

Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias

Reasons for drug-addiction outpatients' giving up treatment prematurely

Fran Calvo-García*, Jordi Costa-Ribot* y Ramòn Valero-Piquer*

* Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias, Red de Salud Mental y Adicciones. Institut d'Assistència Sanitària, Girona (Spain).

Recibido: 06/09/2015; Aceptado: 12/02/2016.

Resumen

Introducción: Las dificultades de adherencia al tratamiento de las adicciones que se oferta desde los servicios públicos especializados, ocasionan una tasa de abandono temprano considerable. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo es el de conocer los motivos de pacientes para abandonar prematuramente el tratamiento de su adicción y establecer relaciones con factores sociodemográficos, administrativos y clínicos. **Método:** Estudio transversal, observacional y descriptivo en un centro terapéutico público, a través de una entrevista telefónica aplicada a una muestra de 92 pacientes seleccionados con un método de muestreo intencional. Se consultaron las historias clínicas para recopilar los datos correspondientes a las variables independientes. Se usaron tablas de contingencia para variables cualitativas y pruebas t de Student para la comparación de medias. **Resultados:** Los principales motivos de abandono referidos estaban relacionados con la consideración propia de mejora. Las incompatibilidades por motivos personales y la no consideración de problema también fueron aducidas especialmente. **Discusión:** Existe una distancia entre las expectativas de determinados pacientes y el tipo de tratamiento que se oferta. Cuando la derivación procede de servicios sanitarios existe menos adherencia. Es importante adaptar las visitas iniciales a las expectativas de los pacientes para tratar de mejorar su adherencia y, por tanto, el éxito del tratamiento. En conclusión, los resultados indican la necesidad de reflexionar sobre cómo mejorar el proceso de acompañamiento terapéutico hasta el inicio del tratamiento.

Palabras Clave

Drogodependencias, abandono de tratamiento, adherencia del paciente, abuso de drogas, tratamiento ambulatorio.

Correspondencia a:
Fran Calvo García
e-mail: fran.calvo.garcia@gmail.es



Abstract

Introduction: the difficulties involved in continuing with the drug treatment offered by specialised public services lead to a considerable rate of premature abandon. **Objective:** the aim of this work is to learn the patients' reasons for abandoning their addiction treatment prematurely, and to establish relations with sociodemographic, administrative and clinical factors. **Method:** a transversal, observational and descriptive study, in a public therapeutic centre, via a phone interview of a sample of 92 patients selected with an intentional sampling method. The patients' clinical records were consulted in order to compile data on independent variables. Contingency tables were used for qualitative variables and t student or U Mann-Whitney tests for the comparison of averages. **Results:** the principal factors for abandoning treatment were related to the fact that patients considered that they had improved. Incompatibilities for personal reasons and not considering the existence of a problem were also frequently put forward as reasons for giving up treatment. **Discussion:** there is a gap between certain patients' expectations and the type of treatment offered. There is less adherence when patients are referred from health services. It is important to adapt initial visits to the patients' expectations in order to attempt to improve their adherence, and consequently, the success of their treatment. In conclusion, the results show the need to reflect on how to improve the process of therapeutic assistance until the initiation of the treatment.

Key Words

Drug dependence, giving up treatment, patient adherence, drug abuse, outpatient care.

INTRODUCCIÓN

En el tratamiento de las conductas adictivas, la retención o permanencia del paciente en los programas de intervención está altamente correlacionada con su eficacia y constituye uno de los mejores predictores de buenos resultados terapéuticos y de mejor evolución a medio y largo plazo (Wells, Peterson, Gainey, Hawkins y Catalano, 1994; Dalsbø, Hammerstrøm, Vist, Gjermo, Smedslund y Steiro, 2010).

En este sentido, la alta tasa de abandonos es una de las principales preocupaciones de los dispositivos de atención a las drogodependencias, ya sean residenciales o ambulatorios. Aunque en los primeros me-

ses de tratamiento los dispositivos residenciales presentan una tasa de retención más elevada que los ambulatorios, no se acaban observando diferencias significativas entre ellos, a los doce meses de seguimiento (Greenwood, Wood, Guydish y Bein, 2001).

La falta de adherencia a los tratamientos es un fenómeno clínico común en todas las categorías diagnósticas, especialmente en aquellas crónicas y en los trastornos mentales, y en los diferentes programas de tratamiento (Osterberg y Blashcke, 2005; Sirvent, 2009).

En el campo de intervención terapéutica sobre las adicciones, recientes estudios revelan que el porcentaje de abandonos oscila entre el 23 y el 50% de los pacientes



tratados en dispositivos ambulatorios (Santonja, Sánchez, Secades, Zacarés, García y García, 2010; McHugh, Murray, Hearon, Pratt, Pollack y Safren, 2013) y del 17 al 57% en dispositivos residenciales (Samuel, LaPaglia, Maccarelli, Moore, y Ball, 2011; Deane, Wootton, Hsu, y Kelly, 2012).

En la literatura científica se han utilizado diferentes términos para hacer referencia a este fenómeno. Así, *Adherencia terapéutica*, *Adhesión*, *Continuidad* o *Cumplimiento* reflejan el hecho de que los pacientes sigan de forma adecuada el tratamiento prescrito, mientras que *Abandono*, *No cumplimiento*, *Terminación prematura*, *Interrupción* o *Discontinuidad* se refieren al hecho de no cumplir con las indicaciones terapéuticas que el profesional proporciona (Haynes y Sackett, 1979; Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Gaebel, 1997; Domínguez, Miranda, Pedrero, Pérez y Puerta, 2008).

