

**Pacients atesos en psicoteràpia de grup: factors dels
participants relacionats amb el fet d'abandonar o completar
la teràpia**

TREBALL DE FI DE MÀSTER

Guillem Royo i Magrané

Tutora: Dra. Carolina Palma Sevillano

Universitat Ramon Llull

FPCEE Blanquerna

Màster Universitari en Psicologia General Sanitària

17 de gener de 2020

Agraïments

A la doctoranda Sra. Alba Calzada,
per la seva iniciativa.

A la Dra. Núria Farriols i Hernando,
per la seva confiança.

A la Dra. Carolina Palma i Sevillano,
pel seu mestratge.

Resum

Introducció. En psicoteràpia de grup, un dels problemes més comuns és l'abandonament que es produeix per una part de la població atesa. Les causes, variables i factors són diversos i de diversa índole: per part del propi pacient, en relació al terapeuta o fins hi tot vinculades al context (*setting*) on es realitza la intervenció. Aquest treball aprofundeix en les possibles causes d'abandonament relacionades amb els pacients.

Mètode. S'ha inclòs 121 participants, tots ells atesos en distints dispositius d'atenció primària i de salut mental i tots ells afectats per quadres clínics d'ansietat i/o de depressió. S'analitza els resultats obtinguts, previ a la seva inclusió a la psicoteràpia de grup, en diverses proves psicomètriques que avaluen variables sociodemogràfiques, clíniques, de personalitat i competencials. S'analitza també, les diferències entre aquells participants que finalitzen la teràpia respecte dels qui l'abandonen prematurament.

Resultats. No s'observen diferències significatives en relació a les variables sociodemogràfiques i clíniques, però sí en les de personalitat i competencials. Es remarca també, que hi ha determinades subescales clíniques que en funció del seu grau de gravetat poden relacionar-se amb l'abandonament en psicoteràpia de grup.

Discussió. Les persones amb puntuacions més altes en tècniques i estratègies competencials, com ara la resiliència i el *mindfulness*, tendeixen a completar més el tractament. Així mateix, les persones amb puntuacions més altes amb trets de personalitat de dependència també tendeixen més a completar-lo. En aquest sentit, és plausible pensar que hi ha factors de protecció però també de vulnerabilitat que poden estar relacionats en l'abandó o la finalització del tractament.

Paraules clau: abandonament; psicoteràpia de grup; depressió; ansietat.

Abstract

Introduction. In group psychotherapy, one of the most common issues is the abandonment that can occur by a part of the population attended. The causes, variables and factors are diverse and of varied kinds: from the patient itself, in relation to the therapist or even linked to the context (setting) where the intervention is done. This paper delves into the possible causes of abandonment related to the patients.

Method. 121 patients, all of them attended in different primary care and mental health centres and/or all of them affected by clinical disorders of anxiety and/or depression have been included. The results obtained have been analysed, before including them in group psychotherapy, in varied psychometric tests which analyse sociodemographic, clinical, competence based and personality variables. The differences between those participants who finish the therapy and those who abandon it prematurely have also been analysed.

Results. There is no significant difference in relation to the sociodemographic and clinical variables, however differences can be observed in relation to the personality and the competency based variables. The fact that there are certain clinical subscales in which depending on their degree of severity can be related with the abandonment of group psychotherapy is also remarked.

Discussion. People with the highest scores in competency strategies and techniques such as resiliency and mindfulness tend to complete treatment. In the same way, people with the highest scores in dependent personality traits also tend to complete it. In this regard is plausible to assume that there are certain protections, but also vulnerability factors that can be related to the abandonment or the finalization of treatment.

Key words: drop out; group psychotherapy; depression; anxiety.

Introducció

L'abandonament en psicoteràpia:

És un fet universal i atemporal, reiteradament descrit en la literatura especialitzada, que no totes les persones que inicien una teràpia (individual, de grup, farmacològica...), la completen. Quines són les variables que intervenen en la presa de decisions i que poden condicionar l'abandonament o la finalització d'una teràpia? Es tracta només de diferències individuals? De determinats trets de personalitat? En tot cas, aquests trets i/o variables són predictibles? Quins són els factors de protecció que poden contribuir al increment de la motivació i alhora a l'adhesió terapèutica? Aquests factors es poden aprendre?

El fet d'abandonar prematurament el tractament, no és només un problema pels propis pacients atès que es limita l'efectivitat de la teràpia, sinó també pel propi funcionament dels dispositius assistencials, pel fet que d'altres pacients no s'hauran pogut beneficiar d'aquest tractament, també pels clínics perquè pot repercutir en la seva motivació i fins hi tot pels investigadors atès que l'abandonament redueix la potència estadística dels estudis (Carmona et al., 2018).

Complementàriament als factors individuals del pacient, podríem preguntar-nos si l'abandonament pot ser més probable, o no, en funció del marc teòric, del mètode i/o de la modalitat psicoterapèutica emprada pel psicoterapeuta. En aquest sentit, no som coneixedors d'una modalitat teòrica ni d'un model de tractament que es demostrï eficaç en tots els casos. Tal i com fa més de tres dècades va afirmar Joel Fort (1984), hi ha molts enfocaments de tractament que no funcionen amb una determinada persona, i de vegades no funcionen amb ningú.

En la darrera dècada les tècniques i estratègies de *mindfulness* s'han incorporat en determinades opcions terapèutiques. Essencialment aquestes tècniques serveixen per tal que els pacients puguin aprendre a observar, descriure i participar de les seves pròpies experiències emocionals sense jutjar-les ni tampoc evadir-les. Es considera que el pas previ per a poder intervenir en les emocions és aprendre a regular-les i aquest aprenentatge pot afavorir una millor avaluació dels problemes i dels mecanismes que els mantenen (Palacios, 2006). Així mateix, cal tenir en compte també el concepte de *resiliència* entesa com la capacitat humana per fer front a les adversitats de la vida i de forjar un comportament vital positiu enfront d'aquestes adversitats. Facilitar l'aprenentatge dels processos socials i intrapsíquics pot possibilitar la millora de la pròpia existència en un context ambiental caracteritzat per les dificultats (Muñoz & de Pedro, 2005).

Un altre factor a tenir en compte és el context on es realitza el tractament. No són equiparables els abandonaments que es produeixen en un context d'ingrés hospitalari, que en hospital de dia o en dispositius ambulatoris (Landes, Chalker & Comtois, 2016).

Les conclusions de la investigació de Sales (2003) aporten, entre d'altres, que “els pacients que han tingut alguna experiència anterior amb algun tipus d'assistència mental tindran més probabilitat d'abandonar prèviament la teràpia” (p. 87).

L'abandonament en psicoteràpia és un fenomen àmpliament estudiat, tot i que no es disposa, en l'actualitat, d'una definició globalment acceptada del concepte abandonament. En aquest sentit, es fa imprescindible consensuar-ne una definició atès que les diferències en les taxes d'abandonament trobades entre els diferents estudis realitzats es podria atribuir, parcialment, a una definició poc precisa i compartida del

propi concepte. Complementàriament, cal remarcar que no hi ha un únic consens entorn del significat del terme. En aquest treball s'ha optat per la definició proposada per Gavino y Godoy (1993) en la que es descriu l'abandonament com “una interrupció del tractament abans d'aconseguir els objectius terapèutics proposats” (p. 512).

D'altres autors, amb la voluntat d'establir uns criteris operatius per definir l'abandonament, consideren que aquest es produeix a partir del fet que el pacient no es presenti a quatre sessions consecutives de qualsevol dels components del tractament o a faltar a quatre sessions seguides de teràpia individual, de teràpia de grup o de qualsevol combinació de les dues (Linehan, 1993; Preibe et al., 2012).

