



VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

CONTRASTED VISION AMONG PATIENTS AND PROFESSIONALS ABOUT THE REASONS FOR ABANDONMENT OF THE ADDICTION TREATMENT

Pilar Blanco¹, Carlos Sirvent², Cruz Rivas³, Raquel Delgado³, María Villa Moral⁴, Leandro Palacios⁵, Gloria Campomanes⁶, Lucía Quintana⁷, Clara Fernández⁷, Andrea García⁷

1. Médica psicoterapeuta, Fundación Instituto Spiral
2. Psiquiatra, Fundación Instituto Spiral
3. Psicóloga, Fundación Instituto Spiral
4. Psicopedagoga, Fundación Instituto Spiral
5. Profesora titular de psicología social. Universidad de Oviedo
6. Psicólogo, Fundación Instituto Spiral
7. Psicóloga, Fundación Instituto Spiral

pbz@institutospiral.com

Abandono. Fracaso. Tratamiento. Drogodependencia. Adicciones. Detección precoz. Eating disorder. Anorexia. Bulimia. Addiction. Drug dependence.

RESUMEN

Se analizan los motivos de abandono del tratamiento en adicciones comparando las razones esgrimidas por los pacientes y los profesionales que les atendieron. Desde 2006 se vienen protocolizando los abandonos. Al paciente se le pregunta la razón del desistimiento, repitiendo la pregunta cuando se hace efectiva el alta voluntaria. Simultáneamente se anota el motivo según criterio de uno o dos profesionales. MÉTODO: la muestra se extiende al período de recogida de datos protocolizada 2006-2015. Sobre un total de 829 pacientes, abandonaron el tratamiento 281 sujetos (199 varones y 82 mujeres). Se utilizó un protocolo de abandono (Sirvent, 2006) basado en los factores propuestos por Cummings, Gordon y Marlatt con doble registro de datos para pacientes y terapeutas. RESULTADOS: Los profesionales consideran tres razones principales 1) el autoengaño (falta de conciencia del problema, locus de control externo, y la autosuficiencia ("verse bien" prematuramente) con un 58,1%. 2) la falta de motivación para el tratamiento con un 40,6% y 3) la toxicofilia (deseos de consumo de sustancias) con un 30,3%. A mucha mayor distancia están, con un 16,7% los sentimientos adversos, con un 15,3% los agentes externos (influencia terceras personas, presión para el abandono, etc.), con un 6,7% razones de índole psicopatológica, con un 2,8% el factor tratamiento (problemas con el programa o los profesionales) y finalmente, con un 2,2% otros no filiados. Los pacientes consideran las siguientes causas de abandono: 1) con un 31,7% la autosuficiencia terapéutica (verse bien prematuramente), es decir, el autoengaño, 2) con un 30,0% el factor tratamiento, 3) con un 24,4% la falta de motivación para el tratamiento, 4) con un 16,7% los sentimientos adversos (de irreversibilidad, aburrimiento, disforia), 5) con un 16,9% los agentes externos, 6) con un 7,8% la toxicofilia o deseos de consumo. No se hallaron diferencias notables según

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

sexo. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: Las principales divergencias se encuentran en la toxicofilia (30,3% profesionales vs. 7,8% pacientes) quizá por craving latente o no explícito, y en no pocos casos, por ocultamiento deliberado del paciente. Otro punto de divergencia notable estriba en el factor tratamiento (30% profesionales, 2,8% pacientes). Lo que para el paciente es un "este programa está muy bien para otros pero no para mí" el equipo lo traduce como "tiene deseos de consumo pero no lo reconoce y echa la culpa al tratamiento". Hay cierta coincidencia en los factores autoengaño y desmotivación, y coincidencia plena en sentimientos adversos, psicopatología y agentes externos. Los factores toxicofilia, sentimientos adversos y psicopatología han experimentado una notable mejoría en estos años merced a programas de detección (variables predictoras de abandono) que permitieron una actuación ad hoc farmacológica y psicoterapéutica.

ABSTRACT

The reasons for abandoning the addiction treatment are analyzed by comparing the reasons given by patients and professionals who attended them. Since 2006 dropouts are protocolized. The patient is asked the reason for the withdrawal, repeating the question when the voluntary discharge occurs. Simultaneously, the reason is noted according to criteria of one or two professionals. METHOD: The sample extends to the period of protocolized data collection 2006-2015. Of a total of 829 patients 281 subjects gave up treatment (199 men and 82 women). An abandonment protocol (Sirvent, 2006) was used based on the factors proposed by Cummings, Gordon and Marlatt with double registration of data for patients and therapists. RESULTS: The professionals consider three main reasons: 1) self-deception (lack of awareness of the problem, external locus of control, and self-sufficiency ("feel good" prematurely) with a 58.1%. 2) lack of motivation for treatment with 40.6% and 3) toxicofilia (desires of substance intake) with 30.3%. Further away are, with 16.7% adverse feelings, with 15.3% external agents (influence of other people, pressures towards abandonment, etc.), with a 6.7% psychopathological reasons, with 2.8% treatment factor (problems with the program or professionals) and finally with 2.2% other unknown causes. Patients consider the following causes of abandonment: 1) with 31.7% therapeutic sufficiency (feel good prematurely), i.e. self-deception, 2) with a 30.0% treatment factor, 3) with 24,4% lack of motivation for treatment, 4) with a 16.7% adverse feelings (of recoverability, boredom, dysphoria), 5) with 16.9% external agents, 6) with 7.8% the toxicofilia or consumption. Notable differences by sex were not found. CONCLUSIONS AND DISCUSSION: The main differences are found in toxicofilia (30.3% professionals vs. 7.8% patients) perhaps because of latent or non-explicit craving, and in many cases, for deliberate concealment of the patient. Another notable difference lies in the treatment factor (30% professionals, 2.8% patients). What for the patient is "this program is fine for others but not for me," the team translates it as "he has consumption desires but he does not recognized it and blames the treatment". There is some overlap in the self-deception and motivation factors, and full agreement on negative feelings, psychopathology and external agents. The toxicofilia, adverse feelings and psychopathology factors have considerably improved in recent years thanks to detection programs (predictor variables of abandonment) that allowed an ad hoc pharmacological and psychotherapeutic action.

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

INTRODUCCIÓN

El abandono prematuro del tratamiento y la indisciplina terapéutica han sido siempre motivo de preocupación para los profesionales de la salud mental. Al equipo de Walitzer, K S et al (1999) le llamó la atención la elevada claudicación precisamente de los pacientes drogodependientes. En concreto, entre un 20 y un 57% de dichos pacientes no retornaban a terapia después de la primera sesión y entre el 31 y 56% no completaban más de 4 sesiones. La motivación para el cambio del sujeto parece un factor determinante para el desistimiento en general de todos los pacientes de salud mental (Barreiro et als, 2004, Miller WR, 1985).

En adicciones uno de los elementos a considerar es que la falta de conciencia del problema y la presión para el tratamiento, es un indicador de abandono que puede ser neutralizado por un factor de adherencia como el hallazgo de cambios personales, la re-motivación para el tratamiento o sus beneficios secundarios. Diferentes estudios concluyen que los sujetos drogodependientes con comorbilidad tienen una mayor tasa de abandono Asimismo tienden a tomar mayor cantidad de medicación de la prescrita (Tohen and Zarate 1999, Winokur 1999).

Tras los ya clásicos estudios de Apodaca (1995) y Espina (1993) centrados en la población heroínómana de los 80 y 90, parece que el interés se canalizó hacia los predictores de recaída en poblaciones especiales (drogodependientes violentos Hättenschwiler et als, 2009, André et als. 2009, Terra et als, 2008). En el contexto del uso/abuso de sustancias, Santos P. et al. (2001) en un estudio sobre la evolución de los sujetos a partir del sexto mes de tratamiento en una Unidad de Deshabitación Residencial halló cuatro variables predictoras: los sujetos que más alto puntuaron en las dos variables denominadas "sensibilidad dura" (confiado en sí mismo), y "escasa socialización controlada" tuvieron más probabilidades de abandonar.

