



PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPEÚTICO EN ADICCIONES (PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

PREDICT THE THERAPEUTIC ABANDON (OR OVERCOMING) IN ADDICTIONS (PRESENTATION OF THE VPA-30 QUESTIONNAIRE (SIRVENT, 2009) OF PREDICTORS VARIABLES OF ABANDON AND ADHERENCE TO THE TREATMENT IN ADDICTIONS)

Carlos Sirvent (1); Ma Villa Moral (2); Pilar Blanco (3); Cruz Rivas (4); Mapi Linares (5); Lucia Quintana (6)

- 1) Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral. Madrid.
- 2) Profesora de Psicología Social. Universidad de Oviedo
- 3) Médico psicoterapeuta. Fundación Instituto Spiral, Madrid
- 4) Psicóloga, directora del centro terapéutico femenino, Fundación Instituto Spiral, Oviedo
- 5) Psicóloga responsable de la unidad de psicometría, Fundación Instituto Spiral, Madrid
- 6) Psicóloga responsable de la unidad de psicometría, centro terapéutico de Vanes, Fundación Instituto Spiral

csr@institutospiral.com

Abandono. Fracaso. Adherencia. Éxito.. Superación. Validación. Tratamiento Cuestionario. Variables. Adicción.

Abandonment. Failure. Adherence. Success. Overcoming. Validation. Treatment. Questionnaire. Variables. Addiction

RESUMEN:

El fracaso o abandono del tratamiento en adicciones es un hecho temido, a menudo difícil de prever. Presentamos el cuestionario VPA-30 (Sirvent 2009), de variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones, con una escala general que indica el *riesgo de abandono* y 5 subescalas que describen los siguientes factores de vulnerabilidad:

deseos de consumo, motivación, conciencia del problema, sentimientos adversos, y relacionados con el tratamiento.

En definitiva, el VPA sirve para identificar, anticipar e intervenir sobre el abandono tanto precoz (sujetos recién ingresados) como tardío (avanzados en el tratamiento). Además también predice la adhesión y sus correspondientes factores.

Respecto a la metodología seguida para la elaboración del cuestionario:

- Construcción de ítems:

1o Revisión bibliográfica extensa para profundizar en los factores de abandono y/o adherencia al tratamiento

2o Estudio retrospectivo de dos años (2007-2009) indagando los motivos de alta en dispositivos asistenciales de Fundación Instituto Spiral, recogiendo tanto las causas más frecuentes de abandono como los factores que contribuyeron a la adherencia al tratamiento.

- Cribado-decantación de cuestionarios hasta llegar al estudio final.

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPÉUTICO EN ADICCIONES (PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

Muestra formada por 231 pacientes adictos que realizaron tratamiento durante el periodo 2008-2009.

1.- Grupo control o adherente: 177 sujetos que permanecieron dos meses o más en tratamiento activo sin intención de abandonar

2.- Grupo riesgo de abandono: 54 sujetos que abandonaron el tratamiento en los 30 días siguientes a la formalización del cuestionario.

Se presenta el cuestionario validado con percentiles, tablas de corrección e interpretación de resultados.

ABSTRACT:

The failure or abandonment of treatment in addictions is a feared fact, often difficult to foresee. Let's present the questionnaire VPA (Sirvent 2009), of predicting variables of abandonment and adherence to treatment in addictions, with a general scale that indicates the risk of abandonment and 5 subscales which describe the following factors of vulnerability: desires of consumption, motivation, conscience of the problem, adverse feelings, and those related to the treatment.

In short, the VPA serves to identify, anticipate and intervene on the abandonment so much precocious (subjects newly entered) as late (developed in the treatment). In addition also it predicts the adherence and its corresponding factors.

With regards to the methodology followed for the elaboration of the questionnaire:

- Construction of items:

1 o Bibliographical extensive review to enter deep into the factors of abandonment and / or adherence to the treatment.

2 o Retrospective study of two years (2007-2009) investigating the reasons of discharge in assistential devices of Fundación Instituto Spiral, gathering both the most frequent reasons of abandonment and the factors that contributed to the adherence to treatment.

- Sifting-decantation of questionnaires up to the final study.

Sample formed by 231 addicted patients who realized treatment during the period 2008-2009.

1.-Control or adherent group: 177 subjects that remained two or more months in active treatment without intention of leaving

2.-Risk of abandonment group: 54 subjects that left the treatment in the 30 days following the formalization of the questionnaire.

The questionnaire is presented with the validation of percentiles, tables of adjustment and interpretation of results

INTRODUCCIÓN

La línea de investigación abierta sobre factores de abandono y/o adherencia al tratamiento culmina con la presentación del cuestionario VPA-30 (*Sirvent, 2009*), que además de predecir el riesgo de abandono del paciente, orienta al terapeuta tanto sobre los factores más vulnerables como los más consistentes o adherentes. Causales que aparentemente ensombrecen el pronóstico no se han confirmado. Por ejemplo, la literatura científica cita como población con elevado riesgo de abandono las edades extremas (menores y adultos mayores), la antigüedad en el consumo (tanto quienes llevan poco tiempo como los consumidores veteranos), el género (embarazo, maltrato, bidependencia, etc.), la comorbilidad psiquiátrica (en especial psicosis, depresión, trastornos alimentarios y del control de los impulsos), la situación familiar (hijos, carecer de familia, celibato, etc) y circunstancias sociolaborales (baja cualificación laboral, paro, indigencia). Las variables sociodemográficas son las más estudiadas y a la vez más inconsistentes ya que no permiten predecir la mejor o peor adherencia.

Con estas premisas de partida, cabría suponer que la localización, estudio y abordaje de los factores de abandono y de adherencia al tratamiento serían objetivos de elevada prioridad en las tareas de investigación, máxime teniendo en cuenta el interés que actualmente suscitan los estudios sobre tratamientos empíricamente validados. No obstante, la realidad es bien distinta pues resulta difícil encontrar trabajos que aborden estos temas cuando entendemos que, por un lado, constituyen asuntos de importancia trascendental tanto para clínicos como para gestores sanitarios.

