



# “Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico”

**Carlos Sirvent Ruiz**

Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral Madrid

## Introducción

La evaluación asistencial es inherente a la propia atención como un todo indisoluble. Las Administraciones desarrollan sistemas de valoración de eficacia y eficiencia, así como de control de calidad cada vez más complejos. Por otra parte los indicadores asistenciales incorporan habitualmente los conceptos “abandono” como sinónimo de fracaso y “adherencia” como equivalente de cumplimiento terapéutico. Para profundizar sobre el concepto “abandono del tratamiento” procede comentar nociones afines y/o complementarias tales como el cumplimiento, la adherencia o adhesión, las variables predictoras de éxito o fracaso, e incluso la resistencia al tratamiento

Gavino y Godoy, 1993 definieron el abandono como “una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos”. La normatividad y la disciplina respecto a la prescripción son asimismo notables indicadores, sobre todo médicos, hasta tal punto que la industria farmacéutica crea preparados retard, flas y depot —entre otras razones— para obviar los efectos de la falta de rigor posológica o indisciplina terapéutica.

No obstante, existe una dura controversia sobre la pertinencia o no de emplear los vocablos “cumplimiento” (compliance), abandono (abandon) y adherencia (adherence–nonadherence) para designar el éxito o fracaso en la viabilidad de un tratamiento (Kingdon et al, 2007). El término “cumplimiento”<sup>1</sup> —sobre todo— tiene unas connotaciones pasivizantes para el paciente que sugieren la búsqueda de otras palabras más pertinentes, máxime cuando se trata de evaluar programas que en no pocos casos requieren de la participación activa y dinámica del sujeto que de paciente pasa a ser agente de su tratamiento.

Aceptando los anteriores matices, la evaluación de un tratamiento como tal empieza por la correcta cumplimentación del mismo. Suele haber, además, una correspondencia entre buen cumplimiento y buenos resultados posteriores. Pero todavía hay una mayor correlación entre mala cumplimentación y fracaso terapéutico.

Los indicadores por lo común son demasiado genéricos o imponderables. Por ejemplo, el desarraigo social o la presencia de enfer-

1 El término *cumplimiento* no solo se refiere a la disciplina terapéutica en la relación médico–enfermo, sino a otro tipo de vínculos, por ejemplo, el institucional cuando la propia institución tiende a hacer objetivo de cumplimentación la dinámica funcional de la misma antes que la recuperación del sujeto. Antaño ese papel extremo lo realizaban los nosocomios, ahora se observa en ciertos programas y formas de psicoterapia grupal e incluso individual que pervierten el sentido último de la terapia pareciendo atender más al propio funcionamiento que a las necesidades del paciente.



medad crónica sobreañadida ensombrecen todos los pronósticos, pero no por ello debemos dejar de atender a dichos sujetos. Son precisamente los aspectos específicos y minuciosos los que más interés clínico cobran, ya que de su prevención puede derivarse la viabilidad o no de un tratamiento. En definitiva, si se consiguen predecir dichos aspectos concretos, específicos y moleculares de cada sujeto conoceremos la peculiaridad y subsiguientemente la posibilidad de una intervención eficaz.

## Variables predictoras

Llegamos así al pronóstico de actitudes, tendencias y comportamientos que sustanciamos en el concepto “variables predictoras” o sencillamente “predictores” que tienen una función clínica e individual a diferencia de los indicadores que tenían un sentido valorativo más general.

Para ilustrar la función clínica de las variables predictoras citaremos un ejemplo: ciertos sujetos drogodependientes presentan un síndrome denominado “craving tardío” donde una persona que llevaba tiempo abstinentes (semanas, meses e incluso años) empieza a presentar crecientes y progresivos deseos de consumo que a menudo no suele comentar con familiares ni terapeutas por miedo a que se piense en una involución o —sencillamente— porque no repare en ello. Esos deseos incipientes de consumo de sustancias aumentan como una bola de nieve hasta abocar a un apetito intenso e inmediato de droga que a menudo conduce al abandono (y ulterior recaída) si no se frena a tiempo. Pues bien, si mediante un inventario de variables predictoras conseguimos evidenciar dichos deseos incipientes, pueden aplicarse medidas terapéuticas eficaces como psicoterapias ad hoc o fármacos anticraving, o la combinación de ambos.

