
**SISTEMA INSTITUCIONAL DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE
TRATAMIENTO
CONSULTA EXTERNA
SEGUNDO INFORME
ANÁLISIS DE LA PERMANENCIA EN TRATAMIENTO**

DAVID BRUNO DIAZ NEGRETE
ALMA DELIA GUTIÉRREZ LÓPEZ
KARINA JIMÉNEZ SILVESTRE

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

MÉXICO, 2010

INFORME DE INVESTIGACIÓN 10-05

INTRODUCCIÓN

La falta de apego al tratamiento constituye un problema al que frecuentemente se enfrentan los profesionales de la salud y, en este sentido, representa un factor asociado al fracaso terapéutico. La baja adherencia al tratamiento afecta a todo tipo de usuarios de servicios terapéuticos y de salud, ya se trate de quienes fallan en volver a una cita programada, de quienes rechazan expresamente el tratamiento o son dados de baja por falta de cooperación o de respuesta terapéutica o, incluso, de aquellos que son expulsados por infringir alguna normatividad (Secades y Fernández, 2000).

No obstante la generalidad de este fenómeno, la baja adherencia terapéutica es particularmente frecuente en el campo del uso de sustancias y las adicciones (Laredo, Orejudo y Carrobles, 2005), en el que no sólo suelen observarse elevadas tasas de suspensión prematura del tratamiento, sino que ésta constituye además un factor de alto riesgo de recaída (Wells et al., 1994; Secades y Fernández, 2000). Por el contrario, una mayor retención y continuidad en el tratamiento se relacionan con un mejor pronóstico y con una mayor eficacia terapéutica.

La investigación señala que el abandono del tratamiento puede oscilar entre 20% y 80% (Torres, Arias y Ochoa, 2000) y que principalmente se asocia a factores que dependen de las características del usuario o del tratamiento. Entre las primeras se encuentran la gravedad del consumo (Simpson, Joe y Broome, 2002), la impulsividad y la búsqueda de sensaciones (Moeller et al., 2001; Patkar et al., 2004), así como la inestabilidad emocional y el desajuste afectivo y social (Santos, García y Barreto, 2001). En el mismo sentido, la probabilidad de suspender el tratamiento aumenta con la presencia de dos o más trastornos de personalidad (Fernández-Montalvo et al., 2004), principalmente trastornos antisocial y pasivo-agresivo —una mayor severidad de los cuales también se relaciona con un pronóstico más desfavorable—.

Un bajo nivel educativo y la inasistencia a la escuela influyen también en el abandono del tratamiento (Agosti, Nunes y Ocepeck-Welikson, 1996; Rowan-Szal, Joe y Simpson, 2000; Sayre et al., 2002; García et al., 2007). Por el contrario, una alta motivación para el cambio (Secades y Fernández, 2000; Llinares et al., 2002; Simpson, Joe y Broome, 2002), así como una alta autoestima, particularmente en el caso de las mujeres (De Leon, 1974; Bartholomew et al., 1995), se vinculan con un mejor pronóstico de adherencia.

Por lo que se refiere a factores relacionados con los servicios y programas de atención, pocos estudios han analizado la permanencia asociándola a la aplicación de estrategias terapéuticas específicas (García et al., 2007). No obstante, se sabe que el tipo de servicios, ambulatorios, hospitalarios o de medio camino, tiene un efecto en la permanencia (Marco, Knobel y Guelar, 2000). De igual manera, existe una mayor retención en tratamiento cuando la estabilidad de los terapeutas o equipos terapéuticos es mayor, cuando hay una participación activa de la familia en el tratamiento y cuando se promueve un mejor aprovechamiento del tiempo libre y una mayor organización de los “tiempos muertos” del tratamiento. Así mismo, las tasas de retención son más altas en los programas residenciales que en los ambulatorios, en los tratamientos que incluyen tratamiento farmacológico que en los que sólo incluyen intervenciones psicológicas y en aquéllos que suponen la administración de dosis más altas de un fármaco (Secades y Fernández, 2000). El grado de motivación, sensibilización, comunicación y confianza que genere un equipo terapéutico, así como su capacidad para dar una respuesta a las necesidades reales o sentidas del paciente, son también elementos que favorecen la adherencia (Marco, Knobel y Guelar, 2000). En este sentido se ha sostenido incluso que la retención mantiene una relación más estrecha con lo que los clínicos hacen en los programas de tratamiento, que con las

características de los pacientes, si bien es posible que se trate, más bien, de la interacción entre ambos factores.

La adherencia terapéutica se ha definido como el hecho de mantener algún contacto con los servicios o profesionales de la salud, como el nivel de compromiso y motivación para cumplir con los objetivos del tratamiento o simplemente como el lapso en que se asiste a un servicio o se permanece en internamiento. En cualquier caso, el hecho que el usuario continúe acudiendo a tratamiento indica que persevera en el intento de resolver su problemática, multiplicándose, así, las oportunidades de intervenir favorablemente en el proceso.