A forma de resum, l'abandonament es produirà per la interacció com a mínim de 3 factors: el primer, les variables que afecten al propi pacient, amb els seus trets intrapsíquics, aspectes culturals i circumstàncies vitals que l'entornen; el segon, els directament relacionats amb el terapeuta, i per tant des de la seva pròpia experiència, personalitat i estil terapèutic; i per últim, els directament relacionats amb el *setting*. Aquests tres factors es condicionen de forma mútua i seran elements que determinaran l'adhesió o la interrupció del tractament (Villena, 2017).

Factors relacionats amb l'abandonament:

Alhora de predir quins factors poden influir en l'abandonament, caldrà tenir en compte, en primer lloc, distintes característiques de l'individu com ara: les socioculturals, el estatus socioeconòmic i el nivell cultural. Així mateix, són rellevants altres factors com les actituds del propi pacient o les expectatives del terapeuta (Walitzer, Dermen & Connors, 1999).

Complementàriament, hi ha d'altres possibles causes a considerar: l'escassa motivació del pacient, la gravetat i/o la cronicitat del trastorn psicopatològic, la dèbil

aliança terapèutica i l'excés d'activitat verbal per part del terapeuta (Castillo, Pérez-Testor & Aubareda, 1996).

El grau de motivació, com s'ha esmentat, esdevindrà un element clau. D'una forma genèrica es parteix de la hipòtesi que a més motivació per part del pacient més probabilitats hi haurà que completi el tractament i, per contra, com menys motivació individual més probabilitats hi haurà de no completar-lo. Tal i com descriu Royo (1988), hi ha diversos factors que podrien afavorir que el pacient presenti major o menor motivació al tractament. Alguns d'ells són:

- *La variable "temps"*. Referida com la quantitat de temps en que el pacient experimenta un malestar psíquic prou incapacitant i que, alhora, li permet prendre consciència de la necessitat de sol·licitar ajuda assistencial.
- *La variable "voluntarietat"*. Quines són "les pressions" de tipus familiar, emocional, laboral, escolar, de parella... que pot tenir el pacient i que alhora són les inductores de la seva demanda de tractament. En aquest sentit, es pot donar la situació que la motivació per part de les persones de l'entorn sigui més intensa que la del propi pacient.
- *La variable "desig de canvi"*. Quina és la disposició real per part del pacient de canviar hàbits relacionats amb el seu malestar psíquic.
- *La variable "por al canvi"*. Quina és la disposició real del pacient per canviar determinats hàbits de comportament en els quals, almenys parcialment, s'hi reconeix i que el fet d'abandonar-los podrien ser percebuts com una pèrdua de la seva pròpia identitat.

El psicoterapeuta, previ al inici de la teràpia, haurà de valorar aquestes variables, fins hi tot, en algunes ocasions antagòniques, que pot presentar el pacient i en la mesura

del possible les hi haurà de confrontar. Si el pacient s'ha sentit acollit, entès i respectat, molt probablement continuarà el tractament (Royo, 1988).

Hem de tenir present que hi ha pacients que no volen canviar, perquè no saben com o perquè no saben, amb precisió, què és allò que volen canviar (Prochaska, 1998). Són moltes les persones que sol·liciten teràpia amb la creença que els terapeutes tenen el coneixement per afavorir un canvi ràpid respecte de problemes que, potser, porten molts anys en curs i fins hi tot en procés o en situació de cronicitat.

En aquesta línia, la resistència i l'incompliment són dos conceptes que ajuden a explicar, entre d'altres, el fracàs de la teràpia. Ambdós termes, suggereixen una motivació negativa per part del pacient (Kirmayer, 1990). Inculpar-lo per aquestes respostes és contraproductiu atès que l'assistit no necessàriament es resisteix als esforços del terapeuta, sinó que està intentant de mantenir el seu estil de vida i el nivell d'estabilitat al que s'ha acostumat (Wachtel, 2001).

Com es pot observar en els estudis citats, les causes que poden influir en un futur abandonament són molt diverses. Jamison i Akiskal (1983) les structuren a partir de quatre factors: els relacionats amb el pacient, amb el terapeuta, amb el trastorn psicopatològic i amb la prescripció farmacològica.

L'abandonament també es pot classificar a partir de la forma de com es produeix. En aquest sentit, cal diferenciar entre 3 formes possibles: l'imprevista i no avisada per part del pacient, l'avisada del pacient al terapeuta o en la que terapeuta i pacient acorden l'abandonament i finalització de la teràpia (el que no suposa, en aquest darrer cas, que el pacient obtingui, necessàriament, l'alta terapèutica). Cal tenir en compte també que una de les característiques definitòries de l'èxit en psicoteràpia serà, per una banda, la bona adherència al tractament per part del pacient i, per l'altra, la

millora de la simptomatologia. Aquest és el motiu que l'atenció dels investigadors, sobre aquest fenomen, es centri en la recerca dels motius i/o les causes de l'abandonament terapèutic, amb la finalitat de poder-lo acotar i controlar tant com sigui possible (Porcel, 2005).

Gavino i Godoy (1993), en un estudi de caràcter retrospectiu, varen proposar una classificació de distints factors i de les seves possibles causes: els aliens a la teràpia (ex. canvi de ciutat del terapeuta o del pacient), aquells relacionats amb la teràpia (ex. el motiu de consulta ja no preocupa al pacient o desmotivació en el transcurs de la psicoteràpia) i d'altres de desconeguts pel terapeuta (que acostumen a donar-se en les primeres sessions i pot ser degut, per exemple, a una divergència en l'expectativa que tenia el pacient de la psicoteràpia). En aquest sentit, i des d'una perspectiva de la intervenció terapèutica, caldrà centrar-se, essencialment, en aquells factors més inherents i per tant més controlables per part de l'acció del propi terapeuta.

Els trastorns de personalitat i l'abandonament en psicoteràpia de grup:

Els trastorns de la personalitat estan relacionats amb taxes més baixes d'adherència i major dificultat per modificar actituds respecte el compliment del tractament farmacològic (Monzón, Siddons & Ripoll, 2008).

Complementàriament, els pacients diagnosticats de patologia dual (entesa aquesta a partir de la concurrència en un mateix individu com a mínim de dos trastorns: un per ús de drogues i un altre de psicopatològic associat), presenten taxes més altes d'abandonament del tractament sobretot si aquest s'ha realitzat en medi ambulatori i més baixes si el tractament s'ha dut a terme en medi residencial (Royo, Masip & Feliu, 2013).

Pel que fa al col·lectiu de pacients diagnosticats de clúster A (APA, 2013), hem de tenir en compte que, majoritàriament, els pacients psicòtics tendeixen al incompliment terapèutic i al posterior abandonament. En aquest sentit, els pacients que debuten, en un primer episodi, tenen una taxa d'abandonament més alta. No obstant, la taxa de recaiguda amb pacients complidors és baixa, qüestió que accentua la necessitat d'una atenció especial i d'intervencions específiques que promoguin el compliment dels pacients en el debut del seu primer episodi. Un factor predictor d'incompliment és la discontinuïtat de la teràpia antipsicòtica, que multiplica el risc d'abandonament per cinc (Emsley, Rabinowitz, Medori & Early Psychosis Global Working Group, 2007).

En un metanàlisi respecte l'abandonament prematur de la psicoteràpia en pacients amb trastorn límit de la personalitat (TLP), s'avaluen distintes variables sociodemogràfiques, clíniques i de la personalitat per tal de valorar quins factors poden predir l'abandonament en aquesta tipologia de pacients (Barnicot, Katsakou, Marougka & Priebe, 2011).

