



*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



# **Evaluación de la continuidad de tratamiento ambulatorio en adicciones en la División Toxicología del Hospital Fernández, Argentina**

**Marina Risso**

*Médica especialista en Toxicología y Clínica Médica, Hospital Fernández  
Docente de la Cátedra de Toxicología, UBA  
E-mail: marinarisso@intramed.net*

**Silvia Cortese**

*Médica especialista en Toxicología y Terapia Intensiva, Hospital Fernández  
Toximed (Toxicología Clínica Privada)  
Docente de la Cátedra de Toxicología, UBA y UCA*

**Pascual Valdez**

*Médico especialista en Clínica Médica, Terapia Intensiva, Emergentología,  
Hospital Vélez Sarsfield  
Profesor Titular Medicina Interna, UBA; Profesor Adjunto Carrera de Medicina, UNLAM  
Doctor de la UBA*

**Carlos Damin**

*Médico especialista en Toxicología; Jefe División Hospital Fernández  
Profesor Titular de Cátedra de Toxicología, UBA  
Doctor de la UBA*

## Introducción

La División Toxicología del Hospital J. A. Fernández cuenta con 3 dispositivos: la urgencia, la internación breve para desintoxicación y el consultorio externo. La modalidad de tratamiento en consultorios externos es individual e interdisciplinaria (médico toxicólogo, psicólogo, médico psiquiatra, trabajador social), de duración variable, para pacientes con o sin patología dual. Las consultas por consumo de sustancias son el principal motivo de demanda de tratamiento en consultorios externos, lo cual nos enfrenta a los profesionales de este área con el desafío de elaborar estrategias para afrontar una problemática con una alta tasa de abandono.

La elevada frecuencia de abandono del tratamiento ha sido observada desde las primeras investigaciones realizadas en el terreno de las adicciones hasta la actualidad, ya en el año 1972 O'Malley, Anderson y Lazare resaltaron que sólo el 3% de los heroínómanos que acudían a una clínica psiquiátrica ambulatoria volvían a la segunda visita que se les aconsejaba (1).

La falta de adherencia a los tratamientos es un fenómeno muy frecuente en el ámbito de las drogodependencias que supera las ya bajas tasas de adherencia existente en otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes, el SIDA o las enfermedades psiquiátricas. En los países centrales, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia el 50% y en los países periféricos la magnitud de la escasa adherencia terapéutica es aún menor, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el

acceso a la atención de la salud. En el caso de la depresión sólo entre el 40% y el 70% de los pacientes adhiere a los tratamientos antidepressivos (2).

Cabe destacar aquí que la falta de adherencia y el abandono del tratamiento no son necesariamente sinónimos, si bien suelen utilizarse de manera indistinta. La OMS definió la adherencia terapéutica como "el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas" y, este concepto ha estado muy vinculado con la adherencia farmacológica si bien excede el mero cumplimiento de la toma de medicación, ha sido utilizado para la evaluación de la eficiencia de los tratamientos farmacológicos en enfermedades crónicas.

El abandono del tratamiento hace referencia específicamente a la *interrupción de un determinado tratamiento antes del tiempo programado y por decisión del paciente*. Entonces, la adherencia terapéutica es un concepto gradual, que requiere de instrumentos más complejos para su valoración, y que en su mayor expresión puede llegar al abandono del tratamiento (3).

En adelante nos referiremos exclusivamente al abandono del tratamiento en adicciones. En una revisión clásica realizada en 1975 se encontró una tasa de abandono del 64% a los 12 meses en los Programa de Metadona y del 88% a los 3 meses en los Programas Libres de Drogas (4).

Más recientemente, un metaanálisis del año 2008 que analizó los tratamientos tradicionales con mejores evidencias para las adicciones como las terapias cognitivo conductuales, el manejo de las contingencias, las terapias de incentivos y las entrevistas motivaciones, con una media de duración de 21 semanas, reveló que

---

## Resumen

La falta de continuidad en el tratamiento de los pacientes que padecen una adicción es una de las principales dificultades que afrontan los profesionales que trabajan con esta problemática. El abandono prematuro del tratamiento ha sido correlacionado con un mayor número de recaídas y peor pronóstico. El propósito de este estudio es evaluar la continuidad en el tratamiento de los pacientes que consultan por consumo problemático de sustancias y tabaco en Consultorio Externo de División Toxicología del Hospital J. A. Fernández. Se realizó una revisión retrospectiva, con seguimiento longitudinal de las historias clínicas ingresadas durante un año.