En última instancia, el estudio y la evaluación pronóstica son indispensables en el trabajo clínico pues por un lado – y desde un punto de vista meramente pragmático – es básico saber si lo que se hace funciona o no porque se corre el riesgo de estar perdiendo el tiempo tanto de terapeutas como de usuarios

INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS DE PARTIDA

Se pueden identificar, evaluar y secundariamente predecir los principales motivos y factores de abandono o permanencia en un tratamiento deshabitador por parte de pacientes adictos (fundamento de este trabajo)

Del conocimiento de dichos factores se puede mejorar la eficacia terapéutica mediante intervenciones anticipatorias ad hoc (fundamento de otro trabajo de la línea de investigación)

OBJETIVOS

El OBJETIVO GENERAL de la investigación es la obtención estructurada, razonada, jerárquicamente ordenada y vigente de los principales factores de abandono y –subsiguientemente – de adherencia al en adictos diagnosticados de trastorno por uso de sustancias.

Otros OBJETIVOS ESPECÍFICOS del presente estudio serían:

Recopilar información sobre factores de fracaso y adherencia terapéutica.

Obtener variables predictoras de fracaso terapéutico con pacientes adictos en los tres niveles asistenciales atribuibles a factores intrínsecos

Obtener variables predictoras de fracaso terapéutico atribuibles a atribuibles a factores extrínsecos (programa, profesionales, derivación, otros imponderables)

Favorecer la generación de propuestas de actuación que faciliten la adherencia y la culminación exitosa del tratamiento.

Mejorar, en base a toda la información obtenida, las indicaciones de recepción como de derivación de pacientes adictos

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPEÚTICO EN ADICCIONES (PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

MUESTRA:

Muestra formada por 231 pacientes adictos que realizaron tratamiento durante el período 2008-2009.

- 1.- Grupo control o adherente: 177 sujetos que permanecieron dos meses o más en tratamiento activo sin intención de abandonar
- 2.- Grupo riesgo de abandono: 54 sujetos que abandonaron el tratamiento en los 30 días siguientes a la formalización del cuestionario.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el *grupo abandono o de riesgo* a los sujetos atendidos durante el período de tiempo antes señalado que hubieran causado alta por abandono en los 59 primeros días desde el ingreso (*criterio evolutivo*). También aquellos sujetos con elevado riesgo de abandono designados por un grupo de tres jueces con un nivel de acuerdo del 100%. Estos sujetos, bien abandonaron el tratamiento, bien se mantuvieron tras repetidas intervenciones terapéuticas por deseos reiterados y contumaces de abandono.

Se incluyeron en el *grupo adherente o control* a aquellos sujetos atendidos que superaron exitosamente la etapa de adaptación al tratamiento permaneciendo al menos 60 días en el mismo. También aquellos sujetos con bajo riesgo de abandono designados por un grupo de tres jueces con un nivel de acuerdo del 100%. Estos sujetos se mantuvieron en tratamiento sin expresar en ningún momento deseos de claudicación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyen del estudio sujetos que no encajen en los criterios anteriores, que obtuvieran un alta prematura no relacionada con el abandono (por ejemplo alta médica o judicial), o no que no poseyeran capacidad para cumplimentar el instrumento de evaluación

MÉTODO:

VARIABLES TERAPÉUTICAS ESTUDIADAS:

Fracaso o abandono: sujetos que abandonan el tratamiento antes de 30 días sin causa justificada y siendo su propósito inicial cumplir un programa amplio.

Retención: Sujetos que han tenido una o más crisis de abandono terapéutica y la han superado,

Adherencia: sujetos que han cumplimentado y permanecido activamente un mínimo de 2 meses en el programa, salvo aquellos que acordaran un tratamiento limitado (por ejemplo desintoxicación residencial por no más de 30 días.

Éxito terapéutico: sujetos que han llevado a término los objetivos terapéuticos propuestos al inicio del tratamiento.

1) *Variables dependientes*: Fracaso o abandono terapéutico. Retención o adherencia terapéutica. Motivo de alta

2) *Variables independiente*: Edad. Sexo. Droga(s) motivo del tratamiento. Tipo de tratamiento. Nº y motivo de anteriores recaídas. Tratamientos anteriores. Trastorno psiquiátrico asociado

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

Los datos se analizaron mediante paquete estadístico SPSS.16.0 Para los análisis comparativos se emplearon –según pertinencia– la prueba “T” de comparación de medias y análisis de variancia y el chi-cuadrado de Pearson en variables categóricas.

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPEÚTICO EN ADICCIONES (PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA:

De las variables cuantitativas se calcularon la frecuencia, la media, la desviación típica, el tamaño, error estándar y valores mínimo y máximo en aquellas variables que siguen una distribución de Gauss. En aquel grupo de valores que no siguen la mencionada distribución se calcularon la mediana, los cuartiles 1º y 3º, la distancia intercuartílica y valores mínimo y máximo. Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias absolutas y relativas porcentuales de sus categorías.

ANÁLISIS DE DATOS:

De las variables objetivo de análisis se calculó su intervalo de confianza para un error α del 5% para el análisis factorial se utilizó un diseño factorial intersujeto univariante: 4 grupos; 8 VI; 1 VD. Para determinar la significación estadística de las diferencias en los resultados se efectuó un análisis de varianza de clasificación simple (ANOVA-1) complementado con la prueba de rangos múltiples de Duncan, para hallar la significación entre 2 medidas. Además se realizó el test de Chi cuadrado para una tabla de contingencia, o el test exacto de Fisher, para variables cualitativas. También se efectuó un análisis de correlación de Pearson ($p < 0'05$) entre todas las variables para hallar el grado de significación de cada una.

En la interpretación de resultados se analizan por separado las causas y concausas de abandono, y los elementos que han contribuido al fracaso o adherencia al tratamiento. Para codificar la variable "Resultado Final" se distinguen los elementos de fracaso desde la doble perspectiva técnica y del usuario, y de igual modo los elementos de adherencia al tratamiento.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

Se emplean el instrumentos VPA-30 (*©Sirvent 2009*) que se pretende validar. Este cuestionario se deriva del inventario VPA-60 (*Sirvent 2008*) inicial que se redujo en nº de ítems y factores mejorando la capacidad diagnóstica, predictora y discriminativa del mismo.

El cuestionario consta de 30 ítems con una escala general de 14 ítems y 5 subescalas o factores que recogen variables predictoras de fracaso o adherencia terapéutica (ver tabla 1).

Las subescalas o factores son: motivación, conciencia del problema, sentimientos adversos, deseos de consumo y tratamiento, junto a una escala adicional de adherencia.

