



Trabajo Fin de Grado

Análisis de los motivos de abandono en una muestra de TCA del Hospital

Universitario Marqués de Valdecilla

Autora: Laura Moreno Malfaz

Directora: Yolanda Vellisca González

Grado de Psicología

Junio 2013

Universidad de Zaragoza (Campus de Teruel)

TFG Proyecto de investigación

Resumen

Los tratamientos de los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) conllevan importantes costes personales y sanitarios. Existen cada vez más evidencias que indican que las intervenciones terapéuticas y farmacológicas minimizan el efecto de la enfermedad, sobre los aspectos físicos, el deterioro personal, el familiar y el laboral (Fairburn, Wilson y Terence, 2013; Fallon y Wisniewski, 2013). El objetivo de nuestro trabajo ha consistido en identificar los diferentes motivos que pueden estar asociados al abandono de los tratamientos psicológicos y/o farmacológicos en pacientes diagnosticados de TCA en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Para tratar de conocer las distintas causas posibles de los abandonos a los tratamientos, hemos realizado un sondeo a pacientes diagnosticados de TCA recogiendo datos mediante una entrevista semiestructurada. La muestra se compuso de un total de 87 pacientes con sospecha de abandono, sin embargo, la muestra final fue de 54.

Palabras clave

Trastornos de la conducta alimentaria, abandono, tratamiento

Abstract

Treatments for eating disorders (ED) entail very important personal and health costs. There is increasing evidence to suggest that therapeutic and pharmacologic interventions minimize the effect of the disease on the physical, the personal, family and workplace deterioration (Fairburn, Wilson and Terence, 2013, Fallon and Wisniewski, 2013). The aim of the present study has involved identifying the different reasons that may be associated to psychological and pharmacologic treatments dropout in patients diagnosed with ED in the Eating Disorders Service (EDS) at the University Hospital Marqués de Valdecilla in Santander.

In order to recognize the different reasons for dropouts to treatment, we conducted a survey of patients diagnosed with ED by collecting data through a semistructured interview. The sample consisted of a total of 87 patients suspected of treatment dropout; however, the final sample was 54.

Keywords

Eating Disorders, dropout, treatment

ÍNDICE

<u>1. Introducción</u>	3
1.1. Marco teórico	8
<u>2. Parte empírica</u>	9
2.1. Objetivos	9
2.2. Hipótesis	10
2.3. Método	10
2.3.1. Participantes	10
2.3.2. Instrumentos	11
2.3.3. Revisión bibliográfica	12
2.3.4. Procedimiento	12
<u>3. Resultados</u>	13
3.1. Análisis de datos	13
<u>4. Discusión</u>	16
4.1. Hipótesis 1	16
4.2. Hipótesis 2	16
4.3. Limitaciones	17
4.4. Futuros estudios	17
4.5. Conclusiones	18
<u>5. Referencias</u>	20
Anexos	23

1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos o del funcionamiento psicosocial (Gómez del Barrio et al., 2012).

Según los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales CIE-10 (OMS, 1992) y DSM-IV-TR (APA, 1994) diferencian dentro los trastornos de la conducta alimentaria tres grandes categorías: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Las dos primeras categorías son trastornos específicos, y la tercera categoría incluye los casos que no cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia o bulimia nerviosa pero en los que sí existe una alteración de la conducta alimentaria.

La AN se caracteriza por una pérdida progresiva de peso, ocasionada por la propia persona, a través de la disminución o evitación de la ingesta. La característica psicopatológica fundamental de este trastorno, al igual que ocurre con el resto de trastornos de la conducta alimentaria, es la distorsión de su imagen corporal, que les provoca una sobreestimación de su figura o peso corporal. Además suele existir también uno o más de los siguientes síntomas: vómitos autoprovocados, purgas intestinales, ejercicio excesivo y/o consumo de fármacos, amenorrea en las mujeres, y pérdida del interés y la potencia sexuales en los varones. La BN se caracteriza por una preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentando episodios recurrentes de ingesta de grandes cantidades de alimentos, en un espacio corto de tiempo y con un sentimiento de pérdida de control, de no poder parar de comer. Además, estos episodios suelen estar seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno, el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos, anorexígenos o el ejercicio excesivo (Gómez del Barrio et al., 2012; Ram y Prous, 2005).

La tercera categoría se caracteriza por ser alteraciones de la ingesta que no cumplen todos los criterios necesarios para poder diagnosticar un trastorno específico (AN o BN). Suelen ser pacientes con sintomatología propia de la AN o BN pero que no cumplen todos los criterios para ser un cuadro completo. En esta categoría se incluye el trastorno por atracón, muy frecuente en la actualidad, se trata de un trastorno sobre el

que todavía se estudia si considerarlo como un trastorno diferente al resto de los trastornos de la conducta alimentaria no especificado, como una forma leve de bulimia nerviosa, o como una entidad independiente. Se diferencia de la BN por la ausencia de mecanismos compensatorios posterior a los atracones, lo que provoca un aumento de peso inevitable y consecuentemente un problema de sobrepeso u obesidad. El sobrepeso y la obesidad no son considerados trastornos mentales, sino cuadros médicos provocados por un exceso de grasa corporal causado por el mantenimiento de una ingesta alimentaria de contenido calórico mayor al adecuado para cada persona (Gómez del Barrio et al., 2012; Ram y Prous, 2005).