El cumplimiento y no cumplimiento del proceso terapéutico forman un continuo en el que los abandonos representan un extremo y los pacientes con completa adhesión terapéutica el otro, mientras que el grupo irregular, aquellos que no cumplen correctamente con el tratamiento pero que no lo abandonan, se sitúan en el espacio intermedio (Buchanan, 1992).

Es importante también distinguir entre diferentes grados de exigencia en el cumplimiento terapéutico, ya que la adherencia no es la misma cuando el tratamiento consiste en tomar un fármaco que cuando se deben realizar o extinguir ciertas conductas, o cumplir con determinadas terapias y/o regímenes terapéuticos. De todos los aspectos a los que debe adherirse un paciente el más complejo y más difícil de lograr es cuando se le indica un cambio por un periodo prolongado en el tiempo en su estilo o hábitos de vida (Evans y Haynes, 1990).

El cumplimiento se definiría como el fenómeno por el cual la conducta de un paciente coincide con los consejos médicos o de salud (Haynes y Sackett, 1979; Kawas, 2005). De esta manera, los pacientes cumplidores, también llamados *Terminadores naturales* (Hillis, Eagles y Eagles, 1993), son aquellos que completan su tratamiento, lo finalizan de mutuo acuerdo con el terapeuta, y alcanzan los objetivos de la terapia. Aunque, según algunos autores, el abandono no siempre tiene que significar un fracaso terapéutico ya que, a criterio del paciente, es probable que se hayan conseguido los objetivos que motivaron la demanda (Domínguez, Miranda, Pedrero, Pérez y Puerta, 2008).

Por otro lado, los comportamientos del paciente que definen el no cumplimiento se diferencian en tres tipologías de abandonos: en primer lugar, el rechazo al tratamiento, en el cual el paciente no quiere ni siquiera iniciarlo, rechazando todo tipo de indicación o ayuda por parte del profesional; en segundo lugar, la discontinuidad de la terapia, terminación prematura o discontinuidad, que consiste en la interrupción del tratamiento por parte del paciente sin acordarlo con el profesional responsable o en contra del consejo del mismo, y en el que el procedimiento más habitual para abandonar la terapia es no acudiendo a las citas y no volviendo a contactar con el centro en el que se lleva a cabo el tratamiento; y en tercer lugar, las irregularidades en el tratamiento, donde el paciente no cumple con las indicaciones clínicas tal y como han sido prescritas, cometiendo errores en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas (Gaebel, 1997).

Según una reciente y sistemática revisión de estudios sobre los factores de riesgo de abandono en los tratamientos



de adicciones los pacientes más vulnerables serían aquellos más jóvenes, con algún déficit cognitivo y diagnosticados de trastorno de personalidad, especialmente antisocial o histriónico (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen y Duckert, 2013).

Desde una perspectiva clínica la importancia de la mejora de la adherencia en los tratamientos para drogodependientes es incuestionable ya que la terminación prematura es un factor de mal pronóstico en la evolución del paciente (Simpson, Joe, Fletcher, Hubbard, Anglin, 1999; Simpson, Joe, Brooke, 2002), y por lo tanto de fracaso terapéutico y, por otro lado, la retención en el tratamiento está altamente correlacionada con su eficacia (Wells, Peterson, Gainey, Hawkins y Catalano, 1994; Hubbard, Craddock, Anderson, 2003; Lopez-Goñi et al., 2008; Dalsbø et al, 2010).

La identificación de factores que mejoren la adherencia, sean sociodemográficos, clínicos o referidos al proceso de tratamiento, se convierte, pues, en un objetivo terapéutico en sí mismo, compartiendo protagonismo e importancia con otros factores principales en la intervención como pueden ser el proceso diagnóstico o la misma intervención terapéutica. En muchos casos, la intervención fracasa cuando el paciente abandona y conocer el motivo de esta interrupción nos puede permitir mejorar el proceso de tratamiento en cualquiera de sus fases y ámbitos.

El objetivo de este estudio es el de conocer los motivos que aducen los pacientes para explicar el abandono del tratamiento de su adicción en su fase inicial, en los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) de la provincia de Girona, y establecer se relación con los factores sociodemográficos, administrativos y clínicos a los que se han tenido acceso.

MATERIALES Y MÉTODO

Población y muestra

Muestra de 92 pacientes el reclutamiento de los cuales se realizó a partir del análisis de los datos administrativos de la actividad asistencial de los CAS de la provincia de Girona, durante el periodo 2012-2014. Durante estos años se realizaron un promedio de 216 visitas mensuales de inicio de tratamiento. Se estima que alrededor del 25% del total de dichas visitas no acudieron a la cita, aun habiendo recibido una llamada telefónica de un servicio administrativo de que disponen los propios centros, y cuya función es contactar con el paciente un máximo de 24h antes de la cita y confirmar su predisposición a acudir.

El trabajo de campo para el presente estudio se realizó entre los meses de enero y junio de 2014 (incluidos), llevándose a cabo un total de 744 visitas de inicio de tratamiento. Tras dos meses de seguimiento de este grupo, se detectó que un total de 264 pacientes (un 35,9% del total) abandonaron el tratamiento prematuramente y pasaron a formar parte de la población objeto de estudio.

De esos 264 pacientes fue imposible localizar a 118, bien porque no contestaron al teléfono, o bien porque el número facilitado no era el correcto. De los 146 restantes, algunos se negaron a participar, eludiendo diferentes motivos ($n=54$), siendo finalmente 92 los candidatos que participaron voluntariamente en el estudio y conformaron la muestra objeto de análisis.

Así, respecto al total de pacientes que solicitaron iniciar tratamiento dentro del periodo indicado ($n=744$), siguieron su proceso terapéutico 480 (64,5%), no se localizaron o se negaron a participar en el estudio un total de 172 (23,1%) y accedieron a participar finalmente un total de 92 (12,4%).