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPÉUTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

Tabla 1: Componentes y factores del VPA-30 (©Sirvent 2009)

ESCALAS Y FACTORES	Nº de Items
ESCALA GENERAL	14
MOTIVACIÓN	6
CONCIENCIA DEL PROBLEMA	6
SENTIMIENTOS ADVERSOS	5
DESEOS DE CONSUMO	5
TRATAMIENTO	5
ADHERENCIA	1

EXPLICACIÓN DE LA ESCALA Y LOS FACTORES

La **escala general** nos proporciona un índice de riesgo de abandono del tratamiento por parte del paciente

La **motivación** se refiere a las ganas de recuperarse y llevar a cabo el tratamiento actual de forma activa. La subescala recoge -por un lado- motivación normal y -por otro- distintos grados de desmotivación

La **conciencia del problema** es el nivel de insight o grado de conocimiento y capacidad para objetivar el problema y la enfermedad con las renuncias y limitaciones que ello conlleva

Son **sentimientos adversos** aquellos afectos, emociones, sensaciones y sentimientos que afectan con mayor frecuencia al sujeto

Los **deseos de consumo** son el anhelo o ansia por consumir drogas y/o por el ambiente toxicofílico

El factor **tratamiento** traduce la valoración subjetiva del programa terapéutico actual en cuanto a confianza, dificultad, adecuación y aceptación del mismo por parte del sujeto

La **adherencia** indica que el sujeto no va a abandonar el tratamiento, pero no la buena cumplimentación ni el éxito postprograma. Solo indica que el sujeto va a proseguir el programa sin riesgo de abandono, no su eficaz cumplimiento

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPEÚTICO EN ADICCIONES (PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

METODOLOGÍA

Respecto a la metodología seguida para la elaboración del cuestionario:

- Construcción de ítems:

1º Revisión bibliográfica extensa para profundizar en los factores de abandono y/o adherencia al tratamiento

2º Estudio retrospectivo de dos años (2007-2009) indagando los motivos de alta en dispositivos asistenciales de Fundación Instituto Spiral, recogiendo tanto las causas más frecuentes de abandono como los factores que contribuyeron a la adherencia al tratamiento.

- Estudio de validación del cuestionario

Se valoraron 46 pacientes con abandono voluntario entre 01/01/2007 y 01/02/2009.

Los técnicos valoraron la situación y el riesgo de recaída del paciente, así como la causa según el paciente y según el equipo (campos abiertos)

3º) Se construyó un protocolo abierto-semiabierto de 150 ítems para el cribado-decantación de los mismos, llegando al VPA-60 con el que se iniciaron las primeras investigaciones sobre una población de 169 sujetos de los cuales 39 formaban el grupo de riesgo y 130 el grupo control.

4º) El refinado final se efectuó con otros 71 pacientes más de los que 15 formaban el grupo de riesgo y 47 el grupo control. 9 pacientes formaban un grupo indeterminado que se excluyó del estudio.

El VPA-30 definitivo se ha validado sobre una muestra de 231 pacientes de los que 54 formaban el grupo de riesgo y 177 el grupo control.

Se presenta el cuestionario validado con percentiles, tablas de corrección e interpretación de resultados.

RESULTADOS

No debemos olvidar que el denominado grupo control en realidad es un "grupo control clínico", esto es, constituido por pacientes drogodependientes en tratamiento con virtualidad permanente de abandono. El denominado grupo de riesgo lo componen aquellos pacientes que abandonaron antes de dos meses o que equipo de jueces consignó como tal (confirmado por una trayectoria conflictiva y repleta de intentos de abandono que si no se consumaron fue tras intervenciones denodadas)

La muestra de este estudio clínico la constituían 231 sujetos de los cuales 170 (63,6%) eran varones con una edad media de 36,7 años. 61(26,4%) eran mujeres con una edad media de 37,5 años. (Cuadro 1)

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPÉUTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

Cuadro 1: sexo y media de edad

Muestra N=231	Sexo		Media de edad
Varones	170	63.6 %	36,7 años
Mujeres	61	26,4 %	37,5 años
Total	231	100 %	37.1 años

Podemos comprobar un mayor peso relativo de la mujer en el grupo de riesgo (26%) con apenas un 14% en el grupo control. (Ver cuadro 2). Sin embargo se debe notar que al ser este estudio complementario de otros en los que no se han encontrado diferencias de género, no nos ha importado el hecho de que la muestra esté constituida por más varones. Ya el hecho de haber asignado al grupo control (por parte de los jueces) un mayor porcentaje de mujeres denota que el género en sí no es un factor de riesgo.

Cuadro 2: sexo y grupo de riesgo

N=231	Control		Riesgo	
Mujeres	14,12%	25	26%	14
Hombres	85,87%	152	74%	40
Total control/riesgo	100%	177	100%	54

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPÉUTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

Cuadro 3: Estado civil (N=231) ($p \leq 0,01$)

Estado Civil	Varones		Mujeres	
	%	N	%	N
Casado/a	37%	63	11,4%	7
Divorciado/a	88%	15	36%	22
Soltero/a	54,11%	92	52,45%	32

El cuadro 5 muestra una distribución homogénea de grupo control o de riesgo y de la sustancia consumida. No se demostró en ninguno de los tres estudios realizados que determinadas sustancias consumidas implicaran mayor riesgo de abandono

Cuadro 5: sustancia motivo del ingreso (N=231) ($p \leq 0,01$)

motivo_ingreso	Hombres		Mujeres	
	%	N	%	N
Cocaína	57%	97	60.5%	37
Hachís	20,58%	35	19,6%	12
Opiáceos	24,7%	42	22,22%	18
Alcohol	64,7%	110	68,8%	42
Psicofármacos	11,1%	19	8,1%	5
Ludopatía	2,35%	4	0,00%	0
Otra adicción no química	0,58%	1	2,5%	4
Poliadicción	1,76%	3	0,00%	0

Respecto a los t. psicopatológicos (ver cuadros 9 y 10) enseguida destaca que la población femenina presenta una ligera mayor incidencia de trastornos psicopatológicos a expensas de los t. del estado de ánimo y de ansiedad.

Nótese que los porcentajes del cuadro 10 se realizan sobre el total de pacientes y no de la población psicopatológica.

