



ORIGINAL

Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia



Fran Calvo^{a,b,*}, Xavier Carbonell^b, Ramón Valero^a, Jordi Costa^{a,†}, Oriol Turró^c, Cristina Giralt^a y Marissa Ramírez^a

^a Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias, Red de Salud Mental y Adicciones, Institut d'Assistència Sanitària (IAS), Girona, España

^b Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport (FPCEE), Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

^c Grupo de investigación en Envejecimiento, Discapacidad y Salud, Instituto de Investigación Biomédica de Girona (IdIBGi), Girona, España

Recibido el 22 de febrero de 2017; aceptado el 8 de junio de 2017

Disponible en Internet el 24 de agosto de 2017

PALABRAS CLAVE

Drogodependencias;
Salud mental;
Adherencia al
tratamiento;
Abandono de
tratamiento;
Abuso de drogas;
Tratamiento
ambulatorio

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio es definir los factores de riesgo asociados al cese temprano en un centro ambulatorio.

Diseño: Transversal y observacional.

Emplazamiento: Centros públicos de drogodependencias de la provincia de Girona.

Participantes: La muestra estuvo conformada por 264 participantes, y el 34,8% de los participantes abandonaron el proceso antes de 2 meses después de iniciar la terapia (n = 92).

Procedimiento: Se compararon las variables clínicas y sociodemográficas de la historia clínica entre los participantes con/sin adherencia.

Mediciones principales: Se utilizó la *t* de Student para la comparación de medias y la *ji* cuadrado para el análisis de variables cualitativas. Se ajustó un modelo de regresión logística binaria con la variable dependiente adherencia.

Resultados: Los resultados indican que acudir a las citas sin compañía (OR = 3,13), ser mujer (OR = 2,44), presentar problemas con la cocaína (OR = 1,14) y ser más joven (OR = 0,89) son los factores que incrementan el riesgo de abandono temprano, mientras que acudir al servicio derivado de un centro básico de salud lo reduce (OR = 0,28).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fran.calvo@ias.cat (F. Calvo).

† Author has died.

KEYWORDS

Drug dependence;
Mental health;
Treatment
adherence;
Treatment drop-out;
Substance abuse;
Ambulatory care

Conclusiones: Se concluye que se debe atender especialmente a la familia del paciente y a mujeres y jóvenes, y que la adecuada coordinación entre los servicios especializados y los de base aumenta la adherencia al tratamiento de los consumidores de drogas.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Early drop-outs and retentions in substance abuse outpatient clinics: a cross-sectional comparative study of factors that increase or decrease adherence

Abstract

Aim: The aim of this study is to define the risk factors associated with early discharge in outpatients clinics.

Design: Cross-sectional and observational study.

Setting: Substance abuse clinics in Girona (Catalonia, Spain).

Participants: A total of 264 individuals were included in the sample, and 34.8% of them abandoned the process within two months of starting the therapy (n=92).

Procedure: Clinical and socio-demographic variables of the clinical history were compared between participants with/without adherence.

Main measurements: The Student *t* test was used to measure the comparison, and the chi-squared test was used for the analysis of qualitative variables. A binary logistic regression model was adjusted, with adherence as the dependent variable.

Results: The results indicated that attending the appointments unaccompanied (OR=3.13), being female (OR=2.44), having cocaine related issues (OR=1.14), and being younger (OR=0.89) are the factors which increase the risk early abandonment. Contrarily, being referred to specialists from a Primary Health Centre reduces the risk (OR=0.28).

Conclusions: It is concluded that special attention must be devoted to the patients' families, women, and young patients. Moreover, the appropriate coordination between specialist services and basic services increases adherence to treatment among drug users.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La alta incidencia de abandonos en el proceso terapéutico es un tema habitual de preocupación entre los profesionales de los dispositivos de atención a las drogodependencias¹. A pesar de que la adherencia a un servicio no sigue una secuencia lineal y que el fracaso en el tratamiento es en muchas ocasiones un aprendizaje hacia la retención², en los primeros meses de tratamiento los dispositivos residenciales tienen una tasa de retención más elevada que los ambulatorios, pero a los 12 meses de seguimiento estas diferencias se difuminan³. Estudios recientes revelan que el porcentaje de abandonos oscila entre el 23 y el 50% de los pacientes tratados en centros ambulatorios^{4,5} y del 17 al 57% en centros residenciales⁶.