Los estudios sobre adherencia al tratamiento deben estar permanentemente actualizados para mantener la vigencia y validez de las con-

clusiones, ya que al ser este un fenómeno tan vivo y cambiante, cabe presumir que los datos tengan una vigencia no mayor de cinco años en la mayoría de ocasiones. En última instancia el estudio y la evaluación pronóstica es indispensable en el trabajo clínico. Desde un punto de vista meramente pragmático, es básico saber si lo que se hace funciona o no, porque si no se conocen los efectos de las intervenciones clínicas, se corre el riesgo de estar perdiendo el tiempo de terapeutas y clientes. Desde un punto de vista ético es función y responsabilidad del clínico ayudar a los clientes a conseguir lo que necesitan para estar mejor —eficacia— y con el menor coste de tiempo, esfuerzo y recursos —eficiencia.

En lo relativo a la cumplimentación, Colom et al (1) efectuaron un metaestudio sobre sujetos bipolares encontrando una gran disparidad de tasas de mal cumplimiento que abarcan desde el 12% hasta el 64%, lo que atribuye parcialmente a la forma de evaluación.

En cuanto al fracaso terapéutico, Walitzer et al (2) encuentran que el abandono prematuro del tratamiento en salud mental es excesivamente alto. Precisamente en el campo de las conductas adictivas supone un problema importante para la eficacia del tratamiento. Concretamente entre un 20 y un 57% de los pacientes no vuelven a terapia después de la primera sesión y entre el 31 y 56% no completan más de 4 sesiones (2). En la búsqueda de los factores explicativos del abandono del tratamiento se han estudiado diferentes características del individuo, fundamentalmente socioculturales, como el estatus socioeconómico o el nivel cultural. Sin embargo, la investigación más reciente indica que probablemente exista una relación más compleja entre estos factores y otros más individuales, como son las actitudes del paciente o las expectativas del propio terapeuta (2). En el estudio de este tipo de variables aparece la motivación para el cambio del paciente como un factor determinante en el cumplimiento terapéutico (3).



Respecto a los motivos de abandono, Gavino y Godoy (1993) siguiendo a Porcel (4), consideran las siguientes causas de abandono de la psicoterapia:

- 1) El motivo de consulta ya no preocupa.
- 2) Consejo de otro profesional de corriente teórica distinta.
- 3) Cambio de ciudad del cliente.
- 4) Desmotivación por la terapia.
- 5) Incumplimiento de instrucciones.
- 6) Relativizar el problema.
- 7) Tardanza en conseguir objetivos.
- 8) Negación a tocar algunos temas.
- 9) Falta de rapport con el terapeuta.
- 10) Cambio de ciudad del terapeuta.

Por otro lado, Castillo et al (4) hacen un resumen de las causas más frecuentes de abandono de la psicoterapia y recogen, entre otras, las siguientes: bajo estatus socioeconómico, escasa motivación, gravedad y cronicidad del trastorno psicopatológico, débil alianza terapéutica, exceso de actividad verbal del terapeuta, etcétera. Incluso factores como la inmigración o la etnia también han sido evaluados. Gavino y Godoy (5) se plantean los distintos tipos de abandono, dependiendo de la fase terapéutica en la que aparece, así como de las diferentes justificaciones que dan los pacientes cuando manifiestan su deseo de abandonar la terapia.

Jamison et al (6) (siguiendo a Colom) dividieron los factores relacionados con la baja adherencia en: relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el fármaco y con el terapeuta. A dicho respecto, entre los factores relacionados con los pacientes cita como más frecuentes la negación total o parcial de la enfermedad (locus de control externo), los efectos secundarios de los fármacos, sentir su estado de ánimo *bajo control* (lo que luego denominaremos autosuficiencia terapéutica, y —por último— echar en falta los periodos de euforia (Jamison et al 1979; Jamison and Akiskal 1983; Keck et al 1996) (6). Factores como edad (juventud), sexo (masculino) y estado civil (sol-

tería) se asocian a incumplimiento terapéutico, aunque dichos datos son controvertidos. Por otra parte, Weiss et al (6,13), afirman que los efectos secundarios de los medicamentos son el principal factor de incumplimiento.