Diseño

Estudio observacional, transversal y descriptivo.

Variables e instrumentos

Se diseñó una entrevista telefónica *ad hoc* formada por 15 preguntas de respuesta cerrada dicotómica (Sí/No) y una sección de respuesta abierta. Se incluyeron 2 ítems adicionales para los pacientes que habían realizado más de una visita en el servicio.

De la historia clínica de los participantes se registró la siguiente información: sexo, edad, procedencia geográfica, nivel académico, presencia de un acompañante a las visitas, procedencia de la derivación, droga principal que propicia la demanda, años de evolución de consumo de la droga que propicia la demanda, comorbilidad psiquiátrica diagnosticada y número de tratamientos previos iniciados o realizados.

Procedimiento

Los CAS son servicios ambulatorios de tratamiento de las drogodependencias dirigidos a la población mayor de 18 años, incorporados a la *Red de Salud Mental y Adicciones* (RSMA) del territorio, y gestionados por una única institución pública concertada, que ofrece sus servicios especializados a una población de más de 756.000 habitantes, a través de 6 centros distribuidos por la demarcación.

Los mecanismos de acceso a los CAS se realizan directamente, como en el caso de los recursos de asistencia primaria; o bien como derivación desde estos u otros servicios sanitarios o sociales.

El protocolo de inicio de tratamiento de las adicciones establecido por los CAS de Girona consta de dos visitas sucesivas, espaciadas por dos semanas como máximo.

La primera, denominada *Acogida*, tiene como objetivo explorar la demanda y las necesidades expresadas por el paciente y sus familiares; en ella se realiza una primera valoración y se procede a la derivación a la *Primera Vista Profesional (PVP)* en la que se propondrá un plan de trabajo individualizado del equipo interdisciplinar para cada usuario.

Para el presente estudio se ha considerado como *Abandono Temprano* el cese voluntario del paciente que realiza una *Acogida* o una *PVP* y que no acude durante los dos meses siguientes al servicio o no solicita una reprogramación de dichas prestaciones durante el mismo periodo, en consonancia con el concepto de *Abandono precoz* definido por Roberts (1985).

Las entrevistas fueron realizadas por una administrativa del centro, entrenada a tal efecto, tras la realización de una prueba piloto de casos no incluidos en el estudio realizada durante el mes de noviembre de 2013. Tras la prueba piloto se realizaron modificaciones en el cuestionario así como la presentación del estudio a los pacientes con el objetivo de homogeneizarla y facilitar la tasa de respuesta positiva. Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de marzo y agosto de 2014. Se estableció un límite máximo de diez llamadas telefónicas en distintas franjas horarias (mañana-tarde-noche) para contactar con los candidatos.

Análisis estadístico

La descripción de las características demográficas, administrativas y clínicas de los participantes se realizó utilizando medidas de tendencia central y de dispersión para las va-



riables cuantitativas y mediante medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables ordinales y cualitativas. La comparación los motivos de no asistencia al centro con las variables independientes se realizó mediante el uso de tablas de contingencia para variables cualitativas y ordinales y las pruebas t de Student o ANOVA para la comparación de medias, según su distribución. En los contrastes de hipótesis consideró un nivel de significación estadística del 0,05.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 19.0.

RESULTADOS

De las 92 entrevistas realizadas, 18 de ellas (19,6%) se corresponden con pacientes que abandonaron el proceso terapéutico después de realizar la prestación *Acogida*, y 74 (80,4%) después de la prestación *PVP*.

La muestra la conformaron un 76,1% de hombres y un 23,9% de mujeres, con una media de edad de 38,2 años. No se encuentran diferencias de edad entre sexos (Hombres 39,8 años, DE=10,8 vs. Mujeres, 37,5 años, DE=11,2; $t=0,98$, $gl=90$, $p=0,27$). Se pueden consultar los datos descriptivos en la *Tabla 1*.

Tabla 1: Características sociodemográficas y asistenciales de la muestra

Características	Valores n (%) ^a
Sexo	
Hombres	70 (76,1)
Mujeres	23 (23,9)
Procedencia	
Catalunya	62 (67,4)
España	9 (9,8)
Internacional	18 (19)
Nivel de estudios	
Sin estudios o inacabados	6 (6,5)
Primarios o Educación secundaria obligatoria	68 (74)
Bachillerato o Estudios superiores	10 (10,9)
Acompañado a la primera visita	
Sin acompañante	51 (55,4)
Del cónyuge	15 (16,3)
De otros familiares	12 (13)
Otras personas	6 (6,5)
Procedencia de la derivación	
Iniciativa propia	40 (43,5)
Servicios Sanitarios	39 (42,4)
Servicios legales	8 (8,7)

^a Las cantidades restantes hasta el total de la muestra (n=92) se corresponden con valores perdidos de datos que no constaban en la historia clínica.



Como se observa, el 19% de la muestra es inmigrante. Esta población presenta algunas diferencias con respecto a la población autóctona. En primer lugar los inmigrantes refieren con más frecuencia que los motivos de abandono están relacionados con olvidarse de la cita ($X^2=7,8$; $gl=1$, $p=0,005$) y con presentar dificultades para contactar telefónicamente con el servicio ($X^2=3,63$; $gl=1$; $p=0,05$). Por otro lado las personas autóctonas explican que tienen más responsabilidades familiares que impiden el seguimiento ($X^2=5,94$; $gl=1$; $p=0,015$).

Algunas diferencias más respecto la procedencia son, que las personas inmigrantes dicen reducir más el consumo y sus problemas asociados y, por lo tanto, no requerir tratamiento ($X^2=8,39$; $gl=1$; $p=0,004$), y las personas autóctonas dicen haber abandonado el consumo por sí mismas ($X^2=5,22$; $gl=1$; $p=0,022$).

