



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

CAUSES OF EARLY ABANDONMENT OF ADDICTION TREATMENT

Carlos Sirvent Ruiz , Pilar Blanco Zamora , Leandro Palacios Ajuria, María Miranda García- Roves , M^a Cruz Rivas Reguero, Gloria Muñiz Campomanes

csr@institutospiral.com

Adicción, abandono, tratamiento, corto plazo

Addiction, abandonment, treatment, short term

RESUMEN

Sobre una muestra general de 2013 sujetos diagnosticados de trastorno por uso de sustancias (TUS), ludopatía y otra psicopatología sin TUS, en tratamiento residencial de deshabituación, con franjas de edad entre los 16 y 78 años, se seleccionaron como muestra de estudio 337 individuos que abandonaron antes de cumplirse el primer mes de tratamiento. Se consideran 7 causas de abandono principales o generales y 32 específicas. Las causas generales son: 1) Deseos de consumo 2) Falta de conciencia del problema, 3) Desmotivación 4) Sentimientos adversos 5) Psicopatología asociada 6) Rechaza al tratamiento (equipo, centro o programa) 7) Agentes externos.

Método: Se evaluaron las diferencias causales mediante modelos lineales generalizados con estructura de errores de Poisson con estructura de errores binomial para comparar la distribución de frecuencias de las causas indicadas por el paciente vs. equipo terapéutico. Los análisis se llevaron a cabo con el paquete stats del programa estadístico R.

Resultados: Según los pacientes las frecuencias son: 1) Rechazo al tratamiento, 97 pacientes, 28,8%. 2) Autosuficiencia terapéutica (verse ya curados), 80 pacientes, 24,7%. 3) Desmotivación, 57 pacientes, 16,9%. 4) Agentes externos, 42 pacientes, 12,5%. 5) Sentimientos adversos, 21 pacientes, 6,2%. *Según el equipo terapéutico* las frecuencias son: 1) Negación (falta de conciencia del problema o "verse ya curado"), 136 pacientes, 40,4%. 2) Deseos de consumo, 71 pacientes, 21,1%. 3) Desmotivación para el tratamiento, 69 pacientes, 18,7%. 4) Psicopatología

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

concurrente, 25 casos, 7,4%. 5) Sentimientos adversos, 16 casos, 4,7%. 6) Agentes externos, 15 casos 4,5%.

Conclusiones y discusión: Los siguientes factores Incrementan la posibilidad de abandono precoz: 1) Ser mujer (5,1%) 2) La edad en proporción directa, siendo especialmente vulnerables al abandono temprano los más jóvenes. 3) TUS por cannábicos o ser poliadicto. Muchos pacientes atribuyen el abandono a factores externos (rechazan el tratamiento, o "pueden hacer su vida sin consumo"). El equipo, por el contrario, atribuye el abandono a factores intrínsecos al sujeto: falta de conciencia del problema, deseos de consumo, falta de motivación, etc. Es concluyente la importancia del autoengaño como elemento articulador y precipitante del abandono.

SUMMARY

The causes of early or short-term abandonment of residential treatment are described. The sample consists of 381 subjects (143 women (37.5%) and 238 men (62.5%) with age ranges between 16 and 78 years of age and diagnosis of SUD. 8 factors and 32 subfactors are considered) . The factors are: 1) Consumption desires 2) Lack of awareness of the problem / locus of external control, 3) Demotivation 4) Adverse feelings 5) Associated Psychopathology 6) Center or team (rejects the type of treatment). 7) External agents 8) Treatment (He/she considers himself/herself cured or wants to be in its own environment outside the center).

Method: The causal differences were evaluated by generalized linear models with Poisson error structure with binomial error structure to compare the frequency distribution of the causes indicated by the patient vs. therapeutic equipment. The analysis were carried out with the stats package of the statistical program R.

Results (Only referring to generic causes). According to the patients, the frequencies are: 1) Rejection of treatment (105 patients, 27.6%) 2) Therapeutic self-sufficiency (see themselves already cured, 92 patients, 24.1%) 3) Demotivation (62 patients, 16.3%) 4) External agents (49 patients, 12.9%) 5) Adverse feelings (22 patients, 5.8%). According to the therapeutic team, the frequencies are: 1) Denial (lack of awareness of the problem or "being cured") (144 patients, 37.8%) 2) Desires of consumption) (80 patients, 21.0%) 3) Demotivation for treatment (69 patients, 18.1%) 4) Concurrent psychopathology (29 cases, 7.6%) 5) Adverse feelings (16 cases, 4.2%) 6) External agents (17 cases 4.5%).

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Discussion: There are big differences between patients and team. Many patients attribute abandonment to external factors (they refuse treatment, or "they can make their lives without consumption"). The team attributes the abandonment to intrinsic factors of the subject: locus control, lack of awareness of the problem, lack of therapeutic motivation and desire for consumption. Surprisingly, only a small part (2.7% of patients) admit the desire for consumption as a primary cause, when many patients who re-enter recognize that this was the reason why they abandoned, but could not recognize it. The importance of self-deception as an articulating and precipitating element of abandonment is conclusive.

