



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO QUE INFLUYEN SOBRE LA  
PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA ADICCIONES**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**VÁZQUEZ MORALES LAURA BERENICE**

**DIRECTORA:**

**DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL ANCONA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**México CD. MX.**

**Octubre 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

Índice general.....	2
Índice de tablas.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
1. EFICACIA DE TRATAMIENTOS RESIDENCIALES PARA ADICCIONES.....	6
2. ABANDONO DE TRATAMIENTOS PARA ADICCIONES.....	11
MÉTODO.....	25
Participantes.....	25
Instrumentos.....	27
Procedimiento.....	28
RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	42
REFERENCIAS.....	56

## Índice de tablas

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra total.....	25
Tabla 2. Datos descriptivos de la muestra en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	32
Tabla 3. Sustancia de impacto por rangos de edad.....	33
Tabla 4. Sexo en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	34
Tabla 5. Edad de inicio de consumo en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	34
Tabla 6. Sustancia de impacto en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	35
Tabla 7. Escolaridad en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	35
Tabla 8. Medicación administrada en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	36
Tabla 9. Ansiedad inicial en el tratamiento en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	37
Tabla 10. Ansiedad final en el tratamiento en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	37
Tabla 11. Depresión inicial en el tratamiento en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	38
Tabla 12. Depresión final en el tratamiento en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	39
Tabla 13. Usuarios de primera vez y reingresos que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	39
Tabla 14. Situación laboral en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento...	40
Tabla 15. Edad de inicio de consumo en usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.....	40
Tabla 16. Componentes extraídos.....	41

## Resumen

El consumo de drogas es un tema importante en materia de salud, por lo que han surgido numerosos tratamientos para adicciones. Por lo tanto, para conocer las características del usuario que influyen en la permanencia del tratamiento residencial para adicciones, se analizaron 150 expedientes clínicos (133 hombres y 17 mujeres), todos de nacionalidad mexicana con un rango de edad de 18 a 60 años. Se empleó la Chi cuadrada de Pearson, encontrando que concluyen el tratamiento en mayor proporción los hombres, así como las personas que reportan un nivel de ansiedad y depresión leve. Adicionalmente, se realizó un análisis factorial de componentes principales encontrando que los bajos niveles de ansiedad y depresión, así como haber acudido a tratamientos previos, contar con apoyo farmacológico, el tener ingresos estables y la sustancia principal de consumo, fueron los elementos que mejor predicen el término del tratamiento. Se enfatiza la necesidad de diseñar e instrumentar intervenciones psicológicas con el fin de evitar el abandono y mejorar la atención en los tratamientos.

### Abstract

Drug use is a major issue in health; so many treatments for addictions have emerged. Therefore, to meet user characteristics that influence the permanence of residential treatment for addictions, 150 clinical cases (133 men and 17 women), all Mexican with an age range of 18 to 60 years were analyzed. Pearson Chi square was used, finding that men conclude the treatment in greater proportion, as well as people who report a level of mild anxiety and mild depression. Additionally, a principal components factor analysis was made, founding that low levels of anxiety and depression, and having attended previous treatments, have pharmacological support, having stable income and the main substance consumption were the elements that best predict the end of treatment. the need to design and implement psychological interventions in order to avoid abandonment and improve care in treatment is emphasized.

### **Eficacia de tratamientos residenciales para adicciones**

La población global ha alcanzado 7 billones de personas, y cifras de la United Nations World Drug Report (Reporte Mundial de Drogas de la ONU) (2015) sugieren que del total de 230 millones de personas que usan drogas ilegales al menos una vez al año; 27 millones son usuarios con dependencia; 11.8 millones sufren de alguna discapacidad de moderada a severa atribuible al uso de drogas ilegales, y más de 0.2 millones mueren por uso de drogas cada año.