La falta de adherencia, que es un fenómeno clínico universal en salud mental⁷⁻⁹, incide especialmente entre las personas que consumen sustancias quienes, además, se vinculan menos al tratamiento de sus trastornos orgánicos concomitantes¹⁰. La importancia de mejorar la adherencia en los tratamientos de las adicciones es incuestionable, ya que la terminación prematura es un factor de mal pronóstico en la evolución del paciente^{11,12}. Además, la retención

está altamente correlacionada con su eficacia y constituye uno de los mejores predictores de buenos resultados terapéuticos¹³⁻¹⁵. La identificación de factores que mejoren la adherencia se convierte, pues, en un objetivo terapéutico en sí mismo para mejorar este proceso¹⁶.

Recientemente, Calvo-García et al.¹⁷ estudiaron los motivos de abandono temprano que esgrimieron una muestra de pacientes adictos a drogas al ser entrevistados. Sus resultados indican que las personas que cesan su tratamiento voluntariamente expresan por lo general una satisfacción elevada con la atención recibida en las primeras citas al servicio. Por el contrario, la percepción propia de mejoría y las incompatibilidades personales para acudir a terapia fueron los motivos más esgrimidos entre los abandonos.

Los problemas de salud causados por el consumo de sustancias son un reto para los profesionales de toda la red asistencial, ya que se requieren protocolos de actuaciones específicas diferentes en función de la sustancia y de la fase en la que se encuentre el paciente¹⁸. Los consumidores pueden reaccionar de forma muy diferente al consejo de salud y además presentan demandas de diversa índole. En algunos casos, como en el tratamiento del tabaquismo, no siempre

es necesaria la derivación a un servicio especializado. En otros casos, al tratarse de enfermos crónicos (por ejemplo, adictos a la heroína, algunos de difícil manejo), a la necesaria coordinación con el servicio especializado es necesario añadir la de servicios sociales. Todo ello pone de relieve la importancia de la atención comunitaria a los problemas derivados del consumo de sustancias, desde la atención primaria hasta la derivación al centro especializado, y la necesidad de optimizar las intervenciones profesionales mejorando la retención del paciente.

Existe una escasa producción de trabajos que analicen los factores implicados en el proceso de abandono temprano del tratamiento de adictos a drogas en servicios públicos ambulatorios en España, comparando grupos de pacientes que abandonan de los que no lo hacen. Así, el presente trabajo tiene como objetivo analizar los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de cese temprano voluntario en los programas de intervención con personas con trastornos por uso de sustancias (TUS).

Material y métodos

Participantes

La muestra objeto de estudio la conformaron las personas que acudieron a uno de los 6 Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) de la provincia de Girona para el tratamiento por abuso de sustancias entre los meses de enero y junio de 2014. Se excluyeron aquellos casos de los que existía una pérdida de datos relevante en la historia clínica (ausencia de datos en más de 6 variables), o no aceptaron participar, y los pacientes que solicitaron tratamiento por presentar problemas relacionados con los opiáceos (el motivo para esta decisión fue reducir el riesgo de sesgo asociado a la elevada retención de los programas sustitutivos con metadona)¹⁹.

Procedimiento

Se determinó como *abandono temprano* el cese voluntario del tratamiento cuando transcurrieron 2 meses después del último contacto^{8,20} o no solicitaron una reprogramación de las prestaciones después de la *acogida* (el primer contacto con el centro) y la *primera visita profesional*. A partir de los datos administrativos de la base de datos de los CAS se determinó el porcentaje de pacientes con abandono precoz. Así, de un total de 744 visitas de inicio de tratamiento realizadas entre enero y junio de 2014, tras 2 meses de seguimiento de este grupo se detectó que un total de 264 pacientes (un 35,9% del total) abandonaron el tratamiento prematuramente. De esos 264 pacientes fue imposible localizar a 118 para solicitar su participación en el estudio, bien porque no contestaron al teléfono,

bien porque el número facilitado no era el correcto. De los 146 restantes, algunos se negaron a participar, aludiendo diferentes motivos (n=54), siendo finalmente 92 candidatos que participaron voluntariamente en el estudio y conformaron el «grupo de abandono» (GA). El grupo de comparación, denominado «grupo de mantenimiento» (GM), se conformó con pacientes que continuaban en tratamiento después de 2 meses de iniciar la terapia. Para incrementar la robustez de los datos del GM, se asignó el doble de casos que en el grupo de estudio, siguiendo un método de asignación óptima proporcional 2/1 respecto al GA²¹.