En l'estudi de Carmona et al. (2018) s'estudien també les diferències entre distintes variables. En el cas de les sociodemogràfiques no es va provar significació estadística i pel contrari sí que s'observaren diferències significatives en la subescala d'impulsivitat, i en la comorbiditat amb el trastorn de la conducta alimentaria (TCA) i el trastorn per consum de cocaïna (TCC). Tanmateix, l'abandonament de la teràpia de grup en pacients diagnosticats de TLP és d'un 30%, percentatge, remarquen els autors, equiparable a d'altres estudis de característiques semblants.

En estudis sobre aferrament al tractament psicoterapèutic de grup en pacients amb TLP, es conclou que hi ha una taxa d'abandonament que pot arribar fins el 63% en la fase inicial de tractament (Biagini, Torruco & Carrasco, 2005).

Els trastorns de la personalitat, i en concret els TLP, són en sí mateixos un factor de risc en l'abandonament de la psicoteràpia de grup si no són atesos des d'un abordatge psicoterapèutic integral (individual i psicofarmacològic). Cal tenir en compte, variables com ara la cronicitat, la impulsivitat i la inestabilitat que solen presentar-se d'una forma genèrica en gairebé tots els trastorns de la personalitat i d'una forma més aguda en les persones afectades per TLP (García, Martín & Otín, 2010).

Pel que fa a la influència de factors com ara la cronicitat, la impulsivitat i la inestabilitat, Bischoff i Sprenkle (1993) varen aportar que els pacients que abandonaven el tractament es caracteritzaven per experimentar un trastorn de la personalitat associat a un nivell alt de depressió i, per tant, el grau i la cronicitat del trastorn podrien condicionar i afavorir l'abandonament. En un estudi sobre l'eficàcia de la teràpia cognitiva en pacients afectats de depressió s'aporta que un 60% dels pacients que havien abandonat el tractament experimentaven milloria respecte d'un 25,33% que continuaven "igual" i un 5,33% que havien empitjorat a partir de la valoració del terapeuta (Fernández, Larre & Rodríguez, 1996).

Alhora d'identificar les causes de l'abandonament del tractament de grup és important diferenciar entre els conceptes d'incompliment passiu i de resistència activa. En el primer cas, es fa referència a la impossibilitat per part del pacient de dur a terme les prescripcions terapèutiques tot i el seu interès per a fer-ho, mentre que en el cas de la resistència activa el pacient té alguna raó (la manifesti o no), per la qual no vol completar el tractament. Ambdues causes seran rellevants en l'abandonament tot i que tenen de base diferents motius (Liotti, 2001).

Atesa la recerca bibliogràfica realitzada, l'experiència presencialment viscuda en pacients que havent sol·licitat atenció clínica i/o psicoterapèutica en distints dispositius

d'atenció primària, alguns d'ells han completat el tractament i d'altres l'han abandonat i atesa també la informació rebuda dels pacients que han estat subjectes d'investigació, després d'haver estat atesos des de distints grups de psicoteràpia, els quals també alguns d'ells han abandonat i d'altres han completat el tractament, es formula un objectiu general i quatre objectius específics.

Objectius

Objectiu General

Identificar les variables relacionades amb l'abandonament de la psicoteràpia de grup per part de pacients amb simptomatologia ansiosa i/o depressiva.

Objectius Específics

- Explorar si hi ha una relació significativa entre les variables sociodemogràfiques del pacient i l'abandonament d'una intervenció psicoterapèutica de grup.
- Explorar si hi ha una relació significativa entre els trets de personalitat i l'abandonament d'una intervenció psicoterapèutica de grup.
- Explorar si hi ha una relació significativa entre les variables psicopatològiques i l'abandonament d'una intervenció psicoterapèutica de grup.
- Explorar si hi ha una relació significativa entre les variables competencials (com la resiliència o el *mindfulness*) i l'abandonament d'una intervenció psicoterapèutica de grup.

Mètode

Participants

Aquest treball de fi de màster parteix de la investigació duta a terme per la doctoranda Alba Calzada, i que duu per títol: “*Assaig clínic aleatoritzat en pacients amb depressió i trastorns de personalitat: eficàcia d’una teràpia integradora humanista. Projecte AFRONTA*” realitzada a partir dels pacients atesos als Centres d’Atenció Primària (CAP) de “Cirera-Molins” (ABS- 4 de Mataró); de “Ronda Cerdanya” (ABS- 5 de Mataró) i del Centre de Salut Mental d’Adults (CSMA) de l’hospital de Mataró.

La mostra total va ser de 121 participants, tots ells majors d’edat, distribuïts i atesos en 10 grups psicoterapèutics entre els anys 2015 i 2017. Tots els participants varen ser avaluats prèviament al inici de la psicoteràpia de grup.

L’anàlisi de dades s’ha dut a terme dividint la mostra total en dos grups: a) pacients que han abandonat la teràpia; i b) pacients que han completat la teràpia.

Els pacients van ser seleccionats a partir d’un mostreig aleatori simple atès que participaven en un assaig clínic de psicoteràpia emmarcat en el projecte AFRONTA (Consorti Sanitari del Maresme) i eren adjudicats a dos grups de tractament. No obstant, en el present treball no s’analitzen els grups de tractament si no les característiques globals de la mostra i la seva adherència al tractament de grup.

Instruments

Als participants de la mostra, previ a la seva admissió com a subjectes subsidiaris a la psicoteràpia de grup, se’ls hi van lliurar, per la seva auto administració, les següents proves:

Qüestionari de dades sociodemogràfiques. Instrument realitzat ad hoc destinat al registre de dades personals dels subjectes explorats com ara: sexe, edat, estat civil, situació laboral, nivell sociocultural, etc.

Inventari de Depressió de Beck II: BDI-II (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) adaptació espanyola de Sanz y Vázquez (1998). El BDI-II és un qüestionari autoadministrat que s'utilitza per detectar i avaluar la gravetat de la depressió. Les puntuacions mostren una alta discriminació entre persones amb un trastorn depressiu major i persones sense depressió. Està format per 21 ítems de tipus Likert i cada ítem es respon en una escala de 4 punts. Les puntuacions mínimes y màximes en el test van de 0 a 63 punts. Les dades sobre la fiabilitat de les puntuacions es basen exclusivament en la consistència interna. Els coeficients són elevats (superiors a 0,85) i similars als obtinguts en els estudis internacionals amb la versió original del BDI-II.

Inventari Multiaxial Clínic de Millon II: MCMI-II (Millon, 1987) adaptació espanyola de Ávila-Espada (1998). És un instrument diagnòstic que estudia aspectes de personalitat patològica a partir de 26 escales i que consta de 175 ítems de resposta dicotòmica (verdader/fals). Els índex *alpha* de validesa per les escales oscil·len entre 0,71 en l'escala de Depressió Major i 0,85 en l'escala de Trastorn de la Personalitat Dependent.

Qüestionari d'Ansietat Estat – Tret: STAI (Spielberg, Gorsuch & Lushene, 1970) adaptació espanyola de Guillén-Riquelme i Buela-Casal (2011). El STAI és un qüestionari d'auto informe que s'utilitza per avaluar l'ansietat. Està estructurat per dues escales que mesuren conceptes independents de l'ansietat: l'escala estat (E) i l'escala tret (T). Pels objectius del present estudi únicament s'ha utilitzat l'escala (T). Aquesta està formada per 20 ítems de resposta múltiple tipus Likert. Les propietats psicomètriques són acceptables i els índex *alpha* de consistència interna per la subescala

A-E oscil·len entre 0,90- 0,93 i entre 0,84- 0,87 per la subescala A-T. La fiabilitat trobada pel procediment de les dues meitats és de 0,94 en A-E i de 0,86 en A-T i per el test retest en A-T és de 0,65-0,86.