García Campayo et al (7) en una encuesta sobre las actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes encuentra que aquellos piensan que los inmigrantes somatizan más que los autóctonos, pero que no presentan más patología psiquiátrica. También consideran que son peores cumplidores del tratamiento y más reivindicativos que los pacientes españoles. Están en desacuerdo con que puedan existir sesgos raciales en la práctica médica, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico.

## Cumplimiento terapéutico en diferentes trastornos psíquicos

Respecto a los predictores de fracaso en patologías concretas, Fiona, Graff et als. (8) realizaron un ensayo aleatorio controlado de terapia de grupo integrada para trastornos bipolares y por consumo de sustancias, demostrando que el tratamiento integrado de estas enfermedades es efectivo para reducir el consumo de drogas, aunque ningún estudio ha examinado el desgaste de la terapia de grupo en los diagnósticos duales. Por otra parte, el hecho de fumar (más) cigarrillos, un episodio reciente de cambio en el estado del ánimo, y la falta de formación fueron fuertes predictores de abandono después de controlar las variables demográficas y el consumo de sustancias. Concluían los autores que —dada la fortaleza del consumo de tabaco como predictor de abandono del tratamiento, así como la elevada tasa de tabaquismo entre esta población— se requiere una mayor atención a la relación entre fumar y trastorno bipolar.

Novak–Grubic y Tavcar (2002) evalúan los predictores del incumplimiento en pacientes varones con primer episodio de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno esquizoafectivo en un entorno naturalista



encontrando tres predictores del incumplimiento:

1. Diagnóstico de esquizofrenia (frente a los otros dos diagnósticos).
2. Síntomas positivos en la admisión.
3. Falta de insight al alta.

Los resultados son acordes con los hallazgos de otros autores, lo que confirma la universalidad del incumplimiento en los pacientes psicóticos. Los pacientes en su primer episodio tienen una tasa de abandono alta. Sin embargo, la tasa de recaída en pacientes cumplidores era baja, de lo que se infiere la necesidad de atención especial e intervenciones que promuevan el cumplimiento de pacientes en su primer episodio. Para R. Medori (10) el factor predictor más fuerte para la recaída es la discontinuidad de la terapia antipsicótica, que multiplica el riesgo de recaída por cinco. El cumplimiento intermitente del tratamiento también se asocia a recaídas. Otra consecuencia adversa de la pobre adherencia es un incremento del riesgo de hospitalización.

Craig Nelson et al (11) en una muestra de ancianos residentes depresivos tratados con mirtazapina en comprimidos de absorción oral, encontraron que la edad avanzada, la enfermedad médica, y el deterioro cognitivo no predijeron la respuesta. Los resultados sugieren que estas variables no necesiten ser vistas como obstáculos al tratamiento.

Lock J. et al. (12) en un estudio sobre anorexia en adolescentes hallaron que el trastorno psiquiátrico comórbido, las conductas familiares, y la respuesta temprana al tratamiento son factores importantes cuando se pronostica el abandono y la remisión en terapia familiar para adolescentes con anorexia. Asimismo, permanecer en el tratamiento más largo determina un mayor abandono. En definitiva, la presencia del trastor-

no psiquiátrico asociado, el ser mayor, y las conductas familiares problemáticas produjeron menores índices de remisión. La reducción de los síntomas comportamentales del adolescente, la disminución de conductas familiares problemáticas y el aumento de peso temprano estuvieron todos dentro de los cambios de tratamiento que incrementaron la remisión.

