

## **Variables Asociadas a la Deserción en Psicoterapia en un Grupo de Adolescentes Puertorriqueños/as con Depresión**

**Jeannette Rosselló, Ph.D.  
Alejandra Martínez, M.A.  
Universidad de Puerto Rico**

### **Abstract**

The premature termination of psychotherapy for emotional disorders is one of the problems that faces the area of psychotherapy. This study identifies the variables associated with premature termination of psychotherapy in adolescents with depressive symptomatology in order to provide better service and to prevent future complications. The sample consisted of 18 girls and 12 boys between the ages of 13 and 18. Nineteen of the participants completed the course of treatment, 11 adolescents dropped out. The instruments used in this study were a demographic information sheet, the Children's Depression Inventory (CDI), and a structured interview about the variables associated with premature termination of psychotherapy. The results show that transportation problems, dislike of therapy, and the interference of other activities with therapeutic appointments were the variables associated with the premature termination of psychotherapy. Clinical implications of these findings are discussed.

---

Para comunicarse con los autores, favor de escribir Dr. Jeannette Rosselló, CUSEP, Apartado 23174, Estación de Correo Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico, 00931.

La terminación prematura del tratamiento para condiciones emocionales es uno de los problemas que aqueja el campo de la psicoterapia. Estudios sobre este tema indican que la mayoría de las personas asisten entre 4 y 8 sesiones, siendo 5 sesiones el promedio general (Garfield, 1986; Phillips, 1985). Otro estudio más reciente (Howard, Davidson, O'Mahoney, Orlinsky, & Brown, 1989) presentó datos similares y concluyó que la mayoría de los/as pacientes ambulatorios/as reciben relativamente pocas sesiones de psicoterapia. En la literatura se han reportado distintos índices de deserción. Shepard y Mosely (1976) estimaron en 44.2% a nivel nacional la deserción de la psicoterapia. Para grupos minoritarios, la deserción es usualmente más alta, ya que se ha estimado en un 50% (Sue, 1977). En el caso de niños/as y adolescentes se han estimado índices de deserción tan altos como un 85% (Novick, Benson, & Rembar, 1981). Una de las razones para explicar estos datos es la inhabilidad del terapeuta en proveer un tratamiento culturalmente apropiado y sensible (Sue & Zane, 1987). Otros factores explorados y relacionados a la deserción han sido características demográficas: edad, clase social, género y etnicidad (Garfield, 1986). También se han analizado variables como la relación terapeuta-cliente, fortaleza del vínculo de la alianza terapéutica, variables del terapeuta, variables del cliente, variables de la condición, variables administrativas y factores prácticos. Sin embargo, los resultados en la literatura no han sido consistentes.

Las consecuencias de una terminación prematura son que el/la cliente no obtiene el beneficio máximo de la terapia y resulta una utilización inadecuada de los pocos recursos disponibles. El objetivo de este estudio fue investigar qué factores se asocian a la deserción terapéutica en un grupo de adolescentes puertorriqueños/as que recibían servicios para una condición de depresión.

El trastorno de depresión es un problema grave y frecuente de salud mental. Kovacs (1989) ha presentado evidencia de la

depresión en niños/as y adolescentes y concluye que se justifica "una clara prioridad en la investigación para diseñar y probar el tratamiento en los acercamientos remediativos de esta condición (p. 214)". Hodges y Seigel (1985) concluyen que "existen pocas investigaciones bien controladas sobre la eficiencia terapéutica entre las diversas modalidades" (p. 545). Uno de los problemas en la prestación de servicios psicoterapéuticos es que éstos no son utilizados al máximo por los/as clientes, por lo que ocurre con frecuencia la terminación prematura de estos servicios.

