o íntimo con nadie	0	1	2	3	4
89	Sentimiento de culpabilidad	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente	0	1	2	3	4

HA TERMINADO, GRACIAS

ANEXO 3.

AUTORIZACIÓN PARA LA GRABACIÓN DE LAS SESIONES, SECRETO PROFESIONAL Y ANULACIÓN DE SESIONES

D./D^a _____

autoriza la grabación de las consultas que efectuará con el terapeuta que abajo se indica, así como la cumplimentación de los cuestionarios, tests o pruebas que sean precisos para el seguimiento de mi caso.

TERAPEUTA: _____

Con la firma de esta autorización expreso mi aceptación a asistir a las sesiones de psicoterapia que me han sido propuestas. Se me ha hecho saber que la grabación es fundamental para el seguimiento correcto de mi caso.

Se me ha informado que las grabaciones de las sesiones sólo pueden ser escuchadas por el o la terapeuta que me asista o, en todo caso, por otros miembros del equipo terapéutico que componen el servicio. En caso de que terceras personas deban transcribir la sesión, no tendrán comunicación alguna de mi identidad, ni del lugar de la terapia, ni del curso completo de la misma de cara a no poder ser identificado/a.

Todo lo que se comente durante las sesiones está sometido al secreto profesional y no puede ser divulgado fuera de la situación terapéutica por medio alguno. No obstante, la información clínica de las sesiones, convenientemente alterada para que sea totalmente imposible mi identificación, podrá ser usada para la formación de terapeutas y estudiantes de psicología como material didáctico.

Acepto también que los resultados de las pruebas que se me pidan cumplimentar pasen, de forma anónima, a una base de datos a efectos de investigación y publicaciones de estudio. Dicha base incluirá también los datos derivados del análisis de las grabaciones.

No podrá ser revelada información o dato ninguno que sirva para identificar a mi persona.

Ningún informe sobre mi situación se podrá elaborar sin mi consentimiento expreso, salvo que incurra la circunstancia de grave peligro para mí o para un tercero y, en ese caso, seré informado/a previamente de la confección de dicho informe.

Se acudirá puntualmente a las sesiones. Las anulaciones de sesión, si fuera necesario hacerlas se harán tanto por parte del terapeuta como del cliente con un intervalo mínimo de 24 horas. En el caso de que el cliente no avise con ese intervalo se abonará el 50% de la sesión aunque está no haya tenido lugar, salvo que concurran circunstancias que hayan hecho imposible la anulación anticipada.

Cliente:

Terapeuta:

Fdo. _____

Fdo. _____

_____ de _____ de 200

ANEXO.IV.

Tabla de pruebas univariadas en el anova multivariante de medidas repetidas.

Pruebas univariadas (Esfericidad Asumida)

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post	SCL_IGS	Esfericidad asumida	,955	1	,955	7,360	,010	,149
	SCL_TSP	Esfericidad asumida	1014,572	1	1014,572	5,825	,020	,122
	SCL_PSDI	Esfericidad asumida	,584	1	,584	5,057	,030	,107
	Intensidad	Esfericidad asumida	,012	1	,012	3,356	,074	,074
	Potencia	Esfericidad asumida	,001	1	,001	,040	,843	,001
	Polarización	Esfericidad asumida	2,714	1	2,714	,070	,793	,002
	Indefinición	Esfericidad asumida	11,469	1	11,469	,343	,561	,008
	FIC	Esfericidad asumida	,023	1	,023	,036	,851	,001
	YoIdeal	Esfericidad asumida	,395	1	,395	5,632	,022	,118
	YoOtros	Esfericidad asumida	,001	1	,001	,023	,880	,001
	IdealOtros	Esfericidad asumida	,149	1	,149	2,707	,107	,061
	PVEPF	Esfericidad asumida	41,466	1	41,466	1,822	,184	,042
	IntDilema	Esfericidad asumida	64,338	1	64,338	,936	,339	,022
Pre_Post * Edad	SCL_IGS	Esfericidad asumida	,000	1	,000	,003	,954	,000
	SCL_TSP	Esfericidad asumida	51,582	1	51,582	,296	,589	,007
	SCL_PSDI	Esfericidad asumida	,022	1	,022	,190	,665	,004
	Intensidad	Esfericidad asumida	,011	1	,011	3,105	,085	,069