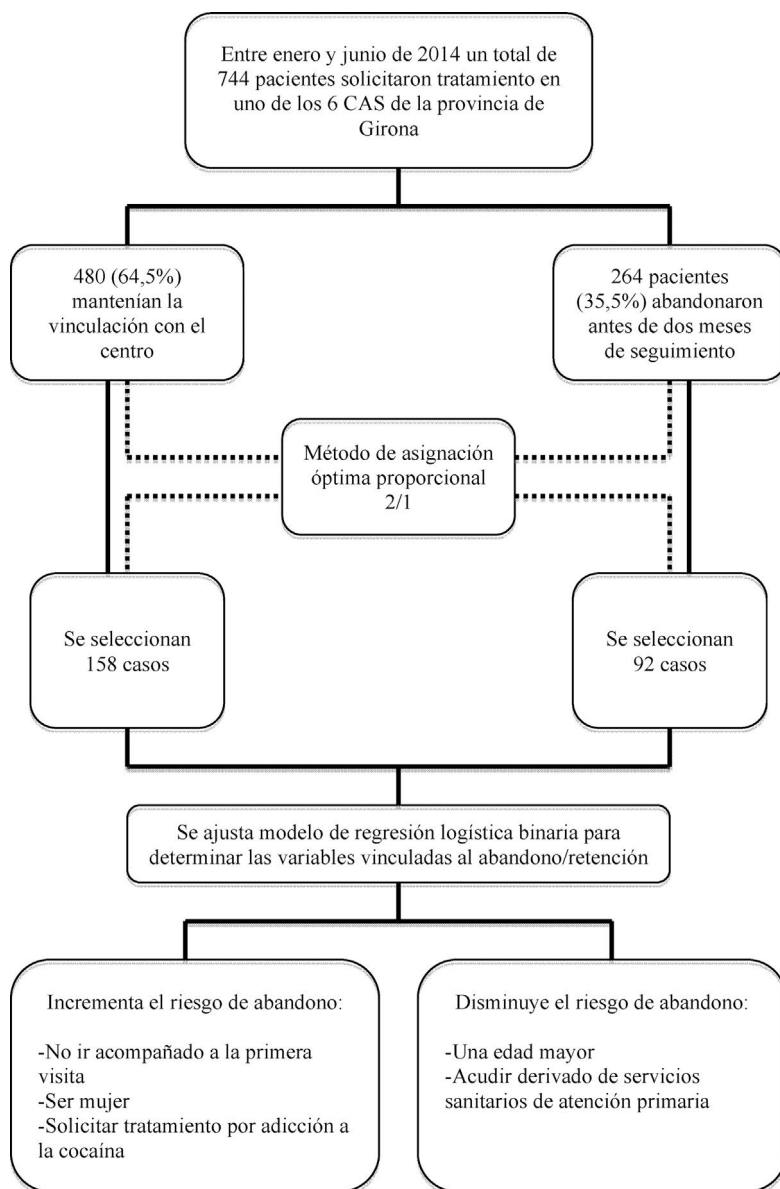
Variables e instrumentos

Una vez seleccionada la muestra, se extrajo de la historia clínica la información relativa a las variables independientes: variables sociodemográficas (sexo, edad, país de procedencia y nivel de estudios), variables clínicas (si acudió acompañado y de quién en la primera visita²², procedencia de la derivación, comorbilidad psiquiátrica diagnosticada y los tratamientos previos realizados en drogodependencias) y variables de consumo (droga motivo de tratamiento y años de evolución de consumo). Esta información es la que se solicita sistemáticamente a los pacientes al comienzo de su terapia y de la que se dispone en el caso de haber acudido a otro dispositivo de la red de salud mental de adultos de Girona.

