

**FACTORES PREDICTIVOS DE LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO AMBULATORIO DE CONDUCTAS ADICTIVAS**



**Autora: Morales Moreno, Adoración**

**Tutor: Carballo Crespo, Jose Luis**

**Master Universitario en Psicología General Sanitaria.**

**Universidad Miguel Hernández**

**Año 2015-2016**

Resumen: La alta tasa de abandono en los programas de tratamiento en el ámbito de las drogodependencias sigue siendo un problema frecuente, aún habiéndose producido cambios en ellos para favorecer la adherencia. El objetivo de este estudio fue investigar si existen diferencias significativas entre el grupo que abandona y el grupo que se mantiene en tratamiento, en variables sociodemográficas, de consumo y de cambio. Para ello, se ha evaluado a 30 pacientes de una Unidad de Conductas Adictivas, de los cuales 18 pertenecen al grupo que abandona y 12 al grupo que se mantiene en tratamiento. Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre los grupos, si bien sí se encuentran variables predictoras para el mantenimiento del tratamiento.

Abstract: The high abandonment rate in treatment programs of drug addiction remains a common problem, even having produced changes to promote adhesion. The aim of this study was to investigate the significant differences between the group the group that gives up and the group leaves remains in treatment, in sociodemographic variables, consumption and exchange. For this purpose, it has evaluated 30 patients of a Department of Adictive Behavior, of which 18 belong to the group of abandonment and 12 to the group of treatment. The results showed that there were no real significant differences between groups, although other variables are predictors for maintenance treatment.

Palabras clave: Conductas adictivas, tratamiento ambulatorio, adherencia al tratamiento, variables predictoras.

## **Introducción**

El uso y consumo de sustancias tóxicas es un hecho que acompaña al ser humano desde sus inicios en la historia, aunque en España surge como un fenómeno relativamente reciente, brotando la gran problemática de la gran demanda social de

ayuda contra la droga en la década de los 80 (De la Fuente, Brugal, Domingo-Salvany, Bravo, Neira-León y Barrio, 2006). Si bien actualmente, la situación y patrón de consumo ha sufrido modificaciones relativamente esperanzadoras, tanto en España como en Europa, palpándose con un descenso en el consumo de heroína sobre todo por vía parenteral, favoreciendo así el decaimiento de riesgos para la salud como puede ser los contagios de enfermedades crónicas (OEDT, 2013), la prevalencia del consumo de sustancias tóxicas sigue siendo elevada, observándose un aumento desde el año 1995 a 2011 en el uso de drogas al menos una vez en la vida en población de 16 a 64 años, destacando la cocaína en polvo y el cannabis como drogas ilegales, y el tabaco y alcohol como drogas legales (OEDT, 2013), además de hallar un nuevo reto al aparecer un abuso en el consumo de medicamentos recetados (UNODC, 2013).

Por todo ello, se sigue considerando los trastornos adictivos como una de las consecuencias que generan mayores costes personales, familiares, sociales y de salud, reconociéndose como enfermedad común (Romo-González y Larralde, 2013; Sánchez Hervás, 2004).

Es por ello, que el ámbito de la asistencia ha luchado por avanzar y evolucionar, ofertando actualmente mayor diversidad de tratamientos, donde el trabajo multidisciplinar, los nuevos fármacos y programas terapéuticos son la base para proporcionar una atención lo más individualizada posible. Sería de esperar entonces, que una vez iniciado el tratamiento, los resultados fueran exitosos, se consiguieran los objetivos propuestos y la no recaída. Desgraciadamente, la realidad no se ajusta a dicha pretensión, encontrando que si bien la búsqueda de inicio al tratamiento se puede considerar un acto relativamente habitual, cifrándose en 50.281 el número de admisiones a tratamiento por drogas en España sólo en 2011 (OEDT, 2013), el mantenimiento de una conducta de adhesión a éste y las pautas a cumplir, es el mayor

desafío a alcanzar hoy por hoy.

La alta tasa de abandono, es por tanto un problema en el ámbito de la drogodependencia, siendo precisa la identificación de causas de riesgo y predictores que ayuden a conseguir el éxito.

Algunos estudios muestran la importancia de variables relacionadas con la gravedad de la adicción (Sánchez-Hervás, Secades-Villa, Santonja, Zacarés, García-Rodríguez, Martín, Calatayud y García, 2010), teniendo capacidad predictiva y explicando parte importante de la varianza del abandono. Además, el patrón de uso y la sustancia consumida, fueron capaces de predecir la adherencia al tratamiento ambulatorio de pacientes adultos, así como variables sociodemográficas como la raza, el sexo, la situación laboral (Craig y Olso, 2004; McCaul, Svikis, y Moore, 2001).