En la medida en que la adherencia terapéutica se relaciona directamente con una mayor reducción del consumo de sustancias (Wells et al., 1994, Secades y Fernández, 2000; Llinares et al., 2002) puede constituir, por sí misma, un indicador del cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Si se considera el tema desde la perspectiva de la *permanencia en el tratamiento*, la tasa más alta de suspensión suele ubicarse en el caso del tratamiento del uso de drogas en los primeros 30 días y continúa creciendo acumulativamente hasta los tres meses, para reducirse paulatinamente a partir de ese momento (Gual, Lligona y Colom, 1999; Santos, Palomares y Pastor, 2000; Llinares et al., 2002). De este modo, se estima que cerca de un tercio de quienes inician tratamiento habrán de suspenderlo en el transcurso del primer mes, mientras que quienes superan este lapso tienen una mayor probabilidad de sostener una permanencia más continuada. Por otro lado, pasados los 90 días disminuye significativamente el riesgo de suspensión y aumenta la adherencia, con el consecuente incremento de las posibilidades de arribar a término y alcanzar el éxito terapéutico (Secades y Fernández, 2000).

Por otro lado, hay consenso en que una oportuna identificación de las variables que favorecen o afectan la permanencia en el tratamiento permite

mejorar las tasas de retención, facilitando la aplicación de medidas orientadas a fortalecer los factores de una mayor permanencia o a reducir el efecto de aquellos que obran en sentido contrario, con el consiguiente aumento de la eficacia y eficiencia de los programas de atención.

En este contexto, este trabajo persigue un acercamiento al conocimiento de las tendencias de permanencia de pacientes solicitantes de los servicios de atención terapéutica de Centros de Integración Juvenil, y de su posible relación con indicadores sociodemográficos, de la demanda y del patrón de consumo; aportando, en este sentido, información que puede ser útil para la toma de decisiones respecto al diseño general de los proyectos y servicios institucionales de tratamiento, así como respecto a la aplicación de medidas específicas para promover la permanencia y la adherencia a los mismos.

MÉTODO

El presente estudio es retrospectivo, elaborado con datos recuperados de expedientes y de bases de datos del Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas de Centros de Integración Juvenil, a partir de la selección de una muestra inicial de 1,922 usuarios de drogas ilícitas conformada por los casos recibidos en tratamiento en abril y noviembre de 2008 en unidades de consulta externa de CIJ.

La información de permanencia en el tratamiento fue recuperada en una cédula especialmente preparada que incluyó fecha de ingreso y del último servicio proporcionado, número de consultas proporcionadas, asistencia continua o con interrupciones (de dos semanas seguidas sin aviso), principal componente del tratamiento (entrevista inicial, diagnóstico, terapia individual o familiar, consulta médica o desintoxicación, programa de *Centro de Día*) y situación del tratamiento al momento de la recuperación de datos (interrumpido con o sin mejoría, concluido con abstinencia o con reducción

del consumo, y en proceso). Estos datos fueron recolectados por el propio equipo técnico de 46 unidades de CIJ distribuidas en toda la República, entre mayo y agosto de 2009.

Los datos sociodemográficos, de la demanda de tratamiento y del patrón de consumo fueron tomados de las bases de datos del Sistema Institucional de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD), de acuerdo con lo reportado en la literatura sobre el tema (severidad del uso de sustancias, nivel de escolaridad, participación de la familia, conducta antisocial, y así sucesivamente).

Los datos sociodemográficos comprendieron sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación. Los de demanda incluyeron solicitantes del tratamiento (el paciente solo o acompañado por familiares), asistencia condicionada por la familia, antecedentes de acciones médicas contra el consumo y de problemas legales o de conducta antisocial. Los datos de patrón de consumo fueron tipo de consumo (experimental, social, funcional, disfuncional o en remisión), lapso de consumo antes de acudir a CIJ, número de drogas utilizadas en los últimos 30 días, episodios de abuso de alcohol y de drogas ilegales en los mismos últimos 30 días y sustancia de mayor impacto.

Para el análisis, se excluyeron 365 casos extremos con 40 semanas o más de permanencia en tratamiento o 34 o más consultas, restando 1,557 casos. En una primera instancia, se efectuó un análisis descriptivo de indicadores de permanencia en tratamiento, considerando tres escenarios: primero, con la muestra completa; segundo, con el grupo de 755 pacientes que habían iniciado tratamiento propiamente dicho, es decir, excluyendo casos que abandonaron en la fase diagnóstica; finalmente, con 184 casos que habían concluido tratamiento. Posteriormente, se efectuaron contrastes bivariados comparando la permanencia en tratamiento (en términos de semanas) y el

resultado del mismo (excluyendo 65 casos que se encontraban aún en proceso), en función de características sociodemográficas, factores de la demanda, indicadores de abuso y tipo de tratamiento (se realizaron pruebas *t*, análisis de varianza, chi cuadrada y correlación, de acuerdo con cada variable). Así mismo se aplicaron modelos multivariados de análisis de varianza y regresión que no arrojaron resultados significativos.