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPÉUTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

Cuadro 9: Trastorno psicopatológico (N=231) ($p \leq 0,01$)

N=231	Hombres		Mujeres	
No	57,65%	98	49,2%	30
Sí	42,35%	72	50,8%	31

Cuadro 10: Trastorno psicopatológico (N=231) ($p \leq 0,01$)

N=231	Hombres		Mujeres	
Retraso mental leve	2,3%	4	1,6%	1
T. ansiedad.	2,9%	5	9,8%	6
Otras neurosis	3,5%	6	4,9%	3
P. esquizofrénica	8,8%	15	6,5%	4
Psicosis tóxica	4,7%	12	8,1%	5
T. control impulsos	8,8%	15	6,5%	4
T. personalidad	11,1%	19	11,4%	7
T. del estado de ánimo	8,2%	14	17,9%	11
Otros	5,88%	10	6,5%	4
Ninguno	57,65%	98	49,2%	30
TOTALES	100%	170	100%	61

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPEÚTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

COMPARATIVA DE GRUPOS CONTROL Y RIESGO EN LA ESCALA GENERAL Y SUBESCALAS O FACTORES DEL VPA-30

Se comparan los resultados obtenidos entre el grupo abandono o riesgo y el grupo adherente o control. Tanto la escala general como las subescalas o factores muestran diferencias significativas en las puntuaciones medias (Ver cuadro 10 y gráfico 1).

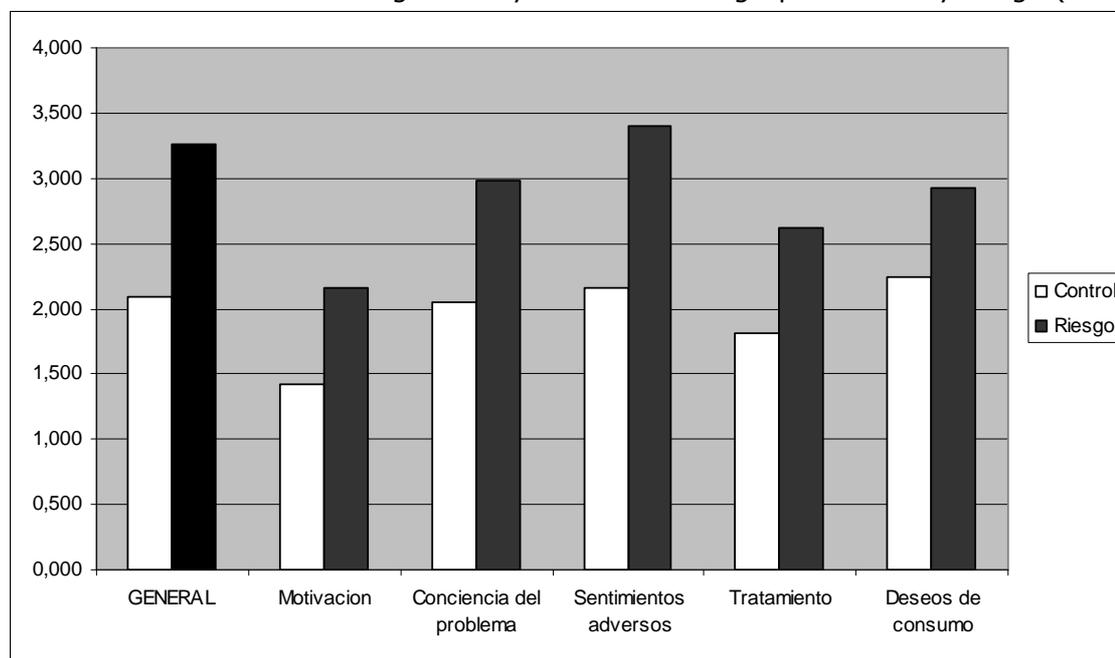
La consistencia interna, validez y demás parámetros se superaron holgadamente. Mostramos únicamente las tablas de puntuaciones medias y los percentiles, obviando las farragosas tablas estadísticas de saturación, anova y demás que ocuparían espacio y no añadirían nada al trabajo. No obstante se pueden pedir a los autores que los remitirán sin mayor problema.

En los anexos figuran las tablas de corrección y modelos de hoja de resultados

Cuadro 10: Puntuaciones medias comparativa de escala general y factores entre grupos control y riesgo (N=231) ($p \leq 0,01$)

Pronostico	GENERAL	Motivacion	Conciencia del problema	Sentimientos adversos	Tratamiento	Deseos de consumo
Control	2,091	1,422	2,053	2,166	1,813	2,238
Riesgo	3,257	2,167	2,978	3,400	2,613	2,933

Gráfico 1: Medias de escala general y factores entre grupos control y riesgo (N=231)



PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPEÚTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

Cuadro 10: Comparativa de componentes y factores del VPA-30 (©Sirvent 2008)

INDICADOR	p ≤					
	CONTROL			RIESGO		
	Síntomas escasos o ausentes	Síntomas considerables	Síntomas intensos	Síntomas escasos o ausentes	Síntomas considerables	Síntomas intensos
ESCALA GENERAL	84,2	9,8	5	21,3	52,6	26,1
Motivación	76,7	18,6	4,7	16,4	38,5	35,1
Conciencia del problema	44,61	40,79	14,61	27,27	41,68	31,05
Sentimientos adversos	80,8	14,9	4,3	28,6	33,9	37,5
Tratamiento	81,94	13,34	8,05	54,15	26,67	25,83
Deseos de consumo	68,3	24,54	7,16	31,5	42,3	26,2

La **escala general** se estableció mediante un doble criterio: clínico y estadístico, habiendo perfecta coincidencia. Se escogieron los 14 ítems de mayor saturación (por encima de 0,8 todos ellos) que además coincidían con los que el equipo investigador atribuía un mayor peso específico clínico. A primera vista destacamos en el grupo control o adherente un 84% de sujetos con baja magnitud de síntomas, en tanto que 78,7% del grupo de riesgo de abandono tienen síntomas considerables o acusados

Respecto al factor o indicador **deseos de consumo**, las respuestas son concluyentes: los sujetos del grupo de riesgo tienen mucho mayores deseos de consumo que los del grupo control o adherente. Así, un 76,7% del grupo control tiene ausencia de síntomas, lo que en el grupo de riesgo se reduce a menos de la mitad (31,5%); es decir, casi el 72,8 % de sujetos del grupo de riesgo tienen deseos de consumo y atracción por el ambiente, porcentaje que se reduce al poco más del 31% en el grupo control. En definitiva, los deseos de consumo son un excelente predictor de abandono del tratamiento. En el inventario se le pregunta al sujeto si abandonaría por dicha causa.