Algunas evidencias históricas hacen referencia a las características propias de la AN y BN sin estar definidas como tal. El ayuno de forma intencionada es conocido desde tiempos bíblicos, sin saber si estas descripciones son auténticos casos de anorexia mental o no, ya que las referencias localizadas son incompletas o poco claras. Es en el siglo XVII cuando el médico R. Morton comienza a definir la AN con términos médicos. Para llegar al término actual de BN se ha pasado a lo largo de la historia por diferentes acepciones, ya en la antigua Roma se provocaban el vómito tras realizar comidas copiosas, o en el siglo XIV era utilizado por los pecadores para purgar sus culpas como método de autocastigo religioso. Hasta finales de los setenta no se describió de forma específica la BN (Gómez del Barrio, García Gómez, y Corral Collante, 2009; Kirszman y Salgueiro, 2002).

Actualmente, en la práctica clínica es difícil distinguir casos puros, ya que lo más frecuente es que los pacientes evolucionen de una forma a otra a lo largo de la vida. Así mismo, algunos pacientes diagnosticados en su origen de AN desarrollan signos bulímicos y viceversa. Sin olvidar que, pacientes que ya han recibido tratamiento, dejan de cumplir todos los criterios de la AN o BN, diagnosticándose por tanto como TCANEs (Lahoriga y Cano, 2005).

Los TCA no son enfermedades nuevas, sin embargo, en las últimas décadas se ha avanzado más en su diagnóstico y se ha elevado la conciencia social, por lo que los diagnósticos de TCA han aumentado. Sin embargo, parece estar estabilizándose debido a las estrategias de prevención y detección precoz que existen en la actualidad (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009).

El denominado Efecto Tóxico de la enfermedad hace evidente la importancia de la detección precoz, ya que la malnutrición prolongada produce lesiones en el desarrollo del cerebro a nivel estructural, en las áreas reguladoras de la conducta alimentaria, y en los circuitos que soportan los patrones de conducta (Connan, Campbell, Katzman, Lightman y Treasure, 2003). Se ha demostrado que el retraso en la identificación e instauración del tratamiento conlleva a una mayor duración de la enfermedad y que cuanto más precoz es el tratamiento y menos grave es la presentación del TCA más favorable es el pronóstico (Currin et al., 2005). Por tanto, una intervención temprana minimiza los efectos de la enfermedad en cuanto a aspectos físicos y el deterioro personal familiar y laboral (Touyz, 1999).

Aunque diversos estudios han mostrado los buenos resultados a lo largo de una amplia extensión de pacientes con TCA (Fairburn et al., 2008; Ghaderi, 2006), tristemente no se puede aplicar a todos ellos. Considerando aquellos pacientes que abandonan la intervención antes de completar el tratamiento, los resultados se vuelven muy negativos (Waller et al., 2009). La falta de asistencia al tratamiento es un problema real, sin embargo, no siempre es considerado como un tema de investigación y tiene graves consecuencias negativas. Es improbable que los pacientes que abandonan el tratamiento se recuperen por si mismos (Pike, 1998) y muestran peor pronóstico a largo plazo (Beumont, Russel y Touyz, 1993).

Tras realizar un repaso a las estadísticas en un intervalo de 5 años (Campbell, 2007; Mahon, 2000; Mckisack, 1991), como se muestra en la figura 1, los datos sugieren que existe un incremento de los pacientes con TCA que abandonan el tratamiento (Campbell, 2009).

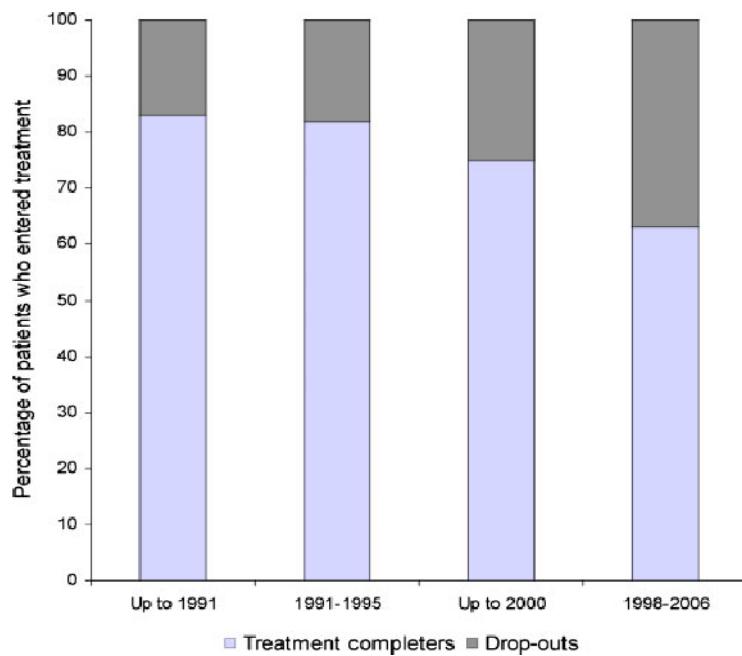


Figura 1. Abandonos y datos de finalización de los tratamientos psicológicos de los TCA

La mayor parte de esta información es sesgada puesto que provienen de investigaciones que realizan un especial esfuerzo para mantener a los pacientes en el tratamiento. Por tanto, en la práctica clínica, los datos podrían ser incluso más pesimistas (Campbell, 2009).

En contraste, otros estudios informan de porcentajes de abandono más altos. Los datos hallados indican una relación del 20-51% de abandono de los pacientes ingresados y del 29-73% de los pacientes en régimen ambulatorio. El porcentaje de abandonos en trastornos de la alimentación son más altos que otras condiciones psiquiátricas (Watson, Fursland y Byrne, 2013).