INTRODUCCIÓN

En la revisión bibliográfica no abundan los trabajos sobre abandono del tratamiento en pacientes diagnosticados de trastorno por uso de sustancias (TUS) desde la perspectiva del paciente: Los estudios encontrados fueron retrospectivos y la mayoría telefónicos preguntándoles a los propios sujetos transcurrido tiempo (Calvo-García et al., 2016; Palmer, Murphy y Pisell, 2009; Domínguez-Martín et al., 2008, Li et al., 2007; Mckellar, Harris y Moos, 2006). En nuestro caso comparamos las dos perspectivas: la del paciente y la del clínico. Pero no retrospectivamente sino en el momento mismo del alta. El objetivo fundamental del trabajo es contrastar las razones de abandono precoz aducidas por unos y otros en el instante mismo del abandono.

¿Qué factores precipitan el abandono de tratamiento?

Entre las variables sociodemográficas como edad, sexo, situación familiar y social, cualificación etc., la edad se ha considerado uno de los factores más importantes: cuanto más joven es el paciente mayor probabilidad de abandono (Nordheim, 2018; Calvo et al 2017; De Andrés, 2017; Brorson, Arnevik y Rand-Hendriksen, 2013; Gonzalvo, 2011; Stark, 1992). Algunos autores como Mc Hugh (2013) señalan que la edad era el único predictor significativo de abandono: cuanto más joven, mayores probabilidades de interrumpir el tratamiento prematuramente. Respecto al sexo, ser mujer es ampliamente considerado como predictor de abandono prematuro por autores como Calvo (2016), Gonzalvo (2011) y Stark (1992). Por el contrario, De Andrés (2017) no considera predictor de abandono el ser mujer. La situación familiar y social precaria es invocada como facilitador del abandono (Fernández- Montalvo, 2010). Santonja-Gómez et al., (2010) señalan que las variables que mejor predicen

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

la retención del tratamiento fueron los años de educación y la situación familiar y social (condiciones del contexto sociocultural). El empleo precario y la situación socioeconómica deficitaria son señalados como precipitantes del abandono (Evans y Libo, 2009; Greenwood et al., 2001; Stark, 1992).

En general se suele considerar que el tipo de sustancias consumidas no condiciona el pronóstico. Sin embargo, Evans y Libdo (2009) informan de una mayor tasa de abandonos en consumidores de heroína. Por su parte, Mckellar, Harris y Moos (2006) no señalan drogas pero sí la severidad del trastorno de manera que cuanto más grave es el TUS y más expectativas positivas de uso de sustancias tenga el sujeto, mayores posibilidades de abandono. Greenwood et al (2001) añaden los antecedentes de inyección de drogas como factor agravante.

Respecto a la comorbilidad psiquiátrica, Valero et al (2013) encontraron que el trastorno dual que proviene de la infancia o adolescencia predice una mala adherencia, no así el resto de psicopatologías. Lejuez et al. (2008) afirman que la sensibilidad a la ansiedad pronosticó el abandono del tratamiento de manera gradual y prospectiva en un estudio con 182 pacientes. En la misma onda Daughters, et al. (2005) examinaron los niveles de tolerancia a la angustia psicológica y física como un predictor del abandono temprano del tratamiento (N= 122).

Brorson, Arnevik y Rand-Hendriksen, K (2013) en un extenso metaestudio de 122 estudios concluyeron que los factores de riesgo más consistentes fueron los déficits cognitivos, la baja alianza de tratamiento, el trastorno de la personalidad y la edad más joven. Por el contrario, Gonzalvo CB (2011) en un estudio con 74 pacientes consumidores de cannabis encontró que quienes no tienen comorbilidad psiquiátrica abandonan antes, mientras los pacientes con comorbilidad tenían mayor adherencia. Samuel et al (2011) señalan que el trastorno límite de la personalidad (TLP) era el único que correlacionaba negativamente con la retención terapéutica, no así el trastorno antisocial ni el trastorno histriónico de la personalidad, aspecto éste que cuestionan Fernández Montalvo et al. (2010) afirmando que los pacientes con trastorno histriónico abandonaron el tratamiento (N= 102), así como los que tenían puntuación alta en la escala antisocial de la personalidad del MCMI-II. Como se puede ver, los trastornos de la personalidad arrojan resultados contradictorios. En nuestro caso no hemos encontrado diferencias significativas relativas al abandono entre pacientes con comorbilidades diversas: psicosis, depresión, trastorno de la personalidad, etc. Incluso observamos mayor adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados de trastorno dual (Sirvent, 2010)

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

En lo relativo a la autopercepción de mejoría como precipitante del abandono (verse ya curado), diversos estudios refrendan esta causa (Calvo-García et al., 2016; López-Goñi et al., 2008). La baja motivación el cansancio de tratamiento, la dificultad y los límites impuestos por el programa o el logro de objetivos (Evans y Libo, 2009; Domínguez-Martín et al., 2008) y la relación terapéutica (Brorson y col. 2013; Cournoyer et al., 2007; Meier et al., 2006; De Weert-Van Oene et al., 2001), Por último, a título de curiosidad, G. Greenwood et al (2001) señalaron como factores de recaída tener parejas sexuales múltiples.

INVESTIGACIÓN

Sobre una muestra de 2013 sujetos diagnosticados de trastorno por uso de sustancias, ludopatía y otra psicopatología sin TUS, en tratamiento de deshabituación en dispositivos residenciales de la Fundación Instituto Spiral. Se seleccionaron como muestra de estudio 337 individuos que abandonaron antes de cumplirse el primer mes de tratamiento por haber pedido el alta voluntaria. Se excluyen altas médicas o forzosas, administrativas, etc. Solo se incluyeron aquellos que demandaron explícitamente el alta y la ejecutaron..