RESULTADOS

PERMANENCIA EN TRATAMIENTO

En la **muestra general** se observa un promedio de asistencia a 7.5 consultas o “sesiones de servicios profesionales” (DE: 6.9). Cerca de 14% de los casos sólo acudió a una entrevista, mientras que, por el contrario, 25% llegó a asistir a 10 consultas o más. En términos de tiempo, se encontró una media de 8.9 semanas (DE: 9.7); si bien uno de cada cuatro pacientes sólo asistió una semana, 27.4% alcanzó al menos 12 semanas.

En cuanto a la situación del tratamiento, cerca de 42% registró mejoría (8.8% con cesación completa del consumo):

Cuadro 1. Situación del tratamiento (casos válidos).

	Frec.	%
Suspensión sin mejoría	828	53.7
Suspensión con disminución o abandono del consumo	465	30.2
Concluido con mejoría (disminución del consumo)	48	3.1
Concluido con abandono del consumo	136	8.8
En proceso	65	4.2
Total	1,542	100

En cuanto a los servicios proporcionados, la mitad (51.5%) acudió solamente a la fase diagnóstica, mientras que la mayor parte de quienes alcanzaron la fase de tratamiento recibió tratamiento de psicoterapia individual:¹

Cuadro 2. Principales servicios otorgados, muestra general.

	Frecuencia	%
<i>Entrevista Inicial</i>	213	13.7
Diagnóstico	589	37.8
Terapia individual	470	30.2
Terapia familiar	77	4.9
Consulta médica / desintoxicación	53	3.4
Centro de Día	17	1.1
Otros	138	8.9
Total	1,557	100

Por último, 41.7% asistió de manera continua a tratamiento, sin haber interrumpido nunca más de dos semanas seguidas sin aviso.

Por lo que respecta, a los **casos que iniciaron tratamiento** propiamente dicho —descartando aquéllos que abandonaron después de una primera entrevista o en fase diagnóstica—, la asistencia promedio fue de 12.1 consultas profesionales (DE: 7.0), aunque 25% llegó a asistir a 15 sesiones o más. Paralelamente, la retención promedio en tiempo fue de 14.4 semanas (DE: 10.2); 45.6% llegó a cumplir 12 semanas en tratamiento.

En este caso, 67.1% había terminado satisfactoriamente tratamiento o lo había suspendido con mejoría, y sólo poco más de una cuarta parte lo había hecho sin mejoría:

¹ El reducido número de casos en el programa de *Centro de Día* debe atribuirse a que la muestra fue tomada en un momento en que su aplicación en CIJ estaba aún en una fase inicial.

Cuadro 3. Situación del tratamiento, pacientes que iniciaron tratamiento propiamente dicho (casos válidos).

	Frec.	%
Suspensión sin mejoría	191	25.4
Suspensión con disminución o abandono del consumo	327	43.5
Concluido con mejoría (disminución del consumo)	45	6.0
Concluido con abandono del consumo	132	17.6
En proceso	56	7.5
Total	751	100

El 62.3% había tenido como principal elemento del tratamiento la psicoterapia individual; la terapia familiar ocupaba un segundo sitio:

Cuadro 4. Principales servicios otorgados, pacientes que iniciaron tratamiento propiamente dicho.

	Frecuencia	%
Terapia individual	470	62.2
Terapia familiar	77	10.2
Consulta médica / desintoxicación	53	7.0
<i>Centro de Día</i>	17	2.3
Otros	138	18.3
Total	755	100

Quienes asistieron a tratamiento de manera continua y sin interrupciones sumaron 57.4%.

Por su lado, los 184 **pacientes que concluyeron satisfactoriamente su tratamiento** observaron una media de 15.2 sesiones de servicios profesionales (DE: 7.1), con un máximo de 33; 25% asistió a 19 consultas o más. La media de tiempo de permanencia fue de 19.1 semanas (DE: 9.8), esto es, cerca de cinco meses, con un máximo de hasta diez meses; 72.8% asistió al menos 12 semanas y una cuarta parte, 27.

En cuanto al principal tipo de tratamiento recibido, la mayoría fue egresada de psicoterapia individual, seguida por terapia familiar.

Cuadro 5. Principales servicios otorgados, pacientes que concluyeron tratamiento.

	Frecuencia	%
<i>Entrevista Inicial</i>	3	1.6
Diagnóstico	4	2.2
Terapia individual	104	56.5
Terapia familiar	18	9.8
Consulta médica / desintoxicación	5	2.7
<i>Centro de Día</i>	4	2.2
Otros	46	25.0
Total	184	100

A diferencia de la muestra global, en este caso la asistencia regular y continua a tratamiento ascendió a 83.7%.