Five Facet Mindfulness Questionnaire: FFMQ (Baer, 2008) adaptació espanyola de Cebolla et al. (2012). El FFMQ és un qüestionari d'auto registre que s'utilitza per avaluar el *mindfulness*. El *mindfulness* s'entén com la capacitat inherent de la consciència humana que permet atendre als fenòmens que s'experimenten en cada moment present, d'una manera en la que s'accepten tal i com emergeixen a la consciència, sense realitzar judicis sobre ells (Baer, Smith y Allen, 2004; Brown y Ryan, 2003). El instrument està format per 39 ítems que mesuren 5 factors: Observar (mesura la capacitat per atendre a les experiències internes i externes com pensaments, sensacions i emocions, entre d'altres); Descriure (mesura la capacitat per poder explicar les experiències internes amb paraules); Actuar (mesura la capacitat del subjecte per adonar-se de les coses que realitza); No jutjar (mesura la capacitat de no jutjar la pròpia experiència interna); i la No Reactivitat (mesura la capacitat que pensaments i sentiments no afectin la racionalitat).

Escala de Desesperança: BHS (Beck, 1974) adaptació espanyola de Aguilar et al., (1995). L'Escala de Desesperança és un qüestionari autoadministrat que valora l'actitud de la persona davant del seu benestar i les seves expectatives futures. Avalua el factor afectiu (sentiments de futur), el motivacional (pèrdua o no de motivació) i el cognitiu (expectatives de futur). Està format per 20 ítems de resposta dicotòmica (verdader/fals). La consistència interna de l'Escala de Desesperança de Beck és de 0,9 (fórmula 20 de Kuder-Richardson).

Escala d'Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) adaptació espanyola de González et al. (2000). És un qüestionari d'auto registre utilitzat per explorar

l'autoestima personal. L'escala consta de 10 ítems (5 descrits de forma positiva i 5 de forma negativa) amb l'objectiu de controlar l'efecte de l'aquiescència autoadministrada. La consistència interna de les escales es troba entre 0,76 i 0,87 i la fiabilitat és de 0,80.

Trait Meta-Mood Scale: TMMS-24 (Salovey et al., 1995) adaptació espanyola de Fernández- Berrocal, Extremera i Ramos (2004). És una escala d'auto registre que avalua la intel·ligència emocional percebuda (IEP), és a dir, la percepció que té el subjecte dels seus propis estats emocionals. Consta de 24 ítems i té 5 opcions de resposta que es presenten en una escala tipus Likert (el nivell 1 és "gens d'acord" i el 5 és "totalment d'acord"). Les puntuacions de l'escala estableixen el barem en funció de la variable sexe. Aquesta escala no permet una puntuació total de IEP sinó que s'obté una puntuació independent per cada un dels tres factors que la componen. Cada factor està representat per 8 ítems i la fiabilitat per cada un és: Atenció ($\alpha = 0,90$); Claredat ($\alpha = 0,90$); i Reparació ($\alpha = 0,86$). L'escala presenta una fiabilitat adequada test retest (Atenció = 0,60; Claredat = 0,70 i Reparació = 0,83).

Escala de Resiliència: ER (Wagnild & Young, 1993) adaptació espanyola de Crombie, López, Mesa i Samper (2015). L'ER és una escala d'auto registre que s'utilitza per avaluar la resiliència. S'entén per resiliència la característica de la personalitat que modera l'efecte negatiu de l'estrès i fomenta l'adaptació. El instrument està compost de 25 ítems que puntuen tipus Likert de 1 a 7 punts (el nivell 1 és "en desacord" i el 7 és "totalment d'acord"). Tots els ítems estan qualificats positivament, les puntuacions més elevades són indicadors de major resiliència i el rang varia entre 25 i 175 punts. L'escala consta de 5 components: Confiança en un mateix (habilitat per creure en les pròpies capacitats); Equanimitat (capacitat de modelar les pròpies actituds davant l'adversitat); Perseverança (persistència davant l'adversitat. Desig d'assoliment. Capacitat d'auto disciplina); Satisfacció personal (capacitat de comprendre el significat

de la vida i alhora la forma de posicionar-nos respecte les pròpies circumstàncies vitals); i Sentir-se bé sol (capacitat de viure de forma autònoma).

Procediment

Previ a la primera sessió de cada grup es van lliurar els tests, qüestionaris i escales als participants perquè se'ls autoadministressin i els retornessin a la segona sessió. La intervenció psicoterapèutica es va desenvolupar durant 20 sessions, amb una durada de 5 mesos i es va realitzar un re test post tractament, les dades del qual no són objecte d'estudi del present treball. Es van registrar els abandonaments a la finalització del tractament (sessió núm. 20).

Tots els participants varen llegir i signar un consentiment informat i participaren en l'estudi de forma voluntària sense cap contraprestació econòmica. Es va informar, entre d'altres per escrit, que les seves dades serien tractades amb conformitat al que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre i de protecció de dades de caràcter personal (article 3, punt 6 del Reial Decret 223/2004). Aquest consentiment informat va ser aprovat pel comitè d'ètica format per membres de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport (Blanquerna- Universitat Ramon Llull) i del Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de l'hospital de Mataró (Consorti Sanitari del Maresme).

Anàlisi de dades

S'ha dut a terme a partir del programa informàtic SPSS versió 22.0. S'ha efectuat una anàlisi descriptiva de les dades inicials i comparativa en funció del grup de participants que va abandonar la teràpia i del grup que la va completar. També s'ha realitzat una anàlisi correlacional de les variables que presenten variància entre els dos grups esmentats. Les diferències s'han considerat significatives a partir que el valor p sigui menor a 0,05.

Resultats

El total de participants atesos en els diversos grups de psicoteràpia esmentats varen ser 121 i 65 d'ells (53,72%) varen completar el tractament mentre que 46 (46,28%) dels pacients, el varen abandonar abans de la seva finalització.

Pel que respecte al gènere, 25 dels participants eren homes (20,66%) i 96 dones (79,34%). Tots els participants eren majors d'edat amb edats compreses entre 28 i 79 anys. A la taula 1 es descriuen altres paràmetres de la mostra estudiada com ara: estat civil, unitat de convivència, número de fills, situació laboral, nivell sociocultural i nivell socioeconòmic.

Cal remarcar que cap d'aquests paràmetres ha mostrat significació estadística en relació a la situació d'haver abandonat o completat el tractament.

Taula 1

Resultats comparatius de les variables sociodemogràfiques

Variables Sociodemogràfiques	Grup que abandona (N)	Grup que completa (N)	Estadístic	gl	p
Edat	63 (55,16%)	55 (53,51%)	t = 1,026	116	0,307
Número de fills	63 (1,75%)	57 (1,44%)	t = 1,809	118	0,073
Gènere					
Home	14 (56,0%)	11 (44,0%)	$\chi^2 = 0,122^a$	1	0,727
Dona	50 (52,1%)	46 (47,9%)			
Estat civil					
Casat	35 (53,8%)	30 (46,2%)	$\chi^2 = 5,746^a$	5	0,332
Solter	4 (36,4%)	7 (63,6%)			
Separat	3 (30,0%)	7 (70,0%)			
Divorciat	13 (65,0%)	7 (35,0%)			
Vidu	3 (42,9%)	4 (57,1%)			
Visc amb parella	5 (71,4%)	2 (28,6%)			
Unitat de convivència					
Cònjuge	21 (55,3%)	17 (44,7%)	$\chi^2 = 4,088^a$	7	0,770
Fills	10 (62,5%)	6 (37,5%)			
Progenitors	5 (50,0%)	5 (50,0%)			
Altres	4 (44,4%)	5 (55,6%)			
Cònjuge i fills	14 (53,8%)	12 (46,2%)			