La continuidad en los pacientes con consumo problemático de sustancias (N=418) fue del 45% al 1° mes, del 22% al 3° mes y del 10% al 6° mes; en los pacientes que consultaron por tabaquismo (N=211) la continuidad fue menor, del 38% al 1° mes y del 9% al 3° mes ( $p<0.001$ ). Dentro del grupo de pacientes con consumo de sustancias, los que consumen exclusivamente alcohol (N=96) mostraron la mayor continuidad, siendo al 1°, 3° y 6° mes, del 47%, 33% y 18% respectivamente ( $p=0.012$ ).

**Palabras claves:** Adicciones - Adherencia - Abandono prematuro del tratamiento - Abuso de drogas.

EVALUATION OF THE CONTINUITY OF OUTPATIENT TREATMENT IN ADDICTION IN TOXICOLOGY DIVISION, THE HOSPITAL FERNÁNDEZ, ARGENTINA

## Abstract

The lack of continuity in the treatment of patients suffering from an addiction is one of the main difficulties faced by professionals working with this problem. The early discontinuation of treatment has been correlated with a higher number of relapses and poor prognosis. The purpose of this study is to evaluate the continuity in the treatment of patients who consult for problematic substance use and smoking in Outpatients Toxicology Division of Hospital J. A. Fernández. A retrospective review was performed with longitudinal tracking of medical records entered for a year.

Continuity in patients with problematic substance use (N=418) was 45% at 1 month, 22% at the 3rd month and 10% at month 6; in patients presenting with smoking (n 211) continuity was lower, 38% at 1 month and 9% at the 3rd month ( $p<0.001$ ).

Within the group of patients with problematic use of substances, consuming only alcohol (N=96) showed greater continuity, being on 1st, 3rd and 6th month, 47%, 33% and 18% respectively ( $p=0.012$ ).

**Key words:** Addictions - Adherence - Early treatment drop-out - Drug abuse.

---

un tercio de los pacientes abandonaron el tratamiento antes de su finalización (5).

Si bien existen varios estudios difíciles de comparar metodológicamente, se ha podido concluir que en el caso de dependencia a opiáceos, los programas libres de droga tienen una más elevada tasa de abandono que los programas de mantenimiento con metadona. Al mismo tiempo, las tasas de abandonos en los tratamientos de adicción a cocaína son superiores a los de otras sustancias como el alcohol y los opiáceos (6).

Numerosos estudios extranjeros han obtenido resultados que relacionan el abandono prematuro del tratamiento con una mayor probabilidad de recaída, y el mantenimiento en el mismo con un mejor pronóstico y mejores resultados independientemente del programa. Por tanto, la eficacia de un tratamiento de drogadicción está altamente correlacionada con la retención del paciente en el mismo (7, 8).

Por otro lado, cuando se analizan variables que pueden modificar la tasa de retención de los pacientes en los tratamientos, los resultados son dispares y se las suelen dividir en dos grandes grupos. Las variables dependientes del paciente y las dependientes del programa siendo, aparentemente, estas últimas las más fuertemente relacionadas con la tasa de retención (9).

Las variables que dependen del paciente no parecen tener gran relevancia en modificar la tasa de retención a excepción de la severidad de la adicción (9, 10).

En cuanto a las variables que dependen de los programas, en los últimos 30 años en muchos países ha virado la modalidad y los objetivos de los programas, desde objetivos abstencionistas o de remisión total del consumo a objetivos enfocados en la reducción del daño o remisión parcial. Las variables dependientes del programa que mejoran la tasa de retención están relacionadas con la intensidad del tratamiento siendo mejores los programas residenciales que los ambulatorios. A su vez, estos últimos mejoran los resultados en la medida que se incrementa la intensidad del programa: con la inclusión de sesiones individuales, grupales y familiares, con la introducción de terapias farmacológicas combinadas con las psicológicas, y con la incorporación de terapias de incentivo a los tratamientos estándar cognitivo conductuales en dependientes a cocaína (6, 9, 11).