De los 2013 sujetos de la muestra general, 605 (30,1%) eran mujeres y 1408 varones (69,9%). Demandaron el alta voluntaria antes del primer mes de tratamiento 337 (16,7%). Prosiguieron tratamiento por más de un mes 1676 sujetos (83,3%), 482 mujeres (79,7% del total de mujeres) y 1194 varones (84,8% del total de varones) (Ver tablas 1 y 2)

La franja de edad de la muestra de estudio de 337 sujetos oscilaba entre los 16 y los 78 años de edad. Respecto al sexo, 123 (36,5%) de los sujetos estudiados son mujeres y 214 (63,5%) son varones (tabla 3). Recordemos que este grupo incluye a quienes abandonaron el tratamiento de manera voluntaria en un periodo inferior a un mes desde su inicio.

Para medir la naturaleza del alta se elaboró un protocolo de abandono (ver ANEXO) que debía cumplimentarse por equipo y por el paciente en el momento del alta, es decir, en los instantes inmediatamente anteriores a la salida del centro. Este dato es importante porque recoge los argumentos del paciente "en caliente", lo que -pese a tratarse de un dato muy subjetivo y connotado emocionalmente- tiene el importante valor añadido de que es su causa exhibida para precipitar el abandono que - aunque pueda obedecer a causas latentes importantes- tiene un enorme valor clínico, dado que ese motivo es el que le condujo a la claudicación en forma de dinámica de fracaso

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

que puede arraigar y precipitar ulteriores abandonos en sucesivos tratamientos. (Ver más en DISCUSIÓN)

Dicho protocolo de abandono incorpora 7 causas principales o generales y 32 específicas (Ver ANEXO). Las causas generales eran: 1. Toxicofilia o deseos de consumo, 2. Autoengaño o Negación, 3. Desmotivación, 4. Sentimientos adversos, 5. Psicopatología asociada, 6. Tratamiento (Centro, equipo, programa), 7. Agentes externos. Se incluyó, además, la opción de reportar causas desconocidas u otras causas diferentes de las anteriores. La evaluación fue realizada por el sujeto y por el equipo terapéutico que, de manera independiente, debían establecer una única causa principal de abandono. Las causas específicas dependientes de las generales se recogen en el ANEXO

Análisis de datos

Para el análisis se empleó un modelo lineal generalizado con estructura de Poisson que se llevó a cabo con el programa R, versión 3.6.2 para Mac OS X (R Core Team (2019)). Se siguió el protocolo establecido por el Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) de la Fundación Instituto Spiral para acceder a los datos de las historias clínicas con motivos de investigación y comunicación posterior en la comunidad científica, y de la Declaración de Helsinki de 1975 en su versión más actual.

RESULTADOS

En cuanto al motivo del alta según sexo, el porcentaje de mujeres que demandaron el alta voluntaria es un 5,1% superior al de varones (20,3% frente al 15,2%) (Tabla 3)

En lo relativo a la edad, enseguida advertimos de que la franja de edades inferior a los 21 años demanda el alta voluntaria en mucha mayor medida (64,3% de abandonos). Recordemos que la media general del grupo de abandono terapéutico es del 16,7%. La misma dinámica se mantiene con la franja de 21 a 35 años (21,4% de abandonos). Por el contrario, quienes tienen edad más avanzada abandonan menos; así, los mayores de 50 años tienen una tasa del 9,9% y la franja de 36 a 50 años del 14,9%. (Tabla 4).

Referido a la correlación entre tipo de sustancia consumida y abandono precoz, encontramos que la poliadicción (30,6%) y el hachís (29,8%) son los TUS con mayor tasa de claudicación. Por el contrario los ludópatas (3,2%) y los pacientes

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

psiquiátricos sin TUS (10,0%) tienen una tasa de abandono notablemente inferior a la media ya aludida de 16,7% (Tabla 5).

Se encontraron diferencias significativas en el número de pacientes en cada causa de abandono según el tipo de evaluador (g.l.=9; $\chi^2=219,20$; $p<0,0001$) (Gráfica 1, Tabla 6). El sexo del paciente no afectó a estas diferencias (g.l.=1; $\chi^2=0,00$; $p=1,000$) (Gráfica 2).

Respecto a los resultados de aplicar el protocolo de causas generales y específicas fusionando ambas (ver ANEXO), obtenemos los siguientes datos totales:

- Según los pacientes las causas más importantes en orden decreciente (muestra total) son:

- 1) Causas imputables al centro, en definitiva, rechazo al tratamiento: 97 casos, 28,8%
- 2) Negación del problema o autosuficiencia terapéutica (verse ya curados): 80 casos, 23,7%
- 3) Desmotivación o falta de motivación para proseguir: 57 casos, 16,9%
- 4) Agentes externos (influencia terceras personas, bidependencia, separación de los hijos, etc.): 42 casos, 12,5%
- 5) Sentimientos adversos (fluctuaciones del ánimo, sentimiento de irrecuperabilidad, de fracaso, enfado o agresividad, imperiosidad, etc.): 21 casos, 6,2%
- 6) Toxicofilia o deseos de consumo: 9 casos, 2,7%