FACTORES ASOCIADOS A LA PERMANENCIA EN TRATAMIENTO

Para la identificación de diferencias de la permanencia en tratamiento en función de características sociodemográficas, de la demanda, del patrón de consumo y del tipo de tratamiento, se tomó como referente el número de semanas, independientemente de las sesiones a las que se asistió.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se observaron diferencias significativas asociadas al sexo, la edad y la ocupación. Como puede observarse en el cuadro siguiente, tienen una mayor permanencia las mujeres y estudiantes, mientras que los casos entre 18 y 25 años se sostienen en tratamiento por menos tiempo que los de menor o mayor edad. No se registraron diferencias en términos de escolaridad o estado civil.

Cuadro 6.1. Diferencias de permanencia en tratamiento según variables sociodemográficas

	Permanencia en tratamiento (en semanas)		
	Media	D.E.	Diferencia
Sexo			
Hombre	8.65	9.483	$t=-2.010$
Mujer	10.10	10.494	$p=0.045$
Edad de ingreso a tratamiento			
Menos de 18 años	9.71	9.879	
18 a 25 años	7.81	8.654	$F=5.096$
26 años y más	9.03	10.240	$p=0.006$
Escolaridad			
Sin estudios	8.89	0.607	
Primaria	7.99	7.416	
Secundaria	8.53	9.543	
Estudios técnicos o comerciales	9.39	8.975	
Bachillerato	9.54	9.727	
Estudios superiores	9.60	10.558	$F=1.003$
Postgrado	11.75	11.295	$p=0.422$
Estado civil			
Soltero	8.99	9.598	$F=0.607$
Con pareja	8.41	9.765	$p=0.545$
Otro	8.44	9.323	
Principal ocupación			
Estudiante	10.54	9.826	
Estudiante con actividad laboral	11.34	10.886	
Con actividad laboral	8.60	9.670	
Desocupado	7.16	8.775	$F=7.416$
Hogar / jubilado o pensionado	8.90	10.648	$p=0.000$

De los factores asociados a la demanda destacan que quienes reportaron problemas legales o de conducta antisocial presentan una menor permanencia que quienes no los reportan, sin que se registren otras diferencias significativas (**Cuadro 4.2**).

Cuadro 6.2. Diferencias de permanencia en tratamiento según variables asociadas a la demanda

	Permanencia en tratamiento (en semanas)		
	Media	D.E.	Diferencia
Solicitantes del tratamiento			
Paciente identificado	8.61	9.681	$t=-1.047$
Paciente identificado y familiares	9.13	9.636	$p=0.295$
Asistencia condicionada por la familia			
Condicionada por la familia	8.93	9.588	$t=0.199$
No condicionada por la familia	8.83	9.678	$p=0.842$
Antecedentes de acciones médicas contra el consumo			
Con antecedentes médicos	9.12	9.774	$t=0.361$
Sin antecedentes médicos	8.82	9.660	$p=0.718$
Antecedentes de problemas legales o conducta antisocial			
Con problemas legales o conducta antisocial	7.89	9.387	$t=-2.698$
Sin problemas legales o conducta antisocial	9.32	9.638	$p=0.007$

Por lo que respecta a factores relativos al consumo de sustancias, quienes presentaban un consumo “disfuncional” registraron una menor adhesión que otros usuarios. De manera similar, un mayor número de episodios de abuso de alcohol y el uso diario de drogas ilícitas durante el mes previo al tratamiento, así como referir al *crack* como droga de mayor impacto (en particular, comparado con los inhalables), se asociaron a una menor permanencia. No se hallaron diferencias en función del lapso transcurrido

entre el inicio del uso de drogas ilícitas y la búsqueda de tratamiento en CIJ ni del número de drogas utilizadas en los 30 días previos.

Cuadro 6.3. Diferencias de permanencia en tratamiento según factores de patrón de consumo

	Permanencia en tratamiento (en semanas)		
	Media	D.E.	Diferencia
Tipo de consumo			
En remisión	11.57	11.645	
Experimental	9.55	9.508	
Social u ocasional	10.19	10.609	
Funcional	8.86	9.609	F=5.351
Disfuncional	6.83	8.416	p=0.000
Lapso entre el inicio del uso de drogas y la solicitud de tratamiento en CIJ			
Hasta cuatro años	9.39	9.617	
De cinco a 12 años	8.05	8.983	F=2.848
13 años o más	9.10	10.344	p=0.058
Número de drogas ilegales utilizadas en los últimos 30 días			
Ninguna	8.96	9.857	
Una	9.22	9.870	F=2.014
Dos o más	7.95	8.820	p=0.134
Abuso de alcohol en los últimos 30 días			
Ni una vez	9.37	10.097	
Menos de una vez a la semana	8.45	9.100	
Una o dos veces a la semana	8.11	8.910	
Cada tercer día	10.23	11.147	F=2.499
Diario	6.53	6.951	p=0.041

Continúa

Cuadro 6.3. Diferencias de permanencia en tratamiento según factores de patrón de consumo (continuación)