Sin embargo, la mayoría de estos estudios se han realizado en países socioculturalmente diferentes al nuestro y no deben ser extrapolados linealmente, poseen variables particulares dependiente de los pacientes o el medio, como es la accesibilidad al dispositivo, las expectativas de mejoras en la calidad de vida, las drogas de preferencia que motivan la consulta y variables dependientes de los programas de tratamiento también diferentes, como los programas con elevada predominancia de terapias cognitivo conductuales, manejo de contingencias o terapia de incentivos, en contraposición con las terapias con fuerte influencia psicoanalítica predominantes en nuestro medio. Por lo tanto creemos imprescindible comenzar a evaluar y mensurar nuestra propia experiencia en el tratamiento de las adicciones y poder, ahora sí, cotejarla con otros centros regionales.

## Objetivo general

Evaluar la continuidad en el tratamiento de los pacientes que realizaron su primera consulta por consumo de sustancias al dispositivo de tratamiento ambulatorio de la División Toxicología del Hospital J. A. Fernández durante el año 2012.

## Objetivos específicos

Comparar continuidad del tratamiento según la droga que motivó la consulta.

Comparar edad y género de los pacientes que consultaron, según el tipo de droga consumida.

Comparar edad y género de los pacientes que consultaron, según fueran o no admitidos en el dispositivo de tratamiento ambulatorio.

## Materiales y métodos

Se efectuó un diseño retrospectivo, observacional, longitudinal y analítico.

Los test estadísticos utilizados fueron Chi cuadrado ( $X^2$ ) para comparar datos categóricos, Test T de Student y prueba de Mann Whitney para comparar datos cuantitativos, y regresión logística múltiple para determinar variables predictoras de admisión. Los programas utilizados fueron Statistix 2.0 y Epi info 6.04.

Se revisaron todas las historias clínicas (HC) de los pacientes que realizaron su primera consulta por consumo problemático de sustancias (CPS) y tabaco (TBQ) en Consultorio Externo de División Toxicología del Hospital J. A. Fernández durante el año 2012, incluyendo las HC de los pacientes que ingresaron en forma directa a la Sala de desintoxicación. Se obtuvo un total de 843 HC. El muestreo fue consecutivo.

De las 632 (75%) HC recolectadas por CPS se consignaron los siguientes datos: la edad, el sexo y la/las drogas que motivaron la consulta según fuera considerado por los profesionales intervinientes en cada caso. Luego se las dividió en dos subgrupos: las HC de los pacientes que fueron admitidos dentro del dispositivo ambulatorio 418 (66%), y las HC de los pacientes que fueron derivados 214 (34%) a otros dispositivos.

Del subgrupo de admitidos en el dispositivo ambulatorio, se recolectaron además de los datos sociodemográficos, se recolectaron además de los datos sociodemográficos mencionados: el número de consultas efectuadas, la duración del tratamiento expresado en meses y la existencia de derivaciones ulteriores a la admisión.

Los dispositivos a los que fueron derivados los pacientes fueron clasificados en:

- Comunidad Terapéutica, 87 (41%)
- Derivación a otras instituciones ya sea pública, privada u obra social, 69 (32%)
- Sala de Desintoxicación, 57 (27%).