Respecto a los trastornos de la personalidad, S. Monzón Peña et al.<sup>2</sup> (14), en un metaestudio sobre adherencia al tratamiento sobre 243 artículos encuentra que la presencia de trastornos de personalidad se relaciona con tasas más bajas de adherencia y mayor dificultad para modificar actitudes sobre la medicación. Muchos rasgos de personalidad señalados como posibles factores determinantes del grado de adherencia, pocos de forma consistente. Por otra parte la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas promedia el 50%. Un matiz anecdótico lo aporta J. Obiols cuando señala entre los «predictores de resistencia terapéutica» el «sexo femenino». Esto tiene que ver con las otras variables de resistencia que tienen las mujeres. Por ejemplo, los problemas sociofamiliares o los factores biológicos. Es decir, la condición del sexo femenino con otros problemas asociados hace que haya más resistencia al tratamiento. Esto pone de manifiesto la desfavorable condición sociofamiliar de la mujer todavía hoy en día.

S. E. Stewart et als (15) estudiaron una muestra con trastorno obsesivo compulsivo severo. Los análisis de regresión múltiple moderaron las relaciones entre la severidad final del TOC (Yale–Brown Obsessive–Compulsive scale puntuaciones) y las variables pronosticadoras. Los que respondieron tuvieron una severidad de la depresión mas baja pero no fueron diferentes en relación a la duración, edad, estado civil, estado laboral, inicio de TOC, his-

2 Búsqueda sistemática en Medline de los artículos publicados entre 2003 y 2008 que relacionan adherencia y personalidad. Términos "Adherence", "compliance", "personality" y "personality disorders". Criterios de inclusión: 1. artículos que estudian adherencia/ cumplimiento terapéutico. 2. personalidad es objeto de estudio. 3. el estudio hace referencias a enfermedades crónicas.



toria familiar de TOC, tratamiento e historia de admisión. En el modelo de regresión final, la severidad del TOC disminuyó inicialmente, el sexo femenino y mejor funcionamiento psicosocial inicial, denotaban una menor severidad del TOC al alta. La severidad de la depresión (puntuaciones en el Inventario de Beck de Depresión) no pronosticaban el resultado del tratamiento.

## Otras perspectivas

Una perspectiva peculiar del fenómeno de abandono en terapias psicológicas lo aporta Porcel M. (4) refiriéndose a las *ceremonias* de tratamiento médico-biológico que pueden propiciar el fenómeno que el autor denomina conflicto de normas irresuelto personalmente, a través de la adquisición, por parte del paciente de "un papel pasivo en su curación", concluyendo que un cierto tipo de abandono de las terapias psicológicas pudiera ser considerado como un resultado exitoso de las mismas, antes que una carencia o fallo de estas. Añade que algunos autores consideran la existencia de abandonos no etiquetables como fracasos, ya que, puede abandonarse el tratamiento cuando se han conseguido algunos objetivos terapéuticos (quizá los más importantes) y por tanto hablan, no de abandono como fracaso sino de "abandono como mejoría". Si de esto se sigue la interrupción permanente de búsqueda de ayuda por parte del paciente en otros tipos de terapias y en diferentes terapeutas, estamos ante el fenómeno de abandono total de la psicoterapia. En definitiva, el denominado abandono parcial recoge la situación de búsqueda incesante, por parte del paciente de ayuda psicológica recorriendo diferentes terapeutas y terapias, mientras que el denominado abandono total es cuando el sujeto deja la terapia por completo cesando en la búsqueda de ulteriores terapias o terapeutas. Añade el autor que Castillo y colaboradores (1996) se refieren a lo conveniente de abandonar la psicoterapia cuando esta posee por sí misma efectos yatrogénicos. Porcel va más lejos al argumentar que la

yatrogenia de las terapias psicológicas no es una característica que pueda presentarse en algunos casos, sino que es la yatrogenia una característica inherente a toda terapia psicológica, de tal manera que el abandono de la misma supone cortocircuitar o prevenir dichos efectos negativos.