Al mismo tiempo, parece jugar un papel importante la psicopatología en la no culminación del tratamiento, encontrando menos permanencia en comunidades terapéuticas, menor relevancia de cambios clínicos, menor porcentaje de altas terapéuticas y mayor tasa de abandono de tratamiento (Gunderson, 2002; Martínez-González, Graña y Trujillo, 2008; Vergara-Moragues, González, Lozano, Fernández, Verdejo, Betanzos, Bilbao y Pérez, 2013).

Asimismo, conceptos como la autoeficacia, las habilidades de afrontamiento y la percepción sobre la capacidad de actuar y conseguir el éxito, son factores relacionados con el nivel de motivación y expectativas del sujeto (Bandura, 1982), siendo la creencia de éxito y auto percepción, un elemento determinante en la conducta de la persona, empujando y facilitando el inicio y mantenimiento de ésta (Bandura, 1982; Marlatt, 1985). Por tanto, en el ámbito de la drogodependencia se podría entender la autoeficacia como el componente que ayuda a iniciar, mantener y cambiar la conducta adictiva, entendiéndose que una baja autoeficacia induce a mostrar un repertorio más escaso en

conductas incompatibles con el consumo y se relaciona con una mayor probabilidad de recaída (El feddali, Bolman, Candel, Wiers y DeVries, 2012). Un concepto relacionado con el anterior es la confianza situacional, que se podría entender como la capacidad de evitar, reducir o controlar la conducta en situaciones de tentación y contextos específicos. Concepto a tener en cuenta ya que además la oportunidad y tentación de consumo se consideran condición necesaria en el inicio de conductas como la experimentación, consumo y/o recaída (Ruiz Torres, Icaza y Elena, 2014) y si tenemos en cuenta que Europa es un importante destino de sustancias psicoactivas, donde dos tercios del total de las incautaciones del año 2012 correspondían a España y Reino Unido (OEDT, 2013), se considera un importante factor de riesgo.

Según López-Torrecillas, para conseguir un tratamiento lo más individualizado, sería preciso evaluar ambos conceptos de forma independiente, donde la autoeficacia da información sobre las creencias propias de capacidad de manejo de las situaciones, y la evaluación de la confianza situacional y habilidades de afrontamiento daría información sobre la percepción de capacidad de control ante situaciones de riesgo de consumo (López-Torrecillas, Salazar, García-Retamero y Martínez, 2015).

Del mismo modo, es importante y alentador saber que la autoeficacia es un concepto que evoluciona durante el transcurso del tratamiento, según se adquieren habilidades de afrontamiento, contribuyendo a una posible reducción del consumo y aumento de la adherencia (Litt, Kadden y Petry, 2013). Por otro lado, otros estudios ponen en relevancia la importancia del deseo de consumir (craving) y la autoeficacia, relacionando un alto nivel de craving con una baja autoeficacia percibida (Berndt et al. 2013).

Otros estudios han puesto en relevancia las creencias y motivo de solicitud del tratamiento como variable importante a la hora de tener una mejor o peor retención al

tratamiento, encontrando que pacientes que inician el tratamiento debido a presiones (motivación externa) muestran una respuesta al tratamiento más pobre (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller, Pulliam, 2003; Deci y Ryan, 2002). Sobre esta línea, se observa que la meta-objetivo que el propio usuario asume sobre una preferencia por la abstinencia total o por la no abstinencia (por ejemplo un consumo controlado), influye en la adherencia, encontrando además que la meta-objetivo de abstinencia total se da en mayor proporción en personas cuya conducta adictiva les haya ocasionado más consecuencias negativas (Adamson, Heather, Morton y Paistrick, 2010; Burjarski, O'Malley, Lunny, y Ray, 2013; DeMartini et al. 2014).

Otra línea de estudios, explica la falta de adherencia por causas externas a la persona, como factores relacionados con el tratamiento y la oferta de servicios (García-Rodríguez et al., 2007), la alianza terapéutica (Patkar, et al., 2004), el pertenecer a grupos de autoayuda, las tareas para casa (Carroll, Nich, y Ball, 2005), entre otras, promoverán y facilitarán el mantenerse en tratamiento o abandonarlo.

Según todo lo expuesto, múltiples factores mediarían en la conducta de adherencia y éxito en el tratamiento sobre drogas, tanto del mismo paciente como externas a éste, en consonancia, el objetivo de nuestro estudio es evaluar variables sociodemográficas, de consumo y de cambio, que puedan tener relación con una mayor adherencia al tratamiento ambulatorio de sustancias tóxicas, y con ello, contribuir a la hora de planificar el tratamiento.