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * Edad	Potencia	Esfericidad asumida	,008	1	,008	,222	,640	,005
	Polarización	Esfericidad asumida	28,133	1	28,133	,725	,399	,017
	Indefinición	Esfericidad asumida	1,374	1	1,374	,041	,840	,001
	FIC	Esfericidad asumida	,020	1	,020	,030	,863	,001
	YoIdeal	Esfericidad asumida	,011	1	,011	,155	,696	,004
	YoOtros	Esfericidad asumida	,001	1	,001	,012	,913	,000
	IdealOtros	Esfericidad asumida	,206	1	,206	3,744	,060	,082
	PVEPF	Esfericidad asumida	44,229	1	44,229	1,944	,171	,044
	IntDilema	Esfericidad asumida	79,647	1	79,647	1,158	,288	,027
Pre_Post * Demanda_Re codificada	SCL_IGS	Esfericidad asumida	,021	1	,021	,161	,690	,004
	SCL_TSP	Esfericidad asumida	343,586	1	343,586	1,973	,168	,045
	SCL_PSDI	Esfericidad asumida	,025	1	,025	,214	,646	,005
	Intensidad	Esfericidad asumida	,006	1	,006	1,864	,179	,042
	Potencia	Esfericidad asumida	,005	1	,005	,129	,721	,003
	Polarización	Esfericidad asumida	25,095	1	25,095	,646	,426	,015
	Indefinición	Esfericidad asumida	105,485	1	105,485	3,152	,083	,070
	FIC	Esfericidad asumida	,073	1	,073	,111	,740	,003
	YoIdeal	Esfericidad asumida	,009	1	,009	,128	,722	,003
	YoOtros	Esfericidad asumida	,091	1	,091	1,679	,202	,038

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * Demanda_Reco dificada	IdealOtros	Esfericidad asumida	,007	1	,007	,131	,719	,003
	PVEPF	Esfericidad asumida	58,916	1	58,916	2,589	,115	,058
	IntDilema	Esfericidad asumida	65,532	1	65,532	,953	,335	,022
Pre_Post * R1DIL	SCL_IGS	Esfericidad asumida	,264	1	,264	2,037	,161	,046
	SCL_TSP	Esfericidad asumida	190,905	1	190,905	1,096	,301	,025
	SCL_PSDI	Esfericidad asumida	,013	1	,013	,108	,744	,003
	Intensidad	Esfericidad asumida	,008	1	,008	2,363	,132	,053
	Potencia	Esfericidad asumida	,077	1	,077	2,119	,153	,048
	Polarización	Esfericidad asumida	5,023	1	5,023	,129	,721	,003
	Indefinición	Esfericidad asumida	26,552	1	26,552	,793	,378	,019
	FIC	Esfericidad asumida	8,143E-7	1	8,143E-7	,000	,999	,000
	YoIdeal	Esfericidad asumida	,023	1	,023	,321	,574	,008
	YoOtros	Esfericidad asumida	,000	1	,000	,008	,929	,000
	IdealOtros	Esfericidad asumida	,113	1	,113	2,059	,159	,047
	PVEPF	Esfericidad asumida	225,156	1	225,156	9,894	,003	,191
	IntDilema	Esfericidad asumida	619,537	1	619,537	9,010	,005	,177
Pre_Post * R2DIL	SCL_IGS	Esfericidad asumida	,002	1	,002	,012	,913	,000
	SCL_TSP	Esfericidad asumida	342,652	1	342,652	1,967	,168	,045
	SCL_PSDI	Esfericidad asumida	,083	1	,083	,723	,400	,017

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * R2DIL	Intensidad	Esfericidad asumida	,003	1	,003	,845	,363	,020
	Potencia	Esfericidad asumida	,169	1	,169	4,672	,036	,100
	Polarización	Esfericidad asumida	77,366	1	77,366	1,993	,165	,045
	Indefinición	Esfericidad asumida	122,841	1	122,841	3,671	,062	,080
	FIC	Esfericidad asumida	,130	1	,130	,197	,659	,005
	YoIdeal	Esfericidad asumida	,002	1	,002	,035	,852	,001
	YoOtros	Esfericidad asumida	,008	1	,008	,138	,712	,003
	IdealOtros	Esfericidad asumida	,043	1	,043	,775	,384	,018
	PVEPF	Esfericidad asumida	89,534	1	89,534	3,935	,054	,086
	IntDilema	Esfericidad asumida	597,527	1	597,527	8,690	,005	,171
Pre_Post * Demanda_Re codificada * R1DIL	SCL_IGS	Esfericidad asumida	,836	1	,836	6,443	,015	,133
		Greenhouse-Geisser	,836	1,000	,836	6,443	,015	,133
		Huynh-Feldt	,836	1,000	,836	6,443	,015	,133
		Límite inferior	,836	1,000	,836	6,443	,015	,133
	SCL_TSP	Esfericidad asumida	357,975	1	357,975	2,055	,159	,047
		Greenhouse-Geisser	357,975	1,000	357,975	2,055	,159	,047
		Huynh-Feldt	357,975	1,000	357,975	2,055	,159	,047
		Límite inferior	357,975	1,000	357,975	2,055	,159	,047
	SCL_PSDI	Esfericidad asumida	,419	1	,419	3,630	,064	,080