En un estudio realizado en programa residencial (López Goñi et al, 2008), encontraron que el motivo de abandono más frecuentemente señalado eran los límites impuestos por el propio programa terapéutico (70,5% de casos), seguido de la autosuficiencia (consideración de que ya se han alcanzado los objetivos propuestos (49,2%), el cansancio de los grupos de tratamiento (39,3%) y el consumo o el deseo de consumir drogas (34,4%). Vemos así que el marco normativo y los límites impuestos se asocian al fracaso terapéutico.

Tanto las variables de abandono como la predicción de las mismas en el contexto de las adicciones han sido estudiadas en sucesivas investigaciones, llegándose incluso a proponer un plan de prevención del abandono basado en el abordaje precoz de los elementos de vulnerabilidad encontrados (Sirvent, 2009, 2010, Sirvent et als, 2010)

En otro estudio de seguimiento del abandono terapéutico realizado con pacientes de un centro de atención a drogodependientes ambulatorios, Puerta et als. (2008) encontraron que el 29% de los mismos alegaron no requerir más tratamiento por haber alcanzado sus objetivos: un

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

32,3% achacándolo a incompatibilidad con el trabajo o cambio de domicilio, un 22,6% a deficiencias en el servicio y un 9,7% a falta de motivación para seguir las pautas del tratamiento.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene como principal objetivo explorar y analizar los motivos de abandono del tratamiento en adicciones desde la perspectiva de los profesionales y de los pacientes comparando las razones esgrimidas por ambos grupos. Se pretende contrastar las distintas percepciones y argumentos sobre las causas del abandono: en qué factores hay concordancia y dónde estriba la divergencia, para así poder establecer las estrategias adecuadas que faciliten una mejor adherencia al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

De una población de 1824 sujetos adictos atendidos entre 2009 y 2015 en la Fundación Instituto Spiral, se trabajó con una muestra de 829 pacientes mediante muestreo aleatorio simple que además cumplían los requisitos de inclusión: historia clínica completa y cobertura de protocolos evaluativos al principio y final del tratamiento. La población diana la constituían 281 pacientes que abandonaron el tratamiento de forma voluntaria sin que exista diferencias estadísticamente significativas entre el motivo del alta (terapéutica, forzosa o voluntaria) y género.

Método

Variables investigadas

Se utilizó una escala de abandono (Sirvent, 2006) basado en los factores propuestos por Cummings, Gordon y Marlatt con doble registro de datos para pacientes y terapeutas.

Dicha escala contiene los siguientes factores:

1. Toxicofilia referida no sólo a los deseos de consumo de la sustancia sino también a la nostalgia, recuerdos y reminiscencias (volver a revivir situaciones de consumo, recrearse en pensamientos relacionados con el consumo, añoranza de ambientes consumofílicos, etc.)
2. Autoengaño: El engaño y el autoengaño forman parte de la constelación sociopática general del adicto, condición aprendida y desarrollada a lo largo de la vida adictiva. Los principales factores de autoengaño son:
 - a. Conciencia del problema alterada: negar, minimizar el problema o ubicarlo fuera de uno mismo.

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

- b. Autosuficiencia terapéutica injustificada. Por ejemplo "verse bien y preparado para seguir adelante por si mismo"
3. Desmotivación: Falta de motivación para seguir un tratamiento. Como en el anterior punto en la desmotivación diferenciamos dos factores.
 - a. Falta de motivación para el tratamiento o creer que no tiene "fuerza suficiente" para curarse con sentimientos de irrecuperabilidad, de fracaso o de que no tiene solución, maximizando el problema, desconfiando de sus capacidades.
 - b. Permanecer básicamente por presión externa y no de motu propio (problemas médicos, familiares, laborales, legales, de pareja, económicos, etc.)
4. Sentimientos adversos: por ejemplo cambios (frecuentes o intensos) del estado de ánimo, sensación de aburrimiento, irritabilidad, hostilidad, imperiosidad, disforia, distimia.
5. Psicopatología: La coexistencia con enfermedades psiquiátricas primarias o inducidas por sustancias debe ser siempre tenida en cuenta.
6. El tratamiento: (actual) como causa de abandono, atribuible a la modalidad de tratamiento, a la dinámica asistencial y a las características y estilo de los profesionales puede ser percibido y vivido por el paciente de forma negativa, sobre todo los primeros días.
7. Agentes externos: circunstancias ajenas al propio paciente como presión familiar, de pareja u otros imperativos como el trabajo, problemas económicos, etc

Variables dependientes: Motivo del alta voluntaria con los siguientes factores

01. Toxicofilia
02. Autoengaño
03. Desmotivación
04. Sentimientos adversos
05. Psicopatología
06. Tratamiento
07. Agentes externos

Variables independiente: Sexo, tiempo de estancia, valoración profesional, valoración pacientes

Análisis de datos y tratamiento estadístico

Planteado el objetivo de la investigación como el análisis comparativo de los motivos de abandono del tratamiento en adicciones en función de la percepción, por un lado, de los pacientes y, por otro, de los profesionales que les atendieron, se han realizado estadísticos descriptivos básicos (distribución de frecuencias, medias y desviaciones típicas, etc.) de los motivos de alta, de modo que se ofrecen tablas de contingencia por sexo y tiempo de estancia,

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

así como del efecto de ambos. Asimismo, se han realizado análisis de recuentos y de porcentajes de los motivos de alta esgrimidos tanto por los pacientes como por los profesionales.

Se ha efectuado un análisis de comparaciones de medias mediante la prueba T para dos muestras independientes para valorar la significación estadística de los valores hallados, con la prueba de Levene para la igualdad de varianzas para saber si podemos o no suponer varianzas iguales, y un análisis de comparaciones de medias intragrupo por sexo, para determinar si hay diferencias en el grupo de pacientes en los motivos de abandono en función del género y lo mismo aplicable al tiempo de tratamiento.

Los datos se analizaron mediante paquete estadístico SPSS.21.0. 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.

RESULTADOS

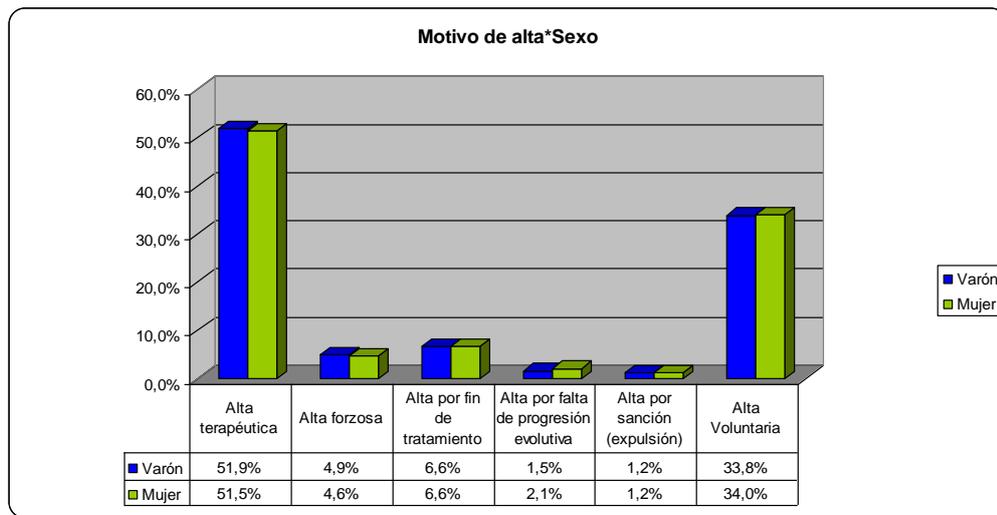
Descripción de la muestra

Los 281 pacientes que abandonaron voluntariamente el tratamiento, reúnen las siguientes características sociodemográficas: el 70,8% son varones y el 29,2% restante mujeres. La franja de edades oscilaba entre los 18 y los 68 años, situándose la media en 37,37 años (36,05 en los varones y 40,59 para las mujeres). Respecto al estado civil hay un 59,8% de varones solteros de los cuales un 47,7% viven con la familia de origen. Sin embargo un 40,2% de las mujeres con su propia familia. El perfil socioeconómico preponderante es de nivel económico medio, estudios de enseñanza secundaria y un porcentaje importante (42,7%) en paro en el momento de iniciar el tratamiento. El 74% de la población objeto del estudio había realizado previamente algún tratamiento y el 63% del total de la muestra padecía un trastorno psiquiátrico asociado a la adicción con importantes diferencias significativas entre varones y mujeres ($p=0,000$).