En la Tabla 2 se exponen de forma esquemáticas los datos derivados del análisis de las variables cualitativas, y en la Tabla 3, se pueden observar los resultados absolutos de la entrevista telefónica.

Tabla 2: Análisis mediante tablas de contingencia de los ítems de la entrevista y las variables independientes cualitativas

	Sexo	Inmigrante/ Autóctono	Acompañado a la visita	Nivel académico	Droga principal que motiva la demanda	Comorbilidad psiquiátrica
Ítems entrevista	Valores (X^2 ; gl) ^a					
Acudió a centro privado	0,26; 0,43	0,42; 2	0,00; 1	3,43; 2	2,08; 2	2,38; 2
Olvidó el día	0,30; 1	7,81; 1*	0,03; 1	1,65; 2	0,79; 2	4,37; 1*
Dificultades cambio visita teléfono	1,08; 1	3,63; 1*	0,37; 1	1,90; 2	0,03; 2	0,11; 1
Asuntos familiares	0,68; 2	5,94; 1*	1,18; 2	1,50; 4	4,49; 4	0,89; 1
Problemas horarios personales	2,48; 1	2,01; 1	0,15; 1	0,18; 2	3,27; 2	1,16; 1
Dificultades acceso	0,35; 1	0,78; 1	0,95; 1	3,76; 2	1,37; 2	0,01; 1
Ambiente del centro	0,01; 1	0,01; 1	0,76; 1	0,12; 2	0,53; 2	1,93; 1
Tiempo de espera excesivo	0,01; 1	0,62; 1	0,43; 1	2,84; 2	0,87; 2	0,40; 1
Adecuación de la atención	0,39; 1	1,75; 1	0,36; 1	0,79; 2	2,90; 2	0,08; 1
Soluciones no adecuadas	0,12; 1	0,11; 1	1,03; 1	2,61; 2	2,32; 2	0,11; 1
Falta motivación	0,69; 1	2,43; 1	0,86; 1	0,51; 2	4,09; 2	3,96; 1*
Demora visita	0,28; 1	0,05; 1	0,36; 1	0,05; 2	2,45; 2	0,34; 1
Sólo información	0,03; 1	0,01; 1	1,74; 1	1,29; 2	8,17; 2*	1,07; 1
Presiones externas	2,29; 1	0,38; 1	0,58; 1	0,89; 2	0,96; 2	0,09; 1
Ya no es un problema	0,34; 1	0,02; 1	0,05; 1	0,49; 2	2,83; 2	4,69; 1*
Reducción consumo	0,17; 1	8,39; 1**	0,27; 1	3,87; 2	0,79; 2	0,49; 1
Cese consumo	0,08; 1	5,22; 1*	0,81; 1	0,64; 2	0,44; 2	0,01; 1

^aSignificación: */<0,05, **<0,005



Tabla 3: Resultados de la entrevista telefónica

Ítems de la entrevista	VALORES, n (%)
-Decidió acudir a un centro privado	10 (10,9)
-Olvidó el día de la visita que tenía programada	25 (27,2)
-Visita de carácter exclusivamente informativo	25 (27,2)
-Realmente no quería iniciar tratamiento. Presiones externas	19 (20,6)
-Dificultades para contactar telefónicamente	9 (9,8)
-Cargas familiares u otras responsabilidades lo impidieron	15 (16,3)
-Incompatibilidades horarias (mayoritariamente laborales)	36 (39,1)
-Dificultades de acceso y/o de desplazamiento al centro	17 (18,5)
-Ambiente del servicio o instalaciones	9 (9,8)
-El tiempo de espera hasta la visita fue excesivo	8 (8,7)
-Recibió una atención no satisfactoria por parte del profesional	6 (6,5)
-Visitas tarde	16 (17,4)
-No consideraba que su situación fuese un problema	25 (27,2)
-Redució el consumo	52 (56,5)
-Abandonó el consumo	32 (34,8)

Se establece una media de 19,6 (DE=11,9) años de tiempo de consumo de la droga que propicia la demanda inicial y una mediana de 16 años (Mín.=2, q1=12, q3=26, Máx.=53). La comparación de medias indica que las personas con una evolución de consumo más dilatada, refiere no seguir en tratamiento porque han conseguido reducir el consumo por sí mismos ($\bar{X}=23,5$ años; DE=12,7 vs. $\bar{X}=13,1$ años; DE=6,3; $t=-4,94$; $g=72,79$; $p<0,001$). Este hecho se repite con la longevidad de los sujetos que, con más años de edad, refieren más este mismo ítem ($\bar{X}=35,8$ años; DE=9,7 vs. $\bar{X}=42,3$ años; DE=10,8; $t=-2,86$; $g=86$; $p<0,005$).

La sustancia que propicia más de la mitad de las demandas de tratamiento es el alcohol en un 53,3% de los casos, seguido del cannabis en un 18,5%, y la cocaína en un 15,2%.

Comparando los resultados de la entrevista con la variable *droga principal que motiva la solicitud de tratamiento*, encontramos que los pacientes con problemas relacionados con el alcohol, refieren con más frecuencia que el motivo de su abandono se debe a que su objetivo era meramente informativo y no terapéutico. Esto es, que dejaron de acudir al servicio porque su intención era la de recibir información, y tuvieron suficiente para solventar dichas inquietudes con la visita que realizaron ($X^2=8,17$, $g=2$, $p=0,017$).