El resto de factores tienen un peso específico inferior al 1,8 %

- Según el equipo asistencial las causas más importantes en orden decreciente son:

- 1) Negación (falta de conciencia del problema o autoengaño): 136 casos, 40,4 %
- 2) Toxicofilia o deseos de consumo: 71 casos, 21,1%
- 3) Desmotivación o falta de motivación para el tratamiento: 63 casos, 18,7%
- 4) Psicopatología concurrente: 25 casos, 7,4%
- 5) Sentimientos adversos: 16 casos, 4,7%
- 6) Agentes externos: 15 casos 4,5%

El resto de factores tienen un peso específico inferior al 1,8%

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Diferenciando por sexo los resultados y en lo referido fusionando causas generales y específicas (ver ANEXO), obtenemos los siguientes datos:

Mujeres

- Según manifiestan las pacientes femeninas las causas más importantes en orden decreciente son:

- 1) A partes iguales y con el mismo nº de casos y porcentaje exacto tenemos el rechazo al tratamiento y la negación del problema o autosuficiencia terapéutica: 31 casos, 25,20%
- 2) Desmotivación o falta de motivación para proseguir: 28 casos, 22,76%
- 3) Agentes externos: 15 casos, 12,2%
- 4) Sentimientos adversos: 5 casos, 4,0%.

El resto de factores tienen un peso específico inferior al 1,63%

- Según manifiesta el equipo las causas de abandono en *mujeres* en orden decreciente son:

- 1) Negación: 50 casos, 40,65 %
- 2) Desmotivación o falta de motivación para el tratamiento: 28 casos, 22,76%
- 3) Psicopatología concurrente: 13 casos, 10,57%
- 4) Toxicofilia o deseos de consumo: 12 casos, 9,76 %
- 5) Agentes externos: 9 casos 7,32%
- 6) Sentimientos adversos: 5 casos, 4,0%

El resto de factores tienen un peso específico inferior al 1,6%

Varones

Según manifiestan los pacientes masculinos las causas más importantes en orden decreciente son:

- 1) Rechazo al tratamiento: 66 casos, 30,84%
- 2) Negación del problema o autosuficiencia terapéutica: 49 casos, 22,9%
- 3) Desmotivación o falta de motivación para proseguir: 29 casos, 13,5%
- 4) Agentes externos: 27 casos, 12,6%
- 5) Sentimientos adverso: 16 casos, 7,48%.
- 6) Toxicofilia o deseos de consumo: 8 casos, 3,74 %

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

El resto de factores tienen un peso específico inferior al 1,87%

Según manifiesta el equipo las causas de abandono en *varones* en orden decreciente son: :

- 1) Negación: 86 casos, 40,19 %
- 2) Toxicofilia o deseos de consumo: 59 casos, 27,57 %
- 3) Desmotivación o falta de motivación para el tratamiento: 35 casos, 16,36%
- 4) Psicopatología concurrente y sentimientos adversos a partes iguales ambos: 12, 5,61%
- 5) Agentes externos; 6 casos 2,8 %

El resto de factores tienen un peso específico inferior al 0,93%

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El índice de abandono de la mujer adicta es un 5,1% superior al de los varones, coincidente con autores como Calvo (2016), Gonzalvo (2011) y Stark (1992).

Cuanto más joven sea sujeto, mayor la posibilidad de abandono, datos también coincidentes con Nordheim (2018); Calvo et al (2017); De Andrés (2017); Brorson, Arnevik y Rand-Hendriksen (2013); Gonzalvo (2011) y Stark (992). Las posibilidades de abandono precoz antes de los 21 años se multiplican hasta un 400%. Sin embargo el abandono en sujetos con más de 50 años se reduce, conservando un 150% más de posibilidades de no abandonar prematuramente que la media de sujetos.

Respecto al tipo de sustancias empleadas, los consumidores de cannabis y los poliadictos tienen cerca del doble de posibilidades de abandono temprano. Por el contrario los ludópatas y los pacientes psiquiátricos presentan una tasa de abandono notablemente inferior. No encontramos tasas superiores de abandono entre los consumidores de cocaína y/o alcohol.

En lo relativo a las causas explícitas de abandono hay grandes diferencias entre pacientes y equipo. Muchos pacientes atribuyen el abandono a factores externos (rechazan el tratamiento, o "pueden hacer su vida sin consumo"). El equipo atribuye por lo común el abandono a factores intrínsecos al sujeto: locus de control, falta de conciencia del problema, falta de motivación terapéutica y deseos de consumo.

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Sorprende que solo una mínima parte (2,7% de pacientes) admiten los deseos de consumo como causa primordial, cuando bastantes pacientes que reingresan reconocen que esa era la razón por la que abandonaron, pero que no lo podían reconocer.

No se aprecian diferencias notables entre mujeres y varones en lo relativo a las causas aducidas, Quizá la desmotivación (22,7% mujeres frente a 13,5% varones) sea la diferencia más notable.

Respecto a la percepción del equipo, destaca la diferente apreciación del abandono por toxicofilia o deseos de consumo (9,7% mujeres frente a 27,5% varones); la desmotivación, coincidente con lo expresado por los propios pacientes, pero con menor diferencia, otorgando un 22,7% a las mujeres frente a 16,3 varones.