## **Método**

### **Participantes**

La muestra de estudio fue extraída de forma aleatoria del total de pacientes que acudían a la UCA. Los criterios de inclusión fueron: a) ser mayor de 18 años. b) que iniciaran

por primera vez el tratamiento o se tratara de un reinicio, entendiéndose como el haber estado en tratamiento previamente, pero tras un periodo de abandono retomar el tratamiento. c) que el inicio del tratamiento sea igual o inferior a 2 meses previos a la entrevista.

El total de pacientes incluidos en la muestra fue de 30, siendo el 83,3% hombres y 16,7% mujeres. La edad media de los participantes fue de 33,7 años (8,032), encontrando para los hombres una edad media de 33,48 años (8,16) y para las mujeres de 38,8 años (6,221).

#### Variables e instrumentos

- *Variables sociodemográficas*: Se empleó una entrevista semiestructurada de elaboración propia con preguntas elaboradas ad hoc, con un total de 13 ítems donde se recoge información sobre características personales de la muestra, como el sexo, la edad, situación laboral y económica, familiar, entre otras.

- *Motivo de demanda de tratamiento*: durante la entrevista semiestructurada de elaboración propia, se recoge el motivo subjetivo del propio paciente que le lleva al inicio del tratamiento, como decisión propia, motivos familiares, judiciales u otros.

- *Historia y patrón de consumo*: Se utilizó el Drug Use History Questionnaire DUHQ que evalúa mediante una tabla, la historia de uso de 11 drogas, recogiendo si ha existido consumo, la duración de éste, la vía, el último año consumido y la frecuencia de uso. El instrumento muestra buenas propiedades psicométricas, con una alta consistencia interna (Sobell, Kwan y Sobell, 1995),

- *Gravedad de la adicción*: se emplea los criterios diagnóstico de dependencia del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), consiste en un instrumento con una escala de respuesta dicotómica con opción “Sí o No” compuesto por un total de

10 ítems, cuantificándose con la suma del número de criterios que cumplen (Carballo et al. 2007).

- *Motivación al cambio*: para medir la motivación al cambio se empleó la regla de motivación al cambio, que mide la motivación y la confianza para el cambio. Se trata de una escala de medida análoga visual en forma de regla, que va del 0 “no estoy preparado para cambiar” al 10 “estoy completamente preparado para cambiar” (Sobell y Sobell, 2005).

- *Variables de autoeficacia*: Cuestionario breve de confianza situacional (BSCQ), es una versión breve de 8 ítems del instrumento SCQ (Curtis, Sobell, Sobell, Agrawal, 2000). Consta de ocho subescalas, que se derivan del Modelo de prevención de recaídas de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1985). Las respuestas se dan bajo una escala analógica visual (de 0 a 100) y se pregunta sobre el grado de confianza a resistir los impulsos de consumir en las situaciones que expone los ítems. BSCQ muestra un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,85 lo que indica un alto nivel interno de consistencia. Además, dicho instrumento mantiene una correspondencia aceptable con el SCQ-100 para la mayoría de las subescalas (Curtis, Sobell, Sobell y Agrawal, 2000).

- *Variables de estrategias de afrontamiento*: Inventario de habilidades de afrontamiento (CBI), es una adaptación en español del Inventario de habilidades de Afrontamiento de Litman (Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, 1983), compuesto por un total de 35 ítems, donde el propio paciente responde a ellos en una escala de respuesta de 4 categorías (Nunca, alguna vez, a menudo y normalmente) exponiendo las habilidades de afrontamiento que utiliza el sujeto para mantener la abstinencia. Consta de 4 factores bien diferenciados (pensamiento positivo, pensamiento negativo, distracción y evitación). Ha mostrado una buena consistencia interna y validez de constructo. Posee un coeficiente alfa=0,90.

- *Variables de adherencia al tratamiento*: se recogen mediante una entrevista con la psicóloga de la UCA, revisando el historial clínico de la muestra, recogiendo información sobre el mantenimiento del tratamiento o abandono, entendiéndose como abandono el no presentarse a dos citas seguidas con cualquier profesional de la UCA (tanto médico, psicólogo, trabajador social o enfermero).

- *Variables de abstinencia*: mediante la entrevista realizada con la psicóloga de la UCA, se analiza si ha dado positivo o negativo en la última prueba de tóxicos, realizada una vez por semana (lunes) siempre que los pacientes se mantengan en tratamiento y no falten a ninguna cita con ninguno de los profesionales, en caso contrario salen de la lista de analíticas y deben volver a solicitarlo.

#### Procedimiento

Este estudio se llevó a cabo en dos fases. En una fase inicial se realizó una entrevista con el equipo de profesionales que componen la UCA, lugar donde se desarrolló la investigación, con el fin de solicitar su consentimiento y explicar los objetivos, las variables a medir e instrumentos a utilizar, así como el procedimiento de selección de la muestra y la recogida de datos.