En lo relativo a la adherencia terapéutica, Jónsdóttir, H et als. (16) y Kingdon D. et al. (17) estudiaron la adherencia al tratamiento de pacientes con trastornos médicos severos comparada con pacientes con trastornos mentales severos. El grupo psiquiátrico puntuó más bajo que el médico en la necesidad de tomar medicación. El grupo no adherente sentía que la medicación le era menos necesaria para ellos que el grupo adherente. En la discusión, tanto estos como otros autores insisten en la psicoeducación para ayudar a comprender mejor el problema con sujetos esquizofrénicos. El empleo de la terapia cognitiva en esquizofrénicos que rehúsan tomar medicación es especialmente útil. La colusión con los no adherentes es confrontada mediante una franca discusión de las alternativas y sus posibles consecuencias, lo que permite a los pacientes tomar parte en las decisiones y así verse reforzados

## Estudios entre profesionales

Respecto a la adherencia, F. Cañas (17) realizó una encuesta dirigida a 651 psiquiatras españoles, 240 familiares y 391 pacientes con el objetivo de profundizar en el conocimiento de la falta de conciencia de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia y su relación con la falta de adherencia terapéutica y su satisfacción con el tratamiento. Los resultados del estudio muestran que el 71% de los psiquiatras encuestados afirmaban que la mayoría de sus pacientes padecían falta de conciencia de la enfermedad y que un 96% de sus pacientes habían abandonado alguna vez su tratamiento por voluntad propia cuando éstos consideraban encontrarse bien.



El uso de programas psicoeducativos centrados en la información acerca de la enfermedad y el tratamiento son decisivos muchas veces para resituar la adhesión terapéutica entre estos pacientes (Colom et al, 1998). Otro factor de peso es el hecho de que los pacientes pueden estar mal instruidos acerca del tratamiento y pueden dejar de tomarlo si no perciben sus efectos terapéuticos —a menudo sobrevalorados— en un plazo más o menos corto de tiempo. El papel del terapeuta es decisivo. Aquellos clínicos que aun muestran ambivalencia acerca de la naturaleza biológica de los trastornos bipolares y, por lo tanto, acerca de la necesidad de un tratamiento biológico, transmiten esta duda a sus pacientes, pudiendo ocasionar un mal cumplimiento (Cochran and Gitlin, 1988).

Tal es la importancia que se le concede a la adherencia terapéutica que surgen proyectos que llegan a implicar a redes de profesionales de la psiquiatría, como el denominado Proyecto ADHES (adherencia terapéutica en la esquizofrenia) lleva 5 años trabajando para evaluar y mejorar la falta de adherencia terapéutica que implica a más de 400 psiquiatras coordinados por J. Giner. (18)

## Cumplimiento terapéutico y abandono en adicciones

Santos P. et al (19) estudiaron la posible capacidad predictiva de diferentes variables psicológicas sobre la evolución de los sujetos a partir del sexto mes de tratamiento en una Unidad de Deshabitación Residencial encontrando cuatro variables predictoras, de las cuales dos presentan gran valor predictivo al clasificar correctamente el 93.68% de los sujetos que abandonan. Dichas variables eran: *sensibilidad dura* (confiado en sí mismo, realista), y *poca socialización controlada* tuvieron más probabilidades de abandonar tras seis meses de tratamiento.

Diferentes estudios concluyen que los sujetos drogodependientes con comorbilidad tie-

nen una mayor tasa de abandono Asimismo tienden a tomar mayor cantidad de medicación de la prescrita (Tohen and Zarate 1999, Winokur 1999) (22).

En un estudio sobre programa residencial (23), el motivo de abandono más frecuentemente señalado eran los límites impuestos por el propio programa terapéutico (70,5% de los casos), seguido de autosuficiencia (consideración de que ya se han alcanzado los objetivos propuestos (49,2%), el cansancio de los grupos de tratamiento (el 39,3%) y el consumo o el deseo de consumir drogas (34,4%). Vemos así que el marco normativo, los límites impuestos se asocian a no cumplimentación, esto es, al fracaso terapéutico. Al contrario que Porcel, que prefería el abandono total al parcial, en dicho estudio López Goñi considera como un éxito el abandono temporal del tratamiento sobre el abandono absoluto. Obviamente se refieren a contextos distintos.

En otro estudio de seguimiento de abandono sobre pacientes en un centro de atención a drogodependientes ambulatorios, Puerta et al (24) encontraron que el 29% alegaron no requerir más tratamiento por haber alcanzado sus objetivos, un 32,3% incompatibilidad con el trabajo o cambio de domicilio, un 22,6% deficiencias en el servicio y 9,7% falta de motivación para seguir las pautas del tratamiento.