Se siguió el protocolo establecido por el Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC)-Girona (Institut d'Assistència Sanitària) para acceder a los datos de las historias clínicas con motivos de investigación y posterior comunicación en la comunidad científica, y de la Declaración de Helsinki de 1975 en su versión más actual.

Análisis estadístico

La descripción de la muestra se realizó mediante medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las variables ordinales y cualitativas. La comparación de valores de las diferentes variables entre los grupos GA y GM se realizó mediante el uso de tablas de contingencia para variables cualitativas y ordinales y pruebas de comparación de medias paramétricas y no paramétricas según la normalidad de las variables. Para detectar las variables predictoras de un mayor riesgo de abandono/retención, se ajustó un modelo de regresión logística binaria. En los contrastes de hipótesis se consideró un nivel de significación estadística del 0,05 y los intervalos de confianza se calcularon al 95%. El conjunto de cálculos se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics for Windows, versión 20.0.



Esquema general del estudio

Resultados

Descripción de la muestra

La mayor parte de los pacientes fueron hombres (76,9%), la media de edad fue de 42,6 años (DE=11,3) y un 84,6% de la muestra era autóctona. No se encontraron diferencias de edad entre sexos (hombres=43,8, DE=12,5 vs. mujeres=42,9, DE=9,5, $t=0,57$; $gl=113$; $p=0,57$). La primera visita fue a demanda propia (32,4%) o por derivación de los servicios sanitarios de atención primaria (30,8%). Poco más de la mitad de los pacientes acudieron acompañados de familiares (51,4%). En la [tabla 1](#) se describe el conjunto de variables del estudio.

Comparativa entre los grupos

En la [tabla 2](#) se presenta la comparación de las variables analizadas entre los grupos GA y GM. Podemos observar que la media de edad del GM y el tiempo de evolución del consumo fue mayor en el GM que en el GA. También señalar que el GM estuvo conformado por más pacientes autóctonos, con mayor escolaridad y que el consumo de alcohol fue la principal solicitud que motivó el inicio del tratamiento.

La regresión logística binaria ajustada para determinar las variables vinculadas al abandono del programa de tratamiento permitió observar que, a igualdad de las demás características previas, acudir a las visitas sin compañía, ser mujer y que la solicitud de tratamiento hubiese sido

Tabla 1 Características sociodemográficas y administrativas de la muestra

VARIABLES INDEPENDIENTES	n (%) / \bar{X} (DE) ^a
Sexo	
Hombre	190 (76,9)
Mujer	56 (23,1)
Edad	42,6 (11,9)
Procedencia	
Autóctono	209 (84,6)
Inmigrante	35 (15,4)
Escolaridad	
Estudios primarios/ESO	90 (36,4)
Bachillerato/COU	118 (47,8)
Universidad	13 (5,3)
Acompañamiento primera visita	
Sí	127 (51,4)
No	109 (44,1)
Tipo de acompañamiento primera visita	
Pareja y/o hijos	75 (30,4)
Otros familiares u otras personas	52 (21,0)
Procedencia de la derivación	
Iniciativa propia	80 (32,4)
Familiares o amigos	17 (6,9)
Centros de drogodependencias	5 (3,2)
Medicina general o atención primaria	76 (30,8)
Hospitales u otros servicios sanitarios	36 (14,6)
Servicios sociales	11 (4,4)
Servicios legales o policiales	12 (4,9)
Centro penitenciario	1 (0,6)
Droga principal que propicia la demanda	
Alcohol	162 (66,6)
Cocaína	42 (17,0)
Cannabis	27 (10,9)
Tabaco	8 (3,2)
Años de evolución de consumo	16,6 (10,6)
Tratamientos previos de drogodependencias	
0	137 (55,5)
1	70 (28,3)
>1	40 (16,2)
Comorbilidad psiquiátrica	
Sí	75 (30,4)
No	172 (69,6)

^a Los datos restantes hacen referencia a casos perdidos.

por cocaína incrementan el riesgo de abandono, mientras que una mayor edad y ser derivado desde otros servicios sanitarios básicos lo reducen (tabla 3).

Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue conocer qué variables individuales y familiares predicen el abandono temprano en el tratamiento de la adicción a sustancias, a fin

de aplicar estrategias para reducirlo y, por lo tanto, mejorar la oferta terapéutica pública especializada.