La **conciencia del problema** es uno de los parámetros al que los terapeutas atribuyen mayor valor predictivo y que con mayor precocidad se explora en las entrevistas iniciales. No obstante, en la 2ª investigación se advirtió que este factor no era de los más decisivos en primera instancia. Sí lo era a partir de la 2ª quincena. Efectivamente muy pocos adictos tienen una conciencia clara del problema al ingreso. Ese error suele modificarse con el tratamiento. Sin embargo, si el sujeto se empeña en su mal insight entonces es cuando puede sobrevenir un abandono como consecuencia previsible. El grupo adherente o control tiene mucha mayor conciencia del problema que el grupo de riesgo. Efectivamente, un 85,4% de sujetos del grupo control tienen una aceptable conciencia del problema en tanto que un 72,7% de sujetos del grupo de riesgo presentan mala o insuficiente conciencia de su situación adictiva.

La **motivación (o desmotivación)** son elementos decisivos. En efecto, la falta de ganas de llevar a cabo el tratamiento es otro de los factores que más precozmente se evalúan y al que los terapeutas atribuyen mayor peso pronóstico. Recordemos que la falta de motivación no se refiere solo a las ganas de recuperarse, sino a las de llevar a cabo el tratamiento con las renuncias y limitaciones que ello comporta. La investigación corrobora la anterior presunción, ya que un 76,7% de pacientes del grupo control o adherente tienen una motivación aceptable, en tanto que un 73,6% del grupo de riesgo muestran una motivación insuficiente o mala.

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPÉUTICO EN ADICCIONES (PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

Los denominados **sentimientos adversos o negativos** mantenidos que generan un estado de malestar, son uno de los principales predictores de recaída que –de añadidura– pasan desapercibidos en no pocas ocasiones, sobre todo cuando dichos síntomas se exteriorizan poco. Son de especial importancia las fluctuaciones anímico-afectivas frecuentes y la disforia estado de malestar mantenido de tinte depresivo. Llama poderosamente la atención el enorme porcentaje de síntomas acusados que padece el grupo de riesgo. Es decir, un estado de malestar elevado y mantenido es potencial causa de renuncia al tratamiento. De hecho este dato se ha cotejado y confirmado en la revisión histórica de dos años de altas por abandono. En más del 50% de sujetos estaba presente como concausa. Es cierto que tanto el estado de malestar como la presencia mantenida de sentimientos adversos pueden estar originados por otra causa. Por ejemplo la presión externa o los conflictos intracentro. Como causa principal “per se” no disponemos de datos pero los clínicos aseguran que esta es importante. De hecho, aunque el origen del malestar estribe en un acontecimiento o situación externa, el tratamiento específico del malestar con resultado positivo consigue neutralizar buen número de intentos de abandono.

En el epígrafe **tratamiento** se recoge la modalidad de tratamiento realizado ambiente del centro, rutina funcional, actividades terapéuticas, régimen, duración del tratamiento, versatilidad, calidad de la atención brindada, instalaciones, espacios disponibles y otros. Más del 72 % del grupo control no encuentran mayores problemas en la realización del mismo. Por el contrario, un 64% del grupo de riesgo acepta mal el tratamiento o pone objeciones importantes al mismo. Es curioso que en el estudio del registro de altas había profundas discrepancias entre la percepción del equipo y del paciente al respecto. Los terapeutas encuentran con frecuencia que el sujeto “se excusa o escuda” en problemas con el tipo de tratamiento cuando la razón primordial era otra (falta de motivación por ejemplo). Es interesante que en el estudio del registro de altas había profundas discrepancias entre la percepción del equipo y del paciente al respecto. Los terapeutas encuentran con frecuencia que el sujeto “se excusa o escuda” en problemas con el tipo de tratamiento cuando la razón primordial era otra (falta de motivación por ejemplo) y capacidad empática, calidad profesional y humana.

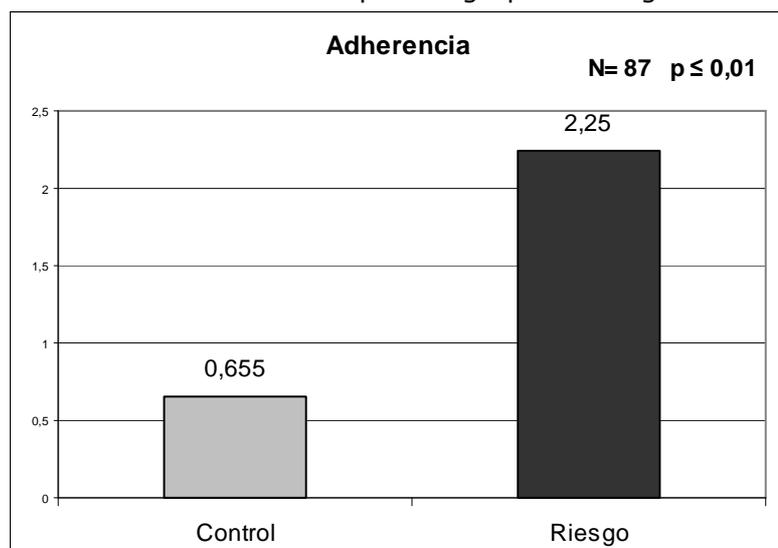
Adherencia

Este breve apartado inquiriere sobre la intención directa de abandonar o proseguir el tratamiento y los elementos y circunstancias que posibilitarían la continuidad en el tratamiento si la intención del sujeto fuera la de abandonar a corto plazo. Observamos que la media de puntuación (*) del grupo control es inferior a 1 y la del grupo de riesgo superior a 2,250. Es decir la puntuación media del grupo de riesgo se sitúa en la franja de peligro de abandono a corto plazo. (Ver gráfico nº2)

(*) (Puntuaciones: 0-1 baja riesgo 2-3 riesgo elevado)

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPEÚTICO EN ADICCIONES (PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

Gráfico 2: Adherencia comparada grupo de riesgo vs. abandono



CONCLUSIONES

Se ha demostrado que el VPA-30 es un instrumento de predicción del abandono válido y sumamente eficaz, puesto que no solo identifica el riesgo de abandono, sino que señala aquellos factores que el paciente tiene más deficitarios orientando para la intervención. De hecho la aplicación sistemática de este cuestionario durante los primeros días del ingreso y la intervención precoz ha demostrado la eficacia del cuestionario para detectar y prevenir el abandono.