En la UTCA, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, en el año 2013, el porcentaje de abandonos se encuentra en torno al 41.2 %, mientras que un 35.7% continua en tratamiento y un 20% recibe el alta (ver figura 2).

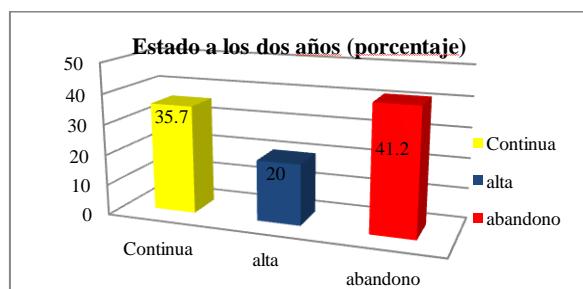


Figura 2. Estado a los dos años de los pacientes de la UTCA en Cantabria 2011- 2013

Los abandonos tempranos añaden costes y sobrecargan el sistema de salud, sin rentabilizar su uso. Investigaciones sobre la salud pública han descubierto que los pacientes con enfermedades crónicas que no están en tratamiento, utilizan en general más recursos de otros servicios como la atención médica, atención hospitalaria, emergencias, fisioterapia, etc. que los pacientes que si lo están, con los correspondientes gastos que esto conlleva (Watson, Fursland y Byrne, 2013).

Por tanto, resulta trascendente realizar investigaciones no solo en la mejora de la detección precoz de TCA sino en cómo maximizar los recursos para el mayor número de pacientes, es decir, investigar para mejorar la asistencia de los pacientes al tratamiento y disminuir así los abandonos.

En el presente estudio se estudiaron los motivos de abandono con el fin de mejorar la retención de los pacientes y consecuentemente maximizar los beneficios del tratamiento. De esta forma cada paciente que se mantenga en el tratamiento tiene más posibilidades de recuperarse, consiguiendo por tanto un tratamiento en el que se obtiene el máximo beneficio para el mayor número de pacientes.

Se hace necesario por tanto entender los motivos de abandono para poder prevenirlas. Las diferentes investigaciones realizadas por Campbell (2009) en este ámbito, recomiendan tener en cuenta la pérdida de motivación como motivo de abandono, la diferencias entre abandono (no acuden más a terapia) y poca adherencia al tratamiento (aquellos que se saltan citas o no hacen las tareas para casa). También se ha de diferenciar entre las personas que abandonan pero siguen teniendo un TCA, y aquellos que abandonan porque han mejorado y no necesitan más tratamiento. Por último, es recomendable tener en cuenta las diferencias entre el tipo de terapia, características del terapeuta y otras variables relacionadas.

Según investigaciones anteriores (Clinton, 1996; Watson et al., 2013) los motivos más encontrados son; mejoría, características del tratamiento, relación con el terapeuta (Clinton, 1996), no cumplimiento de las expectativas, desesperanza, falta de apoyo familiar, utilización de otros recursos, comorbilidad psiquiátrica (Watson et al., 2013).

A pesar del interés de la investigación de los motivos de abandono del tratamiento en los pacientes diagnosticados de TCA, la literatura encontrada es escasa.

En este trabajo y tras revisar las investigaciones de otros autores, se resumen los diferentes motivos de abandono encontrados en una muestra de TCA del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. La pregunta de la investigación es *¿tienen los pacientes de TCA motivos para abandonar las terapias?*, y si lo tienen, *¿cuáles son?*

1.1. Marco teórico

Una de las teorías que explica las causas del abandono al tratamiento es la teoría de la propia autodeterminación, la cual expone que si la responsabilidad recae en el paciente y se tienen en cuenta sus propias elecciones, el tratamiento es mucho más eficaz, dado que la percepción de autonomía y voluntad fomenta la continuidad y el cambio terapéutico (Vandereychken y Vansteenkiste, 2009). La sensación de voluntad y de autodeterminación es un factor muy importante en la motivación (Ryan y Deci, 2000), sin embargo, la presión externa y las decisiones tomadas por otras personas no favorecen dicha sensación y en ocasiones desemboca en el abandono del tratamiento. Según Zuroff et al., (2007), cuando los pacientes son totalmente responsables de tomar la decisión de iniciar y permanecer en el tratamiento, es menos probable que abandonen, y hay mayor probabilidad de que realicen progresos terapéuticos y su bienestar sea mayor, en comparación de cuando se sienten obligados a hacerlo.

El abandono al tratamiento predice una peor evolución (Watson et al., 2013), por tanto, es relevante definir lo que se entiende por abandono en este trabajo. *Abandono tras evaluar* describe a los pacientes que han asistido al menos una vez al servicio y han sido evaluados, sin embargo, por su propia iniciativa y contraria al consejo profesional han salido del tratamiento antes de su comienzo. *Abandono precoz* es considerado a aquellos pacientes que han acudido a menos de tres consultas y *abandono tardío* es denominado para el resto de pacientes que han interrumpido de forma voluntaria el tratamiento (Wallier et al., 2009).

Según Watson et al., (2013), sus investigaciones apuntan a que no existe un solo factor o un conjunto de factores que los terapeutas puedan considerar para diferenciar entre abandonos precoces y abandonos tardíos. Sin embargo, contrariamente a estas afirmaciones, Burker y Hodgin (1993) en estudios previos, observaron a través de varias muestras de pacientes con TCA, que en la gravedad interfieren múltiples áreas problemáticas, tales como hábitos alimenticios desordenados, patologías alimentarias,

comorbilidad actual y pasada, personalidad patológica y el funcionamiento familiar aumenta la probabilidad de abandonos tempranos.