A efectos operativos, de los 829 pacientes atendidos, un 58,5% de varones y un 58,1% de mujeres obtuvieron el alta terapéutica (o por fin de tratamiento acordado). Abandonaron el tratamiento un 33,8% de varones y el 34% de mujeres. El resto de modalidades de alta no se consideran en el estudio (alta forzosa (por ejemplo ingreso hospitalario o en prisión), alta por falta de progreso y alta por sanción. (Ver gráfica nº1)

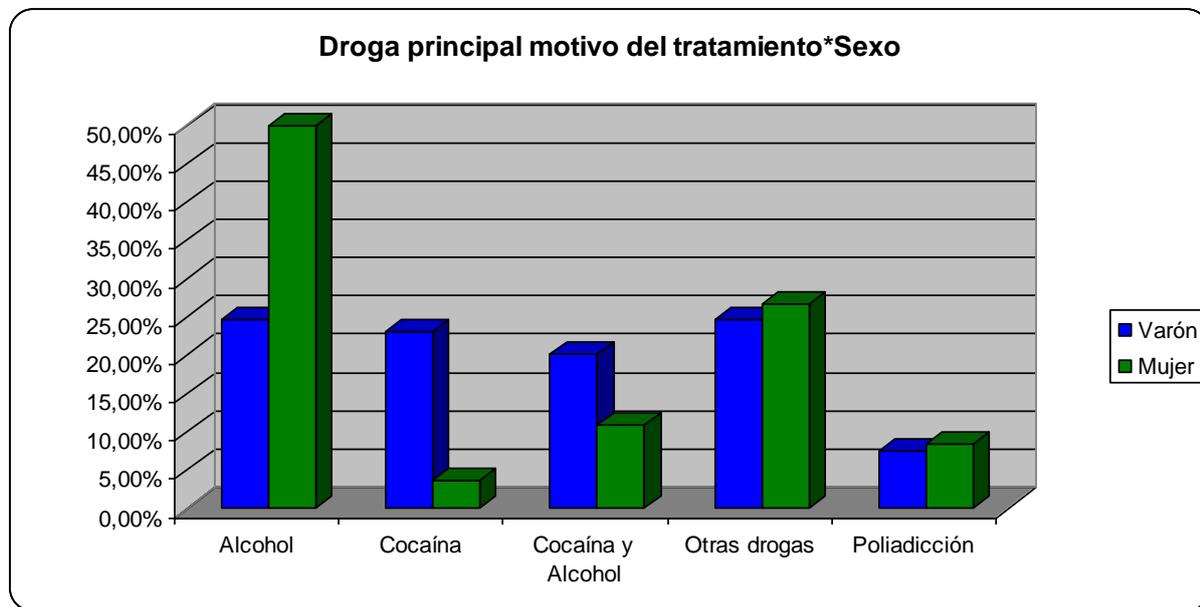
VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Gráfica nº 1: motivo de alta / sexo



La droga principal motivo del tratamiento (ver gráfica 2) era el alcohol y/o la cocaína. En el caso de las mujeres la droga principal por la que demandan tratamiento es el alcohol en el 51,2% de los casos mientras que en los varones la cocaína (43,2%) y el alcohol (44,7%) son las drogas principales

Gráfica nº 2: droga principal / sexo

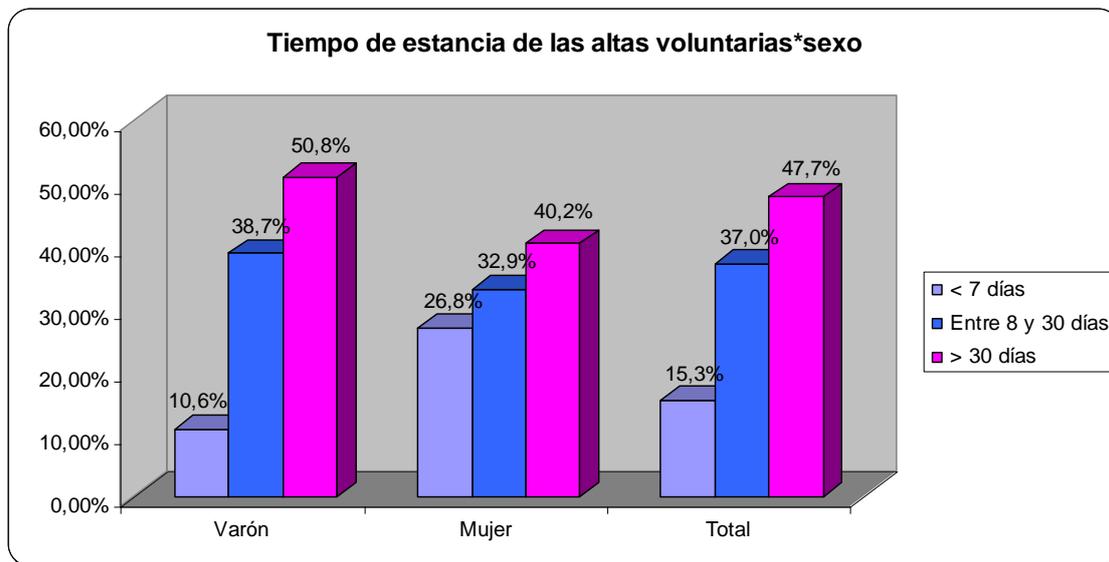


VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Tiempo de estancia vs. motivo del alta voluntaria

La estancia media de las altas voluntarias se sitúa en los 57,2 días sin diferencia con respecto al género aunque cabe destacar que el porcentaje de varones que abandona el tratamiento en la primera semana es significativamente menor que el de mujeres. (Ver gráfica nº 3)

Gráfica nº 3: tiempo de estancia de las altas voluntarias / sexo



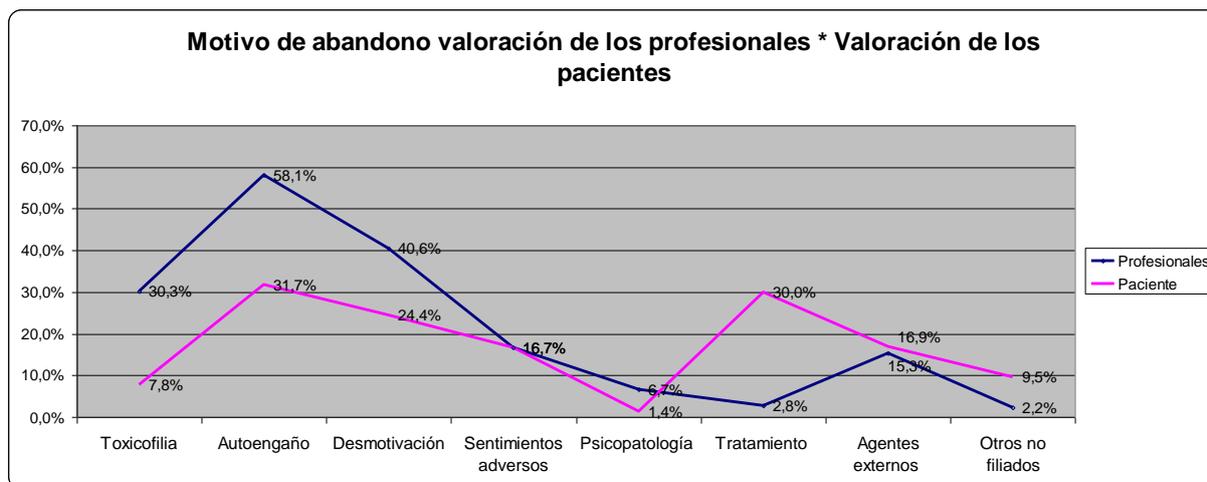
Motivos de abandono

Los datos obtenidos al comparar las valoraciones de profesionales y de pacientes ponen de manifiesto que aquellos dan prioridad a las variables de autoengaño¹ (falta de conciencia del problema), la desmotivación y la toxicofilia; mientras que los pacientes consideran causas principales de abandono el autoengaño ("yo no tengo un problema como los demás" o "me encuentro preparado para seguir yo solo"), el tratamiento ("este no es mi lugar") y la desmotivación ("no tengo solución" o "estoy porque me obligan pero no por mi mismo"). En las gráficas 4 y 4 bis podemos comprobar lo antes referido.