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * Demanda_Re codificada * R1DIL		Greenhouse -Geisser	,419	1,0 00	,419	3,630	,064	,080
		Huynh-Feldt	,419	1,0 00	,419	3,630	,064	,080
		Límite inferior	,419	1,0 00	,419	3,630	,064	,080
	Intensidad	Esfericidad asumida	,001	1	,001	,256	,616	,006
		Greenhouse -Geisser	,001	1,0 00	,001	,256	,616	,006
		Huynh-Feldt	,001	1,0 00	,001	,256	,616	,006
		Límite inferior	,001	1,0 00	,001	,256	,616	,006
	Potencia	Esfericidad asumida	,028	1	,028	,780	,382	,018
		Greenhouse -Geisser	,028	1,0 00	,028	,780	,382	,018
		Huynh-Feldt	,028	1,0 00	,028	,780	,382	,018
		Límite inferior	,028	1,0 00	,028	,780	,382	,018
	Polarización	Esfericidad asumida	7,005	1	7,005	,180	,673	,004
		Greenhouse -Geisser	7,005	1,0 00	7,005	,180	,673	,004
		Huynh-Feldt	7,005	1,0 00	7,005	,180	,673	,004
		Límite inferior	7,005	1,0 00	7,005	,180	,673	,004
	Indefinición	Esfericidad asumida	4,767	1	4,767	,142	,708	,003
		Greenhouse -Geisser	4,767	1,0 00	4,767	,142	,708	,003
		Huynh-Feldt	4,767	1,0 00	4,767	,142	,708	,003
		Límite inferior	4,767	1,0 00	4,767	,142	,708	,003

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * Demanda_Reco dificada * R1DIL	FIC	inferior		00				
		Esfericidad asumida	,055	1	,055	,083	,775	,002
		Greenhouse-Geisser	,055	1,000	,055	,083	,775	,002
		Huynh-Feldt	,055	1,000	,055	,083	,775	,002
		Límite inferior	,055	1,000	,055	,083	,775	,002
	YoIdeal	Esfericidad asumida	,025	1	,025	,360	,552	,009
		Greenhouse-Geisser	,025	1,000	,025	,360	,552	,009
		Huynh-Feldt	,025	1,000	,025	,360	,552	,009
		Límite inferior	,025	1,000	,025	,360	,552	,009
	YoOtros	Esfericidad asumida	,074	1	,074	1,361	,250	,031
		Greenhouse-Geisser	,074	1,000	,074	1,361	,250	,031
		Huynh-Feldt	,074	1,000	,074	1,361	,250	,031
		Límite inferior	,074	1,000	,074	1,361	,250	,031
	IdealOtros	Esfericidad asumida	,072	1	,072	1,315	,258	,030
		Greenhouse-Geisser	,072	1,000	,072	1,315	,258	,030
		Huynh-Feldt	,072	1,000	,072	1,315	,258	,030
		Límite inferior	,072	1,000	,072	1,315	,258	,030
	PVEPF	Esfericidad asumida	26,637	1	26,637	1,171	,285	,027
		Greenhouse-Geisser	26,637	1,000	26,637	1,171	,285	,027
		Huynh-Feldt	26,637	1,000	26,637	1,171	,285	,027