La investigación llevada a cabo por Sly (2009) expresa que el abandono precoz es mucho más probable si influyen varios factores interrelacionados como la alianza terapéutica, la motivación al cambio y el ajuste al programa de tratamiento.

El porcentaje de pacientes que abandonan está influido por la composición de la muestra, la modalidad de tratamientos y la propia definición de abandono. Respecto a la muestra, una de las mayores diferencias encontradas es la relacionada con la edad, en cuanto a adolescentes y adultos jóvenes en contraste con los adultos. El ambiente familiar es un factor que predice especialmente el abandono para los adolescentes, además de las dificultades parentales psiquiátricas, ya que en la mayor parte de los casos los padres tienen la autoridad legal sobre su hija para poder elegir la continuidad del tratamiento o su abandono (Wallier et al., 2009).

Además la modalidad de tratamiento difiere en cada estudio, puesto que la cantidad de tiempo que se les permite estar en el hospital mientras no avanzan o mientras pierden peso es diferente de un estudio a otro (Wallier et al., 2009).

Por último, es importante tener en cuenta las diferencias entre abandono tardío y abandono precoz. La experiencia clínica sugiere que los abandonos precoces pueden estar relacionados a la impulsividad, mientras que los abandonos tardíos estarían relacionados al progreso en el tratamiento y por tanto su consiguiente dificultad, tal como la ganancia de peso (Wallier et al., 2009).

2. Parte empírica

2.1. Objetivos

Objetivo general:

Conocer los motivos de abandono con el fin de mejorar la retención o adherencia al tratamiento psicológico y psiquiátrico de los pacientes diagnosticados de TCA y consecuentemente maximizar los beneficios del tratamiento.

Objetivos específicos:

- conocer las distintas causas posibles de los abandonos a los tratamientos

- conocer la frecuencia de los diferentes tipos de abandono (precoz, temprano, tardío)

2.2. Hipótesis

H_1 : Los sujetos diagnosticados de AN, BN y TCANE, abandonarán el tratamiento psicológico y psiquiátrico por alguno de estos motivos: mejoría, características del tratamiento, relación con el terapeuta, no cumplimiento de las expectativas, desesperanza, falta de apoyo familiar, utilización de otros recursos, comorbilidad psiquiátrica.

H_2 : habrá más frecuencia de abandonos tardíos, seguido de los abandonos tempranos y los abandonos tras evaluación, en el mismo orden.

2.3. Método

2.3.1. Participantes

La muestra original estuvo formada por $n = 87$ pacientes, de los cuales 23 no fueron localizables, 5 habían sido altas y 5 seguían en tratamiento. La edad media de los abandonos fue de 29.1 (DE: 11.09) con un IMC de 27.9 (DE: 9.5) y una edad de inicio del TCA de 22.55 (DE: 9.7). La comorbilidad fue de un 24.4%. Finalmente, la muestra se compuso por $n = 54$ pacientes, formado por 2 hombres y 52 mujeres de entre 17 y 60 años con distintos niveles socioculturales, tanto de niveles altos, medios y bajos. Dichos pacientes expresaron que habían dejado de acudir a la UTCA del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Cantabria. Los criterios de inclusión utilizados fueron:

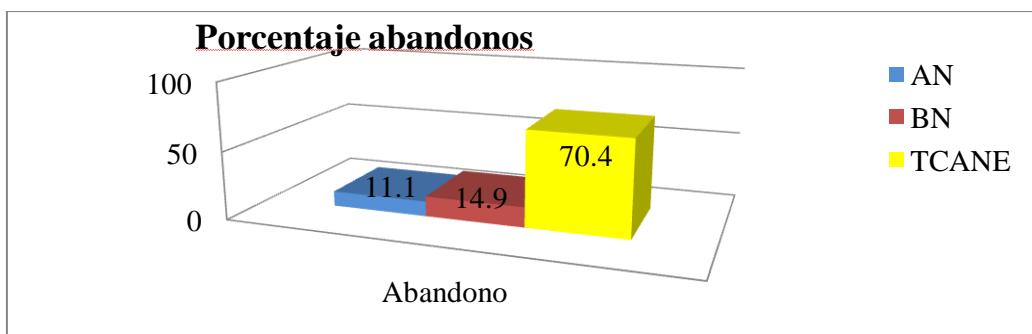
- Sujetos diagnosticados de TCA según el DSM IV o CIE-10.
- Casos incidentes de ambos sexos.
- Sin límite de edad. Desde los 16 en adelante.
- Pacientes que habían acudido, al menos una vez, a la UTCA.
- Habían dejado de acudir al menos durante un mes.

Criterios de exclusión:

- Alta del paciente.
- Continuidad en el tratamiento.
- Traslado de historia a otra localidad, unidad o centro.

Diagnóstico ampliado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	
				válido	acumulado
Válidos	ANRestrictiva	4	7,4	7,4	7,4
	ANPurgativa	2	3,7	3,7	11,1
	BNPurgativa	7	13,0	13,0	24,1
	BNNoPurgativa	1	1,9	1,9	25,9
	EDNOSAN	8	14,8	14,8	40,7
	EDNOSBN	30	55,6	55,6	96,3
	Nocturno	2	3,7	3,7	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Tabla 1. Porcentaje de pacientes según diagnóstico**Figura 3.** Porcentaje de abandonos según diagnóstico

Del total de pacientes que respondieron a la entrevista, el 55,6% fueron diagnosticados por la UTCA como Eating Disorder Not Specified (en adelante EDNOS) o lo que es lo mismo, como TCANE, con perfil bulímico, seguido en orden descendente por el 14,8% de pacientes diagnosticados como EDNOS con perfil anoréxico. Esto indica que más del 70 % de la muestra sufría un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

Respecto a los tipos de abandono, la mayoría de los pacientes a los que se consiguió localizar habían abandonado la terapia tras 3 o más consultas psicológicas o psiquiátricas, considerándose por tanto abandonos tardíos.