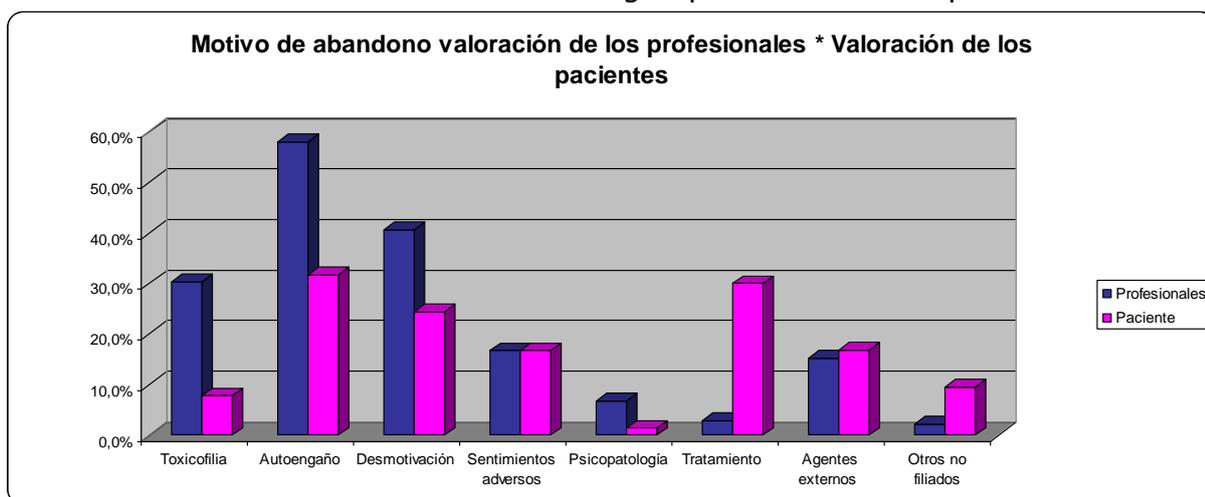
¹ Aunque tanto pacientes como profesionales señalan los factores autoengaño, desmotivación y tratamiento como causas de abandono, las argumentaciones son muy distintas por ambas partes tal como se recoge en el texto.

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Gráfica nº 4: motivo de abandono según profesionales vs. pacientes



Gráfica nº 4 bis: motivo de abandono según profesionales vs. pacientes



La magnitud de los factores destacados por ambos grupos difiere en dos factores cruciales; "autoengaño" y "desmotivación" que son puntuados mucho más alto por los profesionales. La "toxicofilia" es también más importante para los profesionales, en tanto que el factor "tratamiento" como causa de abandono es destacado para los pacientes y prácticamente inexistente para los profesionales. Los factores "sentimientos adversos", "psicopatología" y "agentes externos" son igualmente puntuados por ambos grupos (ver gráficas 4 y 4 bis).

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

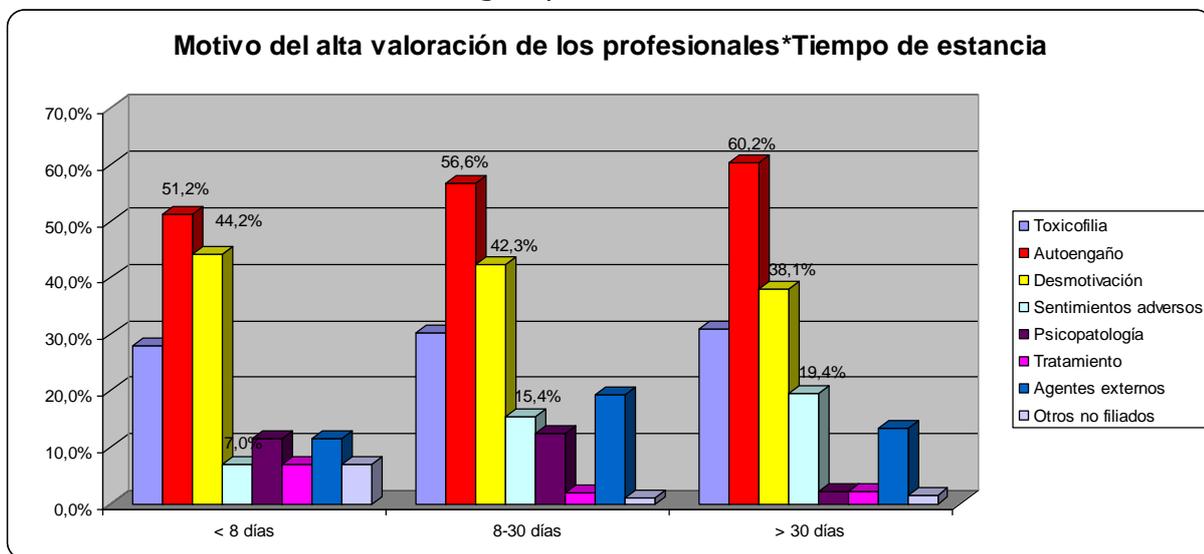
Valoración de los profesionales

Cuando comparamos cada uno de los motivos del alta valorado por los profesionales con el tiempo en el que el paciente permanece en el tratamiento vemos que lo más significativo es que a mayor tiempo de estancia mayor autoengaño -sobre todo en el aspecto de autosuficiencia como veremos más adelante- y también mayor porcentaje de sentimientos adversos cuando el sujeto permanece más de un mes en el tratamiento.

Cabe hacer un paréntesis importante. El autoengaño discrimina como ningún otro factor las diferencias entre los sujetos que evolucionan favorablemente (altas terapéuticas) y aquellos que claudican (abandono del tratamiento). De hecho el inventario de autoengaño que aplicamos regularmente suele marcar tendencia favorable en aquellos que progresan mejor en el tratamiento. Visto así parece que el incremento del autoengaño en pacientes destinados a abandonar en cierto modo certifica su falta de conciencia del problema y subsiguientemente su predecible abandono.

Caso contrario ocurre con la desmotivación, que sin llegar a ser estadísticamente significativa, decrece a medida que permanecen más tiempo en tratamiento. También hay significatividad entre el tiempo de estancia y psicopatología evaluada por profesionales ($p=0,003$), a mayor tiempo de estancia menos influye la psicopatología en el abandono del tratamiento. (Ver gráfica nº 5)

Gráfica nº 5: motivo de alta según profesionales

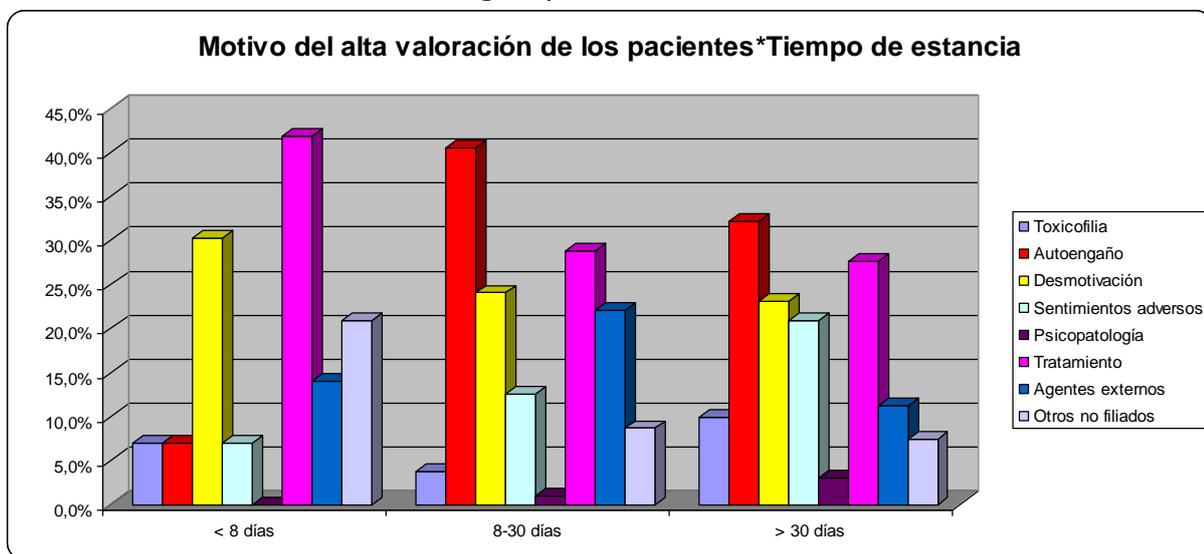


VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Valoración de los pacientes