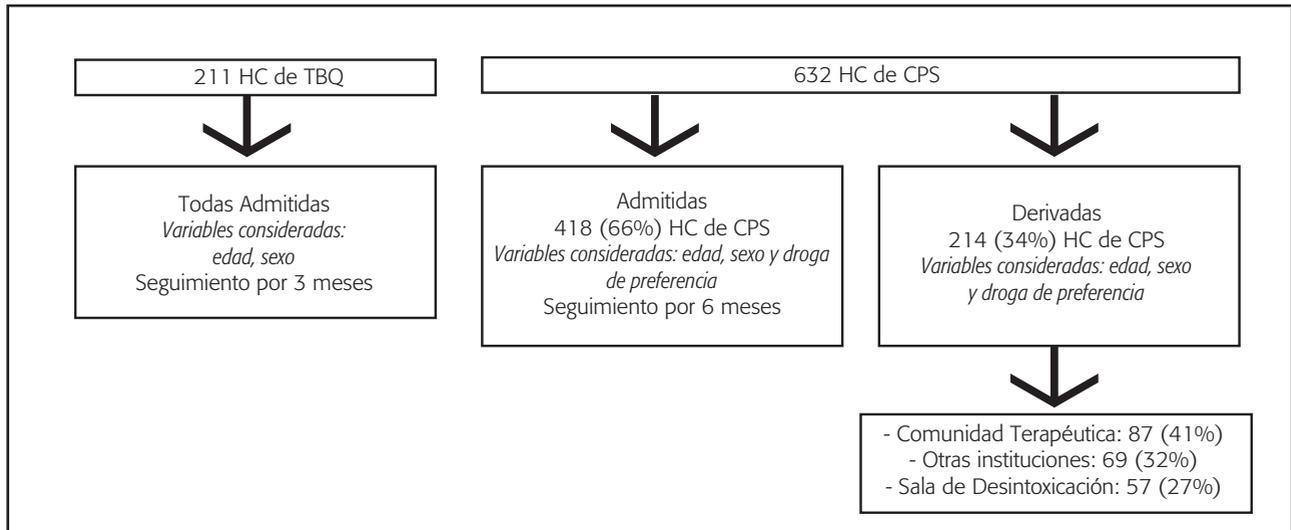
De las 211 HC recolectadas por consumo de tabaco se consignó la edad, el sexo, número de consultas y tiempo total de tratamiento. En este caso todos los pacientes que concurren para cesación tabáquica fueron considera-

dos admitidos ya que el dispositivo de tratamiento así lo permite, a su vez contempla una menor duración del tratamiento (3 meses) y no cuenta con equipo interdisciplinario (ver Figura 1).

En ambos grupos se consideró como criterio de conti-

nuidad del tratamiento cuando hubiera en la HC registro de 2 o más controles dentro del primer mes, y a partir del segundo mes de seguimiento cuando hubiera 1 o más registros de asistencia a un turno programado dentro de cada mes.

**Figura 1.** Recolección de datos.



**Resultados**

*Sociodemográficos*

Existen diferencias en la distribución por sexo y género entre los grupos de CPS y TBQ. El grupo de HC de tabaquismo presentó predominio del sexo femenino 124 (59%) sobre el masculino 87 (41%), y posee una mayor edad media (Media ± ES 48.95 ± 0.85 años); a diferencia del grupo de HC con CPS que posee predominio del sexo masculino 505 (80%) sobre el femenino 127 (20%) y una menor edad media (Media ± ES 33.23 ± 0.48 años).

Dentro del grupo de CPS existen diferencias significativas en la edad al momento de la consulta en los diferentes subgrupos según la droga de preferencia (en todos los casos  $p < 0.05$ ). Siendo de menores edades medias los pacientes con consumo exclusivo de marihuana (THC) y PACO (pasta base de cocaína) con  $21.88 \pm 1.80$  años y  $26.63 \pm 0.97$  años respectivamente, luego los de consumo exclusivo de cocaína con  $32.83 \pm 0.81$  años y finalmente, los de mayor edad media, los de consumo exclusivo de alcohol con  $44.89 \pm 0.93$  años. (Test T) (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Edades al momento de la consulta.

	<b>Edad ± ES</b>	<b>Resultados</b>
<i>Alcohol vs cocaína</i>	$44.89 \pm 0.93$ vs $32.83 \pm 0.81$	t (279): 9.7; $p < 0.001$
<i>Alcohol vs marihuana</i>	$44.89 \pm 0.93$ vs $21.88 \pm 1.80$	t (171): 9.61; $p < 0.001$
<i>Cocaína vs marihuana</i>	$32.83 \pm 0.81$ vs $21.88 \pm 1.80$	t (136): 5.65; $p < 0.001$
<i>Alcohol vs PACO</i>	$44.89 \pm 0.93$ vs $26.63 \pm 0.97$	t (199): 13.55; $p < 0.001$
<i>Cocaína vs PACO</i>	$32.83 \pm 0.81$ vs $26.63 \pm 0.97$	t (190): 4.87; $p < 0.001$
<i>Marihuana vs PACO</i>	$21.88 \pm 1.80$ vs $26.63 \pm 0.97$	t (102): 2.37; $p: 0.02$

*Edad y género como predictores de admisión en regresión logística multivariada en el grupo de CPS*

A su vez, en el grupo de CPS no se halló diferencias significativas en la edad (Test T y Mann Whitney) y el

género ( $X^2$ ) de los que fueron admitidos a tratamiento ambulatorio y los que no. No se encontraron como predictores para la admisión al tratamiento ambulatorio ni la edad ni el género de los pacientes (Regresión logística múltiple) (ver Tablas 2 y 3).