Las entrevistas y recogida de datos se llevaron a cabo por el mismo profesional, en un despacho localizado en la propia UCA, con una duración aproximada de 1 y ½ horas por participante.

En una segunda fase, y tras un periodo de un año y medio, se contactó de nuevo con la UCA para conocer la situación actual de la muestra, en relación a si los pacientes analizados se mantienen en tratamiento o por el contrario han abandonado, la duración en días que han permanecido en tratamiento y si hay un comportamiento de abstinencia en la última prueba de tóxicos analizada. Para ello, se mantuvo una entrevista con la

psicóloga de la UCA que informó mediante el historial clínico, sobre las variables abandono/en tratamiento y positivo/negativo (de la prueba de tóxicos en orina).

#### Tipo de diseño

Se trata de un diseño correlacional, ya que el objetivo general ha sido determinar los perfiles de los sujetos que componen ambos grupos (abandono/en tratamiento) y su relación con variables predictoras. Se trata de un estudio transversal con una única recogida de datos.

#### Análisis de los datos

Se llevaron a cabo análisis descriptivos y de frecuencias para describir las características de los participantes. Para comparar a los sujetos de los dos grupos (abandonan el tratamiento/se mantienen en tratamiento) se realizaron análisis bivariados (chi cuadrado para las variables categóricas y U de Mann-Whitney para las variables continuas). Se realizó un análisis de regresión logística para comparar el poder de clasificación de las variables de autoeficacia y habilidades de afrontamiento sobre el mantenimiento en el tratamiento.

Los análisis de los datos fueron realizados mediante el programa estadístico SPSS 20. El nivel de confianza utilizado es del 95%.

### **Resultados**

Del total de la muestra analizada, 12 se mantuvieron en tratamiento frente a 18 que abandonaron. La muestra estuvo compuesta en su mayoría por varones, de nacionalidad española, con una media de edad de 33,7 años (8,032), soltero y con un nivel de estudios medio. La convivencia suele ser en familia, tanto de origen como

propia, dándose en menor medida el vivir solo. La fuente de ingresos económicos suele ser por actividad laboral.

En la Tabla 1 se exponen los resultados encontrados en el análisis de variables sociodemográficas de ambos grupos, no encontrándose diferencias significativas en ninguna de ellas.

Tabla 1. Características sociodemográficas del grupo abandono y el grupo en tratamiento

	Abandono N=18	Tratamiento N=12	z	p
Edad	M(DT) 33,17 (8,375)	M(DT) 36,17(7,469)	-0,975	0,329
	% (n)	% (n)	$\chi^2$	p
Hombre	83,3 (15)	83,3 (10)	0,000	0,99
Mujer	16,7 (3)	16,7 (2)		
Español	94,4 (17)	100 (12)	0,690	0,406
<b>Situación civil</b>			0,641	0,726
Soltero	55,6 (10)	58,3 (7)		
Casado	27,8 (5)	16,7 (2)		
Divorciado	16,7 (3)	25 (3)		
<b>Nivel de estudios</b>			3,815	0,432
Sin estudios	11,1 (2)	25 (3)		
Primarios	33,3 (6)	41,7 (5)		
Secundarios/superiores	55,55 (10)	33,3 (4)		
Convivencia en familia	94,4 (17)	75 (9)	2,863	0,413
Solo	5,6 (1)	16,7 (2)		
Desempleo	38,9 (7)	50 (6)	4,872	0,301
<b>Fuente de Ingresos</b>			4,167	0,384
Actividad laboral	66,7 (12)	50 (6)		
Otros	33,3 (6)	33,3 (4)		
No ingresos	0 (0)	16,7 (2)		
Antecedente Familiar	50 (9)	66,7 (8)	0,814	0,367
Apoyo Familiar	66,7 (12)	75 (9)	0,238	0,626
<b>Motivación</b>			0,215	0,643
Propia	33,3 (6)	41,7 (5)		
Externa	66,7 (12)	58,3 (7)		

P<0,05\*

En la tabla 2 se exponen los resultados relacionados con el consumo, se observa que la sustancia principal consumida es la cocaína para ambos grupos (77,8% grupo abandono frente un 58,3% en el grupo tratamiento) y en la mayoría hay una conducta de policonsumo. Además se observa que no se ha realizado un periodo de abstinencia

previo al inicio del tratamiento en la mayoría de los sujetos que componen los dos grupos, así como que el 50% de sujetos del grupo que abandona no habían recibido tratamiento de deshabituación previo, frente al 41,7% del grupo en tratamiento.