El número de pacientes que solicitaron inicio de tratamiento por primera vez, fue de 56 (60,9%), el resto ya habían iniciado como mínimo un tratamiento en alguna ocasión ($n=24$; 26,1%), en dos ocasiones ($n=7$; 7,6%) y hasta en tres ocasiones ($n=4$; 4,3%). Los pacientes que habían realizado un tratamiento previo refieren con más frecuencia que los planteamientos del tra-



Tabla 4: Análisis mediante comparación de medias de los ítems de la entrevista y las variables independientes cuantitativas

	Edad	Años de evolución de consumo	Tratamientos previos
Ítems entrevista		(t; gl)	(F; gl)
Acudió a centro privado	1,49; 86	1,21; 22,55	1,19; 4
Olvidó el día	-0,39; 88	0,03; 81	0,86; 4
Dificultades cambio visita teléfono	0,09; 9,58	-0,79; 81	2,14; 4
Asuntos familiares	-0,48; 87	-0,09; 80	1,25; 4
Problemas horarios personales	1,44; 88	0,94; 81	1,19; 4
Dificultades acceso	1,29; 88	1,53; 38,36	0,37; 4
Ambiente del centro	0,95; 8,30	-0,50; 81	0,59; 4
Tiempo de espera excesivo	-0,01; 88	0,91; 81	0,98; 4
Adecuación de la atención	0,91; 88	1,95; 81	0,76; 4
Soluciones no adecuadas	-0,78; 69	0,08; 62	2,34; 4*
Falta motivación	-0,91; 69	-0,63; 62	0,72; 4
Demora visita	0,08; 86	-0,98; 79	1,61; 4
Sólo información	-0,39; 86	0,13; 79	0,53; 4
Presiones externas	-0,30; 86	0,22; 79	0,42; 4
Ya no es un problema	-0,61; 87	-0,42; 80	0,89; 4
Reducción consumo	-2,86; 86 *	-4,94; 72,79 **	0,88; 4
Cese consumo	-0,87; 86	-1,26; 79	0,67; 4

Significación: */< 0,05, ** <0,001

tamiento que ofrece el servicio no son adecuados para ellos, que las visitas no les ayudan y que éste es uno de los motivos para abandonar de forma prematura ($F=2,34$; $gl=4$; $p=0,021$).

Finalmente, el 30,5% de los casos presentó comorbilidad psiquiátrica diagnosticada en la los *Centros de Salud Mental* adscritos a la RSMA, siendo mayoritariamente trastornos de ansiedad (13%), trastornos psicóticos (6,5%) y adaptativos (4,3%). Estos pacientes fueron derivados al CAS por parte de otros servicios de salud con más frecuencia que el resto ($X^2=8,32$; $gl=1$; $p<0,001$).

Las personas con presencia de trastorno mental diagnosticado, independientemente del tipo, refieren con más frecuencia que el motivo de abandonar el tratamiento se debe a haberse olvidado de la cita ($X^2=4,37$; $gl=1$; $p=0,037$), a que en el momento de acudir al servicio realmente no estaban motivados para iniciar el tratamiento ($X^2=3,96$; $gl=1$; $p=0,047$) o que no consideraban que tuviesen un problema ($X^2=4,69$; $gl=1$; $p=0,03$).

Para acabar, respecto a la posibilidad que tenían los pacientes de hacer aportaciones abiertas a modo de observación, después de finalizar las preguntas cerradas, un porcen-



taje muy elevado de los mismos (el 72,4%) manifiestan haberse sentido bien atendidos por el personal administrativo y asistencial de los centros, enfatizando los motivos que esgrimen en la entrevista para explicar su cese en el tratamiento.

DISCUSIÓN

En la recopilación de los motivos apuntados por los pacientes para abandonar el tratamiento, sin duda los más incidentes fueron los relacionados con la propia percepción de mejora, que se tradujo en considerar que el problema que se tenía en el momento de solicitar la visita no era tan relevante como para continuar con las indicaciones propuestas en el plan de trabajo inicial. Los más significativos fueron haber reducido el consumo de la droga o drogas que suscitaron la demanda, haberlo abandonado definitivamente, o no considerar que su relación con las drogas fuera tan problemática.

La consideración propia de mejora, fue definida por Domínguez et al. (2008) como *Mejoría autodecidida*; es decir, el alcance por parte del paciente de objetivos intermedios que minimizan el impacto de los problemas asociados a los trastornos por uso de sustancias, pero que no se corresponden con criterios profesionales de alta clínica. El citado trabajo presenta un índice de *Mejoría autodecidida* de casi un tercio de la muestra, siendo el segundo motivo más aducido, aunque su objeto de estudio no se centró tanto en el abandono precoz como en el abandono de pacientes cuyo proceso estaba más avanzado.

La *Mejoría Autodecidida* se analiza en otros trabajos que también reflexionan sobre la distancia existente entre los criterios clínicos habitualmente manejados por los profesionales especialistas en drogodependencias a la hora de considerar determinados éxitos en la evolución terapéutica, y los criterios de mejora de los propios pacientes, probablemente no tan

exigentes (Sirvent, 2009). Este hecho nos invita a reflexionar sobre si las necesidades de determinados usuarios se pudieran cubrir con otro tipo de prestaciones iniciales, que ampliaran la información que se da al principio del proceso. Ello implicaría una mejor explicación de lo que supone el proceso terapéutico de las adicciones, del que muchos pacientes son desconocedores; y de las modalidades de tratamiento a las que se pudieran adscribir, para que pudieran escoger más libremente el nivel y tipo de compromiso que desean adquirir.