Le sorprende a la autora el hecho de que casi un tercio de la muestra de por terminado el tratamiento al haber alcanzado un éxito no ratificado por los profesionales. Con una interesante dosis de autocrítica y sentido práctico discute la pertinencia de los criterios habitualmente manejados por los profesionales para estimar la consecución del éxito terapéutico y la necesidad de atender los criterios de los pacientes, acaso no tan exigentes como los establecidos habitualmente por los programas de rehabilitación. Concluye proponiendo un seguimiento más estrecho de los abandonos para conocer sus causas, recuperar a los



pacientes o establecer criterios de éxito más ajustados a la realidad.

En una dilatada investigación (20,21) se analizaron de forma estructurada, razonada, jerárquicamente ordenada y vigente los principales factores de abandono vs adherencia al tratamiento de sujetos diagnosticados de trastorno por uso de sustancias atendidos durante el período 2007–2009. La investigación clínica ulterior desarrolló las razones explícitas y subyacentes de las demandas de abandono de sujetos atendidos en diferentes dispositivos a lo largo de dos años.

Hay dos redes estatales bastante bien concatenadas pero perfectamente independientes que se ocupan de las adicciones: el Los denominados planes sobre drogas estatal y autonómico tienen recursos propios y —más o menos tarde y con mayor o menor acierto— a todas les llega el turno de evaluar la calidad y eficiencia de sus dispositivos respectivos. Surgen indicadores de todo tipo que las instancias superiores (o administrativas) aplican denodadamente. Entre los indicadores más requeridos nunca faltan a la cita los relativos a abandonos, altas terapéuticas y voluntarias y adherencia a tratamientos.

## Corolario

Dada la formidable infraestructura asistencial a su servicio, las adicciones son una excelente plataforma para la investigación a fondo del abandono terapéutico, que además en este ámbito tiene una “florida personalidad propia” exportable al resto de la salud mental (y quizá general), como el fenómeno de puertas giratorias, el recorrido itinerante de dispositivos, las derivaciones entre recursos que se desconocen mutuamente pese a interrelacionarse largos años, etc.

Emitir un pronóstico es muchas veces difícil y aventurado. A la postre es la propia experiencia y la intuición del profesional de turno la que dirime el devenir del sujeto. Los protocolos de predicción de abandono pueden significar un excelente arma clínica, no solo para conocer mejor al sujeto, sino para manejarlo terapéuticamente.

Uno de los elementos a considerar es que la conciencia del problema, la presión para el tratamiento que en origen no existe, es un indicador de abandono que puede ser neutralizado por un factor de adherencia como el hallazgo de cambios personales o el atractivo del tratamiento o sus beneficios secundarios. A dicho respecto y para concluir, y a título anecdótico, señalaré que una profesional que revisaba los resultados de un inventario de predicción de abandono quedó sorprendida de las respuestas de un paciente que llevaba 4 meses de tratamiento el cual evidenciaba una percepción del problema, de la terapia y de los terapeutas completamente distorsionada. El equipo creía lo contrario, que dicho sujeto evolucionaba adecuadamente porque hacía bien las cosas. No se dieron cuenta de que el paciente se limitaba a cubrir hábilmente las expectativas del equipo pero en su fuero interno apenas había modificado su insight o conocimiento y conciencia del problema. El inventario de despistaje de abandono sacó a la luz que el paciente estuvo todo el tiempo al servicio de la terapia pero no de su tratamiento.