Tabla 2. Diferencias en el patrón de consumo entre el grupo abandono y el grupo en tratamiento

	Abandono	Tratamiento	Z	P
	N=18	N=12		
	M (DT)	M (DT)		
Edad primer consumo	20,17 (7,987)	21,42 (6,388)	-0,574	0,566
Edad consumo habitual	24,33 (8,189)	26,50 (7,634)	-0,679	0,497
	% (n)	% (n)	$\chi^2$	P
Sustancia principal			2,569	0,463
Cannabis	11,1 (2)	8,3 (1)		
Cocaína	77,8 (14)	58,3 (7)		
Heroína	5,6 (1)	25 (3)		
Otros estimulantes	5,6 (1)	8,3 (1)		
No abstinencia previa al tratamiento	77,8 (14)	75 (9)	4,049	0,256
No tratamientos previos de deshabituación	50 (9)	41,7 (5)	0,635	0,728
<b>Núm. Sustancias</b>			0,366	0,947
1	38,9 (7)	33,3 (4)		
2 ó más	61,11 (11)	66,7 (8)		
Abuso	88,9 (16)	91,7 (11)	0,062	0,804
Dependencia	72,2 (13)	75 (9)	0,028	0,866
Abstinencia última muestra de orina	61,1 (11)	50 (6)	1,094	0,579

P<0,05\*

Asimismo, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables de consumo analizadas.

En la Tabla 3 se encuentran los datos obtenidos al comparar ambos grupos en las evaluaciones de variables de cambio.

En la regla de motivación al cambio, se observa que ambos grupos puntúan de forma similar en la preparación y confianza al cambio, no encontrando diferencias significativas en ninguna de las dos variables.

En autoeficacia, se da una puntuación de 81,35 en el grupo abandono y un 71,98 en el grupo en tratamiento, pero no se encuentran diferencias significativas en autoeficacia entre los grupos.

Por último, al medir las estrategias que utilizan para conseguir no consumir, se observa que en el grupo abandono hay mayores pensamientos negativos, y esta variable muestra diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 3. Variables de cambio

	Abandono N=18	Tratamiento N=12	Z	P
Autoeficacia total	81,354 (19,88)	71,98 (27,09)	-0,987	0,324
<b>Habilidades de afrontamiento</b>				
Pensamientos positivos	26,44 (6,345)	23 (7,274)	-1,343	0,179
Pensamientos negativos	16,56 (4,462)	13,17 (3,95)	-2,304	0,021*
Distracción	18,11 (6,842)	16,08 (5,76)	-1,170	0,242
Evitación	10,06 (4,621)	9,08 (3,895)	-0,936	0,349
<b>Regla de motivación</b>				
Preparado	8,72 (1,574)	8 (2,663)	-0,358	0,72
Confianza	8,58 (1,957)	7,38 (2,268)	-1,454	0,146

P<0,05\*

En base a lo encontrado en los resultados de variables de cambio, se realizó un análisis de regresión logística que incluye las habilidades de afrontamiento, la autoeficacia y confianza, encontrando un 73,3% de probabilidad de acierto a la hora de clasificar bien a las personas en el grupo de mantenerse en tratamiento, con un valor de R cuadrado de Nagelkerke de 0,447. Siendo significativo los valores para la ecuación de la regresión, la variable pensamiento negativo (OR 0,535; p 0,020) y evitación (OR 1,71; p 0,046) como variables predictoras de la pertenencia al grupo, donde si aumenta la variable pensamiento negativo disminuye la probabilidad de pertenecer al grupo que se mantiene en tratamiento, y un aumento de la variable evitación aumenta la probabilidad de pertenecer al grupo en tratamiento (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de regresión logística de las variables de cambio

	B	E.T	Wald	gl	P	OR	I.C de OR	
							Inf	Sup
Pensamiento positivo	-0,040	0,115	0,119	1	0,730	0,961	0,768	1,203
Pensamiento negativo	-0,625	0,268	5,435	1	0,020*	0,535	0,317	0,905
Distracción	0,003	0,115	0,001	1	0,979	1,003	0,801	1,256
Evitación	0,537	0,268	3,994	1	0,046*	1,710	1,010	2,894
Autoeficacia	0,02	0,026	0,009	1	0,925	1,002	0,952	1,055
Confianza	-0,284	0,284	0,998	1	0,318	0,753	0,431	1,314
Constante	6,820	3,037	5,043	1	0,025	916,410		

P&lt;0,05\*

## Discusión

El estudio analiza las posibles diferencias entre el grupo de pacientes que abandonan el tratamiento y el grupo que permanece en él, y así hallar posibles causas que estén relacionadas y/o faciliten la adherencia al tratamiento (Espada, Fernández y Laporte, 2012).