Lo más significativo que observamos es la gran importancia que los pacientes dan al tratamiento como motivo de abandono, sobre todo en la primera semana (ya referida antes con la frase "esto no es para mí") seguido de la toxicofilia (craving o deseos de consumo). Sin embargo el autoengaño, apenas perceptible en los primeros siete días, cobra fuerza en la segunda semana, siendo la primera causa de abandono según sus valoraciones por las razones ampliamente explicadas en el epígrafe anterior. Los sentimientos adversos también van en crescendo a lo largo del tratamiento y cobran notable importancia en los abandonos más tardíos (pasados más de 30 días). El factor desmotivación tiene un notable y mantenido peso específico en los tres cortes temporales de abandono (Ver gráfica nº 6). No hay diferencias relevantes de género en estos datos.

Gráfica nº 6: motivo de alta según pacientes



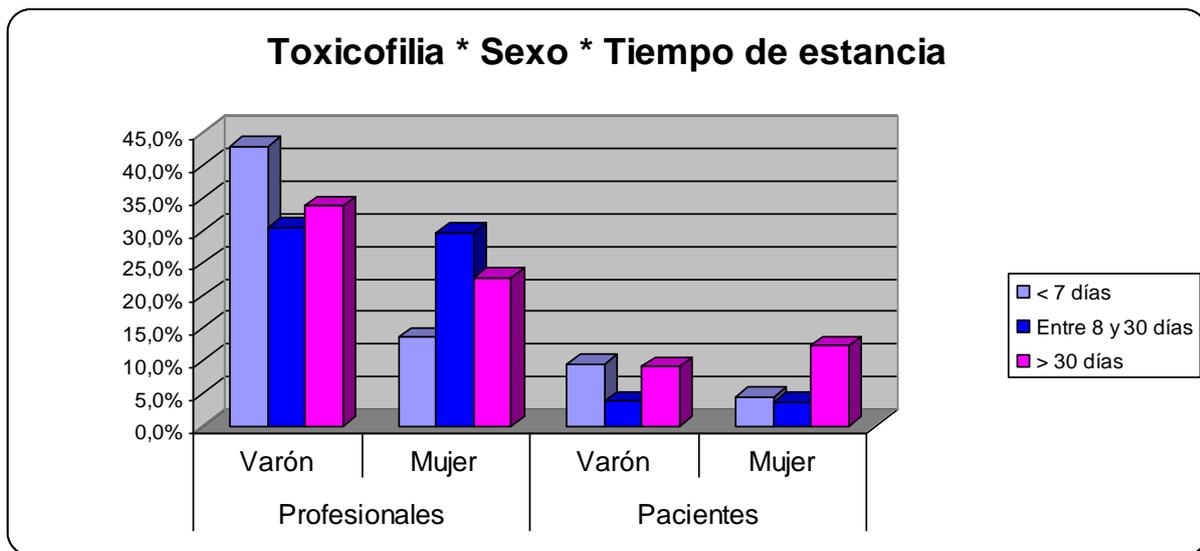
Análisis de los factores motivadores de abandono vs. sexo según pacientes y profesionales

1.- Toxicofilia

Existen diferencias estadísticamente significativas entre *la toxicofilia como causa principal de abandono* valorada por los profesionales (30,3%) y la valorada por los pacientes (7,8%) ($p=0,000$). No existe diferencia con relación al género ni al tiempo de estancia. (Ver gráfica nº 7)

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

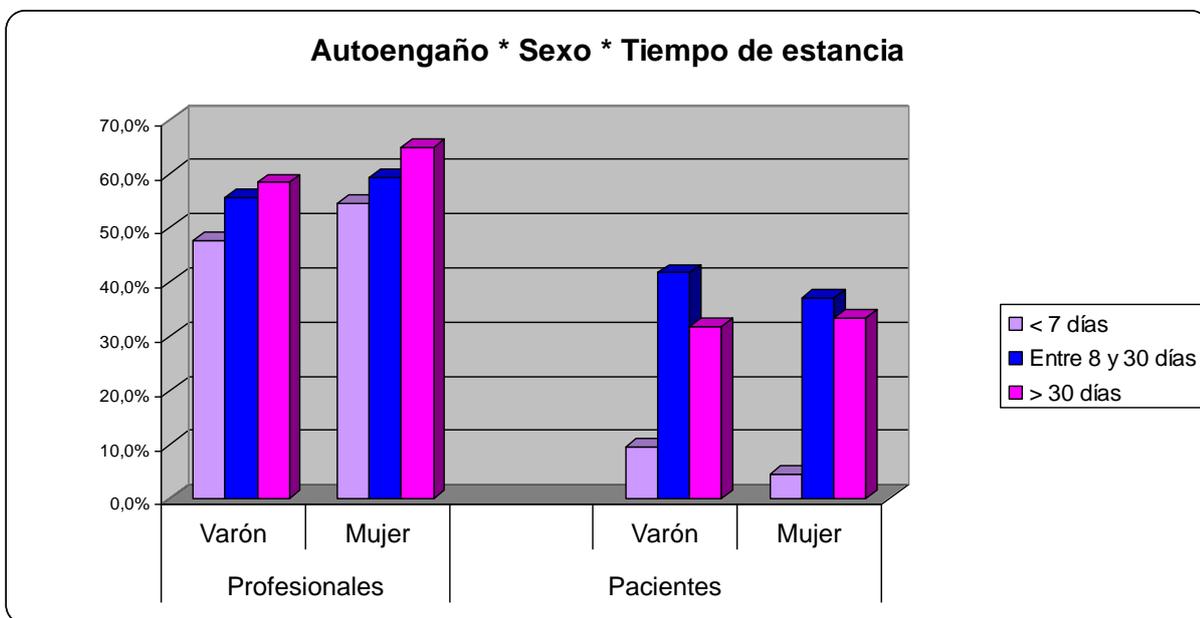
Gráfica nº 7: factor toxicofilia valoración de profesionales vs. pacientes



2.- Autoengaño

Hay una correlación significativa ($p=0,000$) entre la valoración que hacen los profesionales sobre el autoengaño² (58,1%) y la valoración de este mismo aspecto por parte de los pacientes (31,7%). (Ver gráfica nº 8 y siguientes)

Gráfica nº 8: factor autoengaño valoración de profesionales vs. pacientes



² Recordemos las radicales diferencias conceptuales respecto al autoengaño argüidas por profesionales y pacientes señaladas en anteriores epígrafes