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * Demanda_Reco dificada * R1DIL				00				
		Límite inferior	26,637	1,000	26,637	1,171	,285	,027
	IntDilema	Esfericidad asumida	11,303	1	11,303	,164	,687	,004
		Greenhouse-Geisser	11,303	1,000	11,303	,164	,687	,004
		Huynh-Feldt	11,303	1,000	11,303	,164	,687	,004
		Límite inferior	11,303	1,000	11,303	,164	,687	,004
	Pre_Post * Demanda_Reco dificada * R2DIL	SCL_IGS	Esfericidad asumida	3,479E-7	1	3,479E-7	,000	,999
Greenhouse-Geisser			3,479E-7	1,000	3,479E-7	,000	,999	,000
Huynh-Feldt			3,479E-7	1,000	3,479E-7	,000	,999	,000
Límite inferior			3,479E-7	1,000	3,479E-7	,000	,999	,000
SCL_TSP		Esfericidad asumida	1,336	1	1,336	,008	,931	,000
		Greenhouse-Geisser	1,336	1,000	1,336	,008	,931	,000
		Huynh-Feldt	1,336	1,000	1,336	,008	,931	,000
		Límite inferior	1,336	1,000	1,336	,008	,931	,000
SCL_PSDI		Esfericidad asumida	,034	1	,034	,295	,590	,007
		Greenhouse-Geisser	,034	1,000	,034	,295	,590	,007
		Huynh-Feldt	,034	1,000	,034	,295	,590	,007
		Límite inferior	,034	1,000	,034	,295	,590	,007
Intensidad		Esfericidad asumida	8,917E-7	1	8,917E-7	,000	,987	,000
		Greenhouse	8,917E-7	1,0	8,917E-7	,000	,987	,000

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * Demanda_Reco dificada * R2DIL		-Geisser		00				
		Huynh-Feldt	8,917E-7	1,000	8,917E-7	,000	,987	,000
		Límite inferior	8,917E-7	1,000	8,917E-7	,000	,987	,000
	Potencia	Esfericidad asumida	,038	1	,038	1,044	,313	,024
		Greenhouse -Geisser	,038	1,000	,038	1,044	,313	,024
		Huynh-Feldt	,038	1,000	,038	1,044	,313	,024
		Límite inferior	,038	1,000	,038	1,044	,313	,024
	Polarización	Esfericidad asumida	1,601	1	1,601	,041	,840	,001
		Greenhouse -Geisser	1,601	1,000	1,601	,041	,840	,001
		Huynh-Feldt	1,601	1,000	1,601	,041	,840	,001
		Límite inferior	1,601	1,000	1,601	,041	,840	,001
	Indefinición	Esfericidad asumida	110,259	1	110,259	3,295	,077	,073
		Greenhouse -Geisser	110,259	1,000	110,259	3,295	,077	,073
		Huynh-Feldt	110,259	1,000	110,259	3,295	,077	,073
		Límite inferior	110,259	1,000	110,259	3,295	,077	,073
	FIC	Esfericidad asumida	,000	1	,000	,001	,981	,000
		Greenhouse -Geisser	,000	1,000	,000	,001	,981	,000
		Huynh-Feldt	,000	1,000	,000	,001	,981	,000
		Límite inferior	,000	1,000	,000	,001	,981	,000
	Yoldeal	Esfericidad	,000	1	,000	,004	,952	,000

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * Demanda_Reco dificada * R2DIL		asumida						
		Greenhouse -Geisser	,000	1,0 00	,000	,004	,952	,000
		Huynh-Feldt	,000	1,0 00	,000	,004	,952	,000
		Límite inferior	,000	1,0 00	,000	,004	,952	,000
	YoOtros	Esfericidad asumida	,032	1	,032	,596	,445	,014
		Greenhouse -Geisser	,032	1,0 00	,032	,596	,445	,014
		Huynh-Feldt	,032	1,0 00	,032	,596	,445	,014
		Límite inferior	,032	1,0 00	,032	,596	,445	,014
	IdealOtros	Esfericidad asumida	,003	1	,003	,050	,825	,001
		Greenhouse -Geisser	,003	1,0 00	,003	,050	,825	,001
		Huynh-Feldt	,003	1,0 00	,003	,050	,825	,001
		Límite inferior	,003	1,0 00	,003	,050	,825	,001
	PVEPF	Esfericidad asumida	3,165	1	3,165	,139	,711	,003
		Greenhouse -Geisser	3,165	1,0 00	3,165	,139	,711	,003
		Huynh-Feldt	3,165	1,0 00	3,165	,139	,711	,003
		Límite inferior	3,165	1,0 00	3,165	,139	,711	,003
Pre_Post * Demanda_Reco dificada * R2DIL	IntDilema	Esfericidad asumida	226,265	1	226,265	3,291	,077	,073
		Greenhouse -Geisser	226,265	1,0 00	226,265	3,291	,077	,073
		Huynh-Feldt	226,265	1,0 00	226,265	3,291	,077	,073
		Límite inferior	226,265	1,0	226,265	3,291	,077	,073