Ambos grupos responden a características sociodemográficas similares, sin encontrar diferencias significativas entre ellos, al igual ocurre en el patrón de consumo, por lo que según los resultados obtenidos en este estudio, no se puede concluir que dichas variables influyan en nuestra muestra en mantenerse en tratamiento o abandonar, al contrario de lo encontrado en otros estudios (Craig y Olso, 2004; García-Rodríguez et al., 2007; McCaul, Svikis, y Moore, 2001; Vergara-Moragues, González, Lozano, Fernández, Verdejo, Betanzos, Bilbao y Pérez, 2013).

Si bien se puede observar como la cocaína es la sustancia tóxica más consumida, lo que se ajusta a los datos proporcionados por el Observatorio Europeo de las Drogas y

las Toxicomanías (OEDT, 2013). Asimismo, se observa que en el grupo que permanece en tratamiento, hay más personas que consumen heroína. Esto podría tener relación con el hecho de que a mayor consecuencias negativas producidas por la droga, más posibilidad de mantenerse en tratamiento y abstinerente total (Laudet, 2007).

En ambos grupos se encuentran puntuaciones altas en las variables de cambio como la confianza, la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento. Esto llama la atención, ya que si se sigue la literatura revisada, la autopercepción unido a la utilización de estrategias de afrontamiento sería indicador de una evolución positiva del paciente y una marcada adherencia al tratamiento, pensando que mientras mayores sean las puntuaciones obtenidas en dichas escalas, mayor mantenimiento del tratamiento (Barragán, González, Medina-Mora, Velázquez, 2005), cosa que choca con lo obtenido en nuestros resultados, ya que aunque puntúan alto, sí se producen abandonos. Podría ser pues, que la persona tenga unas expectativas y autoeficacia alta al inicio del tratamiento, pero esto no ser suficiente, haciéndose especialmente importante que el paciente se vuelva un agente activo del propio proceso terapéutico, desarrolle modificaciones en los hábitos de vida cotidiana y conductas alternativas, ya que la motivación puede fluctuar, y ante situaciones de riesgo no desarrollar una actuación exitosa y provocar una recaída con la consiguiente sensación de fracaso y valoración de autoeficacia negativa, y finalmente abandono del tratamiento por una valoración subjetiva de fracaso (Annis, Davis, 1982; Salvador-Manzano, Ayesta, 2009). También mencionar, que si bien la motivación subjetiva indicada por los pacientes no muestran diferencias significativas, hay más sujetos con motivación por causas externas en el grupo que abandona.

Por otro lado, se tiende a relacionar el abandono del tratamiento con causas negativas y fracaso, un estudio discrepa con esta concepción, ya que analizada la causa

del abandono de forma directa con el paciente, se encontró que una alta proporción de los casos de abandono se debían a una evaluación positiva por parte del paciente, el cual consideraba que había alcanzado sus objetivos, experimentado una mejoría y por tanto no necesitaba más tratamiento (29%). Sólo el 22,6% de los abandonos se debían a una inadecuación del programa, encontrando que la causa mayor de abandono era la incompatibilidad con el trabajo o cambio de domicilio (32,3%) (Domínguez-Martín, et al, 2008), siendo este dato importante si tenemos en consideración que el horario de atención de la UCA, puede causar incompatibilidad con la jornada laboral.

Siguiendo en esta línea, una de las posibles limitaciones del presente estudio sería el no conocer la causa exacta del abandono del tratamiento, puesto que el paciente podría valorar que su intervención ha concluido al experimentar mejoría o conseguir sus propios objetivos, y no considerarse entonces el abandono como un fracaso del tratamiento y una falta de adherencia a este.

Además, el tamaño de la muestra es limitada y se recoge de una única UCA, lo que dificulta la generalización de los resultados a la población y afecta a la validez externa.

Otra limitación sería la que presenta la utilización de autoinformes, los cuales presentan problemas de validez, como puede ser la deseabilidad social, la influencia del nivel cultural o la tendencia de respuestas.

Asimismo, pese a las limitaciones del estudio y a no haber encontrado un perfil significativamente diferente entre el grupo de abandono y el grupo que se mantiene en tratamiento, los resultados extraídos son importantes al aportar información descriptiva de los pacientes que acuden a la UCA e información relevante para la práctica clínica, al explicar nuestro modelo un porcentaje alto de varianza y tener una alta probabilidad de acierto a la hora de clasificar bien a las personas en el grupo, siendo variables