	Permanencia en tratamiento (en semanas)		
	Media	D.E.	Diferencia
Uso de drogas ilegales en los últimos 30 días			
Ni una vez	9.20	9.800	
Menos de una vez a la semana	10.30	10.213	
Una o dos veces a la semana	8.59	9.646	
Cada tercer día	8.83	10.027	F=3.691
Diario	7.25	8.463	p=0.005
Droga de mayor impacto			
Alcohol	8.34	9.138	
Mariguana	9.26	10.044	
Inhalables	9.65	9.629	
Cocaína	9.09	9.723	
<i>Crack</i>	7.09	8.254	
Metanfetaminas	8.16	9.977	F=2.218
Otras drogas	9.13	9.890	p=0.039

Por último, se puede apreciar que la terapia familiar se vincula con una permanencia promedio significativamente más alta, seguida por la psicoterapia individual (excluyendo casos que sólo habían asistido a entrevista inicial o a sesiones diagnósticas).

Cuadro 6.4. Diferencias de permanencia en tratamiento según principal componente del tratamiento

	Permanencia en tratamiento (en semanas)		
	Media	D.E.	Diferencia
Principal componente del tratamiento			
Terapia individual	14.49	10.049	
Terapia familiar	19.39	11.851	F=6.838
Consulta médica / Desintoxicación	12.26	9.790	p=0.000
<i>Centro de Día</i>	12.41	10.125	
Otro	12.45	8.907	

Por otro lado, se observó la existencia de una correlación positiva entre una mayor escolaridad y una permanencia más prolongada en tratamiento ($r=0.059$, $p=0.02$), mientras que la severidad del patrón de uso (medida en términos de “tipo de consumo”) y la frecuencia del uso de sustancias ilícitas en el último mes se asociaron de manera inversa con la asistencia a tratamiento ($r=-0.104$, $p=0.000$, y $r=-0.075$, $p=0.003$, respectivamente).

FACTORES ASOCIADOS A LA CONCLUSIÓN DEL TRATAMIENTO

En lo referente a los resultados del tratamiento, se encontró que, comparadas con los hombres, una proporción significativamente mayor de mujeres concluyó tratamiento. Fue este también el caso de los pacientes menores de 18 años comparados con los de mayor edad, así como el de aquellos que tenían como única ocupación el estudio por comparación con quienes reportaron otras ocupaciones. Otras variables sociodemográficas no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Cuadro 7.1. Resultados del tratamiento en función de variables sociodemográficas

	Interrumpió		Concluyó		Diferencia
	Frec.	%	Frec.	%	
Sexo					
Hombre	1,110	88.4	146	11.6	$\chi^2=5.347$ $p=0.021$
Mujer	183	82.8	38	17.2	
Edad					
Menos de 18 años	420	83.0	86	17.0	$\chi^2=15.009$ $p=0.001$
18 a 25 años	427	90.7	44	9.3	
26 años y más	446	89.2	54	10.8	
Escolaridad					
Sin estudios	8	88.9	1	11.1	$\chi^2=2.856$ $p=0.827$
Primaria	182	89.7	21	10.3	
Secundaria	581	86.2	93	13.8	
Estudios téc. o comer.	35	87.5	5	12.5	
Bachillerato	372	88.4	49	11.6	
Estudios superiores	106	88.3	14	11.7	
Postgrado	4	100.0	0	0.0	
Estado civil					
Soltero	828	86.3	132	13.8	$\chi^2=4.405$ $p=0.111$
Con pareja	323	90.2	35	9.8	
Otro	114	89.8	13	10.2	
Principal ocupación					
Estudiante	291	79.5	75	20.5	$\chi^2=31.357$ $p=0.000$
Estudiante con act. lab.	58	87.9	8	12.1	
Con actividad laboral	549	89.6	64	10.4	
Desocupado	345	92.0	30	8.0	
Hogar / jubilado o pens.	39	90.7	4	9.3	

Los factores relacionados con la demanda de tratamiento que mostraron un vínculo significativo con la conclusión del tratamiento fueron la asistencia de familiares en la primera consulta y la ausencia de antecedentes de problemas legales y de conducta antisocial.

Cuadro 7.2. Resultados del tratamiento en función de variables asociadas a la demanda

	Interrumpió		Concluyó		Prueba
	Frec.	%	Frec.	%	
Solicitantes del tratamiento					
Paciente identificado	655	89.8	74	10.2	$X^2=7.024$ $p=0.008$
Pac. identificado y familiares	638	85.3	110	14.7	
Asistencia condicionada por la familia					
Condicionada por la familia	519	87.8	72	12.2	$X^2=0.060$ $p=0.806$
No condicionada por la familia	762	87.4	110	12.6	
Antecedentes de acciones profesionales contra el consumo					
Con antecedentes	142	92.8	11	7.2	$X^2=3.306$ $p=0.069$
Sin antecedentes	691	87.7	97	12.3	
Conducta antisocial asociada al consumo					
Con conducta antisocial	428	90.5	45	9.5	$X^2=4.298$ $p=0.038$
Sin conducta antisocial	793	86.7	122	13.3	