La incorporación de sesiones individuales o grupales meramente informativas en la que se puedan dedicar más espacios a tratar de responder a las dudas e inseguridades que presenten los pacientes que solicitan iniciar un tratamiento de su adicción; el desarrollo de metodologías y estrategias inespecíficas, como el trabajo en habilidades sociales, que han demostrado su efectividad y eficacia en el tratamiento de las adicciones (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2005) e incluso las acciones e intervenciones en reducción de daños ubicadas en el mismo entorno terapéutico, pueden ser ejemplos de primeras intervenciones que ayudaran a cribar al tipo de paciente según sus necesidades y capacidades, con el objetivo de adecuar las intervenciones para cada usuario y mejorar las tasas de retención, tratando de trabajar progresivamente el objetivo transversal orientado hacia la abstinencia con (junto a) el paciente.

Esta parte del proceso se debe considerar como aquel trabajo de concienciación del paciente, propio de la terapia especializada en el trastorno por uso de sustancias y, por ende, como ubicado en un determinado estadio motivacional propio de las teorías transteóricas del cambio, en cuyo modelo se basa la intervención de la mayor parte de los servicios públicos de atención a las drogodependencias nacionales.



La revisión de las propias inercias debe ser constantemente revisada por los profesionales de los servicios de atención a las adicciones, tratando de despejar al máximo la posible presencia de frustraciones o dificultades para intervenir mientras el paciente no está abstinentemente y no desea estarlo, cosa que se basa más en consideraciones morales o ideas personales que en criterios científicos (Calvo, Giralt y Turró, 2014).

En el apartado de *Mejoría autodecidida*, podemos destacar los resultados de las diferencias estadísticamente significativas entre la edad o tiempo de consumo de la droga principal que motiva la demanda, en relación a la variable de agrupación *Abandonó su tratamiento por haber reducido el consumo*. En este sentido, tanto las personas más longevas, cercanas a los cuarenta años, como aquellas cuya historia de consumo de la droga era más larga, refirieron que abandonaron el inicio del tratamiento por esta reducción del consumo, sin abstinencia. Este dato pudiera relacionarse con la cronicidad, siendo un factor de riesgo que limitaría las posibilidades de éxito de un tratamiento continuado y eficaz, apuntando esta subpoblación como de espacial riesgo de abandono (Villalbí, Bosque, Gili, Espelt y Brugal, 2014).

Por otro lado, debemos tener en cuenta que casi la mitad de la muestra estudiada fue derivada de otros servicios de salud. Estas instituciones han consensado unos criterios clínicos y técnicos en los que se basan normalmente las derivaciones entre servicios del paciente con un potencial problema de adicción. El modo en que se lleve a cabo dicha derivación, probablemente tenga una influencia considerable sobre el abandono precoz, si incluimos además la idea anterior sobre la distancia entre las recomendaciones profesionales y la consideración de problema por parte de paciente. De hecho, como hemos visto, algunos pacientes presentaron diagnóstico de trastorno mental no relacionado con

drogas. Éstos estaban historiados en la RSMA y, por lo tanto, o habían recibido o estaban recibiendo tratamiento para sus respectivos trastornos. Como indican los datos, los pacientes con otros problemas de salud mental fueron derivados con más frecuencia desde otros servicios sanitarios y, a su vez, indicaron con más frecuencia razones de abandono relacionadas con la falta de motivación, o con una consideración de que no tenían realmente un problema cuando acudieron a las citas.

Evidentemente, los terapeutas de pacientes duales que presentan consumos de drogas significativos, pueden detectar con más facilidad el requerimiento a iniciar un tratamiento específico de drogodependencias pero, por otro lado, dicha posición privilegiada para la detección, puede provocar no trabajar correctamente la motivación del paciente, el momento más adecuado para el inicio del tratamiento de las drogodependencias, e incluso llegar a provocar un efecto no deseado como el abandono precoz que pudiera provocar más resistencias en el futuro.

Algo similar podría suceder en la relación que se ha establecido entre los pacientes que solicitaban inicio de tratamiento para tratar sus problemas relacionados con el consumo de alcohol, y su opinión alrededor del uso meramente informativo de las visitas iniciales. Atendiendo al aumento de programas que se llevan a cabo desde servicios de salud básicos, con el objetivo de reducir el consumo abusivo de alcohol, es plausible pensar que muchas de las derivaciones que se llevan a cabo desde estos u otros servicios de salud, partan de una valoración de consumo dañino según criterios clínicos, pero que el sujeto no considere como tal. Este hecho se sumaría a las presiones altamente referidas también como motivo de abandono. Dichas presiones, sentidas por los pacientes por parte de los facultativos, los familiares e incluso del propio organismo, a tenor de resultados analíticos que pudieran considerarse una alarma que indicara la nece-



sidad de reducir e incluso abandonar el consumo de alcohol, pudiera genera una intención inmediata para iniciar tratamiento, pero que no se sostuviese en el tiempo. Cabe decir que el alcohol es una de las drogas que más abandonos de tratamiento suscita respecto a muestras de pacientes que continúan su terapia (Lopez, Fernández y Arteaga, 2012).

Como sabemos la aceptación cultural del consumo de alcohol en el contexto social en que se desarrolla este trabajo es evidente, y la distancia entre un criterio de exceso de consumo sobre la salud orgánica y mental -cabe decir que con suficiente margen- y un consumo cuyo manejo dentro de unos límites socialmente aceptables, en determinados grupos sociales, podría no ser muy estrecho. (Villalbí, Bosque, Gili, Espelt y Brugal, 2014).

De esta manera, la consideración de un consumo abusivo de alcohol por parte de las personas que contactan con el CAS, es ser relativa, condicionada por una tolerancia elevada de lo que se considerarían efectos adversos asociados, y motivada por factores externos. Por tanto aumentaría así el índice de abandonos condicionados por este motivo, que irían a informarse al servicio tras recomendárselo otro profesional sanitario, pero no por considerarlo realmente una necesidad. Una vez informados, muchos paciente abandonan.