**Tabla 2.** Edad y género en admitidos y no admitidos en el grupo de CPS.

	<b>Global</b>	<b>Admitidos</b>	<b>No admitidos</b>	<b>p</b>
<b>N</b>	632	418	214	--
Edad Media $\pm$ ES	33.23 $\pm$ 0.48	33.57 $\pm$ 0.57	32.57 $\pm$ 0.86	0.32 (Test T) Valor T: -0.98 GL: 630
IC 95	32.29; 34.18	32.44; 34.71	30.87; 34.27	--
Edad Mediana $\pm$ MAD	32.00 $\pm$ 9.00	32.00 $\pm$ 8.00	32.00 $\pm$ 10.00	0.26 (M Whitney) Valor: 1.124
Género	Varones 505 Mujeres 127	Varones 326 Mujeres 92	Varones 179 Mujeres 35	0.09 (X <sup>2</sup> ) Chi cuadrado: 2.82

**Tabla 3.** Predictores de admisión en regresión logística multivariada en el grupo de CPS.

<b>Variable</b>	<b>Wald</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95</b>
Mayor edad	0.89	0.37	1.01	0.99; 1.02
Género	1.62	0.10	0.70	0.46; 1.08

#### *Distribución de drogas que motivaron la consulta en el grupo de CPS*

Al evaluarse la distribución por droga que motivó la consulta, se observó que el alcohol seguido por la cocaína siguen siendo las drogas que más motivan las consultas por consumo de sustancias. El consumo exclusivo de alcohol representó el 23.42% de las consultas, y el exclusivo de cocaína el 17.88%, seguido por el consumo exclusivo de PACO con el 12.05%. A su vez la cocaína más el alcohol constituyeron la asociación más frecuente representando el 12.02% de las consultas (ver Tabla 4).

#### *Comparaciones de admisión o no por las drogas puras más frecuentes*

Para evaluar si los pacientes que consumen ciertas sustancias fueron más frecuentemente admitidos que otros, se comparó el porcentaje de HC admitidas con las no admitidas al dispositivo ambulatorio según el tipo de droga pura, sin asociación, que motivó la consulta. Se observaron diferencias significativas en el porcentaje de pacientes admitidos por consumo de PACO (42%), siendo éstos menos admitidos que los que consultaron por cocaína (73%), THC (88%), o alcohol (65%) ( $p < 0.001$  en las 3 comparaciones). No siendo significativa la diferencia del porcentaje de pacientes admitidos con consumo de alcohol con los de consumo de THC ( $p = 0.02$ ) aplicando la corrección de Bonferroni (herramienta para ajustar los resultados estadísticos en comparaciones múltiples). No se encontró diferencias en el porcentaje de admitidos

entre los que consultaron por alcohol y cocaína, ni entre la cocaína y la THC (ver Tabla 5).

#### *Continuidad de tratamiento global y comparaciones según tipo de droga*

La continuidad de tratamiento global en el grupo de CPS fue de 45%, 22% y 10% al 1°, 3° y 6° mes respectivamente; y de 38% y 9% al 1° y 3° mes en el grupo de TBQ, existiendo una mayor continuidad de tratamiento hasta el 3° mes de seguimiento en el grupo de CPS ( $p < 0.001$ ).

Dentro del grupo de CPS, los pacientes con consumo exclusivo de alcohol (N=96) fueron los que presentaron mayor continuidad en el tratamiento (18% continuó en tratamiento al 6° mes), siendo esta diferencia estadísticamente significativa con el subgrupo que reúne al resto de las drogas (N=322), donde el 8.7% continuó en tratamiento al 6° mes ( $p = 0.02$ ). Lo mismo se evidenció al compararlos con los pacientes con consumo combinado de 2 o más drogas (N=171) donde el 9% continuó en tratamiento al 6° mes ( $p = 0.04$ ), y con los pacientes con consumo exclusivo de PACO (N=32) donde ningún paciente continuó al 6° mes ( $p = 0.01$ ) (ver Tablas 6 y 7).