Por su parte, prácticamente todas las variables de patrón de consumo se asociaron en mayor o menor medida con la conclusión o interrupción del tratamiento; en su mayor parte, en el sentido de que una menor severidad del problema implica una mayor probabilidad de concluir satisfactoriamente el tratamiento, mientras que una mayor severidad se asocia con un mayor riesgo de interrupción (**Cuadro 5.3**). De la misma manera, el hecho de que la droga de mayor impacto haya sido *crack* o cocaína se vinculó con una proporción más alta de interrupciones en tanto que el reporte de inhalables

como sustancias de mayor impacto se relacionó con la terminación del tratamiento.

Cuadro 7.3. Resultados del tratamiento en función de factores de patrón de consumo

	Interrumpió		Concluyó		Diferencia
	Frec.	%	Frec.	%	
Tipo de consumo al inicio del tratamiento					
En remisión	40	71.4	16	28.6	
Experimental	88	78.6	24	21.4	
Social u ocasional	134	82.2	29	17.8	
Funcional	746	88.3	99	11.7	$\chi^2=44.516$
Disfuncional	263	96.0	11	4.0	$p=0.000$
Lapso entre el inicio del uso de drogas ilegales y la solicitud de tratamiento en CIJ					
Hasta cuatro años	450	84.0	86	16.0	
De cinco a 12 años	451	90.4	48	9.6	$\chi^2=10.729$
13 años o más	383	88.9	48	11.1	$p=0.005$
Drogas ilegales utilizadas en los últimos 30 días					
Ninguna	355	85.7	59	14.3	
Una	649	86.6	100	13.4	$\chi^2=7.589$
Dos o más	289	92.0	25	8.0	$p=0.022$
Abuso de alcohol en los últimos 30 días					
Ni una vez	622	83.4	124	16.6	
Menos de una vez a la sem.	241	89.3	29	10.7	
Una o dos veces a la sem.	298	93.7	20	6.3	
Cada tercer día	77	90.6	8	9.4	$\chi^2=27.233$
Diario	55	94.8	3	5.2	$p=0.000$

Continúa

Cuadro 7.3. Resultados del tratamiento en función de factores de patrón de consumo (continuación)

	Interrumpió		Concluyó		Diferencia
	Frec.	%	Frec.	%	
Uso de drogas ilegales en los últimos 30 días					
Ni una vez	508	85.4	87	14.6	
Menos de una vez a la sem.	194	82.9	40	17.1	
Una o dos veces a la sem.	213	91.4	20	8.6	
Cada tercer día	117	89.3	14	10.7	$\chi^2=15.699$
Diario	261	91.9	23	8.1	$p=0.003$
Droga de mayor impacto					
Alcohol	173	86.9	26	13.1	
Mariguana	260	87.2	38	12.8	
Inhalables	221	79.5	57	20.5	
Cocaína	160	94.7	9	5.3	
<i>Crack</i>	259	94.5	15	5.5	
Metanfetaminas	67	83.8	13	16.3	$\chi^2=38.383$
Otras drogas	98	87.5	14	12.5	$p=0.000$

Finalmente, un mayor porcentaje de casos que concluyeron satisfactoriamente tratamiento correspondió a aquellos cuyo principal componente de tratamiento fue la terapia familiar, seguidos por quienes tuvieron como elemento principal a la psicoterapia individual y quienes participaron en el programa de *Centro de Día* (**Cuadro 5.4**). Por el contrario, los casos cuyo principal componente de tratamiento fue la consulta médica o la desintoxicación registraron una tasa de interrupción significativamente más alta.

Cuadro 7.4. Resultados del tratamiento según principal componente del tratamiento

	Interrumpió		Concluyó		Diferencia
	Frec.	%	Frec.	%	
Principal componente del tratamiento					
Terapia individual	334	76.3	104	23.7	
Terapia familiar	46	71.9	18	28.1	
Consulta médica / Desintoxicación	45	90.0	5	10.0	
<i>Centro de Día</i>	13	76.5	4	23.5	$\chi^2=15.350$
Otro	80	63.5	46	36.5	$p=0.004$

CONCLUSIONES

El presente trabajo ofrece indicadores de la permanencia y resultados del tratamiento del consumo de drogas en el programa de consulta externa de Centros de Integración Juvenil. Al igual que otros estudios con usuarios de sustancias (Gual, Lligona y Colom, 1999; Santos, Palomares y Pastor, 2000; Torres, Arias y Ochoa, 2000; Llinares et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2004; García-Rodríguez et al., 2007; entre otros), se observa la existencia de tasas de permanencia en tratamiento relativamente bajas, pero aceptables dada una reconocida baja adherencia terapéutica del paciente usuario de drogas, así como de las concomitantes limitaciones para la retención propias de un programa de atención ambulatoria. En este sentido, los resultados reflejan tendencias de permanencia similares a las reportadas por otros programas de atención del uso de drogas. Así, se registra un promedio de 14.4 semanas de permanencia en el caso de pacientes que ingresaron a tratamiento propiamente dicho (contra 15 semanas reportadas en otros estudios; García et al., 2007). De igual modo, si se toma como indicador la mediana de permanencia en semanas, 50% de los casos que iniciaron tratamiento propiamente dicho asistió a tratamiento al menos 11 semanas,