Las consecuencias de una depresión juvenil son serias, ya que puede interferir con las tareas del desarrollo correspondientes. Se ha relacionado con bajo aprovechamiento académico y dificultades en el funcionamiento interpersonal y social (Kovacs & Bastiaens, 1994; Kovacs & Goldston, 1991). También se desarrollan dificultades con la memoria y la concentración (Kaslow, Tanenbaum, Abramson, Peterson, & Selligman, 1983). Los/as adolescentes deprimidos/as se muestran aislados/as, poco afirmativos/as, socialmente inadecuados/as y con pobres relaciones con sus padres (Altman & Gotlib, 1988; Goodyer, Wright, & Altman, 1989; Kaslow & Rehm, 1991; Kazdin, 1990; Kennedy, Spence, & Hensley, 1989; Kovacs & Goldston, 1991). Aunque la depresión no conlleva a otras complicaciones, la presencia de un incidente depresivo se asocia a un riesgo alto de tener otros episodios futuros (Kandel & Davies, 1986; Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Pavlauskas, & Finkelstein, 1984). Kovacs y Bastiaens (1994) reportaron una probabilidad de 75% de episodios depresivos recurrentes una vez se registra el primero. Otra de las complicaciones de episodios depresivos es el alto riesgo suicida (Curran, 1987; Kovacs, Akiskal, Gatsonis, & Parrone, en imprenta; Schaffer & Fisher, 1981). La depresión en adolescentes ha sido asociada a otras condiciones con la cual puede aparecer concurrentemente: ansiedad (Kovacs, 1989); abuso de drogas y alcohol (Patton, Kessler, & Kandel, 1977);

problemas de aprendizaje (Brumback & Staton, 1983); trastornos de conducta (Marriage, Fine, Moretti, & Haley, 1986); problemas de ingesta y alimentación (Carlson & Cantwell, 1980); y trastornos por déficit de atención (Kovacs & Bastiaens, 1994), entre otros. Por todas estas razones se justifica el proveer tratamiento adecuado a adolescentes que hayan manifestado una condición depresiva, y asegurar que reciban el servicio completo de manera que puedan beneficiarse al máximo y evitar las complicaciones y consecuencias de esta condición si perdura o reaparece. En otras palabras, es sumamente importante prevenir la deserción de la terapia.

La literatura refleja distintos intentos para entender la deserción en la terapia. Frayn (1992) identificó características de los/as pacientes que abandonaban prematuramente su tratamiento. Encontró que estas personas se caracterizaban por deficiencias del ego tales como dificultad para la introspección, baja tolerancia a la frustración, pobre control de impulsos y poca motivación. No encontró diferencias significativas por tipo de terapia o género de el/la paciente y terapeuta. Swett y Noones (1989) identificaron tres factores asociados a la terminación prematura de 142 pacientes de una clínica externa: ideación paranoide, falta de seguro médico y vivir cerca de la clínica donde se ofrecía el servicio. Otros estudios se han concentrado en estudiar las variables de la relación terapéutica. Mohl, Martínez, Ticknor, Huang y Cordell (1991) estudiaron las terminaciones de 96 pacientes. Encontraron que aquellos/as que terminaban prematuramente reportaban una alianza terapéutica débil, sentimientos de no haber aprendido nada nuevo en las sesiones, poca afinidad con el/la terapeuta, sentimientos de no agradecerle a el/la terapeuta, y de no sentirse respetado/a por el/la terapeuta. Otros factores relacionados a la deserción de la terapia informados en la literatura son los de insatisfacción de la terapia, e incomodidad con el servicio, entre otros (Atkissen & Zwick, 1982; Larsen, Atkissen, Hargreaves & Nguyen, 1979). Entre los aspectos prácticos aso-

ciados a la deserción se encuentra el que los/as pacientes que no asistieron a sus citas se preocupaban por el tiempo que debían esperar por las mismas (Orme & Boswell, 1991), y el que los padres de niños/as se preocupaban por el género del terapeuta.

En adición a estos hallazgos, se presenta en la literatura que las razones más frecuentes para abandonar la terapia son: mejoría en el problema, problemas prácticos que impedían la asistencia al tratamiento, y la insatisfacción con el mismo (Acosta, 1980; Garfield, 1963; Pekarik, 1983). Sin embargo, se ha cuestionado si los/as desertores son un grupo homogéneo o si muestran diferencias en variables donde se consideran los resultados de la psicoterapia. Con el propósito de aclarar este punto, Pekarik (1992) comparó las razones para darse de baja del tratamiento con el nivel de satisfacción y resultados de las intervenciones. Utilizó una muestra de 49 adultos desertores/as, 37 padres de niños/as que abandonaron prematuramente la terapia, 45 pacientes que completaron sus terapias, y 51 que se mantenían asistiendo a su tratamiento. Las razones principales para abandonar la terapia fueron: mejoría en los problemas, obstáculos ambientales e insatisfacción con el tratamiento. Entre el grupo de desertores, se encontró un subgrupo que había mejorado y que manifestaba satisfacción con el tratamiento y otro subgrupo que no mejoró y que se mostraba muy insatisfecho con el tratamiento.