También se ha demostrado útil para la identificación de sujetos cumplimentadores (adherentes). El estudio de factores del cuestionario ha sido tanto o más interesante que la escala general, ya que aporta datos concretos para el trabajo clínico

No se obtuvieron correlaciones significativas entre abandono y otros factores como la sustancia consumida o tipo de adicción, el sexo, la edad, la situación sociofamiliar, el nivel cultural y laboral, y el trastorno psicopatológico asociado. En consecuencia no se ha establecido (o cuando menos los datos no lo ratifican de momento) un perfil diferencial por edad, género, tipo de adicción y psicopatología respecto a las causas y factores que condicionan tanto la adherencia como el alta prematura del tratamiento.

Se han conseguido identificar, catalogar, ponderar y aplicar con relevante valor clínico factores y componentes (o metafactores) de abandono y –subsiguientemente - de adherencia al tratamiento tanto generales como específicos de una manera estructurada, razonada, jerárquicamente ordenada y vigente. Consideramos de interés heurístico este logro por la escasez de estudios en profundidad al respecto y – sobre todo- por la aportación de un instrumento predictor que evalúe el abandono y posibilite la intervención al respecto.

NOTA FINAL:

*Este cuestionario se ha confeccionado sin otro interés que el científico y carente por completo de ánimo de lucro. Quien desee una copia informatizada del programa y las correcciones puede ponerse en contacto con el Dpto de Informática
(informática @institutospiral.com)*

ANEXOS

1. Corrección escala general y subescalas factoriales
2. Tabla de percentiles
3. Puntuaciones medias de escala general y factores
4. Escala de fiabilidad
5. Ejemplo de Hoja de interpretación de resultados
6. Copia del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento – VPA (© Sirvent 2009)

Corrección escala general y subescalas factoriales

Los siguientes ítems se puntúan de 1 a 5 (puntuación directa):
2 - 7 - 8 - 10 - 14- 17 - 20 - 21 - 24 - 27- 28 - 29

Los siguientes ítems (subrayados) se puntúan de 5 a 1 (puntuación inversa):
1 - 3 - 4 - 5 - 6 - 9 - 11 - 12 - 13 - 15 - 16 - 18 - 19 - 22 - 23 - 25 - 26 - 30

ESCALA GENERAL (Media de los siguientes ítems)
(Se subrayan los ítems con puntuación inversa)

1 - 4 - 6 - 10 - 11 - 12- 15 - 18 - 19 - 22 - 23 - 25 - 26 - 30

FACTORES (Medias de los siguientes ítems)
(Se subrayan los ítems con puntuación inversa)

Motivación

2 - 8 - 10 - 17 - 21 - 24

Conciencia del problema

3 - 6 - 11 - 16 - 23 - 30

Sentimientos adversos

4 - 12 - 18 - 19 - 26

Deseos de consumo

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPEÚTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

1 - 5 - 9 - 13 -- 22

Tratamiento

6 -- 14 - 15 - 20 - 25

Tabla de percentiles

Nivel de riesgo	GENERAL	Deseos De consumo	Motivación	Conciencia del problema	Sentimientos adversos	Tratamiento
Bajo riesgo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2,01	2,00	1,17	2,00	1,80	1,80
Algún riesgo	2,01	2,00	1,17	2,00	1,80	1,80
	2,45	2,38	1,67	2,52	2,40	2,00
Bastante riesgo	2,45	2,38	1,67	2,52	2,40	2,00
	2,89	2,76	2,17	3,04	3,00	2,20
Alto riesgo	2,89	2,76	2,17	3,04	3,00	2,20
	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Puntuaciones medias de escala general y factores

Pronostico	GENERAL	Motivacion	Conciencia del problema	Sentimientos adversos	Tratamiento	Deseos de consumo
Control	2,091	1,422	2,053	2,166	1,813	2,238
Riesgo	3,257	2,167	2,978	3,400	2,613	2,933

Escala de fiabilidad

Ítems correlacionados

**(9) - (13) // (17) - (10) // (8) - (24) // (24) - (30) // (6) - (23) // (29) - (16)
// (14) - (15) // (4) - (10) // (3) - (16)**

NOTA IMPORTANTE:

Si se desean saber los criterios exactos de ponderación de los ítems correlacionados ponerse en contacto con el autor, dado que son cálculos de cierta complejidad

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPEÚTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

Ejemplo de Hoja de interpretación de resultados del VPA -30 (©Sirvent, 2009)
(Inventario de Predictores de Abandono y Adhesión al Tratamiento)

Nombre: ficticio

Sexo: Varón

Fec_nac: 17/03/1966

N.I.F.: 00000000000

□□□□□□□□□□

Fecha	ESCALA GENERAL	Deseos de consumo	Motivación	Conciencia problema	Sentimientos adversos	Tratamiento	Fiabilidad
22/12/2009	2,57 □	3,00 □□	1,83 □	2,40 □	2,40 □□	2,20 □	92 %
19/11/2009	3,07 □□	2,40 □□	2,33 □□	3,40 □□□	3,00 □□	2,20 □	71 %

<p>ESCALA GENERAL: Riesgo de abandono normal 2,00 o menos Riesgo de abandono dudoso Riesgo de abandono considerable Riesgo de abandono alto 2,91 ó más</p>	<p>Leyenda: □ Normal □□□ Dudoso □ Considerable □□ Alto</p>
<p>SUBESCALAS:</p>	
<p>1. Deseos de consumo o toxicofilia Es el anhelo o ansia por consumir drogas y/o por el ambiente toxicofílico Toxicofilia normal 2,20 o menos Toxicofilia dudosa 2,21 hasta 2,50 Toxicofilia considerable 2,51 hasta 2,80 Toxicofilia alta 2,81 ó más</p>	<p>2. Motivación: Ganas de recuperarse y llevar a cabo el tratamiento actual de forma activa. La subescala recoge por un lado- motivación normal y -por otro- distintos grados de desmotivación Motivación normal 1,40 ó menos Motivación dudosa 1,41 hasta 1,60 Desmotivación considerable 1,61 hasta 2,30 Desmotivación alta 2,31 o más</p>