#### **Discusión**

Si bien los pacientes que consultaron por consumo exclusivo de alcohol fueron más frecuentemente admitidos y tienen una edad promedio mayor al momento de la consulta (44.89  $\pm$  0.93) que los pacientes que consultan por PACO (26.63  $\pm$  0.97) o THC (21.88  $\pm$  1.80), la mayor edad no se halló como predictiva para

**Tabla 4.** Distribución de drogas que motivaron la consulta en el grupo de CPS.

<b>Droga</b>	<b>Total (N=632)</b>	<b>No admitido</b>	<b>Admitido</b>
Alcohol	148 (23.42%)	52	96 (65%)
Cocaína	113 (17.88%)	30	83 (73%)
PACO	79 (12.5%)	46	33 (42%)
THC	25 (3.96%)	3	22 (88%)
Opioides	10 (1.58%)	1	9 (90%)
Benzodiazepinas	7 (1.11%)	2	5 (71%)
Pegamento	1 (0.16%)	1	0 (0%)
Alcohol + THC	17 (2.7%)	5	12 (71%)
Alcohol + benzodiazepinas + cocaína	3 (0.5%)	2	1 (33%)
Cocaína + alcohol	76 (12.02%)	22	54 (71%)
Cocaína + THC	35 (5.53%)	10	25 (71%)
Cocaína + THC + alcohol	7 (1.11%)	1	6 (86%)
Cocaína + benzodiazepina	3 (0.5%)	1	2 (67%)
PACO asociado a otras sustancias	52 (8.22%)	20	32 (62%)
PACO + THC	6 (0.95%)	6	0 (0%)
Opioides asociado a otras sustancias	3 (0.5%)	1	2 (33%)
Benzodiazepina + THC	3 (0.5%)	1	2 (33%)
Alcohol + THC + cocaína	23 (3.64%)	2	21 (91%)
Alcohol + THC + benzodiazepina	3 (0.5%)	2	1 (67%)
Benzodiazepina + alcohol	5 (0.79%)	1	4 (80%)
Cocaína + THC + benzodiazepina	2 (0.31%)	1	1 (50%)
Pegamento + THC	2 (0.31%)	2	0 (0%)
Pegamento + benzodiazepina	1 (0.16%)	1	0 (0%)
Pegamento + THC + cocaína	1 (0.16%)	1	0 (0%)
Extasis asociado a otras sustancias	5 (0.79%)	0	5 (100%)
LSD + THC	2 (0.31%)	0	2 (100%)

**Tabla 5.** Comparación de porcentaje de pacientes admitidos según tipo de droga pura que motivó la consulta.**a) Global**

	<b>Alcohol</b>	<b>Cocaína</b>	<b>Marihuana</b>	<b>PACO</b>
Admitido	96	83	22	33
No admitido	52	30	3	46

$\chi^2(3)=27.6; p<0.001.$

**b) Comparación entre drogas**

	<b>No admitido</b>	<b>Admitido</b>	<b>p (valor <math>\chi^2</math>*)</b>
Alcohol	52	96 (65%)	p=0.13
Cocaína	30	83 (73%)	$\chi^2=2.19$
Alcohol Marihuana	52 3	96 (65%) 22 (88%)	p: 0.02 $\chi^2=5.28$

Cocaína	30	83 (73%)	$p=0.12$
Marihuana	3	22 (88%)	$X^2=2.38$
Alcohol	52	96 (65%)	$p<0.001$
PACO	46	33 (42%)	$X^2=11.20$
Cocaína	30	83 (73%)	$p<0.001$
PACO	46	33 (42%)	$X^2=19.51$
Marihuana	3	22 (88%)	$p<0.001$
PACO	46	33 (42%)	$X^2=16.29$

\* Corrección de Bonferroni. Dado que se han realizado 6 comparaciones donde se establece como punto de corte de probabilidad el valor 0.05, se divide el mismo por el número de comparaciones ( $0.05/6=0.008$ ). El p valor ajustado a Bonferroni es ahora 0.008.