Es concluyente la importancia del autoengaño (Sirvent et al. 2009) como elemento articulador y precipitante del alta precoz en la percepción de los equipos. Los estudios retrospectivos sobre la causa de la claudicación, ya en frío y desde la perspectiva del afectado y entorno, probablemente arroje unos datos más aproximados a la realidad sobre las razones del abandono (distintas a las aducidas en el momento del alta). Sin embargo, ese razonamiento de nada le sirvió en el momento de la deserción. Y es muy probable que los reincidentes repitan el comportamiento a pesar de que ya habían analizado la causa real subyacente y se proponían corregirla.

A los propósitos de este estudio interesa muy especialmente la recogida de datos en caliente, cuando todas las manifestaciones del acto de abandono están a flor de piel para poder explorar lo que impulsa al sujeto a claudicar; sus alegaciones, la fuerza motriz que le impele, en definitiva lo que "ronda en su cabeza". Aspecto crucial, porque será el factor que probablemente dispare una nueva deserción. Los estudios retrospectivos proporcionan reflexiones "a toro pasado" y este estudio en caliente, "razones sobre emociones". La "razón última" probablemente la señale el equipo correctamente, pero la argumentación del paciente al momento apunta directo al efecto precipitador del alta, aquel que se va a repetir en sucesivas ocasiones, por encima de la razón subyacente, a modo de carga explosiva lista para detonar en el momento más inesperado del tratamiento, arruinándolo irremisiblemente.

Un ejemplo: paciente adicto a BDZ con notable capacidad de análisis y varios reingresos. Sus valoraciones retrospectivas sobre las razones del alta coinciden con el equipo en que se veía prematuramente capaz, curado, dándose argumentos y autoconvenciéndose de haber superado el problema.

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Cuando en el último ingreso previo al actual confesó en caliente tener una intensa celotipia que le llevaba a pedir el alta para controlar a su mujer se actuó enérgicamente al respecto y se neutralizaron sucesivas crisis hasta que acabó el programa muy mejorado de la celotipia y también del autoengaño retrospectivo al reenfocar los episodios de crisis hacia la causa emocional que precipitaba su deserción. Los datos "en caliente" fueron definitivos.

Ambos niveles de estudio de los abandonos (en caliente y retrospectivo) son perfectamente complementarios y aportan datos sumamente útiles para que esos episodios críticos de demanda de alta prematura puedan anticiparse o abordarse preventivamente, incluso antes del ingreso.

No se ha hablado en este trabajo de cómo intervenir ante una crisis de abandono precoz. En otro trabajo -en vías de elaboración- se mostrarán los resultados de las intervenciones en crisis de abandono precoz, comparando los casos exitosos con los fracasos. Para elaborar un protocolo de actuación ante episodios críticos se tuvieron muy en cuenta las conclusiones de este trabajo y el cotejo de los argumentos del paciente en caliente con las razones retrospectivas facilitados por los mismos sujetos en conversación telefónica a posteriori (argumentos en frío). El caso clínico recién mostrado creemos que ilustra meridianamente al respecto.

Tabla 1: Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	M	605	30,1	30,1	30,1
	V	1408	69,9	69,9	100,0
	Total	2013	100,0	100,0	

Tabla 2: Motivo_alta

			Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Prosiguen tratamiento	1676	83,3	83,3	83,3
	Alta voluntaria	337	16,7	16,7	100,0
	Total	2013	100,0	100,0	

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Tabla 3: Motivo_alta*sexo tabulación cruzada

	sexo		Total
	M	V	
Alta por motivos terapéuticos	482 79,7%	1194 84,8%	1676 83,3%
Alta voluntaria	123 20,3%	214 15,2%	337 16,7%
Total	605 100,0%	1408 100,0%	2013 100,0%

Tabla 4: Motivo_alta*Grupo_edad tabulación cruzada

		Grupo_edad				Total
		<21	de 21 a 35	de 36 a 50	> 50	
motivo_alta	Alta por motivos terapéuticos	10 35,7%	519 78,6%	801 85,1%	346 90,1%	1676 83,3%
	Alta voluntaria	18 64,3%	141 21,4%	140 14,9%	38 9,9%	337 16,7%
Total		28 100,0%	660 100,0%	941 100,0%	384 100,0%	2013 100,0%

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Tabla 5: Motivo_alta*motivo_ingreso tabulación cruzada

	Motivo_alta				Total	
	Alta por motivos terapéuticos		Alta voluntaria			
	Recuento	% dentro de motivo_agrupados	Recuento	% dentro de motivo_agrupados	Recuento	% dentro de motivo_agrupados
ALCOHOL	578	86,9%	87	13,1%	665	100,0%
ALCOHOL + HACHÍS	36	76,6%	11	23,4%	47	100,0%
ANFETAMINAS Y DROGAS DE SÍNTESIS	24	88,9%	3	11,1%	27	100,0%
COCAÍNA	232	82,6%	49	17,4%	281	100,0%
COCAÍNA + ALCOHOL	210	79,8%	53	20,2%	263	100,0%
COCAÍNA + HACHÍS	59	85,5%	10	14,5%	69	100,0%
DEPENDENCIA AFECTIVA	53	85,5%	9	14,5%	62	100,0%
HACHÍS	59	70,2%	25	29,8%	84	100,0%
LUDOPATÍA	30	96,8%	1	3,2%	31	100,0%
OPIÁCEOS	59	81,9%	13	18,1%	72	100,0%
OPIÁCEOS + ALCOHOL	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
OPIÁCEOS + COCAÍNA	99	81,1%	23	18,9%	122	100,0%
POLIADICCIÓN	68	69,4%	30	30,6%	98	100,0%
PSICOFÁRMACOS	45	83,3%	9	16,7%	54	100,0%
OTROS	117	90,0%	13	10,0%	130	100,0%
Total	1676	83,3%	337	16,7%	2013	100,0%