Cònjuge i progenitors	1 (33,3%)	2 (66,7%)			
Sol	5 (35,7%)	9 (64,3%)			
Progenitors i familiars de segon grau	0 (0,0%)	1 (100,0%)			
Situació laboral					
Actiu	11 (50,0%)	11 (50,0%)	$\chi^2= 2,519^a$	5	0,774
De baixa	7 (77,8%)	2 (22,2%)			
Atur	18 (50,0%)	18 (50,0%)			
Jubilat	15 (51,7%)	14 (48,3%)			
Labors	8 (50,0%)	8 (50,0%)			
Pensionista	4 (50,0%)	4 (50,0%)			
Nivell sociocultural					
Menys de primaris	12 (44,4%)	15 (55,6%)	$\chi^2= 2,289^a$	3	0,515
Primaris	32 (52,5%)	29 (47,5%)			
Secundaris	16 (64,0%)	9 (36,0%)			
Superiors	3 (42,9%)	4 (57,1%)			
Nivell socioeconòmic					
Precari	30 (57,7%)	22 (42,3%)	$\chi^2=4,886^a$	3	0,180
Mig	27 (46,6%)	31 (53,4%)			
Alt	5 (83,3%)	1 (16,7%)			
Altres	1 (25,0%)	3 (75,0%)			

A la taula 2 es mostren les puntuacions relatives a les 5 variables competencials descrites en la prova *Five Facet Mindfulness Questionnaire*.

Respecte la variable “No reactivitat”, s’observa que els participants del grup que van completar la teràpia presenten millors puntuacions, i estadísticament significatives, que els participants del grup que van abandonar. Quatre dels participants no van respondre o no van respondre adequadament a aquesta prova (vegeu taula 2).

Taula 2

Resultats comparatius de les variables de mindfulness

Variables competencials	Participants que abandonen N= 63 Mitja (DT)	Participants que completen N= 54 Mitja (DT)	T Student	gl	p
Observar	22,05	20,74	1,076	115	0,284

Descriure	22,05	21,93	,107	115	0,915
Actuar	25,59	27,17	-1,211	115	0,229
No jutjar	23,48	25,30	-1,448	115	0,150
No reactivitat	17,19	18,94	-2,088	115	,039*

* < 0.05

A la taula 3 s'han obtingut les puntuacions relatives a les 27 variables de personalitat descrites en el *Inventari Multiaxial Clínic de Millon II*.

Els participants del grup que van completar el tractament varen obtenir millors puntuacions i significació estadística en la variable "Trets de Personalitat Dependent", que els qui el van abandonar. Un dels participants no va respondre o no va respondre adequadament a aquesta prova (vegeu taula 3).

Taula 3

Resultats comparatius de les variables de personalitat

Variabes de personalitat	Grup abandonament N= 63 Mitja (DT)	Grup que completa N= 57 Mitja (DT)	T Student	gl	p
Sinceritat	63,14	66,12	-0,903	118	0,368
Desitjabilitat Social	48,90	49,68	-0,214	118	0,831
Devaluació	72,63	72,88	-0,080	118	0,936
Esquizoide	64,60	61,72	1,016	118	0,312
Evitatiu	58,40	60,09	-0,488	118	0,626
Depressiu	61,57	63,44	-0,496	118	0,621
Dependent	57,11	63,75	-1,911	118	0,058*
Histriònic	32,16	35,16	-0,751	118	0,454
Narcisista	47,67	42,63	1,445	118	0,151

Antisocial	44,97	45,84	-0,236	118	0,814
Agressiu	45,49	46,91	-0,404	118	0,687
Compulsiu	55,78	56,84	-0,318	118	0,751
Negativista	54,32	54,79	-0,150	118	0,881
Autodestructiu	49,81	51,79	-0,703	118	0,483
Esquizotípic	51,70	50,89	0,220	118	0,826
Límit	54,40	55,21	-0,247	118	0,805
Paranoide	53,08	55,30	-0,567	118	0,571
Ansietat	83,35	84,72	-0,332	118	0,740
Somatomorfa	73,54	71,58	0,461	118	0,646
Bipolar	49,60	53,23	-,983	118	0,328
Distímia	75,46	75,30	0,040	118	0,968
Dependència Alcohol	51,78	55,39	-1,028	118	0,306
Dependència Substàncies	44,49	38,07	1,508	118	0,134
Estrés P-T	62,90	65,39	-0,743	118	0,459
Trastorn Pensament	61,05	59,88	0,305	118	0,761
Depressió Major	72,16	69,74	0,562	118	0,575
Trastorn Delirant	48,00	44,37	0,645	118	0,520

* < 0.05

A la taula 4 s'han obtingut les puntuacions relatives a les 6 variables de resiliència descrites a la prova *Escala de Resiliència*.

Respecte les variables: “Resiliència total”, “Satisfacció personal” i “Confiança en un mateix”, s’observa que els participants del grup que van completar la teràpia presenten millors puntuacions, i estadísticament significatives, que els participants del grup que van abandonar. Vint-i-set dels participants no van respondre o no van respondre adequadament a aquesta prova (vegeu taula 4).

Taula 4

Resultats comparatius de les variables de resiliència.

Variables competencials	Grup abandonament N= 45 Mitja (DT)	Grup que completa N= 49 Mitja (DT)	T Student	gl	p
Resiliència total	98,42	109,67	-2,250	92	0,027*
Satisfacció personal	14,91	16,88	-2,109	92	0,038*
Equanimitat	14,42	17,10	-1,700	92	0,093
Sentir-se bé sol	13,60	14,43	-1,174	92	0,243
Confiança en un mateix	26,36	30,31	-2,471	92	0,015*
Perseverança	28,78	30,94	-1,411	92	0,161

*< 0.05

Prèviament a comentar la taula 5 cal remarcar que en la prova *Inventari de Depressió de Beck II* no hi ha diferències significatives entre els participants del grup que van abandonar el tractament i del grup que el van completar ($p=0,81$).

Tanmateix, quan es va tractar la variable “Depressió” de forma ordinal en funció del seu nivell de gravetat (mínima, lleu, moderada i greu), sí que es van trobar diferències significatives entre els participants que van abandonar i els que van completar. En aquest sentit els participants del grup que van abandonar el tractament presentaven puntuacions més altes de gravetat lleu o moderada que els participants que el van completar. La diferència es va constatar entre aquells que presentaven depressió mínima i depressió greu en contrast dels que presentaven puntuacions de depressions intermèdies (lleu o moderada). Dos dels participants no van respondre o no van respondre adequadament a aquesta prova (vegeu taula 5).

Taula 5

Comparació entre els participants del grup que va abandonar i del grup que va completar el tractament en funció de la gravetat de la depressió.

Depressió de Beck	Grup Abandonament N=62 (52,1%)	Grup Completat N=57 (47,9%)	Estadístic	gl	p
Gravetat			$\chi^2=9,460^a$	3	0,024*
Mínima	4 (30,8%)	9 (69,2%)			
Lleu	12 (66,7%)	6 (33,3%)			
Moderada	28 (65,1%)	15 (34,9%)			
Greu	18 (40%)	27 (60%)			
Total	62 (52,1%)	57 (47,9%)			

* < 0.05

A la Taula 6 es descriuen vuit variables en les que s'ha provat variància entre els dos grups i es va procedir a realitzar una anàlisi de correlació entre elles.