contra 12 reportadas por programas de atención ambulatoria en Estados Unidos (Simpson et al., 1997). Si se toman como referencia estas 12 semanas, 45.6% de los casos de CIJ cumplieron este lapso, contra una retención equivalente del 16 al 75% de los casos atendidos en los programas de consulta externa participantes en los *Drug Abuse Treatment Outcome Studies* (según reporte de Simpson y cols.), y 69.2% de casos atendidos en el tratamiento ambulatorio del uso de cocaína estudiado por Sánchez y cols. (2010).

Por lo que se refiere a los pacientes que concluyeron tratamiento, la media de permanencia en tratamiento de 19.1 semanas también se sitúa en el rango de valores reportado en otros estudios con casos similares. El DASIS Report (2007) señala que pacientes con alta en programas de atención ambulatoria en Estados Unidos tienen una permanencia de entre 12 y 20 semanas, en tanto que, según lo referido por Garmendia y cols. (2008), el promedio de permanencia en centros de atención en Chile fue de 22.4 semanas.

Parecida consideración debe hacerse al considerar el porcentaje de 23.6% de altas registrado en el caso de los pacientes que iniciaron tratamiento, en la medida en que otros estudios reportan porcentajes de al menos 20% (Torres, Arias y Ochoa, 2000).

Por otra parte, los datos obtenidos confirman lo reportado en otros sitios en el sentido de que la adherencia al tratamiento tiende a estabilizarse alrededor de los tres meses (Gual, Lligona y Colom, 1999; Santos, Palomares y Pastor, 2000; Secades y Fernández, 2000; Llinares et al., 2002). En esta misma línea, cabe señalar que el tiempo de permanencia en tratamiento de aquellos que lo terminaron satisfactoriamente fue de cerca de cinco meses en promedio.

Por otro lado, los hallazgos indican la existencia de relaciones significativas entre la adherencia al tratamiento y variables de distinta índole. Por lo que respecta a factores sociodemográficos, destaca la mayor permanencia de mujeres, menores de 18 años, estudiantes y quienes contaban con una mayor escolaridad. En cuanto al tipo de tratamiento prestado, se registró una mayor permanencia cuando el principal componente del mismo fue la terapia familiar. Por el contrario, en coincidencia con la teoría y con lo reportado por la investigación en este campo, una menor retención en el tratamiento se asoció a la existencia de problemas legales, conducta antisocial y una mayor severidad del consumo.

Los mismos factores sociodemográficos mencionados se asociaron positivamente con un buen resultado del tratamiento, así como la asistencia de familiares a la primera consulta y la ausencia de antecedentes de conducta antisocial o problemas legales. Igualmente, una menor severidad del problema y el consumo de inhalables como sustancias de mayor impacto se relacionaron con una conclusión satisfactoria del tratamiento, mientras que el uso de *crack* o de cocaína como drogas de mayor impacto se vinculó con porcentajes significativamente más altos de interrupción.

Por último, destaca que los casos que tuvieron como componente principal del tratamiento a la terapia familiar presentaron una tasa más alta de terminación, seguidos por quienes tuvieron a la psicoterapia individual como elemento principal de su atención. Por el contrario, los casos cuyo principal componente fue la consulta médica o la desintoxicación presentaron una tasa más alta de abandono.

En síntesis, el presente estudio aporta elementos para el conocimiento de factores que contribuyen a una mayor permanencia y mejores resultados del tratamiento. Ofrece, así, parámetros para un posible pronóstico de adherencia y de resultados del tratamiento, basado en la presencia o

ausencia de las características asociadas a los mismos. De igual modo, da pauta para identificar casos que –dadas ciertas características observables desde el proceso de admisión– pudieran requerir una mayor preparación motivacional, mayor control e intensidad en el tratamiento, o la aplicación de intervenciones coadyuvantes. En la literatura se especifican diversas alternativas, tales como la expedición de comprobantes de asistencia a tratamiento, incorporación sistemática de la familia u otros recursos sociales y comunitarios, aplicación de medidas para fomentar una mayor motivación, confianza y *rapport*, y así sucesivamente (cfr. Carroll, 1997; Simpson, Joe y Rowan-Szal, 1997; Joe, Simpson y Broome, 1998; Plebani *et al.*, 2006; entre otros).