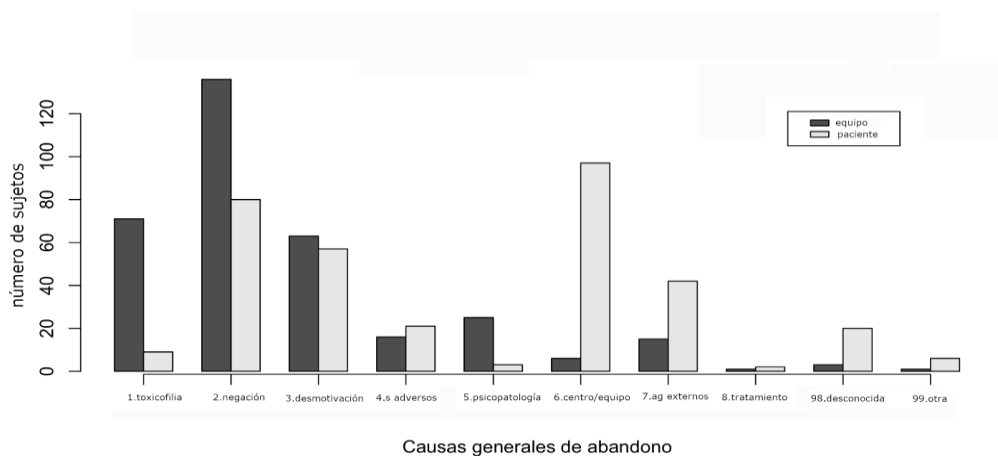
CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Tabla 6. Frecuencias (y porcentajes) de sujetos en cada tipo de causa de abandono según el tipo de evaluador (paciente o equipo médico) respecto al total de pacientes y respecto al total de pacientes diferenciados por sexo.

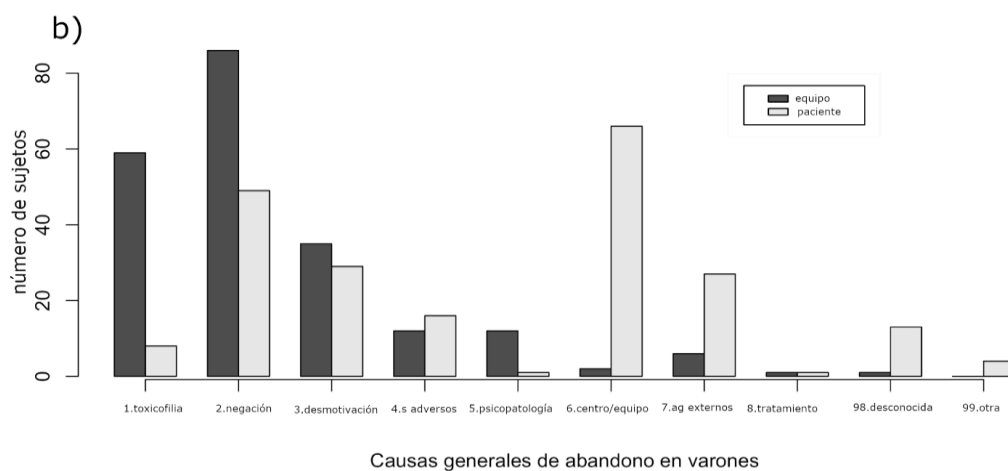
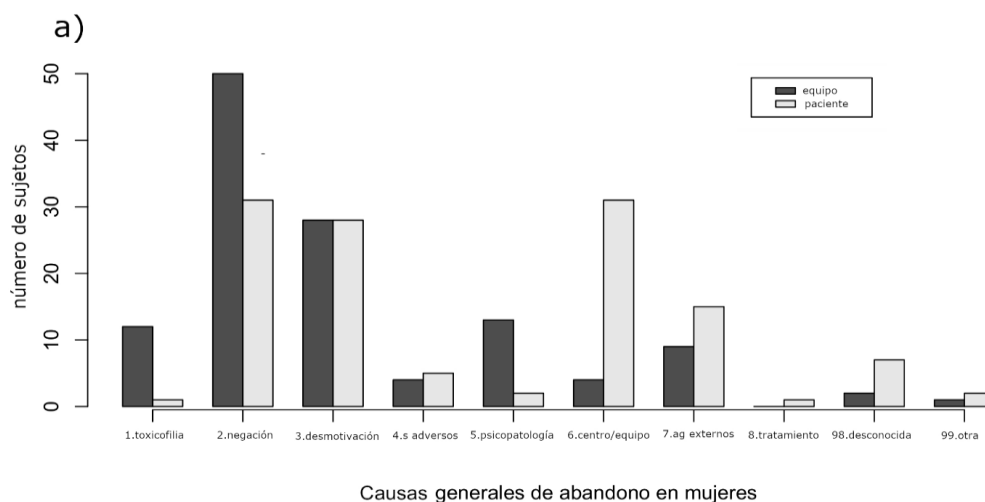
Causa general	según paciente	según equipo	según paciente en mujeres	según equipo en mujeres	según paciente en varones	según equipo en varones
		71		12		59
1. Toxicofilia	9 (2,7%)	(21,1%)	1 (0,81%)	(9,76%)	8 (3,74%)	(27,57%)
2. Negación	80 (23,7%)	136 (40,4%)	31 (25,20%)	50 (40,65%)	49 (22,90%)	86 (40,19%)
3. Desmotivación	57 (16,9%)	63 (18,7%)	28 (22,76%)	28 (22,76%)	29 (13,55%)	35 (16,36%)
4. Sentimientos adversos		16 (4,7%)		4 (3,25%)	16 (7,48%)	12 (5,61%)
5. Psicopatología	3 (0,9%)	25 (7,4%)	2 (1,63%)	13 (10,57%)	1 (0,47%)	12 (5,61%)
6. Centro/equipo/ /ambiente	97 (28,8%)	6 (1,8%)	31 (25,20%)	4 (3,25%)	66 (30,84%)	2 (0,93%)
7. Agentes externos	42 (12,5%)	15 (4,5%)	15 (12,20%)	9 (7,32%)	27 (12,62%)	6 (2,80%)
8. Tratamiento	2 (0,6%)	1 (0,3%)	1 (0,81%)	0 (0%)	1 (0,47%)	1 (0,47%)
98. Desconocida	20 (5,9%)	3 (0,9%)	7 (5,69%)	2 (1,63%)	13 (6,07%)	1 (0,47%)
99. Otra	6 (1,8%)	1 (0,3%)	2 (1,63%)	1 (0,81%)	4 (1,87%)	0 (0%)