Finalmente, Sparr, Moffit, y Ward (1993) informaron que los/as pacientes deprimidos/as y los/as que estaban en terapias intensivas se ausentaban menos a sus citas. Las razones más comunes para ausentarse era algún error del paciente (olvidarse de la cita, quedarse dormido/a, confundir la fecha). Estos autores encontraron que la razón primordial para la deserción es que del paciente no estableció una buena relación con la terapia.

En resumen, la literatura establece algunas variables asociadas a la deserción de la terapia. Los resultados no siempre

son consistentes, ya que posiblemente variables específicas como por ejemplo, la edad, tipos de severidad de condiciones, tipos de tratamiento, u otras variables puedan mediar entre las distintas variables identificadas. Es necesario poder entender mejor la deserción para poder tomar medidas preventivas y fomentar una mejor utilización de los servicios y recursos garantizando así el bienestar de la persona que busca ayuda. En este estudio se pretende identificar variables asociadas a la deserción en un grupo de adolescentes con depresión para poder brindarles una mejor ayuda y prevenir complicaciones futuras.

## Método

### *Muestra*

Se invitó a participar a 30 adolescentes que tomaron parte en la investigación sobre el tratamiento de la depresión en adolescentes puertorriqueños/as (Rosselló & Bernal, 1996). Del total de la muestra, 18 eran mujeres y 12 eran hombres. Las edades fluctuaban entre 13 y 18 años. El total de adolescentes que completaron el tratamiento fue de 19, de los cuales 12 eran mujeres y 7 eran hombres. Nueve (9) de ellos/as recibieron psicoterapia interpersonal, y 10 terapia cognitiva-conductual. El grupo de desertores de la psicoterapia estaba comprendido de 11 adolescentes, de los cuales 6 eran mujeres y 5 eran hombres. Tres (3) de ellos/as habían comenzado psicoterapia interpersonal, y 8 terapia cognitiva-conductual. A los/as participantes se les explicó la naturaleza del estudio y se obtuvo el consentimiento tanto de ellos/as como de sus padres. Todos/as los/as participantes habían completado una evaluación donde se había determinado la presencia de sintomatología depresiva y habían recibido una de dos modalidades de psicoterapia de corta duración (12 sesiones de terapia cognitiva-conductual o de terapia interpersonal).

### *Procedimiento*

Una vez los/as participantes y sus padres consintieron a participar, se citó al adolescente para realizar una entrevista específica para el propósito del estudio.

### *Instrumentos*

Se administró a los/as participantes una hoja de datos demográficos en la cual se pedía información acerca de la edad, escolaridad, estatus matrimonial de los padres y número de familiares viviendo con el/a adolescente, entre otros. Se utilizó el Inventario de Depresión de Niños/as (Children's Depression Inventory o CDI) (Kovacs, 1992) para evaluar la sintomatología depresiva. El mismo es un cuestionario auto-administrable compuesto de 27 reactivos, en los cuales se exploran síntomas depresivos asociados al estado de ánimo, funciones vegetativas, auto-evaluaciones, y comportamiento interpersonal, entre otros. Kovacs (1992) informó un coeficiente de confiabilidad de .86 para la escala y encontró que es un instrumento válido al compararse con otros.

Finalmente, se utilizó una entrevista estructurada que exploraba variables asociadas a la terminación temprana de la psicoterapia. Algunas de éstas son: experiencia previa en terapia, proceso del referido, razones para la deserción, opiniones sobre el/a terapeuta, opiniones sobre la terapia, actitudes de los padres hacia la terapia y aspectos de la investigación.

### **Resultados**

En términos de sintomatología depresiva, no hubo diferencias significativas entre el grupo de desertores y el de no desertores para las puntuaciones del CDI, ya que para el primer

grupo la media fue de 18 y para el segundo de 23. En cuanto a género, los grupos no presentaron diferencias significativas.