2.3.2. Instrumento

Para estudiar los motivos de abandono y los aspectos de satisfacción de la UTCA se empleó una entrevista telefónica, compuesta por 4 preguntas abiertas y 3

preguntas cerradas (ver Anexo I). Se trata de una entrevista semiestructurada elaborada por el coordinador de la unidad Andrés Gómez del Barrio, este instrumento se realizó específicamente para esta investigación, por lo tanto no tiene fiabilidad, no está validada ni tipificada, con lo cual se desconocen estos datos.

2.3.3. Revisión bibliográfica

Los artículos usados para la revisión de otros estudios fueron encontrados buscando en las bases de datos de psicología ‘Web of Knowledge’ y ‘PsychoInfo’ usando la combinación de las palabras clave: “eating disorders”, “dropout” y “treatment”, Además, algunos artículos fueron recuperados a través de las referencias de otros artículos o proporcionados por el Dr. en psiquiatra Andrés Gómez del Barrio.

2.3.4. Procedimiento

Los pacientes que realizaron la entrevista fueron diagnosticados de TCA por el equipo de profesionales de la UTCA. El coordinador de la unidad ofreció su consentimiento para acceder a la muestra, además de los propios pacientes, que fueron informados del estudio y aceptaron participar voluntariamente.

Durante el mes de abril de 2013 se realizaron las entrevistas mediante contacto telefónico a los pacientes de TCA que cumplían los criterios de inclusión.

Se realizó la entrevista vía telefónica, siempre por la misma investigadora. El lugar y el momento del día en el que se realizó la misma fueron aleatorios, dependiendo de la disponibilidad de los sujetos. Habitualmente era por la mañana, exceptuando algunos casos en los que solo respondieron al teléfono por las tardes. Muchos pacientes contestaron a las preguntas en su hogar o en su trabajo. El tiempo empleado en la realización de las entrevistas fue breve, con una duración aproximada de 10 minutos La mayoría de los sujetos, a excepción de algún paciente, aportó más datos. Las entrevistas se realizaron durante el mes de abril (ver cronograma Anexo 2).

Para llevar a cabo los cálculos estadísticos, se utilizó la versión 17.0 del programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows.

3. Resultados

3.1. Análisis de datos

Para analizar los datos se utilizó el estadístico descriptivo frecuencia, cuyas tablas se muestran en este mismo apartado.

Los motivos de abandono más relevantes han sido la mejoría (18.5%), las características del tratamiento y la relación terapéutica (7.4%) y los impedimentos físicos-temporales (20.4%) (ver tabla 2). El resto de los motivos (53.7%) fueron muy variados, desde impedimentos personales tales como embarazos o enfermedades (11%), hasta la no mejoría (9%), dejadez (11.1%) la pérdida de cita (9.3%), los sentimientos de vergüenza y la desmotivación (ver figura 4).

Motivo abandono

Válidos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje acumulado
				válido	
	Mejoría	10	18,5	18,5	18,5
	Características tto, relación terapeuta-paciente, no cumplimiento expectativas	4	7,4	7,4	25,9
	Impedimentos físicos-temporales (distancia y tiempo)	11	20,4	20,4	46,3
	Otros (embarazos, enfermedades, vergüenza, perdió cita...)	29	53,7	53,7	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Tabla 2. Motivos de abandono

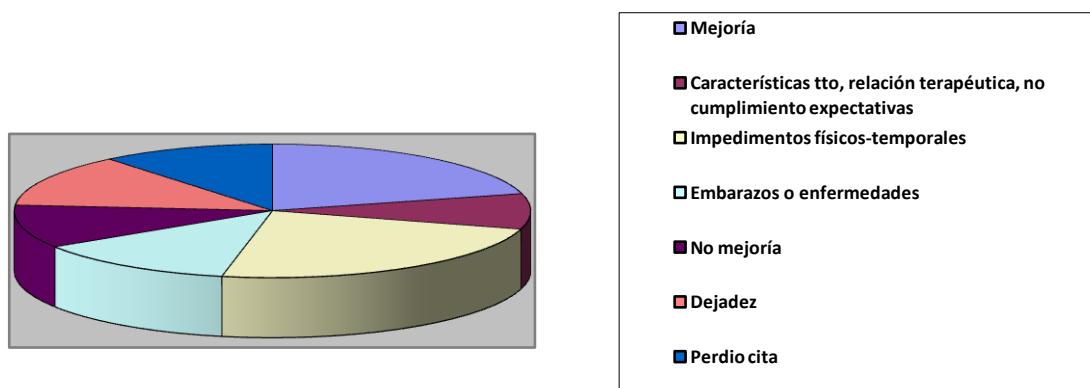


Figura 4. Motivos de abandono más relevantes

Ante la primera pregunta de la entrevista; “cómo se encontraban”, el 72.2% de los pacientes respondieron de forma positiva como bien o mejor, el 14.8% contestaron mal o peor mientras que el 7.4% señalaban estar igual y el 5.6% no sabía o no contestaba (ver tabla 3). Del total de los 54 pacientes a los que se llamo el 15% pidieron volver a consulta.