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPEÚTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

<p>3. Conciencia del problema: Es el nivel de insight o grado de conocimiento y capacidad para objetivar el problema y la enfermedad con las renunciaciones y limitaciones que ello conlleva</p> <table> <tr> <td>Normal</td> <td>2,00 ó menos</td> </tr> <tr> <td>Dudosa</td> <td>2,01 hasta 2,35</td> </tr> <tr> <td>Síntoma considerable</td> <td>2,36 hasta 2,70</td> </tr> <tr> <td>Síntoma alto</td> <td>2,71 ó más</td> </tr> </table>	Normal	2,00 ó menos	Dudosa	2,01 hasta 2,35	Síntoma considerable	2,36 hasta 2,70	Síntoma alto	2,71 ó más	<p>4. Sentimientos adversos: Aquellos afectos, emociones, sensaciones y sentimientos que afectan con mayor frecuencia al sujeto adicto</p> <table> <tr> <td>Normal</td> <td>2,15 ó menos</td> </tr> <tr> <td>Dudoso</td> <td>2,16 hasta 2,45</td> </tr> <tr> <td>Síntoma considerable</td> <td>2,46 hasta 3,00</td> </tr> <tr> <td>Síntoma alto</td> <td>3,01 ó más</td> </tr> </table>	Normal	2,15 ó menos	Dudoso	2,16 hasta 2,45	Síntoma considerable	2,46 hasta 3,00	Síntoma alto	3,01 ó más
Normal	2,00 ó menos																
Dudosa	2,01 hasta 2,35																
Síntoma considerable	2,36 hasta 2,70																
Síntoma alto	2,71 ó más																
Normal	2,15 ó menos																
Dudoso	2,16 hasta 2,45																
Síntoma considerable	2,46 hasta 3,00																
Síntoma alto	3,01 ó más																
<p>5. Tratamiento: Traduce la valoración subjetiva del tratamiento actual en cuanto a confianza, dificultad, adecuación y aceptación del mismo por parte del sujeto</p> <table> <tr> <td>Normal</td> <td>1,80 ó menos</td> </tr> <tr> <td>Síntoma dudoso</td> <td>1,81 hasta 2,00</td> </tr> <tr> <td>Síntoma considerable</td> <td>2,01 hasta 2,40</td> </tr> <tr> <td>Síntoma alto</td> <td>2,41 ó más</td> </tr> </table>		Normal	1,80 ó menos	Síntoma dudoso	1,81 hasta 2,00	Síntoma considerable	2,01 hasta 2,40	Síntoma alto	2,41 ó más								
Normal	1,80 ó menos																
Síntoma dudoso	1,81 hasta 2,00																
Síntoma considerable	2,01 hasta 2,40																
Síntoma alto	2,41 ó más																

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPÉUTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

**Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento – VPA (©
Sirvent 2009)**

**Este cuestionario es TOTALMENTE CONFIDENCIAL.
Por favor cumplimente estos datos:**

Nombre _____ **D.N.I.**

Fecha nacimiento: _____ **Fecha actual:** _____

Sexo: **Hombre** **Mujer**

**Lea atentamente cada pregunta y marque la respuesta que mejor le describa
ES MUY IMPORTANTE QUE CONTESTE CON ABSOLUTA SINCERIDAD SIN DEJAR NINGUNA
RESPUESTA EN BLANCO**

1. Me agobia la rutina

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

2. Respecto a la vitalidad, ¿Cómo te sientes?

- Me siento con vitalidad
- Me siento más vital que desvitalizado
- No me siento ni vital ni desvitalizado
- Me siento más desvitalizado que vital
- Me siento desvitalizado

**3. Dejaría el tratamiento porque el equipo que me atiende no sea apropiado para lo que
necesito**

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

4. ¿Como está tu ánimo?

Me siento deprimido

Me siento más deprimido que optimista

No me siento ni deprimido ni optimista

Me siento más optimista que deprimido

Me siento optimista

5. Es preferible estar "puesto" o "empastillado" antes que pasarlo mal

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

6. Sinceramente, pienso estar en tratamiento el tiempo que yo me marque, aunque el equipo opine otra cosa

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

7. Este tratamiento parece adecuado para mí

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

8. Mi estancia en el centro es necesaria

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

9. Tengo imaginaciones o fantasías de consumo

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

10. Respecto a las ganas de hacer las cosas, ¿Cómo te sientes?

Me siento motivado, con ganas de hacer cosas

Me siento más bien motivado que desmotivado

No me siento ni motivado ni desmotivado

Me siento más bien desmotivado que motivado

Me siento desmotivado, sin ganas de hacer cosas

11. Sinceramente, mi atención está más fuera que dentro del tratamiento

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

12. Tengo el sentimiento o sensación de estar atrapado en algo y no poder escapar

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

13. Tengo deseos de consumo

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

14. ¿Cómo recibes la presión del tratamiento?

La presión del tratamiento no me afecta

La presión del tratamiento me afecta algunas veces, pero la llevo bien

La presión del tratamiento me afecta a veces

La presión del tratamiento me provoca bastante sufrimiento

La presión del tratamiento me provoca intenso sufrimiento

15. Este tratamiento me satura de cosas, me carga

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

16. Dejaría el tratamiento porque las terapias no me parezcan adecuadas para mí

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

17. ¿Sientes ilusión?

Me siento ilusionado

Me siento más ilusionado que desilusionado

No me siento ni ilusionado ni desilusionado

Me siento más desilusionado que ilusionado

Me siento desilusionado

18. Me agobia con lo que me dicen los compañeros de tratamiento

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

19. Siento ansiedad, intranquilidad interior

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

20. Sinceramente, confías o desconfías de este tratamiento

Confío en este tratamiento

Siento más confianza que desconfianza de este tratamiento

Siento tanta confianza como desconfianza del tratamiento

Siento más desconfianza que confianza del tratamiento

Desconfío de este tratamiento

21. Cuánta motivación tengo para recuperarme

Me siento muy motivado para recuperarme

Me siento más bien motivado para recuperarme

No me siento ni motivado ni desmotivado para recuperarme

Me siento más bien desmotivado para recuperarme

Me siento absolutamente desmotivado para recuperarme

22. Cuando llevo tiempo sin consumir con frecuencia empiezo a pensar en el consumo y no consigo sacarlo de la cabeza

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

23. Dejaría el tratamiento por encontrarme en condiciones de seguir yo solo

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

24. Me siento motivado para seguir el tratamiento

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

25. Me resulta difícil llevar a cabo este tratamiento

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

26. Me siento malhumorado, disgustado

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

27. ¿Cuántos años llevas consumiendo?