predictoras de mantenerse en tratamiento, pensamientos negativos y evitación, donde a menos pensamientos negativos mayor probabilidad de mantenerse en tratamiento, y a mayor conducta de evitación mayor la probabilidad de mantenerse en tratamiento. Esto tiene relación con el modelo cognitivo-conductual, donde aspectos cognitivos y conductuales están interrelacionados y no basta sólo con la motivación y la cognición, sino que la persona tiene que realizar conductas y cambios en sus hábitos de vida para poder conseguir consecuencias exitosas y éstas a su vez influir en las cogniciones. El Modelo Transteorico de Cambio de Prochaska y DiClemente, propone que el proceso de cambio se da en tres dimensiones: estadios, procesos y niveles de cambio. Donde los estadios hacen referencia a etapas de motivación, y los procesos son conductas que tienen que producir y llevar a cabo para el abandono de la conducta adictiva (uso de estrategias de afrontamiento). Por su parte, el modelo de Prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, subraya la importancia del entrenamiento de estrategias de afrontamiento tanto conductuales como cognitiva, pues tras un periodo de abstinencia puede recaer al enfrentarse a situaciones de riesgo y no hacer uso adecuado de estrategias de afrontamiento.

Para futuras investigaciones, sería interesante que se ampliara la muestra, ya que podrían encontrarse más diferencias en el perfil de los grupos y en otras variables analizadas. Asimismo, la muestra podría ser recogida de diferentes UCA, incluso comparar los datos con otros centros de tratamiento, como por ejemplo comunidades terapéuticas. Del mismo modo, se aconseja que se realicen estudios longitudinales para comprobar si hay variaciones en las variables de tipo de motivación y variables de cambio, y si se dan diferencias significativas entre estas y otras variables en función del grupo, incluso de la duración del mantenimiento del tratamiento. Sería útil también que

se evaluara la causa de abandono con el propio paciente, para contrastar si se debe a motivos propios de éste, a la ineficacia del tratamiento o a otras razones externas.

### Referencias:

- Adamson, S.J, Heather, N., Morton, V., y Raistrick, D. (2010). Initial Preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol & Alcoholism*, 45(2), 136-142.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DMS-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Annis, H., Davis, C. (1989). Relapse prevention training: a cognitive-behavioral approach based on self-efficacy theory. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2 (2), 81-103.
- Bandura, Albert. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122–147.
- Barragán Torres, L., González Vázquez, J., Medina-Mora, M.E., Ayala Velázquez, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana. *Salud Mental*, 28(1), 61-71.
- Berndt, N. C., Hayes, A. F., Verboon, P., Lechner, L., Bolman, C. y De Vries, H. (2013). Self-efficacy mediates the impact of craving on smoking abstinence in low to moderately anxious patients: results of a moderated mediation approach. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1, 113-124.
- Burjarski, S., O'Malley, S.S., Lunny, K., y Ray, L. A. (2013). The effects of drinking goal on treatment outcome for alcoholism. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 81, 13-22.

- Cahill, M.A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive behaviors*, 28 (1), 67-79.
- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Errasti-Pérez, J. M., Alhalabí-Díaz, S., Espada, J. P. (2007). Recuperación natural del abuso de alcohol y drogas ilegales en una muestra española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 661–678.
- Carroll, K., Nich, C., Ball, S. (2005). Practice makes progress? Homework assignments and outcome in treatment of cocaine dependence. *Cons Clin Psychology*, 73, 749–755.
- Craig, R. J., Olso, R. E. (2004). Predicting Methadone Maintenance Treatment Outcomes Using the Addiction Severity Index and the MMPI-2 Content Scales (Negative Treatment Indicators and Cynism Scales). *Original*, 30(4), 823–839.
- Connor, J. P., Gullo, M. J., Feeney, G. F. X., Kavanagh, D. J. y Young, R. McD. (2014). The relationship between cannabis outcome expectancies and cannabis refusal self-efficacy in a treatment population. *Addiction*, 109, 111-119.
- Curtis, F., Sobell, L., Sobell, M.B, Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the situation confidence questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* 38, 1211-1220.
- Deci y Ryan. (2002). *Handbook of self-determination research* (Rochester.). University of Rochester Press.
- De la Fuente, L., Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M. J., Neira- León, M. y Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Salud Pública*, 80 (5), 505-520.

DeMartini, K. S., Devine, E. G., DiClemente, C. C., Martin, D. J., Ray, L. A. y o Malley, S. S.

(2014) Predictors of pretreatment commitment to abstinence: results from the combine study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75, 438-446.

Domínguez-Martín, Miranda-Estribí, Pedrero-Pérez, Pérez-López y Puerta-García

(2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 112-120.

Elfeddali, I., Bolman, C., Candel, M.J.J., Wiers, R. W., y DeVries, H. (2012). The role of

self-efficacy, recovery self-efficacy, and preparatory planning in predicting short-term smoking relapse. *british journal of health psychology*. 17 (1)185-201.