Entre los factores para discontinuar la psicoterapia presentados por los/as adolescentes que no completaron el tratamiento se encuentran los siguientes: problemas para llegar (37%), no le gustaba la terapia (18%), la terapia interfería con otras actividades (18%), y un 27% no dió información al respecto. Para los/as adolescentes que completaron el tratamiento, los factores para continuar fueron los siguientes: le gustaba venir o sentía que lo necesitaba (47%), lo veía como crecimiento personal (16%), estaba presionado por sus padres (16%), y un 21% no dió información (ver Tabla 1).

Tabla 1

*Frecuencias y Porcientos de las Variables para Descontinuar o Continuar en Psicoterapia*

Factores	n	%
<i>Descontinuar</i>		
Problemas para llegar	4	37
No le gustaba	2	18
Terapia interfiere	2	18
No información	3	11
Total	11	100
<i>Continuar</i>		
Gustaba venir,	9	47
Crecimiento personal	3	16
Presión de los padres	3	16
No información	4	21
Total	19	100

En cuanto al tipo de terapia, en el grupo de adolescentes que completó el tratamiento, el 47% recibió Terapia Interpersonal y el 53% Terapia Cognitiva-Conductual. Sin embargo, en el grupo de desertores, hubo una marcada diferencia ya que el 27% recibió Terapia Interpersonal y el 73% Terapia Cognitiva-Conductual (ver Tabla 2).

Tabla 2

*Frecuencias y Porcientos de Tipo de Terapia por Desertores y No Desertores*

Tipo de Terapia	Desertores		No Desertores	
	n	%	n	%
TIP	3	27	9	47
C-C	8	73	10	53
Total	11	100	19	100

Al evaluar las terapias, el grupo de adolescentes que no completó el tratamiento valoraba las mismas de un modo más negativo, ya que un 27% de ellos/as la veían como positiva, un 27% como negativa y un 46% como mixta. Esto se compara con el grupo de adolescentes que sí completaron el tratamiento ya que el 90% de ellos/as evaluaron la terapia como positiva mientras que un 10% la valoró como mixta (ver Tabla 3).

Tabla 3

*Evaluación de las Terapias por Adolescentes*

	Grupos			
	Desertores		No Desertores	
	n	%	n	%
Positiva	3	27	17	90
Negativa	3	27	0	0
Mixta	5	46	2	10
Total	11	100	19	100

Finalmente en términos de satisfacción, aunque el grupo de desertores se mostró en su mayoría satisfecho con el tratamiento, hubo un 27% que no lo estuvo. Este no fue el caso con el grupo que completó, quienes se mostraron satisfechos en su totalidad (100%) (ver Tabla 4).

Tabla 4  
*Satisfacción por Grupos de Adolescentes*

Satisfacción	Grupos			
	Desertores		No Desertores	
	n	%	n	%
Si	8	73	19	100
No	3	27	0	0
Total	11	100	19	100

### Discusión

Este estudio de corte cualitativo examinó las respuestas de los/as participantes a una entrevista estructurada que indagaba razones para la deserción de psicoterapia. Se compararon las respuestas de un subgrupo de desertores y otro de adolescentes que completaron su tratamiento de 12 sesiones. Los resultados de esta investigación identifican ciertos factores de importancia para entender la deserción en terapia por un grupo de adolescentes puertorriqueños/as con depresión.

Los resultados revelan que ambos grupos eran similares en su nivel de depresión y mostraron puntuaciones de depresión severa en la prueba de sintomatología depresiva. Ambos grupos eran similares en su composición por edad (entre 13 y 18 años) y género.

Las tres razones señaladas para la deserción fueron los problemas de transportación, el no gustarles la terapia y la interferencia de la terapia con otras actividades. Esto comprueba algunas de las razones señaladas en la literatura. La transportación para adolescentes puede ser difícil: dependen de los padres que pudieran estar trabajando o si no tienen recursos, dependen de la transportación pública. Por la falta de seguridad en la calle, muchos padres se resisten a que sus hijos/as la utilicen. Es entonces necesario explorar alternativas a este problema. Las clínicas de comunidad a las cuales se tiene

rápido acceso pueden ser alternativas para brindarles servicios a adolescentes. Aún mejor, estos servicios pudieran ser ofrecidos en las escuelas. De esta forma, se evitan problemas de transportación y la ayuda está accesible.