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Gráfica 1. Distribución de frecuencias de las causas generales de abandono reportadas por los pacientes y por el equipo médico.



Gráfica 2. Distribución de frecuencias de las causas generales abandono reportadas por los pacientes y por el equipo médico diferenciadas para a) mujeres y b)varones



CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

BIBLIOGRAFIA

1. Brorson HH; Arnevik EA, Rand-Hendriksen K (2013) Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychological Review*. 33: 1010–1024. [DOI: 10.1016/j.cpr.2013.07.007](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007)
2. Calvo F; Carbonell X; Valero R ; Costa J; Turró O; Giralt C; Ramírez M (2017) Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Rev. Atención Primaria* 2018; 50(8) 477-485. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.006>
3. Calvo-García F; Costa J; Valero-Piquer R (2016) Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Rev Esp Drogodependencias* 41(1) 41-56
4. Cournoyer, L-G; Brochu S, Landry N; Bergeron J (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: The moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction*, 102(12), 1960–1970. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02027.x>.
5. Daughters SB; Lejuez CW; Bornovalova MA; Kahler CW; Strong DR; Brown RA (2005). *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 114(4), Nov 2005, 729-734
6. De Andrés Muñoz S (2017) Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. *Rev. Metas de Enfermería*. Marzo 2017, nº 2 Vol 20 (2) 18-24. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.20.1003081031>
7. De Weert-van Oene GH; Burger H, Grobde DE; Schrijvers AJP (2007). Identification of patients at high risk of noncompliance in substance dependence treatment. *European Addiction Research*, 13(2), 74–80. <http://dx.doi.org/10.1159/000097936>
8. Domínguez M; Miranda-Estribí MD; Pedrero-Pérez EJ; Pérez-López M.; Puerta-García,C (2008). Estudio de causas de abandono del tratamiento de un centro de atención a drogodependientes- *Revista Trastornos Adictivos* , 10 (2008) , pp. 112 – 120
9. Evans, E., Li, L., & Hser, Y. I. (2009). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and program planning*, 32(3), 204–212. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.12.003>
10. Evans EMA; Libo L (2009) Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and Program Planning*. Volume 32, Issue XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental www.interpsiquis.com – del 25 mayo al 5 de junio de 2020

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

3, August 2009, pages 204-212.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.12.003>

11. Fernandez-Montalvo J.; López-Goñi. (2010) Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction, *Addiction Research & Theory*, 18:4, 433-441, DOI: [10.3109/16066350903324826](https://doi.org/10.3109/16066350903324826)
12. Santonja-Gómez FJ; Sánchez-Hervás E; Secades-Villa R; Zacarés-Romaguera F; García-Rodríguez O; García-Fernández G. (2010) Características del pretratamiento como predictores de retención en pacientes ambulatorios dependientes de cocaína. *Trastornos adictivos y su tratamiento: junio de 2010 - Volumen 9 - Número 2 - p 93-98.* doi: [10.1097/ADT.0b013e3181bff7ec](https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e3181bff7ec)
13. Greenwood G; Wood W; Guydish J; Bein E. (2001). Relapse outcomes in a randomised trial of residential and day drug abuse treatment. *J. Subst Abuse. Trat.*, 20 (2001), págs. 15 – 23
14. Gonzalvo Cirac, B. (2011) Factores de adherencia al tratamiento en pacientes dependientes de cannabis. Tesis Doctoral. Convocatoria Junio 2011. Universitat Internacional de Catalunya
15. Lejuez CW; Zvolensky M; .Daughters SB.; Bornovalova MA; Paulson A; Tull MA; Ettinger K; Ottoc MW. (2008) Anxiety sensitivity: A unique predictor of dropout among inner-city heroin and crack/cocaine users in residential substance use treatment. *Behaviour Research and Therapy*. Volume 46, Issue 7, July 2008, Pages 811-818. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.010>
16. Li X; Sun H; Purl A; Marsh DC; Anis AH. (2007). Factors associated with pretreatment and treatment dropouts among clients admitted to medical withdrawal management. *Journal of Addictive Diseases*, 26(3), 77-85. http://dx.doi.org/10.1300/J069v26n03_08.
17. López-Goñi JJ.; Fernández-Montalvo J; Illescas C; Landa N; Lorea EJ. (2008) Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos* 2008; 10(2) 104-111
18. McHugh RK ; Murray HW ; Hearon BA; Pratt EM; Pollack MH; Safren SA; Otto MW (2013). Predictors of Dropout from Psychosocial Treatment in Opioid-Dependent Outpatients. *The American Journal on Addictions* Volume 22, Issue 1 <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.00317.x>