La variable "Satisfacció personal" (un dels 5 components de l'ER) va presentar una relació negativa i significativa amb la variable "Trets de Personalitat Dependent". Cal tenir en compte que en ambdues variables, els participants que varen completar el tractament presentaven puntuacions més altes. L'"Equanimitat" (un dels 5 components de l'ER) va presentar una relació positiva i significativa amb la variable "Satisfacció personal". Cal remarcar que de les dues variables descrites, només la variable "Satisfacció personal" va presentar puntuacions significatives en relació als participants que van completar o abandonar el tractament (en aquest cas, presentava puntuacions més altes en els participants que el completaven). "Sentir-se bé sol" (un dels 5 components de l'ER) va presentar una relació positiva i significativa amb la variable "Equanimitat". Cal tenir en compte que cap de les dues variables descrites presentaven puntuacions significatives en relació als participants que van completar o abandonar el

tractament. “Confiança en un mateix” (un dels 5 components de l’*ER*) va presentar una relació negativa i significativa amb la variable “Trets de Personalitat Dependent”. Cal considerar que en ambdues variables descrites els participants que completaven el tractament varen presentar les puntuacions més altes. Finalment la variable “Perseverança” (un dels 5 components de l’*ER*) va presentar una relació negativa i significativa amb la variable “Trets de Personalitat Dependent” i una relació positiva i significativa amb la variable “Equanimitat”. Les variables “Perseverança” i “Equanimitat” no varen resultar estadísticament significatives en els participants que van abandonar o completar el tractament. En aquest sentit, com hem citat anteriorment, cal remarcar que, de les tres variables esmentades, només la variable “Trets de Personalitat Dependent” va provar significació estadística en relació als participants que varen abandonar o completar el tractament.

Taula 6

Correlacions de Pearson entre les variables que han provat variància entre els grups

		No Reactivitat	Dependent	Resiliència Total	Satisfacció personal	Equanimitat	Sentir-se bé sol	Confiança en un mateix	Perseverança
No Reactivitat	C. Pearson	1							
	p								
	N	117							
Dependent	C. Pearson	,099	1						
	p	,289							
	N	116	120						
Resiliència Total	C. Pearson	,170	-,171	1					
	p	,105	,099						
	N	92	94	94					
Satisfacció personal	C. Pearson	,179	-,256*	,810**	1				
	p	,088	,013*	,000					
	N	92	94	94	94				
Equanimitat	C. Pearson	,163	,091	,637**	,296**	1			
	p	,120	,381	,000	,004*				
	N	92	94	94	94	94			
Sentir-se bé sol	C. Pearson	,133	-,181	,729**	,664**	,280**	1		
	p	,207	,082	,000	,000	,006*			
	N	92	94	94	94	94	94		
Confiança en un mateix	C. Pearson	,056	-,204*	,869**	,685**	,390**	,583**	1	
	p	,598	,049*	,000	,000	,000	,000		
	N	92	94	94	94	94	94	94	
Perseverança	C. Pearson	,145	-,205*	,864**	,694**	,330**	,603**	,752**	1
	p	,169	,047*	,000	,000	,001*	,000	,000	
	N	92	94	94	94	94	94	94	94

*<0.05

A la Taula 7 es descriuen set variables, les quals estan estructurades en els instruments següents: la variables “Reparació” en el *TMMS-24*; “l’Autoestima” en *l’Escala d’Autoestima de Rosenberg*; i les variables “Devaluació”, “Trets de Personalitat Dependent”, “Trets de Personalitat Narcisista”, “Distímia” i “Estrès Post Traumàtic” en el *MCMI-II*. Aquestes variables han estat comparades amb els resultats del *BDI-II* i específicament amb les seves categories de gravetat (mínima, lleu, moderada i greu).

Els participants que obtenen unes puntuacions més altes en les variables “Trets de Personalitat Dependent”; “Devaluació”; “Distímia”; i “Estrès Post Traumàtic” presenten també unes puntuacions més altes entre el grup que completa el tractament amb una depressió qualificada de mínima o greu.

Els participants que obtenen unes puntuacions més altes en la variable “Reparació”; “Trets de Personalitat Narcisista”; i en *l’Escala d’Autoestima* presenten també unes puntuacions més altes entre el grup que abandona el tractament amb una depressió qualificada de lleu o moderada.

Taula 7

Resultats comparatius de les categories de depressió amb les variables que han mostrat significació estadística.

	Grup Completat Mínima- Greu	Grup Abandonament Lleu- Moderada	t	gl	p
Reparació	18,98 (6,68)	21,60 (7,14)	-2,053	116	0,042*
Autoestima	25,02 (6,37)	27,11 (5,04)	-1,996	117	0,048*
Devaluació	76,44 (16,29)	69,03 (16,10)	2,482	116	0,015*
Dependent	65,12 (16,41)	55,93 (20,94)	2,639	116	0,009*

Narcisista	41,47 (19,28)	48,74 (18,81)	-2,071	116	0,041*
Distímia	79,47 (23,31)	71,34 (20,81)	2,006	116	0,048*
Estrés Post Traumàtic	69, (20,11)	59,36 (15,33)	2,939	116	0,004*

*<0,05

Pel que fa referència a la prova *STAI* no hi ha diferències significatives entre els participants del grup que van abandonar el tractament i del grup que el van completar ($p=0,67$). Tot i així, tal i com s'ha descrit anteriorment, quan s'ha comparat una de les variables d'aquesta prova, "Reparació", amb el grau de gravetat de la depressió s'ha obtingut significació estadística.

En el cas dels resultats de l'*Escala de Desesperança* no hi ha diferències significatives entre els participants del grup que van abandonar el tractament i els del grup que el van completar ($p=0,68$). Pel que fa als resultats de l'*Escala d'Autoestima de Rosenberg* no hi ha diferències significatives entre els participants del grup que van abandonar el tractament i els del grup que el van completar ($p=0,75$). Tot i així, tal i com s'ha descrit anteriorment, quan s'han comparat els resultats de l'escala amb el grau de gravetat de la depressió s'ha obtingut significació estadística.

Discussió

L'objectiu principal del present treball és identificar si hi ha determinades variables que poden estar relacionades amb l'abandonament, per part del pacient, d'una intervenció de psicoteràpia de grup. Els resultats obtinguts mostren que, efectivament, és plausible pensar que hi ha variables del pacient que estan relacionades amb

l'abandonament o la finalització de la teràpia de grup tal i com es descriu també en diversos estudis (Jamison & Akiskal, 1983; Gavino & Godoy, 1993; i Porcel, 2005).

Pel que fa referència a les variables sociodemogràfiques del pacient no s'ha trobat significació estadística que permeti afirmar que aquestes puguin tenir relació amb l'abandonament d'una intervenció psicoterapèutica de grup. Dades que també són corroborades per Barnicot, Katsakou, Marougka & Priebe (2011) en estudi de factors predictius d'abandonament prematur, en el que aporten que variables sociodemogràfiques (com ara: edat, sexe, nivell educatiu, estatus laboral i conjugal) no varen presentar una associació significativa amb l'abandonament.

En relació a l'objectiu específic respecte de si determinats trets de personalitat poden influir en la decisió dels pacients d'abandonar la psicoteràpia de grup, s'ha de tenir en compte que la variable "Trets de Personalitat Dependent" ha mostrat significació estadística i per tant tot fa pensar aquesta variable pot ser un indicador de completar la teràpia. En aquest sentit, els pacients amb puntuacions més altes i per tant amb trets de dependència més accentuats completarien, en el seu conjunt, el tractament psicoterapèutic de grup respecte dels pacients que presenten puntuacions més baixes. Paradoxalment la variable "Trets de Personalitat Dependent", podria esdevenir un factor de protecció i alhora una variable relacionada amb els pacients que amb més probabilitat completaran el tractament. En aquest sentit, tal i com aporten Castillo, Pérez-Testor & Aubareda (1996), tot fa pensar que caldrà tenir en compte determinades variables psicopatològiques i de la personalitat amb grau d'intensitat més alta i per tant que vagin més enllà de la simptomatologia.