La segunda razón para discontinuar el tratamiento (no les gustaba la terapia) sugiere la ausencia de una relación terapéutica adecuada. Sin embargo, muchos/as de los/as adolescentes no fueron específicos en sus respuestas por lo cual será necesario explorar en futuras investigaciones qué aspectos específicos no les gustaron.

La tercera razón (la terapia interfería con otras actividades) puede reflejar resistencia, falta de motivación o de interés y la sensación de que nada va a cambiar, lo cual es característico de la condición depresiva. También pudiera reflejar aspectos típicos de la adolescencia donde, por ejemplo, el dormir hasta tarde es más importante que una cita de psicoterapia. Estas interferencias deberían identificarse temprano para resolverlas en las primeras sesiones.

Lo que motivó a los/as adolescentes que completaron su tratamiento podría catalogarse como variables internas — les gustaba venir, lo necesitaban o sentían que les beneficiaba en su desarrollo personal. Solamente unos/as pocos/as asistieron por presión de sus padres. Aunque es una motivación externa, los/as participantes que fueron obligados/as por sus padres, se mostraron satisfechos/as con las terapias.

En el grupo de desertores, la mayoría de los/as jóvenes recibió Terapia Cognitiva-Conductual mientras que el grupo de los/as que completaron el tratamiento estaban igualmente divididos entre las dos modalidades de terapia. Cabe preguntarse si el modelo Cognitivo-Conductual posee elementos que pudieran interferir con el desarrollo de una disposición o motivación positiva de parte del adolescente. Este modelo posee un alto contenido psicoeducativo y asignación de tareas a realizarse entre sesiones. Aunque no hay penalidades por no

hacer la tarea, la asociación con la escuela podría ser casi inevitable.

La mayoría de los/as desertores evaluaron la terapia como negativa o mixta. En oposición a éstos/as, los/as jóvenes que completaron sus terapias, en su mayoría la evaluaron de forma positiva. Esta es otra diferencia marcada que pudiera explorarse y resolverse en las primeras sesiones de las terapias para evitar o disminuir la deserción.

En cuanto a la expresión subjetiva de satisfacción, se observaron también diferencias. El grupo que completó sus terapias expresó estar satisfecho en un 100% con el tratamiento. Por otro lado, el 73% del grupo de desertores se mostró satisfecho con el tratamiento. Aunque este factor no explica totalmente la deserción puede explicarla parcialmente. Esta expresión subjetiva de satisfacción puede también ser explorada en los comienzos de la terapia.

En resumen, se identificaron características de los/as participantes (motivación, percepción de la terapia, satisfacción con la terapia), aspectos de la terapia como tal, condiciones externas (transportación y accesibilidad física de los servicios), la relación terapéutica, características asociadas a la depresión (falta de interés, ver todo negativo, etc.), y temas asociados a la adolescencia. Esto confirma los hallazgos de otras investigaciones.

Si se toman en consideración las variables identificadas en esta investigación, se exploran temprano en el tratamiento, y luego se revisan sistemáticamente durante el ciclo de terapia, pudiera minimizarse la deserción. Esto requiere que el/la terapeuta esté consciente de los posibles obstáculos a la terapia en esta población con una condición de depresión.