		Estado			
Válidos	mejor bien, muy bien o bastante bien igual mal, muy mal, bastante mal o fatal no sabe/no contesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		10	18,5	18,5	18,5
	bien, muy bien o bastante bien	29	53,7	53,7	72,2
	igual	4	7,4	7,4	79,6
	mal, muy mal, bastante mal o fatal	8	14,8	14,8	94,4
	no sabe/no contesta	3	5,6	5,6	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Tabla 3. Estado que referían los pacientes

Los aspectos que más les gustaron de la unidad a los sujetos, fueron el trato y la atención recibida (46.6%) y los profesionales (24%) (ver tablas 4 y 56). Por otro lado, ante la misma pregunta en negativo, más de la mitad de los pacientes respondieron que no había ningún aspecto que no les gustase (55.6%) mientras que otros contestaron entre las respuestas más relevantes los profesionales (5.6%) o el tratamiento (5.6%) (ver tablas 6, 7 y 8).

Aspectos positivos: el trato y/o la atención					
Válidos	si no Total	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		1	1,9	2,1	2,1
	no	47	87,0	97,9	100,0
	Total	48	88,9	100,0	
Perdidos	99	6	11,1		
Total		54	100,0		

Tabla 4. Aspectos de la unidad que les gustaron a los pacientes

Aspectos positivos: los profesionales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	13	24,1	28,3	28,3
	Total	46	85,2	100,0	
Perdidos	99	8	14,8		
Total		54	100,0		

Tabla 5. Aspectos de la unidad que les gustaron a los pacientes**Aspectos negativos: tratamiento**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	3	5,6	6,3	6,3
	Total	48	88,9	100,0	
Perdidos	99	6	11,1		
Total		54	100,0		

Tabla 6. Aspectos de la unidad que no les gustaron a los pacientes**Aspectos negativos: profesionales**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	3	5,6	6,3	6,3
	Total	48	88,9	100,0	
Perdidos	99	6	11,1		
Total		54	100,0		

Tabla 7. Aspectos de la unidad que no les gustaron a los pacientes**Aspectos negativos: ninguno**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	30	55,6	62,5	62,5
	Total	48	88,9	100,0	
Perdidos	99	6	11,1		
Total		54	100,0		

Tabla 8. Aspectos de la unidad que no les gustaron a los pacientes

La puntuación media que los pacientes asignaron a la unidad fue un 8,5 con una desviación típica de 1,77 (ver tabla 9).

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntuación	53	,0	10,0	8,528	1,7716
N válido (según lista)	53				

Tabla 9. Puntuación media que asignaron los pacientes a la unidad

La mayor parte de los abandono fueron tardíos (72.2%), seguido por los abandonos precoces (20.4%) y los abandonos tras evaluar (7.4%) (ver tabla 10).

Tipo abandono

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	
				válido	acumulado
Válidos	Abandono tras evaluar	4	7,4	7,4	7,4
	Abandono precoz	11	20,4	20,4	27,8
	Abandono tardío	39	72,2	72,2	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Tabla 10. Porcentaje de pacientes según el tipo de abandono**4. Discusión****4.1. Hipótesis 1**

En el presente estudio, hemos investigado los motivos de abandono de los pacientes con diagnóstico de TCA y explorado el tipo de abandono que más abundaba. Los resultados sugieren que los pacientes abandonaban por mejoría, por características del tratamiento, su relación con el terapeuta o el no cumplimiento de las expectativas y por otros motivos como la comorbilidad o la desesperanza. Por tanto nuestra primera hipótesis se cumple ya que se esperaba que los sujetos con diagnóstico de TCA abandonaran el tratamiento por alguno de estos motivos. Además, se han encontrado otros motivos como los embarazos, las enfermedades propias o de otros familiares, la vergüenza, e impedimentos físico-temporales como la distancia y la falta de tiempo.

4.2. Hipótesis 2

Respecto a la segunda hipótesis, se esperaba que hubiese más abandonos tardíos, seguido de los abandonos precoces y los abandonos tras evaluación, en el mismo orden. Nuestros datos lo confirman, reflejando un 72% de abandonos tardíos, seguido por el 20.4% de abandonos preconoces y el 7.4% de abandonos tras evaluar.

4.3. Limitaciones

La principal limitación de este estudio es el número de sujetos, ya que al ser una muestra pequeña y de la UTCA de Cantabria, no es representativa de toda la población española de pacientes que abandonan los tratamientos de TCA. Además, se han de tener en cuenta las diferencias no medibles en la práctica clínica como las diferencias individuales entre terapeutas y el contexto individual de cada persona.

Existe evidencia de un amplio abanico de motivos de abandono (Clinton, 1996; Watson et al., 2013), sin embargo, la escasa literatura impide estudiar el tema en profundidad. Desde otra perspectiva esto último podría resultar ventajoso, ya que facilita que la información recogida sea más amplia y esté menos sesgada.

Aunque es posible que existan diferentes motivos de abandono para hombres y mujeres (Wallier et al., 2009), este estudio solo dispone de 2 hombres, por lo que no se pueden encontrar diferencias significativas.

Al tratarse de una investigación cualitativa, mediante la voz ofrecen una explicación más amplia de las causas de abandono del tratamiento, que probablemente no fuésemos capaces de captar a través de cuestionarios, sin embargo, esto muestra una limitación, que es la perdida de información que no se haya registrado. Además, el instrumento utilizado para la recogida de datos no está validado y carece de fiabilidad.