Nuestros datos indican que un tercio de los pacientes había abandonado la terapia a los 2 meses de su inicio. Este resultado es coherente con otros autores que analizan la adherencia de pacientes tanto en centros ambulatorios como residenciales^{1,3-5,15}. También se ha conseguido identificar algunos factores predictores de abandono que explican las diferencias entre pacientes sin adherencia y con adherencia tras 2 meses de seguimiento. Estos factores se incluyen en el conjunto de los descritos por Daley y Zuckoff²³ en cada una de las categorías de su clasificación: interpersonales (apoyo familiar), individuales (sexo y edad) y de trastorno (droga que motiva la demanda de tratamiento). También se identifica, en este caso como factor predictor de retención relacionado con la categoría de proceso de tratamiento, la derivación desde otros servicios sanitarios de atención primaria.

Falta de acompañamiento familiar

Este trabajo corrobora que la ausencia de la familia²⁴ y el conflicto familiar²⁵ son factores que aumentan la probabilidad de fracaso terapéutico e instan a motivar el acompañamiento cuando el paciente inicia el tratamiento. Normalmente, al diseñar el plan de tratamiento, se recomienda la participación de familiares directos u otras personas de apoyo, ya que mejora el compromiso del paciente con su tratamiento y se establecen las bases terapéuticas que dan respuesta a las necesidades de la unidad familiar¹⁹.

Sexo

Se confirman las diferencias de sexo relacionadas con el abandono y mantenimiento del proceso terapéutico. Estas diferencias se dan en el abandono precoz, de la misma manera que existen diferencias en el proceso mismo de la adicción²⁶. Por lo tanto, es posible que no desarrollar enfoques de género en el tratamiento de las adicciones provoque más abandono en las mujeres, dependiendo de factores, probablemente no planificados e informales, que desarrolla cada equipo terapéutico^{27,28}.

Droga que genera la demanda

Otro predictor de abandono fue la consulta al servicio para iniciar un proceso terapéutico de la adicción a la cocaína. Los consumidores de cocaína son más impulsivos que los consumidores de alcohol y tabaco y su motivación para el tratamiento es más lábil¹⁶. Además, cuando solicitaron tratamiento eran más jóvenes que el resto de consumidores, factor que también aumenta el abandono.

Edad

La edad no es un factor de riesgo de abandono considerable en otros trabajos²⁸, pero es relevante en la medida en que la adicción, como proceso, requiere de un tiempo de maduración en el que la persona adquiera conciencia progresiva

Tabla 2 Comparación de las características sociodemográficas entre el grupo de mantenimiento (GM) y el grupo de abandono (GA)

Características sociodemográficas	GM n (%) / \bar{X} (DE)	GA n (%)	χ^2/t	gl	p
<i>Sexo</i>					
Hombre	123 (77,8)	67 (76,1)	0,094	1	0,44
Mujer	35 (22,2)	21 (23,9)			
<i>Edad</i>	45,2 (12,6)	40,9 (10,8)	2,7	243	0,008
<i>Procedencia</i>					
Autóctono	140 (88,6)	69 (80,2)	3,2	1	0,057
Inmigrante	18 (11,4)	17 (19,8)			
<i>Escolaridad</i>					
Estudios primarios/ESO	60 (42,9)	30 (37,0)	6,4	2	0,014
Bachillerato/COU	76 (54,3)	42 (51,9)			
Universidad	4 (2,9)	9 (11,1)			
<i>Acompañamiento primera visita</i>					
Sí	95 (61,7)	32 (39,0)	11,1	1	0,001
No	59 (38,2)	50 (61,0)			
<i>Tipo de acompañamiento primera visita</i>					
Pareja y/o hijos	60 (38,9)	15 (18,3)	20,7	6	0,002
Otros familiares u otras personas	35 (22,8)	17 (20,7)			
Sin acompañante	59 (38,2)	50 (61,0)			
<i>Procedencia de la derivación</i>					
Iniciativa propia	46 (29,9)	34 (40,5)	10,6	7	0,16
Familiares o amigos	13 (8,4)	4 (4,8)			
Centros de drogodependencias	5 (3,2)	0			
Medicina general o atención primaria	49 (31,8)	27 (32,1)			
Hospitales u otros servicios sanitarios	24 (15,6)	12 (14,3)			
Servicios sociales	10 (6,5)	1 (1,2)			
Servicios legales o policiales	6 (3,9)	6 (7,1)			
Centro penitenciario	1 (0,6)	0			
<i>Droga principal que propicia la demanda</i>					
Alcohol	113 (71,5)	49 (56,3)	8,3	3	0,04
Cocaína	26 (16,5)	16 (18,4)			
Cannabis	10 (10,1)	17 (19,5)			
Tabaco	3 (1,9)	5 (5,7)			
<i>Años de evolución de consumo</i>	15,3 (9,4)	20,1 (11,7)	3,1	133	0,002
<i>Tratamientos previos de drogodependencias</i>					
0	82 (51,9)	55 (61,8)	2,9	2	0,32
1	48 (30,4)	22 (24,7)			
>1	28 (17,7)	12 (13,5)			
<i>Comorbilidad psiquiátrica</i>					
Sí	47 (29,7)	28 (31,5)	0,084	2	0,96
No	111 (70,3)	61 (68,5)			