Al contrario, los consumidores de drogas ilegales habrían tenido distintos problemas sociales, familiares, económicos, etcétera, menos aceptados socialmente, en cuyo caso dejaron de acudir al servicio, no tanto por un anhelo informativo que se satisfizo, sino mayoritariamente por *Mejoría autodecidida*.

Al respecto del resto de ítems considerados en la entrevista, destacar las incompatibilidades horarias de casi la mitad de la muestra, que se traducen en predominante-

mente laborales en la formulación cualitativa de los entrevistados. Este motivo nos suscita algún cuestionamiento organizativo, ya que los horarios de atención al servicio, aunque son los propios de un servicio de salud ambulatorio y cubren gran parte de los días de la semana para facilitar el acceso de los ciudadanos, es posible que se deban reconsiderar a este respecto, realizando estudios de necesidades rigurosos.

Las incompatibilidades por causas laborales, podrían relacionarse también con la actual situación de crisis sociolaboral que vive nuestro país. No es inusual encontrarse en la práctica clínica diaria con pacientes que puedan tener más dificultades que hace unos años, para acudir a una cita a un servicio sanitario, especialmente dirigido a tratar las adicciones, por no disponer del tiempo, flexibilidad horaria, permisos necesarios para realizar el tratamiento propuesto, o incluso presentar un cierto temor a perder su empleo en el caso de que decidiera pedir excesivos permisos para acudir a visitas médicas fuera de su tiempo libre. Este factor también se relaciona directa o indirectamente con el impedimento de aquellos pacientes con cargas familiares u otras responsabilidades que impidieron su continuidad, especialmente los autóctonos.

Es interesante que un número importante de pacientes apuntaron como motivo de abandono que se habían olvidado de la cita. Tal y como se ha comentado, el servicio donde se desarrolla el estudio trata de paliar al máximo este problema, tratando de localizar telefónicamente y 24 horas antes a los pacientes que tienen programadas primeras visitas, para confirmar su asistencia. Los resultados indicaron que tanto los inmigrantes como las personas con trastornos mentales diagnosticados abandonaron su tratamiento por este motivo y en mayor medida, que los autóctonos o las personas sin otras patologías diagnosticadas.



Atendiendo a la multiplicidad de posibilidades que podrían explicar este hecho, este resultado nos surgiere hasta que punto las dificultades idiomáticas por un lado, o cognitivas por otro, pudiera influir en esta confusión que, junto con la interacción del resto de las variables analizadas en igualdad de condiciones, ayudaran a que el paciente no volviese a pedir una cita en el caso de olvidarse realmente.

En conclusión, consideramos que la retención es un criterio troncal para definir la eficacia y el resultado del tratamiento ofertado a la población drogodependiente: si no hay paciente, no hay intervención terapéutica posible.

La obiedad de esta afirmación no nos tiene que conducir, si pensamos en términos de profesionalidad responsable, a la fácil reflexión de que es sólo responsabilidad del paciente mantenerse en tratamiento. Tampoco sería justo, evidentemente, atribuir al dispositivo asistencial o a los terapeutas la exclusividad del fracaso de la intervención.

Pero desde un punto de vista ético sí que es función y responsabilidad de las organizaciones asistenciales y de los clínicos ayudar a los pacientes a conseguir lo que necesitan para estar mejor y con el menor coste de tiempo, esfuerzo y recursos. Es decir ser eficaces y eficientes. La intervención fracasa cuando el paciente abandona y conocer el motivo de esta interrupción nos puede permitir mejorar el proceso de tratamiento en cualquiera de sus fases y ámbitos.

Para conseguir este objetivo es básico saber si lo que se hace desde la institución o en la consulta funciona o no, porque si se desconocen los efectos de la organización asistencial o de las intervenciones clínicas se corre el riesgo de no estar ofreciendo la mejor atención posible a la población usuaria, misión principal de cualquier dispositivo asistencial público.

La realización de este trabajo nos ha sugerido algunas vías de investigación futuras. Concretamente consideramos muy oportuno diseñar un estudio con un grupo control de pacientes que no hayan abandonado el tratamiento y analizar si existe alguna diferencia con respecto al grupo de pacientes que sí abandonan. Aunque la información que se recoge en los primeros contactos que el paciente hace con el centro no profundiza demasiado en factores clínicos, nos puede aportar algunos elementos de carácter sociodemográficos o administrativo que clarifiquen algunos aspectos que pudieran estar relacionados con el abandono prematuro, con el objetivo de mejorar su retención.

Debemos apuntar algunas limitaciones importantes a la hora de considerar éste trabajo. En primer lugar, es evidente que el número de pacientes que finalmente respondió a la entrevista fue menor del que se propuso en un inicio, a causa de las dificultades ya referidas para poder acceder a pacientes que quisieran responderla. De esta manera, aunque se dedicaron grandes esfuerzos para intentar contactar con la totalidad de los pacientes correspondientes, la muestra reclutada finalmente resultó ser el 34,84% respecto a toda la población objeto de estudio.

De estos 92 casos, pese a que los que realizaron una prestación de Acogida fueron sustancialmente menos que los que realizaron una PVP, no se dieron diferencias entre la realización de una prestación u otra, pese a las diferencias cualitativas que se dan entre ambas, y respecto al resto de variables que se han analizado. Esto nos indica que tanto los motivos que puntúan los entrevistados, como sus características sociodemográficas y clínicas no difieren del tipo de intervención que se efectuó al inicio del tratamiento.