Por último, al realizarse el estudio mediante una entrevista telefónica, los pacientes se encontraban en diferentes lugares y en ocasiones es posible que incluso en compañía de otras personas, por tanto la información obtenida puede estar sesgada.

4.4. Futuros estudios

Sería deseable en futuros estudios, disponer de una muestra de pacientes más numerosa y tener variables control para poder medir la variabilidad debida a las diferencias individuales entre terapeutas y el contexto individual de cada persona. Además, aunque disponer de una muestra amplia de hombres resulta complicado, sería interesante poder investigar la población masculina y descubrir las diferencias entre hombres y mujeres respecto a ello. Por último, puesto que no existe gran literatura al respecto y el tópico es de gran relevancia, sería conveniente realizar un instrumento que

recoja las causas del abandono del tratamiento que fuese validado y que mostrase fiabilidad.

4.5. Conclusiones

En el área de la clínica, al igual que en muchos otros ámbitos de la psicología, para obtener mejores resultados, se ha de evaluar también que se está haciendo mal, para poder rectificarlo. Es por eso por lo que se han tratado de sintetizar los motivos de abandono más frecuentes entre los pacientes de la UTCA.

La mayor parte de los estudios expresan que el abandono de la terapia antes de completarla es un predictor de mal pronóstico (Beumont, Russel y Touyz, 1993; Pike, 1998; Waller et al., 2009), sin embargo, en nuestra muestra el 18.5% indicaban que habían dejado de acudir a la consulta porque se encontraban mejor, mostrándose en este caso un factor de buen pronóstico.

Más de un cuarto de la muestra (25.9%) señalaron como motivo de abandono los impedimentos físico-temporales, refiriéndose a la distancia desde su lugar de residencia a la unidad y a la poca disponibilidad personal. Sin embargo, el tratamiento se podría adaptar para solventar este problema aplicando los nuevos avances tecnológicos. Según la actual revisión de Donald et al., (2013) sobre la efectividad de atención telepsiquiátrica y psicológica, estas nuevas tecnologías son efectivas e incrementan el acceso al tratamiento. Se ha probado la práctica de intervenciones a través de diversas poblaciones (adultos, niños y ancianos) y para distintos servicios hospitalarios, obteniendo resultados comparables a los tratamientos en persona. Los TCA afectan mayoritariamente a una población joven, actualizada en los medios de comunicación, por tanto, parece razonable plantearse de cara al futuro la innovación de los tratamientos en los centros de salud pública, utilizando videoconferencias y otros programas para intentar alcanzar una mayor eficacia del tratamiento para el mayor número de pacientes posibles (Donald et al., 2013).

En nuestro estudio un 11% dejó de acudir por motivos personales, entre los cuales se encontraba mayoritariamente embarazos y enfermedades propias o de familiares. Algunos de ellos exponían que el TCA se había detenido durante un periodo de tiempo (la mayor parte de los embarazos) otros sin embargo, seguían enfermos pero su situación personal hacia que el acudir a terapia fuese algo secundario.

Dentro de la categoría “otros”, los pacientes referían sentir vergüenza por acudir, tener problemas económicos, no tener fuerza de voluntad, no tener suficiente seriedad, desesperanza, comorbilidad con otros trastornos, etc. En muchas ocasiones, transmitir que “las puertas están abiertas para cuando esté preparado” facilita la reincorporación de los pacientes al tratamiento.

Un 7.4% de los abandonos está relacionado con las características del tratamiento o la relación terapéutica, en la literatura pocos estudios hacen referencia a este factor, sin embargo, Clinton (1996) observó que las diferencias de las expectativas entre el paciente y el terapeuta aumentaba el riesgo de abandono. Por tanto, parece importante que los terapeutas y los pacientes discutan abiertamente sobre las expectativas del tratamiento. Incluso, podría ser beneficioso que en los centros de salud hubiese disponible tratamientos desde diferentes enfoques terapéuticos, ya que en muchas ocasiones las expectativas de los pacientes sobre el tipo de tratamiento no coinciden con las características que en la realidad se ofrecen.

En la muestra abundan los abandonos tardíos (72%), seguido de los abandonos precoces (20%) y los abandonos tras evaluar (7.4%). Como afirma Wallier et al., (2009) los abandonos tardíos podrían estar relacionados con el progreso del tratamiento, tanto por la dificultad que esto conlleva, por los nuevos retos que se presentan, como por la propia mejoría, ya que casi el 20% de los pacientes expresó que dejaron de acudir a la consulta porque se encontraban mejor. Además, el mismo autor, propone que la impulsividad podría estar relacionada también con los abandonos precoces, característica que en esta muestra está muy presente puesto que más de la mitad de los pacientes muestran un diagnóstico de TCANE con perfil bulímico.

Se ha de tener en cuenta que más del 70% son pacientes con un diagnóstico de TCANE, esto puede causar menor conciencia de enfermedad y por tanto menor compromiso con el tratamiento. Además el 55% son pacientes con diagnóstico de TCANEs con perfil bulímico, los cuales muestran mayores rasgos de personalidad impulsiva, que les puede llevar a abandonar el tratamiento por su propia iniciativa y contraria al consejo profesional. La adaptación del tratamiento a pacientes con determinados rasgos de personalidad o diagnóstico permitirá una mayor eficacia en las intervenciones para el mayor número de pacientes.