de la necesidad de introducir cambios que mejoren su calidad de vida. Las personas jóvenes son uno de los principales grupos de riesgo de conductas nocivas relacionadas con el consumo de drogas y con menor disposición a abandonar el consumo²⁹. Por otro lado, los adolescentes y jóvenes son una de las poblaciones que generan mayor necesidad de empoderamiento profesional para dar respuesta a sus necesidades, sobre todo en aquellos servicios, mayoritariamente inespecíficos, en los cuales la detección de dichas necesidades es mayor³⁰.

Derivación desde un servicio sanitario

En esta investigación, la derivación desde un servicio básico de salud es un importante factor predictor de retención. Desde los centros de atención primaria se detectan muchos problemas asociados al consumo de drogas en revisiones ordinarias, analíticas, por la demanda de ayuda de afectados y familiares y a partir de campañas de sensibilización³¹. Desde los servicios de atención primaria se tratan multitud de pacientes con TUS, especialmente por problemas

Tabla 3 Variables predictoras de un mayor abandono según modelo de regresión logística binaria

Variablen	OR	IC 95,0% para EXP(B)
Acompañamiento a primera visita (no acompañado)	3,133**	1,593-6,160
Sexo (mujer)	2,437*	1,075-5,526
Tóxico que genera la demanda (cannabis)	2,159	0,78-5,978
Tóxico que genera la demanda (tabaco)	2,003	0,372-10,777
Tiempo de consumo	1,451	0,547-3,851
Tratamientos previos (ninguno)	1,406	0,538-3,674
Antecedentes psiquiátricos (diagnóstico)	1,225	0,571-2,630
Tóxico que genera la demanda (cocaína)	1,141***	1,088-1,197
Procedencia geográfica (inmigrante)	1,096	0,425-2,828
Procedencia derivación (servicios sociales)	0,884	0,439-1,778
Edad	0,890**	0,083-0,929
Tratamientos previos (uno o más)	0,642	0,226-1,828
Procedencia derivación (servicios de salud)	0,285*	0,087-0,928

* p < 0,05.

** p < 0,01.

*** p < 0,001.

asociados al consumo de tabaco y alcohol^{28,30}. Según el grado de severidad y la capacidad de manejo del profesional no especializado, el seguimiento de los pacientes con TUS culmina en muchos casos con la derivación al servicio especializado. Pese a que las derivaciones pueden estar condicionadas por factores ajenos a criterios clínicos, como la presión ejercida sobre el facultativo por la creencia del paciente de una mayor capacidad de responder al problema desde los servicios especializados, la falta de coordinación entre los diferentes servicios y niveles y la presión asistencial de los servicios básicos de salud —elementos que aumentan la posibilidad de fracaso del tratamiento posterior³²—, contrariamente también se ha observado que un trabajo previo adecuado en los servicios de atención primaria refuerza el proceso posterior y fomenta así dicha retención. Estos factores se relacionan a su vez con los tiempos de espera que, en caso de ser reducidos, pueden aumentar la asistencia a la primera vista en el centro especializado³³ y la retención. La detección del consumo de alcohol y su adecuada derivación podría ser otro de los factores implicados en seguir una intervención terapéutica adecuada³⁴. En todo caso, la importancia de los servicios de atención primaria es capital en este proceso, siendo los principales receptores de las demandas incipientes de personas con TUS.