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

19. MckellarJD; Harris AH; Moos RH, (2006) Predictors of Outcome for Patients With Substance-Use Disorders Five Years After Treatment Dropout. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(5), 685–693 (2006) <https://doi.org/10.15288/jsa.2006.67.685>
20. Meier PS; Donmall MC; McElduff P; Barrowcloughc; Heller RF. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(1), 57–64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.10.010>
21. Nordheim K; Walderhaug E; Alstadius S. (2018) Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qualitative Social Work*. 2018. Vol 17(1) 24-40. <https://doi.org/10.1177%2F1473325016654559>
22. Palmer RS; Murphy MK; Piselli A. (2009) Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A pilot study. *Substance Use and Misuse* 44: 1021–1038. DOI: [10.1080/10826080802495237](https://doi.org/10.1080/10826080802495237)
23. R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
24. Samuel DB; LaPagli DM; Maccarell Lm; Moore BA. (2011). Personality Disorders and Retention in a Therapeutic Community for Substance Dependence. *American Journal of Addiction* 2011: 20: 555–562 <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00174.x>
25. Sirvent C; Villa MV; Blanco P; Rivas C; Linares MP. (2010) Predicción del abandono (vs éxito) terapéutico en adicciones. Presentación del cuestionario VPA-30 (Sirvent, 2009) de variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones. *Interpsiquis* 2010. 11 Congreso Virtual de Psiquiatría. Febrero-marzo 2010
26. Sirvent Ruiz C. (2009) Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Revista Norte Salud Mental*, (2009), pp. 51 – 58
27. Stark MJ. (1992) Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*. Volume 12, Issue 1, 1992, Pages 93-116. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90092-M](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90092-M)
28. Valero I; Ortiz-Tallo M; Parra MM; Jiménez M. (2013) Valoración de resultados y perfil psicosocial de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias. *Anales de Psicología* 2013; 29(1):38-47

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

ANEXO:

Protocolo de causas de abandono generales y específicas

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

General

Específica

01. TOXICOFILIA

- 0101. Deseos o ansia de consumo de droga o adicción principal
- 0102. Deseos o ansia de consumo de ambiente o sensaciones cola
- 0103. Síndrome abstinencia
- 0199. Otro de toxicofilia

02. AUTOENGAÑO

- 0201. Conciencia del problema: negar o minimizar el problema
- 0202. Autosuficiencia o euforia terapéutica
- 0299. Otro de autoengaño

03. DESMOTIVACIÓN

- 0301. Falta de motivación o creer que no tiene `fuerza´ para cura
- 0302. Permanecer básicamente por presión externa
- 0303. Falta de concentración o atención en el tratamiento
- 0304. Cansancio del programa
- 0305. Anhedonia o desvitalización
- 0399. Otro de desmotivación

04. SENTIMIENTOS ADVERSOS

- 0401. Cambios (frecuentes o intensos) del estado de ánimo
- 0402. Sentimiento de irrecuperabilidad, de fracaso o de que no tien
(maximizar el problema o desconfiar de sus capacidades)
- 0403. Sensación de aburrimiento
- 0404. Imperiosidad
- 0405. Enfado o agresividad
- 0499. Otro de sentimientos adversos

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

05. PSICOPATOLOGÍA

- 0501. Trastorno psiquiátrico agudo, agravado o descompensado
- 0502. Psicosis
- 0503. Depresión
- 0504. Manía
- 0505. Ansiedad, obsesividad, TAG, etc.
- 0506. T. control impulsos
- 0507. T conducta alimentaria
- 0508. T. personalidad, impulsividad
- 0509. T. del comportamiento
- 0510. Retraso mental
- 0511. Somatización, hipocondría
- 0599. Otro psicopatología

06. TRATAMIENTO

- 0601. Por el programa o el tipo de tratamiento
- 0602. Por el equipo
- 0603. Equipo que le derivó
- 0604. Por el ambiente
- 0605. Por las instalaciones
- 0699. Otro tratamiento

CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

07. AGENTES EXTERNOS

0701. Influencia de terceras personas

0702. Bidependencia. Relaciones afectivas

0703. Presión para el abandono

0704. Sobreprotección

0705. Rechazo o maltrato

0706. Mala implicación familiar

0707. Separación de los hijos

0799. Otro de agentes externos

98. DESCONOCIDO

9801. Desconocido

99. OTRO

9999. No listado