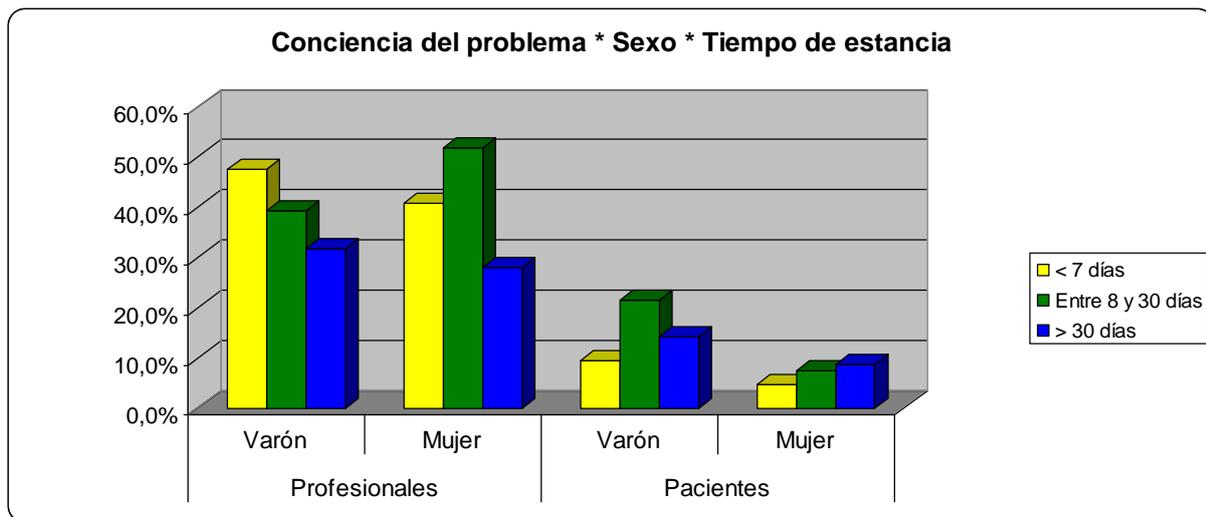
VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

2.1.- Conciencia del problema: negar o minimizar el problema

Hay una correlación entre la conciencia del problema valorado por los profesionales (37,7%) y por los pacientes (14,9%)

Sexo: Un 17,6% de los varones abandonan el tratamiento por negar o minimizar el problema frente a un 8,5% de las mujeres.

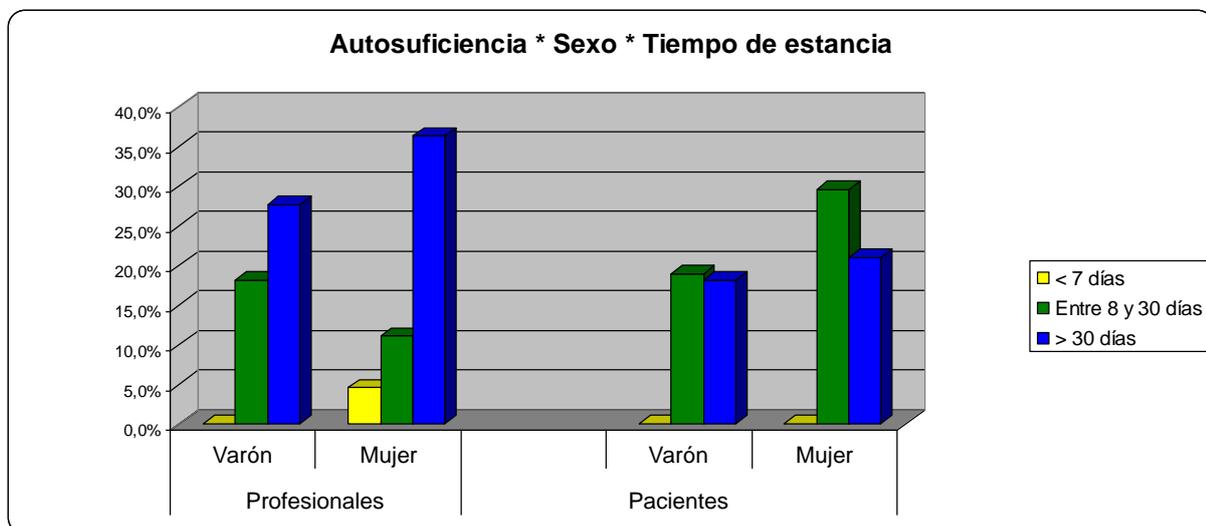
Gráfica nº 9: factor conciencia del problema valoración de profesionales vs. pacientes



2.2.- Autosuficiencia o euforia terapéutica

Como comentábamos más arriba, existe correlación entre la autosuficiencia terapéutica injustificada y el tiempo de estancia en el tratamiento; según la valoración de los profesionales, los pacientes que llevan más de un mes en el tratamiento tienen mayor autosuficiencia. (Ver gráfica nº 10)

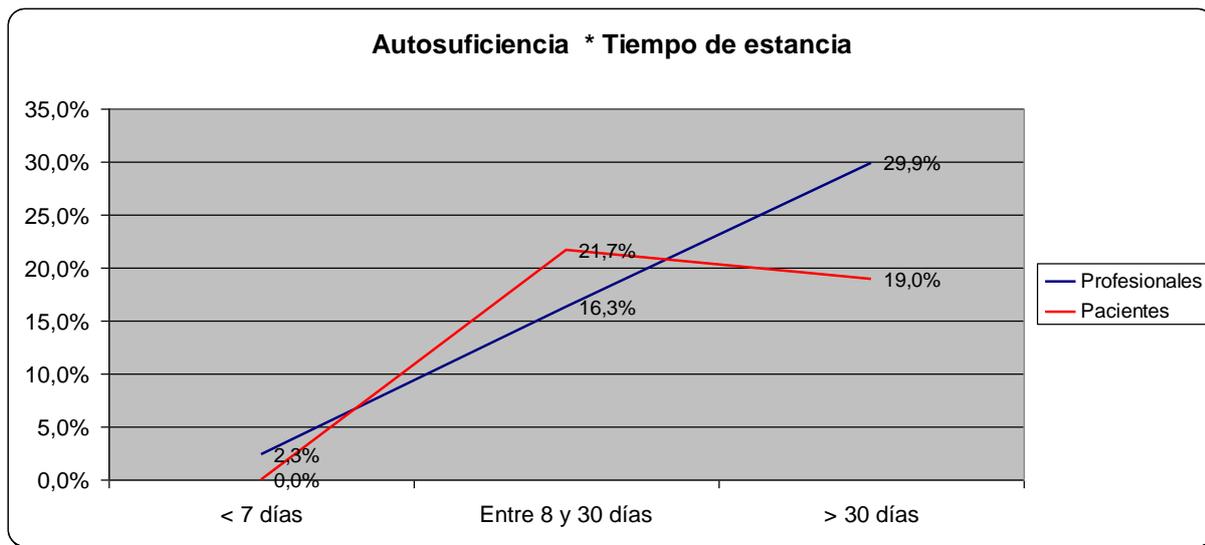
Gráfica nº 10: factor autosuficiencia valoración de profesionales vs. pacientes



VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

También es estadísticamente significativa la relación entre la valoración que hace el equipo y la de los pacientes en la autosuficiencia terapéutica injustificada. El mayor spike de "euforia terapéutica", según la valoración de los propios pacientes, se produce entre la primera y la segunda semana del tratamiento. (Ver gráfica nº 10 bis).

Gráfica nº 10 bis: factor autosuficiencia valoración de profesionales vs. pacientes