Por último, por lo que se refiere al desarrollo de estrategias de intervención en una fase ulterior del tratamiento, dirigidas a aumentar la retención y garantizar un mejor resultado, el presente estudio refleja, en particular, la conveniencia de incorporar alternativas orientadas a reducir la impulsividad y a promover la regulación y el control de la conducta. Así mismo, refleja la importancia de promover intervenciones más tempranas y oportunas, así como de instrumentar más efectivas medidas dirigidas a la pronta reducción del consumo a fin de atenuar a la brevedad posible su severidad.

REFERENCIAS

Agosti, V., Nunes, E., y Ocepeck-Welikson, K. (1996). Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic. *American Journal of drug and alcohol abuse*, 22: 29-39.

Bartholomew, N.G., Rowan-Szal, G.A., Chatham, L.R., y Simpson, D.D. (1995). Eficacia de una Intervención Especializada en un Programa de Metadona para Mujeres. *Revista de Toxicomanías*, (3):29-36.

Carroll, K.M. (1997). Enhancing retention in clinical trials of psychosocial treatments: practical strategies. En L.S. Onken, J.D. Blaine, J.J. Boren (eds.). Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug-dependent individual in treatment. NIDA Research Monograph 165, National Institute on Drug Abuse, Rockville, pp. 4-24.

De Leon, G. (1974). Phoenix House: Psychopathological signs among male and female drug-free residents. *Addictive Diseases* 1 (2): 135-51.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Drug and Alcohol Service Information System (mayo 10, 2007). The DASIS Report: Length of stay for outpatient discharges completing treatment: 2004. Rockville, 2007. Disponible en línea: <http://www.oas.samhsa.gov/2k7/LOS/LOS.pdf> (recuperado en junio de 2010).

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I., y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2):271-283.

García-Rodríguez O., Secades-Villa, R., Álvarez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L., Erraste, J.M., y Al-Halabí, S. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19(1):134-139.

Garmendia, M.L., Alvarado, M.E., Montenegro, M., y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, 136: 169-178.

Gual A., Lligona A., y Colom, J. (1999). Five years outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol and alcoholism*, 34(2): 153-160.

Joe, G.W., Simpson, D.D., y Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93(8): 1177-1190.

- Laredo M.L., Orejudo S., y Carrobles, J.A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17: 267-271.
- Llinares, M.C., Palau, C., Albiach C., y Santos P. (2002). Variables predictoras de adherencia al tratamiento en pacientes alcohólicos. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 30(6): 370-375.
- Marco A, Knobel H, y Guelar A. (2000). La adhesión al tratamiento antirretroviral; una perspectiva global del problema y posibles soluciones. *Enfermedades Emergentes*, 2(1):45-53.
- Moeller, F.G., Dougherty, D.M., Barrat, E.S., Schmitz, J.M., Swann, A.C., y Grabowski, U.J. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of substance Abuse treatment*, 21: 193-198.
- Patear, A.A., Murria, H.W., Mannelli, P., Gottheil, E., Weinstein, S.P. y Vergare, M.J. (2004). Pre-treatment measure of impulsivity, aggression and sensation seeking are associated with treatment outcome for African-American cocaine dependent patients. *Journal of addictive diseases*, 23: 109-122.
- Plebani, J., Heil, S.H., Mongeon, J.A., Badger, G.J., y Higgins S.T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101(2): 192-203.
- Rowan-Szal, G.A., Joe, G.W., y Simpson, D.D. (2000). Treatment retention of crack and cocaine users in a national sample of long term residential clients. *Addiction research and Theory*, 8: 51-64.
- Sánchez, E., Secades, R., Santonja, F.J., Zacarés, F., García, O., Martín, E., Calatayud, M., y García, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a cocaína. *Adicciones*, 22(1): 59-64.
- Santos, P., Palomares J.V., y Pastor, M.A. (2000). Variables predictoras de evolución en una unidad de deshabituación residencial. *Adicciones*, 12(4): 487-491.

Santos, P., García M.L., y Barreto P. (2001). Variables psicológicas predictoras de evolución en una unidad de deshabitación residencial (U.D.R.). *Anales de psicología*, 17(2): 171-176.

Sayre, S.L., Schmitz, J.M., Stotts, A.L., Averill, P.M., Rhoades, H.M., y Grabowski, J.J. (2002). Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28: 55-72.

Secades, R., y Fernández, J.R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3): 353-363.

Simpson, D.D., Joe, G.W., Broome, K.M., Hiller, M.L., Knight, K., y Rowan-Szal, G. A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4): 279-293.

Simpson, D.D., Joe, G.W., Rowan-Szal, G. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6): 565-572.

Simpson D.D., Joe, G.W., y Broome, K.M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives General of Psychiatry*, 59: 538-544.

Torres M.A., Arias, F., y Ochoa, E. (2000). Efectividad de la naltrexona entre pacientes alcohólicos. *Adicciones*, 12(2): 177-185.

Wells, E.A., Peterson, P.L., Gainey, R.R., Hawkins, J.D., y Catalano, R.F. (1994). Outpatient treatment for cocaine abuse: A controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *American Journal of Drug and alcohol abuse*, 20:1-17.