5. Referencias

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Beumont, P., Russell, J., & Touyz, S. (1993). Treatment of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341, 1635-1640.
- Burket, R., & Hodgin, J. (1993). Factors predicting reluctance to seek treatment in patients with eating disorders. *Shouth Medical Journal*, 86, 529-532.
- Campbell, M. (2007). *Narcissism in the eating disorders: Impact on treatment engagement and drop-out*. Doctorate in Clinical Psychology Thesis. University College, London.
- Campbell, M. (2009). Drop-Out from Treatment for the Eating Disorders: A Problem for Clinicians and Researchers. *European Eating Disorders Review*, 17, 239-242.
- Clinton, D.N. (1996). Why Do Eating Disorder Patients Drop Out?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65 (1), 29-35.
- Connan, F., Campbell, I., Katzman, M., Lightman, S., & Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 79 (1), 13-24.
- Curran, L, Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). *Time trends in eating disorder incidence*. *British Journal of Psychiatry*, 186, 132-135.
- Donald, M., Burke, M., & Callahan, E. (2013). The Effectiveness of Telemental Health: A 2013 Review. *Telemedicine and e-Healt*, 444-454.
- Fairburn, C. G., Christopher, G., & Wilson, T. (2013). The dissemination and implementation of psychological treatments: Problems and solutions. *The International journal of eating disorders*, 46, 516-521.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., et al. (2008). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating

- disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry* 166, 311–319.
- Fallon, P., & Wisniewski, L. (2013). A system of evidenced-based techniques and collaborative clinical interventions with a chronically ill patient. *The International journal of eating disorders*, 46, 501-506.
- Gómez del Barrio, J.A., García Gómez, M.C., & Corral Collante, L.P. (2009). *Convivir con los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastornos por atracones*. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Gómez del Barrio, J.A., Gaite Pintado, L., Carral Fernández, L., Herrero Castanedo, S., & Vázquez-Barquero, J. (2012). *Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso*. Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Gobierno de Cantabria.
- Kirszman, D., & Salgueiro, M.C. (2002). El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario (pp. 3-15). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Lahortiga Ram, F. & Cano Prous, A. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas*. Salud para todos. Clínica Universitaria de Navarra. León: Everest
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues?. *European Eating Disorders Review*, 8, 198–216.
- McKisack, C., & Waller, G. (1996). Why do eating-disordered clients drop out of psychological treatment? *Paper presented at the International Conference on Eating Disorders*, New York, April.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. *Clasificación internacional de enfermedades*. Ginebra: OMS
- Pike, K. M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: Response, relapse, remission, and recovery. *Clinical Psychology Review*, 18, 447–475.
- Sly, R. (2009). What's in a Name? Classifying 'the Dropout' from Treatment for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 17, 405-407.

- Touyz S, Beumont, P. (1999). Anorexia Nervosa: new approaches to management. *Modern Medicine of Australia, 34*, 95-110.
- Vandereychken, W. & Vansteenkiste, M. (2009). Let Eating Disorder Patient Decide: Providing Choice May Reduce Early Drop-out from Inpatient Treatment. *European Eating Disorders Review, 17* (3), 177-183
- Waller, G., Schmidt, U., Treasure, J., Murray, K., Alenya, J., Emanuelli, F., et al. (2009). Problems across care pathways in specialist adult eating disorder services. *Psychiatric Bulletin, 33*, 26–29.
- Watson, H. J., Fursland, A., & Byrne, S. (2013). Treatment Engagement in Eating Disorders: Who Exists Before Traetment?. *International Journal of Eating Disorders ,1*, 0-6.
- Zuroff, D., Koestner, R., Moskowitz, D. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new non-specific predictor of outcome in brief treatments of depression. *Psychotherapy Research, 17*, 137-148.

Anexo I

Entrevista telefónica pacientes con sospecha de abandono

Hola buenos días, es usted (nombre del paciente)? Mi nombre es Laura y llamo en nombre de la unidad de trastornos de la conducta alimentaria de Valdecilla.

El motivo de mi llamada es porque estamos realizando un seguimiento de los pacientes que pasaron en algún momento por nuestra unidad.

Nos interesaría conocer **cómo se encuentra actualmente**

Saber **qué cosas le gustaron y cuáles no** de nuestra unidad,

Si hubo algún **motivo para dejar de acudir**

Volvería a solicitar **ayuda en caso de necesitarla**

Recomendaría a alguien la unidad

Puntuación de la atención recibida/satisfacción. De 0 a 10.

Finalmente, nos gustaría saber si estaría dispuesta a rellenar unos **cuestionarios** que le enviaremos por email o en persona

Anexo 2

CRONOGRAMA

MARZO	
Semanas del 1 al 10 (y el mes de febrero)	Familiarización con la literatura en general sobre TCA para elegir un tema concreto dentro de este campo
Semanas del 11 al 24	Lectura sobre el tema elegido “abandonos en TCS” para concretar la cuestión de la investigación en términos generales y la formulación de hipótesis más específicas y simples
Semana del 25 al 31 (o primera semana de abril)	Diseñar la investigación y pensar en cómo recoger los datos (protocolo para su recogida) y operacionalización de las variables
ABRIL	
	Preparar la recogida de datos y comenzar la investigación
Semana del 8 al 21	Comienzo a escribir la introducción del TFG
Semana del 22 al 28	Comienzo a escribir la descripción del método usado
MAYO	
Comienzo semana del 29 (si ya se hubiesen recogido todos los datos)	Inicio del análisis de datos
Semana del 20 al 26	Analizar e interpretar los datos
Semana del 27 al 31	Escribir los resultados
JUNIO	
Semana del 3 al 9 (o antes si fuese posible)	Completar la primera versión del TFG