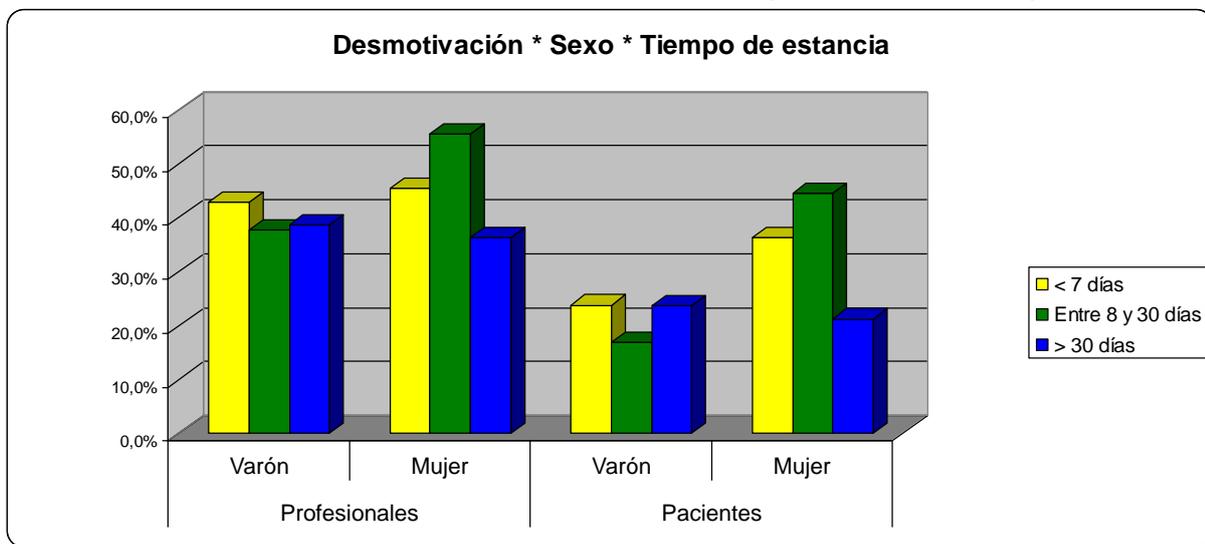


3.- Desmotivación

Otro punto de divergencia entre profesionales y pacientes es la desmotivación para el tratamiento como causa de abandono ($p=0,000$). Los profesionales consideran que en un 40% de los casos de abandono hay desmotivación. Por el contrario, los pacientes solo la atribuyen en el 23% de los casos. No existe diferencia significativa en cuanto al tiempo de estancia pero si una ligera significatividad en relación al género ($p=0,036$) y la valoración que hacen los pacientes en esta causa. Cerca del 33% de las mujeres abandonan el tratamiento por desmotivación por un 21% de varones. (Ver gráfica nº 11)

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

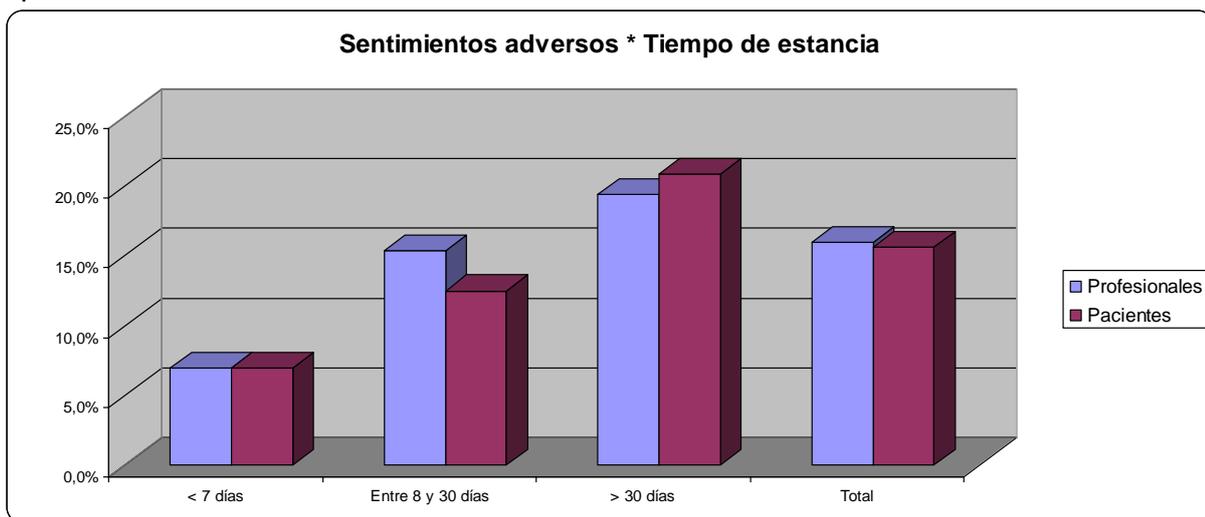
Gráfica nº 11: factor desmotivación valoración de profesionales vs. pacientes



4.- Sentimientos adversos

Existe una relación directamente proporcional entre las valoraciones de profesionales y pacientes con una significatividad del 0,011. En la gráfica nº 12 podemos observar que a mayor tiempo de estancia mayor severidad de los sentimientos adversos

Gráfica nº 12: factor sentimientos adversos valoración de profesionales vs. pacientes



VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

4.- Psicopatología

Tabla nº 1: factor psicopatología valoración de profesionales vs. pacientes

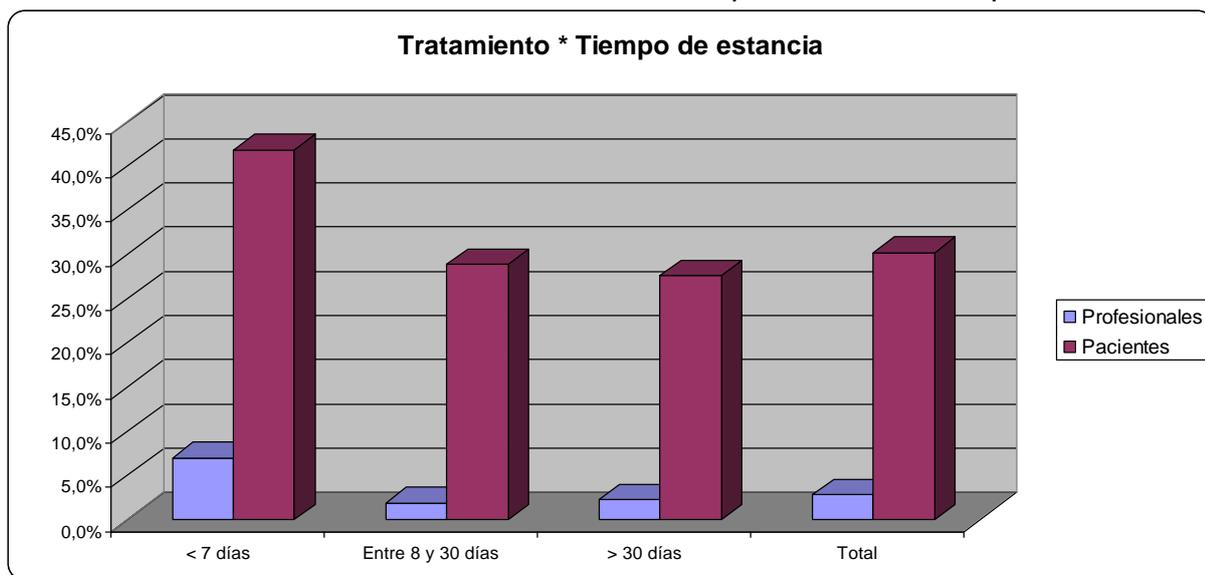
	Tiempo de estancia			Total
	< 7 días	Entre 8 y 30 días	> 30 días	
Psicopatología valoración de los profesionales	11,6%	12,5%	2,2%	7,5%
Psicopatología valoración de los pacientes	0,0%	1,0%	3,0%	1,8%

La psicopatología, a tenor de los datos obtenidos en este estudio, es uno de los factores que menos influyen en el tratamiento y, como ya hacíamos referencia anteriormente, para los profesionales, cuanto mayor es el tiempo de estancia en el tratamiento menor influencia tiene en el abandono del tratamiento, sin embargo la percepción de los pacientes es a la inversa, dato trivial toda vez que las cifras son realmente bajas

5.- Tratamiento

Para los profesionales sólo un 2,8% de las altas se deben al factor tratamiento (problemas con el programa o los profesionales) mientras que para los pacientes asciende hasta el 30, 2% de las altas, siendo éste uno de los factores preponderantes de abandono, sobre todo en la primera semana de tratamiento. La gráfica nº 13 es explícita al respecto. Como en otros apartados, no incluimos las diferencias según sexo por no ser significativas.