Sobre la entrevista realizada, se puede esperar un cierto grado de deseabilidad social en las respuestas de los participantes, esto



es, la tendencia a contestar más positivamente a las cuestiones planteadas a causa de la presión percibida, baja asertividad, o por lo que el sujeto entiende que es políticamente correcto o incorrecto. Así, aunque la entrevistadora trató de mantener una actitud adecuada y consciente de éste hecho, con el objetivo de reducir al máximo este sesgo, no debemos descartar su influencia, por otro lado, difícil de determinar.

Atendiendo tanto a los resultados como a las limitaciones descritas, parece conveniente incorporar al trabajo cotidiano el desarrollo de otras prospecciones similares para tratar de comprender mejor la opinión de los pacientes de servicios ambulatorios de drogodependencias, sobretodo tratando de superar el grado de deseabilidad social para descubrir qué suscita realmente en los pacientes las visitas iniciales, para que puedan expresar su desacuerdo de forma más libre incluso en el momento de su finalización misma, para tratar de poder ofrecerles tratamientos alternativos en vez de perderlos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración en este trabajo a:

- Ana Pagés Sureda por su labor reclutando los sujetos de la muestra y por la realización de las entrevistas telefónicas.
- Josep Garre-Olmo, por su asesoramiento en metodología.
- A los profesionales de los CAS de la demarcación de Girona que colaboraron en el reclutamiento de la muestra y la recopilación de datos.
- Al grupo de pacientes que nos atendieron voluntariamente y posibilitaron este análisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brorson H.H.; Arnevik E.A.; Rand-Hendriksen K. y Duckert F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33, (8), 1010-1024.

Buchanan, A. (1992). A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 22, (3), 787-797.

Calvo, F.; Giralt, C. y Turró, O. (2014). El consumo activo de drogas de pacientes incluidos en un programa de tratamiento de mantenimiento con Metadona. *Trabajo Social y Salud*, 79, (3), 57-68.

Dalsbø, T.K.; Hammerstrøm K.T.; Vist, G.E.; Gjermo H.; Smedslund G. y Steiro A. (2010). Psychosocial interventions for retention in drug abuse treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). Citado en Brorson et al. (2013).

Deane F.; Wootton D.; Hsu C.I. y Kelly P. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 73, (2), 216-225. Citado en Brorson et al. (2013).

Dominguez-Martín, A.L.; Miranda-Estríbí, M.D.; Pedrero-Pérez, E.J.; Pérez-López, M. y Puerta-García, C. (2008). Estudio de causas de abandono del tratamiento de un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10, (2), 112-120.

Evans, C. E. and Haynes, R. B. (1990). Patient compliance. In RE Rakel, R. (Ed.) (1990). *Textbook of Family Practice*, 371-379, USA WB Saunders Company.

Gaebel, W. (1997). Toward the improvement of compliance: The significant of psychoeducation and new antipsychotic drugs. *Internal Clinic Psychopharmacology*, 12, (1), 37-42.



- Greenwood, G.; Wood, W.; Guydish, J. y Bein, E. (2001). Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day-drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, (1) 15-23.
- Haynes, R. B.; Sackett, D. L. (1979). *Compliance in Health Care*. Johns Hopkins University Press.
- Hillis, G.D.; Eagles, A. y Eagles, J. (1993). Premature termination of psychiatric contact. *The International Journal of Social Psychiatry*, 39, (1), 100-107.
- Hubbard, R. L.; Craddock, S. G.; Anderson, J. (2003). Overview of 5 year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcomes Studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, (3), 125-134.
- Kawas O. (2005). La adherencia terapéutica en la esquizofrenia: un reto para el siglo XXI. *XXVII Jornadas Científicas de la Sociedad Panamericana de Psiquiatría*.
- Lopez-Goñi, J.J.; Fernández-Montalvo, J y Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients characteristics. *The American Journal of Addictions*, 21, (1), 78-85.
- McHugh R. K.; Murray H W.; Hearon B.A.; Pratt E.M.; Pollack M.H. y Safren S.A. (2013). Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients. *The American journal on Addictions/American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 22, (1), 18-22. Citado en Brorson et al. (2013).
- Osterberg L. y Blashcke T. (2005). Therapeutic adherence. *New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Pérez-Álvarez, M.; Fernández-Hermida, J.R.; Fernández-Rodríguez, C. y Amigo-Vázquez, I. (2005). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Roberts, H. (1985). Neurotic patients who terminate their own treatment. *British Journal of Psychiatry*, 146, (4), 442-445.
- Samuel D. B.; LaPaglia D.M.; Maccarelli L.M.; Moore, B.A. y Ball S.A. (2011). Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. *The American Journal on Addictions*, 20, (6), 555-562. Citado en Brorson et al. (2013).
- Santonja-Gómez F.J.; Sánchez-Hervás E.; Secades-Villa R.; Zacarés-Romaguera F.; García-Rodríguez O. y García-Fernández G. (2010). Pretreatment characteristics as predictors of retention in cocaine-dependent outpatients. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 9, (2), 93-98. Citado en Brorson et al. (2013).
- Simpson, D.; Joe G. W.; Fletcher B. W.; Hubbard R. L. y Anglin D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, (6), 507-514.
- Simpson D. D.; Joe, G. W. y Brooke K. M. (2002). A national 5 year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, (6), 538-544.
- Sirvent-Ruiz, C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte de Salud Mental*, 33, 51-58.
- Villalbí, J.R.; Bosque-Prous, M.; Gili-Miner, M.; Espelt, A. y Brugal, M.T. (2014). Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88, (4), 515-528.
- Wells, E.A.; Peterson, P.L.; Gainey R.R.; Hawkins J.D. y Catalano R.F. (1994). Outpatient treatment of cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-steps approaches. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, (1), 1-17.