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
		inferior		00				
Pre_Post * R1DIL * R2DIL	SCL_IGS	Esfericidad asumida	1,145	1	1,145	8,827	,005	,174
		Greenhouse-Geisser	1,145	1,000	1,145	8,827	,005	,174
		Huynh-Feldt	1,145	1,000	1,145	8,827	,005	,174
		Límite inferior	1,145	1,000	1,145	8,827	,005	,174
	SCL_TSP	Esfericidad asumida	1220,894	1	1220,894	7,010	,011	,143
		Greenhouse-Geisser	1220,894	1,000	1220,894	7,010	,011	,143
		Huynh-Feldt	1220,894	1,000	1220,894	7,010	,011	,143
		Límite inferior	1220,894	1,000	1220,894	7,010	,011	,143
	SCL_PSDI	Esfericidad asumida	1,001	1	1,001	8,674	,005	,171
		Greenhouse-Geisser	1,001	1,000	1,001	8,674	,005	,171
		Huynh-Feldt	1,001	1,000	1,001	8,674	,005	,171
		Límite inferior	1,001	1,000	1,001	8,674	,005	,171
	Intensidad	Esfericidad asumida	,011	1	,011	3,290	,077	,073
		Greenhouse-Geisser	,011	1,000	,011	3,290	,077	,073
		Huynh-Feldt	,011	1,000	,011	3,290	,077	,073
		Límite inferior	,011	1,000	,011	3,290	,077	,073
	Potencia	Esfericidad asumida	,066	1	,066	1,821	,184	,042
		Greenhouse-Geisser	,066	1,000	,066	1,821	,184	,042
		Huynh-Feldt	,066	1,000	,066	1,821	,184	,042

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * R1DIL * R2DIL				00				
		Límite inferior	,066	1,00	,066	1,821	,184	,042
	Polarización	Esfericidad asumida	1,611	1	1,611	,042	,840	,001
		Greenhouse-Geisser	1,611	1,00	1,611	,042	,840	,001
		Huynh-Feldt	1,611	1,00	1,611	,042	,840	,001
		Límite inferior	1,611	1,00	1,611	,042	,840	,001
	Indefinición	Esfericidad asumida	191,315	1	191,315	5,717	,021	,120
		Greenhouse-Geisser	191,315	1,00	191,315	5,717	,021	,120
		Huynh-Feldt	191,315	1,00	191,315	5,717	,021	,120
		Límite inferior	191,315	1,00	191,315	5,717	,021	,120
	FIC	Esfericidad asumida	,441	1	,441	,670	,418	,016
		Greenhouse-Geisser	,441	1,00	,441	,670	,418	,016
		Huynh-Feldt	,441	1,00	,441	,670	,418	,016
		Límite inferior	,441	1,00	,441	,670	,418	,016
	YoIdeal	Esfericidad asumida	,027	1	,027	,382	,540	,009
		Greenhouse-Geisser	,027	1,00	,027	,382	,540	,009
		Huynh-Feldt	,027	1,00	,027	,382	,540	,009
		Límite inferior	,027	1,00	,027	,382	,540	,009
	YoOtros	Esfericidad asumida	,020	1	,020	,364	,549	,009
		Greenhouse	,020	1,0	,020	,364	,549	,009

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * R1DIL * R2DIL		-Geisser		00				
		Huynh-Feldt	,020	1,000	,020	,364	,549	,009
		Límite inferior	,020	1,000	,020	,364	,549	,009
	IdealOtros	Esfericidad asumida	,151	1	,151	2,735	,106	,061
		Greenhouse -Geisser	,151	1,000	,151	2,735	,106	,061
		Huynh-Feldt	,151	1,000	,151	2,735	,106	,061
		Límite inferior	,151	1,000	,151	2,735	,106	,061
	PVEPF	Esfericidad asumida	193,551	1	193,551	8,506	,006	,168
		Greenhouse -Geisser	193,551	1,000	193,551	8,506	,006	,168
		Huynh-Feldt	193,551	1,000	193,551	8,506	,006	,168
		Límite inferior	193,551	1,000	193,551	8,506	,006	,168
	IntDilema	Esfericidad asumida	88,522	1	88,522	1,287	,263	,030
		Greenhouse -Geisser	88,522	1,000	88,522	1,287	,263	,030
		Huynh-Feldt	88,522	1,000	88,522	1,287	,263	,030
		Límite inferior	88,522	1,000	88,522	1,287	,263	,030
	Pre_Post * Demanda_Re codificada * R1DIL * R2DIL	SCL_IGS	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.
Greenhouse -Geisser			,000	,000	.	.	.	,000
Huynh-Feldt			,000	,000	.	.	.	,000
Límite inferior			,000	,000	.	.	.	,000
SCL_TSP		Esfericidad	,000	0	.	.	.	,000