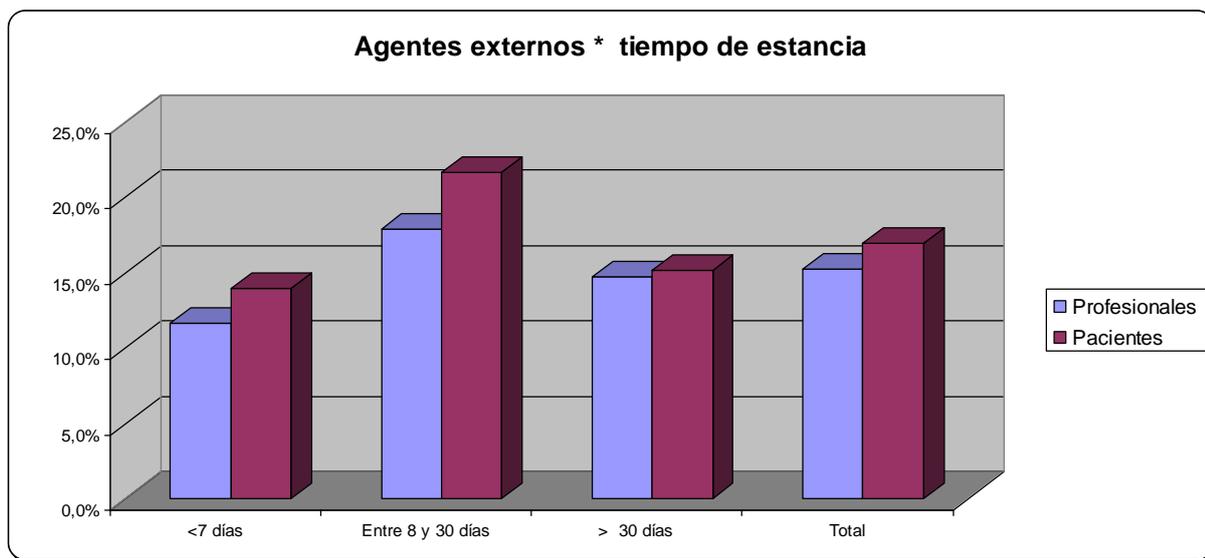
Gráfica nº 13: factor tratamiento valoración de profesionales vs. pacientes



VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

6.- Agentes externos

Coincidencia en la valoración entre profesionales y pacientes, poco más del 15% de las altas voluntarias fueron motivadas por agentes externos. En la gráfica nº 2 podemos comprobar la referida coincidencia de valoraciones.



CONCLUSIONES

Las principales divergencias cualitativas y cuantitativas se encuentran en la toxicofilia (30,3% profesionales vs. 7,8% pacientes) quizá atribuible a deseos de consumo larvados o patentes (pero deliberadamente ocultados por el paciente). Otro punto de divergencia notable estriba en el factor tratamiento (30% profesionales, 2,8% pacientes). Lo que para el paciente es un "este programa está muy bien para otros enfermos pero no para mí" el equipo lo traduce como "tiene deseos de consumo pero no lo reconoce y echa la culpa al tratamiento".

Aunque parece haber coincidencia parcial en los factores autoengaño y desmotivación, las diferencias son muy notables. Los pacientes parecen concederle bastante importancia a ambos factores (un 31,7% al autoengaño y un 24,4% a la desmotivación), pero los profesionales le conceden mucha mayor importancia (un 58,1% al autoengaño y un 40,6% a la desmotivación). Pero lo más importante no es la superioridad estadística, sino las diferencias de criterio. Mientras los pacientes trivializan el autoengaño con las ya referidas frases ("yo no tengo un problema como los demás" o "me encuentro preparado para seguir yo solo"), los profesionales lo sentencian con dos conceptos rotundos: falta de conciencia del problema y locus de control externo. Algo más se coincide en la desmotivación: mientras los profesionales la relacionan con déficits volitivos y de energía vital (trastornos motivo-érgicos), los pacientes traducen la falta de

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

motivación como "vengo presionado" "soy irrecuperable, no tengo solución" "las fuerzas me fallan", etc.

Mayor coincidencia observamos en sentimientos adversos, psicopatología y agentes externos. Cabe notar que los sentimientos adversos cobran importancia en estadios avanzados del tratamiento y que ciertas formas de malestar crónico -como la disforia- son predictores de recaída.

Cabe concluir que los factores toxicofilia, sentimientos adversos y psicopatología han experimentado una notable mejoría en estos años merced a programas de detección (variables predictoras de abandono) que permitieron una actuación ad hoc farmacológica y psicoterapéutica que ha rescatado muchas altas voluntarias o si se prefiere, abandonos de tratamiento.

DISCUSIÓN

Aquí entra la autocrítica: los resultados muestran una notable vertiente "defensiva" tanto por parte de los pacientes como de los equipos profesionales. Es comprensible que un paciente oculte o distorsione sus verdaderas razones de abandono por motivos diversos: la natural tendencia del adicto a "justificar" sus fracasos mediante embelecocos, temor a las consecuencias de un alta por motivos baladíes, incluso por estar confundido o no saber la razón de fondo que le conduce a claudicar. Los profesionales también se defiende recurriendo a argumentos que inculpan al paciente o exculpan al terapeuta que "hizo todo lo posible" por neutralizar el abandono. Y muchas veces es cierto, pero en factores como el tratamiento, la desmotivación, e incluso el autoengaño, se puede hacer siempre algo más. Es difícil que un profesional reconozca que el paciente ha claudicado porque no se supo intervenir bien o a tiempo, o porque el tratamiento realmente no era el idóneo.

Por otra parte, no se puede dejar de remarcar que gracias a trabajos similares se pueden desarrollar programas eficaces de prevención de recaídas. La escala de empleada en este artículo abocó al inventario VPA de variables predictoras de abandono que sirve de screening para detectar futuros casos de fracaso o claudicación (estados de malestar larvados, toxicofilia incipiente, exceso de autoconfianza, desmotivación, etc.), excelente ayuda para los profesionales que además ha servido para incrementar el índice de retención y por ende el de altas terapéuticas.

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

André C, Jaber-Filho J, Carvalho M, Jullien C, Hoffman A. Predictors of Recovery Following Involuntary Hospitalization of Violent Substance Abuse Patients. *American Journal on Addictions* [serial on the Internet]. (2003, Jan), [cited January 25, 2009]; 12(1): 84-89. Available from: Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Apodaca, I., Momtejo, E., Lejardi, N., ... [et al.], Características de Toxicómanos que no inicial o interrumpen tempranamente el tratamiento. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*, Vol. 7 (2), 1995

Barreiro Lucas, A.; Bango Suárez, J. I.; Martín Pinto, T.; Domínguez González, P.; Izquierdo Tuñón, M. D., El incumplimiento de las prescripciones de salud. Los problemas de adhesión al tratamiento en el ámbito de la salud mental. *Anales de Psiquiatría*, Vol. 20 (8), 2004

Espina Eizaguirre, Alberto, García Martín, E., Factores pronósticos de abandono terapéutico y recaída en heroinómanos. Una revisión. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*, Vol. 5 (2), 1993.

Hättenschwiler J, Rüesch P, Modestin J. Comparison of four groups of substance-abusing in-patients with different psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [serial on the Internet]. (2001, July), [cited January 25, 2009]; 104(1): 59-65.

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

Miller WR. (1985) Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bulletin*;98:84-107.

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

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).

Sirvent, C. (2009). Variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones. Ponencia de las Jornadas de SOCIDROGALCOHOL. Salamanca 2009 (Publicada en un monográfico especial de la revista *Adicciones*)

Sirvent, C.; Moral. MV.; Blanco, P.; Rivas C.; Linares, M.; Quintana, L.(2010). Predicción del abandono (vs. éxito) terapéutico de variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones. Presentación del cuestionario VPA-30 (© Sirvent, 2009). 11º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2010. <http://hdl.handle.net/10401/754>

Sirvent, C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Revista Norte de Salud Mental*. Vol. VII nº 33 Feb. 2009. Pág. 51-58

VISIÓN CONTRASTADA ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES SOBRE LOS MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Terra M, Barros H, Stein A, Figueira I, Athayde L, Ott D, et al. Predictors of Relapse in 300 Brazilian Alcoholic Patients: A 6-Month Follow-Up Study. Substance Use & Misuse [serial on the Internet]. (2008, Feb), [cited January 25, 2009]; 43(3/4): 403-411.

Tohen M, Zarate CA. Bipolar Disorder and comorbid substance use disorder. In: Goldberg JF, Harrow M, eds. Bipolar disorders: clinical course and outcome. Washington DC: American Psychiatric Press; 1999:171-185.

Walitzer, K S; Dermen, K H, Connors, G J. (1999) Strategies for preparing clients for treatment. A review. Behav Modif.;23(1):129-151.