2 años ó menos

Más de 2 y menos de 6 años

Más de 6 y menos de 10 años

10 años ó más

28. ¿Cuántos años llevas enganchado?

2 años ó menos

Más de 2 y menos de 5 años

Más de 5 y menos de 9 años

Más de 9 y menos de 11 años

Más 11 años

29. Por favor di el número aproximado de tratamientos que hayas abandonado hasta la fecha

- 0 ó 1 tratamientos abandonados
- 2 tratamientos abandonados
- 3 tratamientos abandonados
- 4 tratamientos abandonados
- 5 ó más tratamientos abandonados

30. Cabe la posibilidad de que abandone el tratamiento a corto plazo por decisión propia

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPÉUTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

BIBLIOGRAFÍA

1. Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addict Behav.* 2006; 31(2):320-30.
2. Cournoyer LG, Brochu S, Landry M, Bergeron J. Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction.* 2007; 102(12):1960-70.
3. Gavino A. y Godo, A. Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1993 Vol. 19 (66) 511-536.
4. Girón S. Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos.* 2007;9(2):75-96.
5. Haller DL, Miles DR, Dawson KS, Psychosengren DB, Donovan DM. Relationship between follow-up rates and treatment outcomes in substance opathology influences treatment retention among drug-dependent women. *J Subst Abuse Treat.* 2002; 23(4):431-6.
6. Hansten ML, Downey L, R abuse research: more is better but when is «enough» enough? *Addiction.* 2000; 95(9):1403-16.
7. Jaime FJ, García-Sedeño MA. La satisfacción y la accesibilidad de los pacientes atendidos en el Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz. *Trastornos Adictivos.* 2007; 9(2):132-46.
8. Ledoux S, Sizaret A, Hassler C, Choquet M. Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Análisis de los estudios de cohorte. Adicciones.* 2000; 12(2):255-79.
9. López, J., Fernández- Montalvo. Illescas N., Landa E., N. Lorea, J. "Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica". *Trastornos Adictivos*, nº 10 (2) 55-72. 2008
10. March JC, Martín-Ruiz E, Oviedo E, Rivadeneira A, Rodríguez-Reinado C. Percepción de usuarios de los Programas de Tratamiento con Metadona sobre la accesibilidad y atención recibida de los equipos terapéuticos. *Adicciones.* 2006;18(4):359-70.
11. Mensinger JL, Diamond G, Kaminer Y, Wintersteen M. Adolescent and therapist perception of barriers to outpatient substance abuse treatment. *Am J Addictions.* 2006; 15Supp:16-25.
12. Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985;98:84-107.
13. Novak- Grubic, N.; Tavcar, R. Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *European Psychiatry ed. Esp.* 2002 sep 9(6).
14. Pagnin D, de Queiroz V, Saggese EG. Predictors of attrition from day treatment of adolescents with substance-related disorders. *Addict Behav.* 2005; 30(5):1065-9.
15. Palacios L. Intervención precoz sobre el abandono terapéutico. Ponencia de las XXXVI Jornadas Nacionales de SOCIDROGALCOHOL. Salamanca 2009
16. Pedrero EJ, Puerta C, Segura I, Osorio M. Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos.* 2004; 6(3):176-91.
17. Pedrero EJ, Puerta C, Olivar Á. La enfermedad como barrera al tratamiento. *Trastornos*

PREDICCIÓN DEL ABANDONO (VS. ÉXITO) TERAPEÚTICO EN ADICCIONES
(PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO VPA-30 (c SIRVENT, 2009), DE VARIABLES
PREDICTORAS DE ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES)

Adictivos. 2007; 9(3):161-8.

18. Porcel Medina, Manuel. El abandono en las terapias psicológicas. Aposta Revista de Ciencias Sociales. No. 14, Enero 2005.
19. Puerta C., Domínguez A. L , Miranda M.D. , Pedrero E., Pérez M. "Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes". Trastornos Adictivos. Vol. 10, Nº 2, (112-120). 2008
20. Rohsenow DJ, Martin RA, Eaton CA, Monti PM. Cocaine craving as a predictor of treatment attrition and outcomes after residential treatment for cocaine dependence. J Stud Alcohol Drug. 2007; 68(5):641-8.
21. Rowan-Szal GA, Joe GW, Simpson, DD. Treatment retention of crack and cocaine users in a national sample of long term residential clients. Addict Res Theory. 2000; 8:51-64.
22. Santos P.; García M.L.; Barreto P.. Variables psicológicas predictoras de evolución en una Unidad de Deshabitación Residencial (U.D.R.) Anales de Psicología. 2001 dic; 17(2).
23. Sirvent, C. "Predicción de variables de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones" Revista Española de Drogodependencias. (en imprenta) prevista publicación el 2º semestre 2010
24. Sirvent C., Blanco P., Palacios L., Linares MP, Rivas C., Quintana L., Fernández C. y Delgado R. "Estudio multicéntrico sobre éxito vs. fracaso terapéutico en adicciones". Estudio subvencionado por Madrid- Salud. (Dossier). Marzo 2009
25. Sirvent, C. (coordinador) (investigación de la Fundación Instituto Spiral para el Plan Nacional de Drogas) "Factores de abandono y adherencia en mujeres adictas". (Dossier). Junio 2009
26. Sirvent, C. "Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico" Revista Norte de Salud Mental. Vol. VII nº 33 Feb. 2009 • Pág. 51-58
27. Sirvent, C "Variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones". Ponencia de las XXXVI Jornadas Nacionales de SOCIDROGALCOHOL. Salamanca 2009
28. Tomás S, Samper T, Torrijo MJ, Vidal A, Aguilar R, Valderrama JC. Barreras de accesibilidad al tratamiento: diferencias entre adictos a la heroína y adictos a la cocaína de la Comunidad Valenciana. Trastornos Adictivos. 2007;9(3):206-14.
29. Walitzer, K S; Dermen, K H, Connors, G J. Strategies for preparing clients for treatment. A review. Behav Modif. 1999; 23(1):129-151.