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * Demanda_Reco dificada * R1DIL * R2DIL		asumida						
		Greenhouse-Geisser	,000	,000	.	.	.	,000
		Huynh-Feldt	,000	,000	.	.	.	,000
		Límite inferior	,000	,000	.	.	.	,000
	SCL_PSDI	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.	,000
		Greenhouse-Geisser	,000	,000	.	.	.	,000
		Huynh-Feldt	,000	,000	.	.	.	,000
		Límite inferior	,000	,000	.	.	.	,000
	Intensidad	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.	,000
		Greenhouse-Geisser	,000	,000	.	.	.	,000
		Huynh-Feldt	,000	,000	.	.	.	,000
		Límite inferior	,000	,000	.	.	.	,000
	Potencia	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.	,000
		Greenhouse-Geisser	,000	,000	.	.	.	,000
		Huynh-Feldt	,000	,000	.	.	.	,000
		Límite inferior	,000	,000	.	.	.	,000
	Polarización	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.	,000
		Greenhouse-Geisser	,000	,000	.	.	.	,000
		Huynh-Feldt	,000	,000	.	.	.	,000
		Límite inferior	,000	,000	.	.	.	,000

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Pre_Post * Demanda_Reco dificada * R1DIL * R2DIL	Indefinición	inferior		0				
		Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.	,000
		Greenhouse-Geisser	,000	,00	.	.	.	,000
		Huynh-Feldt	,000	,00	.	.	.	,000
		Límite inferior	,000	,00	.	.	.	,000
	FIC	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.	,000
		Greenhouse-Geisser	,000	,00	.	.	.	,000
		Huynh-Feldt	,000	,00	.	.	.	,000
		Límite inferior	,000	,00	.	.	.	,000
	YoIdeal	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.	,000
		Greenhouse-Geisser	,000	,00	.	.	.	,000
		Huynh-Feldt	,000	,00	.	.	.	,000
		Límite inferior	,000	,00	.	.	.	,000
	YoOtros	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.	,000
		Greenhouse-Geisser	,000	,00	.	.	.	,000
		Huynh-Feldt	,000	,00	.	.	.	,000
		Límite inferior	,000	,00	.	.	.	,000
	IdealOtros	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.	,000
		Greenhouse-Geisser	,000	,00	.	.	.	,000
		Huynh-Feldt	,000	,00	.	.	.	,000

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2	
Pre_Post * Demanda_Reco dificada * R1DIL * R2DIL				0					
		Límite inferior	,000	,000	.	.	.	,000	
	PVEPF	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.	,000	
		Greenhouse-Geisser	,000	,000	.	.	.	,000	
		Huynh-Feldt	,000	,000	.	.	.	,000	
		Límite inferior	,000	,000	.	.	.	,000	
	IntDilema	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.	,000	
		Greenhouse-Geisser	,000	,000	.	.	.	,000	
		Huynh-Feldt	,000	,000	.	.	.	,000	
		Límite inferior	,000	,000	.	.	.	,000	
	Error(Pre Post)	SCL_IGS	Esfericidad asumida	5,450	42	,130			
		SCL_TSP	Esfericidad asumida	7315,408	42	174,176			
		SCL_PSDI	Esfericidad asumida	4,849	42	,115			
		Intensidad	Esfericidad asumida	,144	42	,003			
Potencia		Esfericidad asumida	1,521	42	,036				
Polarización		Esfericidad asumida	1630,398	42	38,819				
Indefinición		Esfericidad asumida	1405,439	42	33,463				
FIC		Esfericidad asumida	27,655	42	,658				
YoIdeal		Esfericidad asumida	2,949	42	,070				
YoOtros		Esfericidad	2,286	42	,054				

LA PREDICCIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE VARIABLES DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO:
UN ESTUDIO CON CLIENTES DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Origen	Medida	Medida (asumiendo esfericidad)	Tipo III SC	gl	MC	F	Sig.	Eta p2
Error(Pre Post)		asumida						
	IdealOtros	Esfericidad asumida	2,312	42	,055			
	PVEPF	Esfericidad asumida	955,746	42	22,756			
	IntDilema	Esfericidad asumida	2887,945	42	68,761			