Espada, S., Fernández, F., Laporte, M. (2012) Modelo integrador para personas con

adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 449-460

García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez Rodríguez, H., Rodríguez, A. R.,

Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Díaz, S. A.-H. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19 (1), 134-139.

García-Rodríguez, O., Secades- Villa, R., García-Fernández, G, Sánchez-Hérvás, E., y

Zacarés-Romaguera, F. (2009). El programa de reforzamiento comunitario (CRA) más terapia de incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Norte de salud mental*, 34, 7-14.

Gunderson, J. G. (2002). Trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Ars

Médica.

- Jason P. Connor, Matthew J. Gullo, Gerald F.X. Feeney, David J. Kavanagh & Ross McD. Young. The relationship between cannabis outcome expectancies and cannabis refusal self-efficacy in a treatment population. *Addiction*, 109, 111-119.
- Laudet, A. B., Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(4), 317–327.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N. y Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addictions*, 78, 269-276.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Petry, N. M. (2013). Behavioral treatment for Marijuana Dependence: Randomized Trial of Contingency Management and Self-efficacy Enhancement. *Addict behavior*, 38 (3), 1764-1775.
- López Acosta, C. (2011). Las características de la situación mental en el consumo adictivo de sustancias y la motivación para entrar a un tratamiento de adicciones. *Revista de Psicología (Santiago)*, 20 (2) 53-76.
- López-Torrecillas, F., Salazar, I. C., García-Retamero, R. y Martínez Arias, R. (2015). autoeficacia de personas drogodependientes en tratamiento. *Behavioral Psychology*, 23 (2), 325-345.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Nueva York, NY: Guilford.
- McCaul, M. E., Svikis, D. S., & Moore, (2001). Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 62(1), 9–17.
- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) (2014). *Informe anual*

- Orsi, M. M., Brochu, S., Lafortune, D., Patenaude, C. (2014). Factors associated with the motivation to use psychoactive substances and the motivation to change in adolescents in an authoritarian context. *Children and Youth Services Review*, 39, 11–19.
- Patkar A., Murray H., Mannelli P., Gottheil P., Weinstein S., Vergare M., (2004). Pre-treatment Measures of Impulsivity, aggression and sensation seeking are associated with treatment outcome for African-American Cocaine-dependent patients. *Addictive Diseases*, 23(2), 109–122.
- Pedrero-Pérez, E. J, Ruíz-Sánchez de León, J.M, Lozoya-Delgado, P., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., Puerta-García, C. (2013). Sintomatología prefrontal y trastornos de la personalidad en adictos a sustancias. *Neurol*, 56 (4), 205-213.
- Pedrero Pérez, E. J, López Durán, A., Fernández del Río, E. (2012). Dimensiones factoriales del cuestionario de Millon (MCMI-II) en adictos a sustancias. *Psicothema*, 24 (4), 661-667.
- Perea-Baena, J.M., Oña-Compan, S., Ortiz-Tallo, M. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en el tratamiento del tabaquismo. *Psicothema*, 21 (1), 39-44.
- Prisciandaro, J. ., McRae-Clark, A., Myrick, H., Henderson, S., Brady, K. (2014). Brain activation to cocaine cues and motivation/treatment status. *Addiction Biology*, 19(2), 240–249.
- Romo-González, T., Larralde, C. (2013). ¿Cuáles y qué tan graves son los daños a la salud individual y a la sociedad causados por el consumo de drogas lícitas e ilícitas?. *Psicología. Avances de la disciplina*, 7 (1), 67-80.

Ruiz Torres, G. M., Icaza, M.-M., Elena, M. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*, 37(1), 1–8.

Sánchez-Hervás, E., Secades-villa, R., Gómez, F. J. S., Romaguera, F. Z., García-Rodríguez, O., Yanez, E. M., Calatayud, M. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22(1), 59–64.

Sánchez-Hervás, E. (2004). Los tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación. *Papeles del Psicólogo*, 87.

Salvador-Manzano, M., Ayesta Ayesta, F. J., (2009). La adherencia terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. *Intervención psicosocial*, 18 (3), 233-244.

Sobell, L.C, Kwan, E. y Sobell, M. B. (1995). Reliability of a Drug History Questionnaire (DHQ). *Addictive Behaviors*, 20, 233-341.

Sobell, M.B, Sobell, L. C. (2005). Guidede Self-Change model of treatment for Substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19 (3), 199–210.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2013.

Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano-Rojas, O., Calderón F. , García, A. V., Espinosa, P. B., García, M. P. (2013). Relación entre la comorbilidad psicopatológica y las variables de resultados en dependientes de cocaína tratados en comunidad terapéutica. *Adicciones*, 25 (2), 128-136.