### Correspondencia a:

Carlos Sirvent  
c/ Marqués de Valdeiglesias, 2 – 28004 Madrid  
e-mail: csr@institutospiral.com





## BIBLIOGRAFÍA

1. Colom, F. Factores implicados en la cumplimentación terapéutica de los pacientes bipolares. *INTERPSIQUIS*. 2001.
2. Walitzer, K S; Dermen, K H, Connors, G J. Strategies for preparing clients for treatment. A review. *Behav Modif*. 1999; 23(1):129–151.
3. Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985; 98:84–107.
4. Porcel Medina, M. El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*. Nº. 14, Enero 2005.
5. Gavino A. y Godo, A. Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1993 Vol. 19 (66) 511–536.
6. Jamison KR, Akiskal HS. Medication compliance in patients with bipolar disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1983; 6:175–192.
7. García Campayo J, González Broto C, Buil B, García Luengo M, Caballero L Martínez, F. Collazo Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2006 nov 34(6).
8. Fiona S. Graff; Margaret L. Griffin; Roger D. Weiss. Predictores de abandono de la terapia de grupo entre los pacientes con trastorno bipolar y por consumo de sustancias. *Drug and alcohol dependence*. 2008 abr; 94(1):272–275.
9. V. Novak– Grubic; R. Tavcar. Predictors of noncompliance in males with first–episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *European Psychiatry ed. Esp*. 2002 sep 9(6).
10. Medori, R. *Optimización de resultados a largo plazo en el tratamiento de la esquizofrenia*. Psychiatry source. Janssen–Cilag Satellite Symposium 2007 OCT.
11. Craig J., Holden, Roose K., Salzman C., Hollander S., Betzel J. Are there predictors of outcome in depressed elderly nursing home residents during treatment with mirtazapine orally disintegrating tablets? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007 may.
12. Lock J, Couturier, J, Bryson S and Agras, S. Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *International Journal of eating disorders*. 2006.
13. Weiss RD, Greenfield SF, Najavits LM, et al. Medication compliance among patients with bipolar disorder and substance use disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:172–174.
14. Monzón S.; N. Bauzá Siddons; M.J. Serrano Ripoll. (et.al). Adherencia terapéutica y personalidad: Una revisión sistemática. Ponencia incluida en el XII Congreso Nacional de Psiquiatría. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2008 nov.
15. S. Stewart E, Chen–Hsing Yen, Denise Egan Stack and Michael A. Jenike. Outcome predictors for severe obsessive–compulsive patients in intensive residential treatment. *Journal of psychiatric research*. 2006.
16. Jónsdóttir, H.; Friis, S.; Horne, R.; Pettersen, K. I.; Reikvam, Å.; Andreassen, O.A. Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Jan2009, Vol. 119 Issue 1, p78–84, 7p, 4 charts; DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01279.x; (AN 35622472).
17. Kingdon D. et al, 2007 Shanaya Rathod Lars Hansen, Farook Naeem, Jesse H. Wright, Combining Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Volume 21, Number 1, 2007.
18. Giner J. y F. Cañas. V Encuentro del Proyecto ADHES (Adherencia terapéutica en la esquizofrenia). *Revista ACCESO*. 2008 OCT.
19. Santos P; García M.L.; Barreto P. Variables psicológicas predictoras de evolución en una Unidad de Deshabitación Residencial (U.D.R.) *Anales de Psicología*. 2001 dic; 17(2).
20. Sirvent, C “Variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones” Ponencia de las Jornadas de Sociodrogalcohol. Salamanca 2009 (Publicada en un monográfico especial de la revista *Adicciones*).
21. Sirvent C., Blanco P., Palacios L., Linares MP, Rivas C., Quintana L., Fernández C. y Delgado R. “Estudio multicéntrico sobre éxito vs. fracaso terapéutico en adicciones”. Proyecto subvencionado por el organismo público Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid. Dossier Interno. Madrid 2009.
22. Tohen M, Zarate CA. Bipolar Disorder and comorbid substance use disorder. In: Goldberg JF, Harrow M, eds. *Bipolar disorders: clinical course and outcome*. Washington DC: *American Psychiatric Press*; 1999:171–185.
23. López, J., Fernández– Montalvo, Illescas N., Landa E., N. Lorea, J. “Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica”. *Trastornos Adictivos*, nº 10 (2) 55–72. 2008.
24. Puerta C., Domínguez A. L, Miranda M.D., Pedrero E., Pérez M. “Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes”. *Trastornos Adictivos*. Vol. 10, Nº 2, (112–120). 2008.