Este trabajo no está exento de limitaciones para la generalización de sus resultados. En primer lugar, tanto la información sobre el consumo de drogas como la referente a patología mental diagnosticada se extrajo de la historia clínica del paciente una vez ya había realizado la visita. Por ese motivo no se han analizado otras variables que la literatura cita como relevantes en el proceso de abandono. Otro aspecto limitante es que la única variable a considerar para

valorar el apoyo familiar es su presencia en la primera visita, con las reservas que de esa relación de apoyo se pudiera establecer. Por añadidura, el hecho de que el GA lo conformaran pacientes que abandonaron de forma precoz su tratamiento, dificultó tanto su localización para solicitar el permiso necesario para consultar su historia clínica como la disponibilidad de toda la información requerida para la realización de este estudio, condicionando así el muestreo. Esta es una gran limitación, pues no se pudo aumentar la muestra de pacientes en el GA, siendo muy limitada en número. También se debe tener en cuenta la posibilidad de que las personas que no dieron su permiso para consultar sus datos presentaran algunas características que pudieran condicionar los resultados. De todas maneras, añadir que el objetivo de este estudio era el de detectar un perfil de usuario susceptible de abandonar su tratamiento de forma precoz, y poder mejorar así la práctica clínica, para la cual cosa este trabajo aporta elementos valiosos para la reflexión.

En segundo lugar, la muestra corresponde a un territorio con unas características de atención específicas (único proveedor de salud mental).

En conclusión, es importante que los servicios públicos especializados reflexionen sobre los factores que dificultan la adherencia de los pacientes al tratamiento. Se debe atender de forma especialmente relevante a la familia del paciente y aquellos elementos familiares que facilitan la adherencia. Por otro lado, debemos poner especial atención a las mujeres y los jóvenes, que destacan como colectivos especialmente vulnerables. Finalmente, destacar que la adecuada coordinación entre los servicios especializados y los de base aumenta la adherencia de los consumidores de drogas derivados desde atención primaria.

Lo conocido sobre el tema

- El abandono del tratamiento de las adicciones es muy elevado y supera en algunos casos el 55% de los pacientes que inician terapia especializada.
- El abandono precoz es un indicador de mal pronóstico en la evolución de los pacientes adictos a drogas.
- Los principales motivos de abandono expresados por los pacientes son la percepción propia de mejora y las incompatibilidades personales para cumplir con los requerimientos de su plan terapéutico.

Qué aporta este estudio

- Se comprueba que acudir a visitas sin compañía, ser mujer y que la droga que motiva el tratamiento sea la cocaína son elementos que incrementan el riesgo de abandonar.
- Una mayor edad y ser derivado desde servicios sanitarios básicos incrementan la retención del paciente en los servicios especializados.
- El trabajo realizado desde los servicios de atención primaria contribuye notablemente a la disminución del abandono precoz de los pacientes drogodependientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la memoria de Jordi Costa Ribot (1955-2017) en agradecimiento por su labor como Cap d'Àrea de Drogodependències de la provincia de Girona.