**Tabla 6.** Continuidad de tratamiento en el grupo de TBQ y de CPS.

	TBQ	CPS	Alcohol	CPS sin OL	Cocaína	THC	Opioide	BZD	PACO	Combinaciones
<b>Inicio</b>	211	418	96	322	83	22	9	5	32	171
<b>Mes 1</b>	80 (38%)	190 (45%)	45 (47%)	145 (45%)	41 (49%)	6 (27%)	5 (56%)	4 (80%)	9 (28%)	80 (47%)
<b>Mes 3</b>	19 (9%)	94 (22%)	32 (33%)	62 (19%)	20 (24%)	3 (14%)	1 (11%)	1 (20%)	4 (12%)	33 (19%)
<b>Mes 6</b>	--	45 (10%)	17 (18%)	28 (8.7%)	9 (11%)	2 (9%)	1 (11%)	--	--	16 (9%)

**Tabla 7.** Continuidad de tratamiento comparativa según tipo de droga (al último mes de seguimiento).

	Inicio	Mes 1	Mes 3	Mes 6	p (valor $X^2$ )
<b>CPS</b>	<b>418</b>	190 (45%)	94 (22%)	No se comparó	$p<0.001$ $X^2=12.54$
<b>Tabaco</b>	<b>211</b>	80 (38%)	19 (9%)		
<b>Alcohol</b>	<b>96</b>	45 (47%)	32 (33%)	17 (18%)	$p=0.02$
<b>CPS sin OL</b>	<b>322</b>	145 (45%)	62 (19%)	28 (8.7%)	$X^2=4.8$
<b>Alcohol</b>	<b>96</b>	45 (47%)	32 (33%)	17 (18%)	$p=0.19$
<b>Cocaína</b>	<b>83</b>	41 (49%)	20 (24%)	9 (11%)	$X^2=1.27$
<b>Alcohol</b>	<b>96</b>	45 (47%)	32 (33%)	17 (18%)	$p=0.32$
<b>THC</b>	<b>22</b>	6 (27%)	3 (14%)	2 (9%)	$X^2=0.75$
<b>Cocaína</b>	<b>83</b>	41 (49%)	20 (24%)	9 (11%)	$p=0.81$
<b>THC</b>	<b>22</b>	6 (27%)	3 (14%)	2 (9%)	$X^2=0.05$
<b>Alcohol</b>	<b>96</b>	45 (47%)	32 (33%)	17 (18%)	$p=0.01$
<b>PACO</b>	<b>32</b>	9 (28%)	4 (12%)	--	$X^2=5.45$
<b>THC</b>	<b>22</b>	6 (27%)	3 (14%)	2 (9%)	$p=0.08$
<b>PACO</b>	<b>32</b>	9 (28%)	4 (12%)	--	$X^2=2.77$
<b>Cocaína</b>	<b>83</b>	41 (49%)	20 (24%)	9 (11%)	$p=0.05$
<b>PACO</b>	<b>32</b>	9 (28%)	4 (12%)	--	$X^2=3.38$
<b>Alcohol</b>	<b>96</b>	45 (47%)	32 (33%)	17 (18%)	$p=0.08$
<b>Combinaciones</b>	<b>171</b>	80 (47%)	33 (19%)	16 (9%)	$X^2=3.03$
<b>Cocaína</b>	<b>83</b>	41 (49%)	20 (24%)	9 (11%)	$p=0.70$
<b>Combinaciones</b>	<b>171</b>	80 (47%)	33 (19%)	16 (9%)	$X^2=0.11$
<b>THC</b>	<b>22</b>	6 (27%)	3 (14%)	2 (9%)	$p=0.96$
<b>Combinaciones</b>	<b>171</b>	80 (47%)	33 (19%)	16 (9%)	$X^2=0.00$
<b>PACO</b>	<b>32</b>	9 (28%)	4 (12%)	--	$p=0.07$
<b>Combinaciones</b>	<b>171</b>	80 (47%)	33 (19%)	16 (9%)	$X^2=2.95$

la admisión o no al dispositivo ambulatorio. Tampoco se encontró al género como valor predictivo para la admisión.

El grupo de consumo de tabaco presentó una menor continuidad en el tratamiento a los 3 meses que el grupo de CPS. Nuestra hipótesis es que esto está directamente vinculado a que, como consta en la literatura, el éxito terapéutico en el tratamiento del tabaquismo es menor al de la adicción a otras sustancias (12).