## Referencias

- Acosta, F.X. (1980). Self-described reasons for premature termination of psychotherapy by Mexican American, Black American, and Anglo-American patients. *Psychological Reports*, 47, 435-443.
- Altman, E.O., & Gotlib, I.H. (1988). The social behavior of depressed children: An observational study. *Journal of Abnormal Psychology*, 16, 29-44.
- Atkissen, C.C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlation with service utilisation and psychotherapeutic outcome. *Evaluation and Programme Planning*, 5, 233-237.
- Brumback R.A., & Staton, R.D. (1983). Learning disability and childhood depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 269-281.
- Carlson, G., & Cantwell, D.P. (1980). Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 137, 445-449.
- Curran D.K. (1987). *Adolescent suicidal behavior*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Frayn, D.G. (1992). Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 250-261.
- Garfield, S.L. (1963). A note on patients' reasons for terminating therapy. *Psychological Reports*, 13, 38.
- Garfield, S.L. (1986). Research on client variables in psychotherapy and behavior change. En S.L. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 214-256). New York: John Wiley & Sons.
- Goodyear, I.M., Wright, C., & Altman, P.M. (1989). Recent friendships in anxious and depressed school age children. *Psychological Medicine*, 19, 165-174.
- Hodges, K.K., & Siegel, L.J. (1985). Depression in children and adolescents. En E.E. Beckman & W.L. Leber (Eds.), *Handbook of depression*. Illinois: The Dorsey Press.
- Howard, K.I., Davidson, C.V., O'Mahoney, M.T., Orlinsky, D.E., & Brown, K.P. (1989). Patterns of psychotherapy utilization. *American Journal of Psychiatry*, 146, 775-778.
- Kandel, D.B., & Davies, M. (1986). Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 43, 255-262.

- Kaslow, N.J., & Rehm, L.P. (1991). Childhood depression. En T.R. Kratochwill & R.J. Morris (Eds.), *The practice of child therapy* (pp. 43-75). New York: Pergamon Press.
- Kaslow, N.J., Tanenbaum, R.L., Abramson, L.Y., Peterson, C., & Seligman, M.E. (1983). Problem solving deficits and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 605-620.
- Kazdin, A.E. (1990). Childhood depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 121-160.
- Kennedy, E., Spence, S.H., & Hensley, R. (1989). An examination of the relationship between childhood depression and social competence amongst primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 561-573.
- Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist*, 44, 209-215.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory (CDI) manual*. New York: Multi-Health Systems.
- Kovacs, M., Akistal, H.S., Gatsonis, C., & Parrone, P.L. (en prensa). Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Archives of General Psychiatry*.
- Kovacs, M., & Bastiaens, M.D. (1994). The psychotherapeutic management of major depressive and dysthymic disorders in childhood and adolescence: Issues and prospects. En I.M. Goodyear (Ed.), *Mood disorders in childhood and adolescence* (pp. 25-41). Massachusetts: Cambridge University Press.
- Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A., Pavluskas, S.L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood, I: A longitudinal perspective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.
- Kovacs, M., & Goldston, D. (1991). Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 388-392.
- Larsen, D., Atkissen, C.C., Hargreaves, W., & Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Programme Planning*, 2, 197-207.
- Marriage, K., Fine, S., Moretti, M., & Haley, G. (1986). Relationship between depression and conduct disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 687-691.
- Mohl, P.C., Martínez, D., Ticknor, C., Huang, M., Cordell, L. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 179, 478-481.

- Novick, J., Benson, R., & Rembar, J. (1981). Patterns of termination in an outpatient clinic for children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 20*, 834-844.
- Orme, D.R., & Boswell, D. (1991). The pre-intake dropout at a community mental health center. *Community Mental Health Journal, 27*, 375-379.
- Patton, D., Kessler, R., & Kandel, D. (1977). Depressive mood and adolescent illicit drug use. *Journal of Genetic Psychology, 131*, 267-289.
- Pekarik, G. (1983). Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Clinical Psychology, 39*, 909-913.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology, 48*, 91-98.
- Phillips, E.L. (1985). *Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Roselló, J., & Bernal, G. (1996). Adapting cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depressed Puerto Rican adolescents. En E.D. Hibbs & S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatment research of child and adolescent disorders* (pp. 157-185). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shaffer, D., & Fisher, P. (1981). The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 20*, 545-565.
- Shepard, D., & Mosely, T. (1976). Mailed versus telephone appointment reminders to reduce broken appointments in a hospital outpatient department. *Medical Care, 14*, 268-273.
- Sparr, L.F., Moffit, M.C., & Ward, M.F. (1993). Missed psychiatric appointments: Who returns and stays away. *American Journal of Psychiatry, 150*, 801-805.
- Sue, D. (1977). Community mental health services to minority groups: Some optimism, some pessimism. *American Psychologist, 32*, 616-624.
- Sue, D., & Zane, N. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulations. *American Psychologist, 42*, 37-45.
- Swett, C., & Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 947-951.