Bibliografía

1. Domínguez-Martín AL, Miranda-Estríbí MD, Pedrero-Pérez EJ, Pérez-López M, Puerta-García C. Estudio de causas de abandono del tratamiento de un centro de atención a drogodependientes. *Trastor Adict.* 2008;10:112-20.
2. Sanchez-Carbonell J, Brigos B, Camí J. Evolución de una muestra de heroínómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST). *Med Clin (Barc).* 1989;92:135-9.
3. Greenwood G, Wood W, Guydish J, Bein E. Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day-drug abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2001;20:15-23.
4. McHugh RK, Murray HW, Hearon BA, Pratt EM, Pollack MH, Safren SA, et al. Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients. *Am J Addict.* 2013;22:18-22.
5. Santonja-Gómez FJ, Sánchez-Hervás E, Secades-Villa R, Zacarés-Romaguera F, García-Rodríguez O, García-Fernández G. Pretreatment characteristics as predictors of retention in cocaine-dependent outpatients. *Addict Disord Their Treat.* 2010;9:93-8.
6. Samuel DB, LaPagli DM, Maccarell LM, Moore BAABS. Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. *Am J Addict.* 2011;20:555-62.
7. Osterberg L, Blashcke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353:487-97.
8. Roberts H. Neurotic patients who terminate their own treatment. *Br J Psychiatry.* 1985;146:442-5.
9. Sirvent-Ruiz C. Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte Salud Ment.* 2009;33:51-8.
10. Ladero L, Orejudo SO, Carroble JA. Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema.* 2005;17:575-81.
11. Simpson D, Joe GW, Fletcher BW, Hubbard RL, Anglin D. A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;59:507-14.
12. Simpson DD, Joe GW, Brooke KM. A national 5 year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59:538-44.
13. Dalsbø Therese K, Hammerstrøm Karianne T, Vist Gunn E, Gjermo H, Smedslund G, Steiro A, et al. Psychosocial interventions for retention in drug abuse treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010. Art. No. CD008220.
14. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 5 year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcomes Studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat.* 2004;25:125-34.
15. Sánchez-Carbonell X, Camí J, Brigos B. Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYST Project): Results 1 year after treatment admission. *Br J Addict.* 1988;83:1439-48.
16. López-Goñi JL, Fernández-Montalvo J, Illescas C, Landa N, Lorea E. Razones para el abandono en una comunidad terapéutica. *Trastor Adict.* 2008;10:104-11.
17. Calvo-García F, Costa J, Valero-Piquer R. Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Rev Esp Drogodependencias.* 2016;41:41-55.
18. Casado Vicente V, Araúz Palacios D. Intervención en drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas. *Adicciones.* 2004;16:225.
19. Secades R, Fernández JR. Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones.* 2000;12:353-63.
20. Martínez-González J, Albein-Urios N, Lozano-Rojas O, Verdejo-García A. Aspectos diferenciales de riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastorno de personalidad. *Adicciones.* 2014;26:116-25.
21. Scheaffer R, Mendenhall W, Ott L. Elementos de muestreo. 6.ª ed. Madrid: Editorial Paraninfo; 2006.
22. Carroll KM, Nich C, Sifry RL, Nuro KF, Frankforter TL, Ball SA, et al. A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug Alcohol Depend.* 2000;57:225-38.
23. Daley DC, Zuckoff A. Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y pacientes drogodependientes. Barcelona: Glosa; 2004.
24. Broome KM, Knight DK, Knight K, Hiller ML, Simpson DD. Peer, family, and motivational influences on drug treatment process and recidivism for probationers. *J Clin Psychol.* 1998;53:387-97.
25. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ. Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addict Res Theory.* 2010;18:433-41.
26. Becker JB, Hu M. Sex differences in drug abuse. *Front Neuroendocrinol.* 2008;29:36-47.
27. Brener L, von Hippel W, von Hippel C, Resnick I, Treolar C. Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29:491-7.

28. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev.* 2013;33:1010–24.
29. García C, Calvo F, Carbonell X, Giralt C. Consumo intensivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en población universitaria. *Heal Addict.* 2017;17:63–71.
30. Orgaz-Gallego M, Segovia-Jiménez M. ¿Sabemos detectar y manejar a los adolescentes con problemas derivados del uso de drogas? *Aten Primaria.* 2004;34:109–10.
31. Félix-Redondo FJ, Fernández-Bergés D, Palomo Cobos L, Buitrago Ramírez F, Pérez Castán JF, Lozano Mera L. Prevalencia de consumo de alcohol y factores de riesgo cardiovascular en un área sanitaria de Extremadura. *Estudio Hermex. Aten Primaria.* 2012;44:201–8.
32. Alonso Pérez de Ágreda JP, Febrel Bordejé M, Huelin Domeco de Jarauta J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit.* 2000;14:122–30.
33. Miranda I, Peñarrubia MT, García I, Caramés E, Soler M, Serrano A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria.* 2003;32:524–30.
34. Aubà J, Freixedas R. La detección del consumo de alcohol en atención primaria. *Aten Primaria.* 2000;25:268–73.