La continuidad de tratamiento en el grupo de CPS fue de 45%, 22% y 10% al 1°, 3° y 6° mes respectivamente, y se muestra más baja que algunas halladas en la literatura de otros países con diferentes programas de tratamiento. Por lo tanto, nos planteamos que incorporar al dispositivo ambulatorio terapias grupales y familiares, además de las individuales, tratamiento de mantenimiento con metadona en dependientes a opiáceos y terapias de incentivos en dependientes a cocaína, entre otras reformas, podrán mejorar la tasa de continuidad del tratamiento.

Dentro del grupo de CPS, los pacientes con consumo exclusivo de alcohol fueron los que presentaron mayor continuidad en el tratamiento (18% al 6° mes) siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

En cuanto a la más baja permanencia en el dispositivo ambulatorio de los pacientes con consumo de PACO en comparación con otras sustancias, posiblemente está relacionada con la gravedad de la dependencia que esta sustancia desencadena. A su vez, la menor continuidad no ha sido demostrada con diferencias estadísticamente significativas con sustancias como la cocaína, posiblemente por el tamaño de la muestra (ver Tabla 7).

En el caso particular de pacientes con consumo de opiáceos (N=9), la muestra fue pequeña pero como lo mencionamos con anterioridad, en la fecha del estudio nuestro abordaje era de carácter fundamentalmen-

te abstencionista, con reducción de la dosis sustitutiva de opiáceos a corto plazo; consideramos que el nuevo abordaje orientado a la reducción de daño con terapia de mantenimiento con opiáceos a largo plazo puede no sólo aumentar la continuidad del tratamiento sino la demanda del mismo.

#### *Limitaciones del estudio*

El estudio es retrospectivo, no analiza resultados en el sentido de remisión total o parcial de consumo sino continuidad en el tratamiento. A su vez, el tamaño de la muestra en algunos grupos de preferencia de drogas no permite realizar análisis estadísticos significativos.

Sin embargo, ante la escasez de datos locales, lo creemos indispensable como estudio base para diseñar otros acuerdos a nuestras posibilidades que permitan elaborar y analizar las más eficientes estrategias dirigidas a mejorar la tasa de retención de los pacientes que consultan en los hospitales públicos y, con ello, los resultados terapéuticos.

#### **Conclusión**

En éste estudio, la continuidad de tratamiento en el dispositivo ambulatorio a los 3 y 6 meses se muestra más baja que algunas halladas en la literatura, pero reproduce la conocida menor continuidad en consumidores de cocaína o pasta base en contraposición con otras sustancias como el alcohol. Consideramos que en los últimos años se ha iniciado un cambio del paradigma en la estrategia de tratamiento de las adicciones que debemos acompañar, desde una orientación abstencionista hacia una de reducción de daño, lo cual seguramente modificará no sólo la continuidad de tratamiento sino también la demanda del mismo ■

## **Referencias bibliográficas**

- O'Malley JE, Anderson WH, Lazare A. Failure of outpatient treatment of drug abuse: I. Heroin. *Am J Psychiatry* 1972 Jan; 128 (7): 865-8.
- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid).
- Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones* 2000; 12(3): 353-363.
- Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological* 1975; 5: 738-783.
- Dutra L, Stathopoulou L, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. Meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 179-187.
- García-Rodríguez O, Secades-Villa R, Álvarez-Rodríguez H, Río-Rodríguez A, Fernández-Hermida JR, Carballo JL. Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema* 2007; 19 (1): 134-139.
- Albiach-Catalá C, Llinares-Pellicer M, Palau-Muñoz C, Santos-Diez P. Adherencia en heroínómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento. *Adicciones* 2000; 12 (2): 225-234.
- Vaillant GE. A twenty-year follow-up of New York narcotic addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 237-241.
- Secades-Villa R, Benavente MY. Predictores de la retención en una comunidad terapéutica para drogodependientes. *Adicciones* 2000; 12 (3): 365-371.
- Sánchez-Hervás E, Secades-Villa E, Santonja-Gómez F, Zacares-Romaguera F, García-Rodríguez O, Yanez ME. Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones* 2010; 22 (1): 59-64.
- Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema* 2001; 13 (3): 365-380.
- Alamo C, López-Muñoz F, Cuenca E. Abordaje farmacológico de las recaídas en las adicciones. *Adicciones* 2000; 12 (4): 527-539.