Pel que fa referència a les mesures de depressió i ansietat, no s'ha trobat significació estadística entre els participants que van abandonar el tractament i els que el

van completar. Per tant, i envers l'objectiu específic referent a la capacitat d'influència de variables clíniques de característiques psicopatològiques, tot fa pensar que aquestes no estaran relacionades amb l'abandonament de la teràpia. Tot i així, cal tenir en compte, que en el cas dels pacients que presenten una gravetat de depressió tipificada com a mínima, així com els que s'haurien tipificat amb un gravetat de depressió greu, varen completar significativament el tractament respecte dels qui presenten una gravetat de depressió tipificada com a lleu o moderada. Aquest fet, fa pensar que els pacients afectats per una depressió mínima tendeixen a finalitzar més el tractament amb l'esperança, potser, que la modalitat de la psicoteràpia de grup els pot ser útil per tal de revertir el seu estat depressiu, mentre que les persones afectades per una depressió greu podrien tendir a completar el tractament per una característica equiparable a les persones amb puntuacions més altes de la variable "Trets de Personalitat Dependent": la cronicitat. El grau de gravetat i la cronicitat del trastorn són dos factors a tenir en compte i, tal i com afirmen Bischoff i Sprenkle (1993), poden influir en la decisió de completar o abandonar el tractament. En aquest sentit, s'observa que les persones que presenten nivells més alts de dependència són també, en el seu conjunt, les que presenten un grau de depressió mínima o greu. Aquesta dada permet formular noves reflexions i futures hipòtesis com, entre d'altres, que les variables i factors clínics que poden contribuir al fet que les persones que presenten trets de dependència i una gravetat de depressió mínima i, així mateix, els participants que presenten trets de personalitat dependent i una depressió tipificada com a greu, ambdós grups completen més en el seu conjunt la teràpia però probablement per raons diferents. Pel contrari, les persones que no presenten trets de dependència i que presenten una depressió tipificada de lleu o moderada abandonen més, en el seu conjunt, la psicoteràpia de grup. Probablement per una variable equiparable: la creença que la psicoteràpia de grup no els

és una opció terapèutica tant necessària. En aquesta línia Fernández, Larre i Rodríguez (1996), en el seu estudi sobre l'eficàcia de la teràpia cognitiva de la depressió, varen observar que un 60% dels pacients que abandonaven havien experimentat milloria.

Pel que fa a les variables competencials, com ara la resiliència o el *mindfulness*, cal remarcar que en el cas del *mindfulness* i en relació a la variable “No Reactivitat”, aquesta ha mostrat significació i per tant estaria relacionada amb els pacients que més completen el grup psicoterapèutic. S'ha de tenir en compte que la variable “No Reactivitat”, és la que mesura l'habilitat humana per tal que els propis pensaments i sentiments no ens condicionin la capacitat de prendre decisions racionals. En aquest sentit, el *mindfulness* seria un instrument terapèutic a considerar alhora de facilitar un aprenentatge adequat en el control de les pròpies emocions i dels pensaments automàtics, generadors de respostes a partir d'impactes emocionals. En aquesta línia, Palacios (2006) refereix que les tècniques del *mindfulness* poden constituir un dels elements fonaments d'èxit en un programa de tractament.

Respecte la resiliència, cal remarcar que les variables “Satisfacció personal” i “Confiança en un mateix”, així com el resultat total de l'escala (“Resiliència total”), s'han mostrat significatives i per tant també poden estar relacionades amb els participants que completen la teràpia. En aquest sentit, cal remarcar que la variable “Satisfacció personal” mesura la capacitat humana de comprendre el significat de la vida i alhora la forma de posicionar-nos respecte les pròpies circumstàncies vitals. Pel que fa a la variable “Confiança en un mateix”, té per objectiu mesurar l'habilitat en creure en les pròpies capacitats. D'aquesta manera la “Resiliència Total” esdevé la suma de totes les altres variables de l'escala: “Satisfacció personal”; “Equanimitat”; “Sentir-se bé sol”; “Confiança en un mateix”; i “Perseverança”. La “Resiliència Total” es defineix a partir de la capacitat humana de saber fer les coses correctament, en el sentit

de saber-les superar malgrat les possibles frustracions i condicions adverses. Així doncs, entrenar els pacients per tal que adquireixin major capacitat de resiliència pot esdevenir, per si mateix, un factor de protecció que podria contribuir a que els participants d'una psicoteràpia de grup tinguessin més probabilitats de completar-la. Tal i com remarquen Muñoz i de Pedro (2005), la resiliència esdevindrà un factor a tenir en compte alhora de potenciar les pròpies opcions i oportunitats i la capacitat d'aplicar-les enfront de determinades situacions de risc.

S'ha de tenir present també que en l'anàlisi correlacional entre factors competencials i de personalitat, s'ha obtingut significació estadística en les següents variables: en primer lloc, i en l'escala de resiliència, la variable "Satisfacció personal" amb la variable "Trets de Personalitat Dependent" del MCMI-II. Atès que, com s'ha descrit anteriorment, les persones que tenen puntuacions més altes en la variable "Satisfacció personal" tenen més tendència a completar el tractament i les persones amb puntuacions més altes en la variable "Trets de personalitat dependent" també tenen aquesta mateixa tendència, s'observa que aquesta circumstància podria ser per causes diferents atès que la correlació entre aquestes dues variables és negativa. Per tant, les persones que completen la psicoteràpia de grup havent obtingut unes altes puntuacions en la variable "Satisfacció personal", no haurien de ser, en el seu conjunt, les mateixes que les persones que completen el grup per les seves altes puntuacions en la variable "Trets de Personalitat Dependent".

També s'ha obtingut significació estadística en la correlació de les variables següents: "Equanimitat" i "Satisfacció personal"; "Equanimitat" i "Sentir-se bé sol"; i "Equanimitat" i "Perseverança". Complementàriament a la significació trobada en la correlació d'aquestes variables d'una mateixa escala, en que totes elles mesuren aspectes equiparables produint-se així una correlació positiva (atès que es potencien les

unes a les altres), cal remarcar la significació estadística que es dona entre variables d'escala diferents, com és el cas de la variable "Confiança en un mateix" amb la variable "Trets de Personalitat Dependent" i la variable "Perseverança" amb la variable "Trets de Personalitat Dependent". En aquest cas, la correlació és negativa. Els participants que obtenen puntuacions més altes en cada una d'aquestes variables també tendeixen, en el seu conjunt, a completar el tractament però molt probablement, també, per causes diferents. Podria ser que en el cas de les persones amb altes puntuacions de "Confiança en un mateix", completessin el tractament per la habilitat que tenen en creure en les seves pròpies capacitats i els participants amb puntuacions altes de "Perseverança", el completessin per la seva pròpia capacitat d'auto disciplina. Pel contrari, les persones que completen el tractament havent obtingut unes altes puntuacions en la variable "Trets de Personalitat Dependent", l'haurien pogut dur a terme, molt probablement, per causes anteriorment esmentades i basades en la seva tendència, tal i com es descriu en el DSM-V (APA, 2013), a desenvolupar relacions caracteritzades per un patró de conducta basat en la submissió, l'aferrament exagerat i la por a la separació.

A forma d'epíleg, cal tenir en compte alguns aspectes a considerar alhora de valorar els resultats i per tant les conclusions que se'n deriven. En primer lloc, i pel que fa referència al mètode i a la forma d'administració dels qüestionaris i de les proves psicomètriques, cal considerar que els pacients els completaven des del seu domicili i retornaven posteriorment els fulls de resposta a la primera sessió. Aquesta pràctica pot ser considerada una limitació de la investigació, atès que no es pot garantir que, almenys en tots els casos, les respostes analitzades hagin estat realitzades pels propis participants de la psicoteràpia de grup i no per altres persones alienes. En segon lloc, una altra limitació relacionada també amb la forma de l'administració de les proves,

podria ser que no s'ha exercit un control de determinades variables com ara les ambientals, de temps de resposta individual, de concentració, de comprensió, etc. El fet de no haver facilitat un mateix *setting* als participants pot haver condicionat les seves respostes.

Una tercera limitació a tenir en compte, tal i com s'ha desenvolupat a la introducció, és que són diverses les variables que poden estar relacionades amb el fet de completar o abandonar la psicoteràpia, entre d'altres les que afecten als propis pacients, als terapeutes, i fins hi tot al *setting* i/o a les condicions ambientals en general on es desenvolupa la teràpia. En el present treball, cal remarcar que només s'han analitzat determinats factors i variables directament relacionats amb els pacients. En aquest sentit, i com a principal recomanació per a futurs estudis, caldria tenir en compte els factors i variables que poden estar relacionats amb el fet d'abandonar o completar el tractament i que són inherents no només als participants sinó també als terapeutes i al context terapèutic on es desenvolupen les sessions de psicoteràpia de grup.

Com a principals conclusions, el present treball aporta que és plausible pensar que hi ha variables del pacient que estan relacionades amb l'abandonament o amb la finalització de la psicoteràpia de grup i que entre aquestes variables no seran rellevants les sociodemogràfiques ni les clíniques, de característiques psicopatològiques, però sí les de personalitat, i en concret determinats trets com ara els "Trets de Personalitat Dependent", i així mateix determinades variables competencials. En aquest sentit, cal considerar que les estratègies i tècniques com el *mindfulness* o la resiliència podrien esdevenir elements d'aprenentatge rellevants alhora d'augmentar les probabilitats de completar el tractament.

Tot i que factors com la depressió i l'ansietat no estarien directament relacionats amb els participants que varen abandonar o completar el tractament, sí que s'hauria de tenir en compte factors com ara la gravetat de la depressió dels participants.

En síntesi, l'aprenentatge realitzat ens aporta una nova hipòtesis de treball: els pacients que completen una psicoteràpia de grup no necessàriament gaudeixen, en el seu conjunt, de més salut mental que els qui l'abandonen.

Referències

- Aguilar, E., Hidalgo, M., Cano, R., López, J., Campillo, M., i Hernández, J. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en este grupo. *Anales de psiquiatria*, 11(4), 121-125.
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5a Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2013.
- Ávila-Espada, A. (1998). *MCMI-II: Inventario Clínico Multiaxial del Millon-II (MCMI-II. Millon Clinical Multiaxial Inventory II)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Baer, R., Smith, G., i Allen, K. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., i Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 327-338.

- Biagini, M., Torruco, M., i Carrasco, B. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud mental*, 28(1), 52-60.
- Bischoff, R. J., i Sprenkle, D. H. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research. *Family Process*, 32(3), 353-375.
- Brown, K., i Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Carmona, C., Pascual, J. C., Elices, M., Navarro, H., Martín-Blanco, A., i Soler, J. (2018). Factores predictores de abandono prematuro de terapia dialéctica conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46 (6), 226-33.
- Castillo, J., Pérez-Testor, S., i Aubareda, M. (1996). El abandono de los tratamientos psicoterapéuticos. *Clínica y Salud*, 7, 271.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., i Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.
- Crombie, P., López, M., Mesa, M. i Samper, L. (2015) Adaptación de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. *Universidad de los Andes*: Bogotá, Colombia.
- Recuperat de:
https://issuu.com/samperlina/docs/adaptaci_n_de_la_escala_de_resilie

- Emsley, R., Rabinowitz, J., Medori, R., i Early Psychosis Global Working Group. (2007). Remission in early psychosis: rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates. *Schizophrenia research*, 89(1-3), 129-139.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. i Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Report*, 94, 751-755.
- Fernández, E., Larre, M.C., i Rodríguez, A. J., (1996). Sobre el abandono del tratamiento en tres Centros de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 58, 213-234.
- Fort, J. (1984). *La sociedad adicta: un panorama sobre la droga, la búsqueda del placer y del castigo*. Barcelona: Laia
- García López, M., Martín Pérez, M., i Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278.
- Gavino, A. i Godoy, A. (1993). Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y modificación de conducta*, 19 (66), 511-536.
- González, A., Luis, F., Sigüenza, M., Balaguer, Y., i Solá, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología: Universitas Tarraconensis* 22(1-2), 29-42.
- Guillén-Riquelme, A., i Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.

- Jamison, K. R., i Akiskal H. S. (1983). Medication compliance in patients with bipolar disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 6, 175-192.
- Kirmayer, L. (1990). Resistance, reactance and reluctance to change: A cognitive attributional approach to strategic interventions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 83-104.
- Landes, S. J., Chalker, S. A., i Comtois, K. A. (2016). Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3 (1), 9.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nova York: Guilford Press.
- Liotti, G. (2001). La resistencia al cambio de las estructuras cognitivas: reflexiones relativas al proceso psicoterapéutico. *Revista Psicoterapia* 46 (12), 37-51.
- Monzón, S., Siddons, N. B., i Ripoll, M. S. (2008). Adherencia terapéutica y personalidad: Una revisión sistemática. En J. Bobes (Ed.). *Ponencia incluida en el XII Congreso Nacional de Psiquiatría. Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Oviedo: Elsevier.
- Muñoz, V., i de Pedro, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista complutense de educación*, 16(1), 107-124.
- Palacios, A. G. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de Psicoterapia*, 17 (66/67), 121-132.

- Porcel, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta: Revista de Ciencias Sociales*, (14), 1-16.
- Preibe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C.,... i Zinkler, M. (2012). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for Self-Harming Patients with Personality Disorder: a Pragmatic Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81 (6), 356-365.
- Prochaska, J. i Norcross, J. (1998). *Systems of psychotherapy*. Califòrnia: Brooks Cole Publishing Company.
- Royo, J. (1988). Programes de tractament lliures de drogues a l'SPOTT. En *Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya* (pp. 207-240). Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Royo, J., Masip, J., Feliu, M. A. (2013). Drogas en adolescentes y jóvenes. ¿Qué ha cambiado?. *FMC: Formació Mèdica Continuada en Atenció Primària*, 22 (10), 544-553.
- Sales, C. (2003). Understanding Prior Dropo ut in Psychotherapy. *Revista Internacional de Psicologia y Teràpia Psicológica*, 3 (1), 81-90.
- Sanz, J., i Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Villena, E. (2017). *El abandono terapéutico en un caso de terapia familiar*. Universitat Ramon Llull, Catalunya.

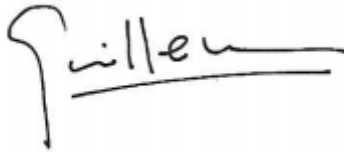
Wachtel, P. (2001). La resistencia como problema teórico y práctico. *Revista Psicoterapia*, 46 (12), 119-133.

Walitzer, K. S., Dermen, K. H., i Connors, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment: A review. *Behavior Modification*, 23 (1), 129-151.

Declaració d'autoria

“Declaro que el present treball l’he realitzat per mi mateix, sense haver usat altres fonts o ajudes diferents a les indicades. També he marcat com a tals els passatges literals, o de contingut, que he pres de tercers”.

Signatura:

A handwritten signature in black ink on a white background. The signature consists of a large, stylized initial 'P' followed by the name 'uilleu'. The name is written in a cursive style and is underlined with two horizontal lines.