Los problemas de adaptación o funcionamiento psicológico son comunes en personas que consumen sustancias adictivas, y estos problemas constituyen la tercera causa de consulta de primera ocasión en los servicios públicos de salud en México (Crits-Christoph, Gibbons, Crits-Christoph, Narducci, Schamberg, & Gallop, 2006; Gutiérrez-Ávila & Billar-Romero, 1986), por lo que pueden considerarse una proporción significativa de la demanda en servicios de salud. Sin embargo, dichos servicios suelen darse sólo a una pequeña proporción de las personas que los necesitan, debido a dos razones principales. Primero, es menor la proporción de personas cuyos problemas de tipo psicológico, muestran severidad y ameritan buscar ayuda profesional especializada, que la de quienes no los requieren. En segundo lugar, aún cuando se busque un servicio especializado, el acceso a éste suele estar condicionado por múltiples factores entre los que destacan los económicos, de localización geográfica, de cobertura institucional, entre otros (Velázquez, Sánchez-Sosa, Lara, & Senties, 2000).

En ocasiones, la severidad de los problemas psicológicos interfiere con el funcionamiento en distintos ámbitos de la vida del paciente a grado tal que la persona

requiere atención especializada (Buckley, 1994). En estos casos, las opciones de servicio suelen basarse en función del acceso del individuo o la familia a servicios de salud públicos o privados de acuerdo a su capacidad económica o por la cobertura de salud prevista a partir de la prestación laboral del usuario mismo así como de algún familiar inmediato (Alegría, Page, Hansen, Cauce, Robles & Blanco, 2006).

Un tratamiento para adicciones se refiere a promover un proceso de cambio definido y orientado a reducir el abuso de sustancias o lograr la abstinencia mediante prevención o reducción de la frecuencia y severidad de una recaída (Walker, 2009), además de mejorar la función adaptativa de la vida sin consumo (American Psychological Association, APA, 2007). Un tratamiento puede ser aplicado en distintas configuraciones, usando enfoques psicológicos y farmacológicos variados (Landry, 1996), y puede durar desde unos pocos meses hasta bastantes años, dependiendo de las necesidades del individuo y la disponibilidad de los recursos (APA, 2007).

El terapeuta tratante toma decisiones según su perspectiva y el diagnóstico del caso, así como respecto al conflicto o problemática del paciente. Entre estas decisiones, el tratante puede optar por la terapia farmacológica, especialmente al incluir la atención psiquiátrica y prescripción de psicofármacos, con el objeto de aliviar la sintomatología que conforma o matiza el cuadro clínico. Pero puede también optar por un tratamiento que combine el uso terapéutico de los fármacos aunado a la psicoterapia. Igualmente se puede elegir la psicoterapia como única herramienta. Ésta última puede variar en algunos aspectos dependiendo de la formación del terapeuta y las condiciones del paciente, entre otros factores. A continuación se sintetizará la información sobre la psicoterapia como

herramienta de ayuda al paciente, y por otro lado, la terapia farmacológica como método de tratamiento (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007).

En general, se busca que un tratamiento restaure la funcionalidad del individuo y de quienes lo rodean. Este restablecimiento suele depender de series complejas de factores en constante interacción que van desde antecedentes interpersonales, hereditarios o clínicos del individuo y su familia, hasta la aplicación sistemática de procedimientos terapéuticos bien diseñados o seleccionados (Beynon, McMinn, & Marr, 2008). Estos procedimientos, a su vez, suelen incluir intervenciones que van desde el uso prescrito de medicamentos hasta la aplicación de intervenciones psicoterapéuticas de muy diversa índole (Brenner, Von Hippel, Von Hippel, Resnick & Treloar, 2010).

A lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes tratamientos con el fin de contrarrestar el reto mundial de atender y disminuir trastornos causados por el uso de alcohol y otras drogas (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen & Duckert, 2013).

Hubbard, Craddock, y Anderson (2003), llevaron a cabo seguimientos a uno y cinco años en consumidores de cocaína expuestos a diferentes tratamientos de abuso de drogas, con el fin de describir los resultados a largo plazo e identificar la relación entre la duración del tratamiento así como los resultados posteriores en cuatro modalidades diferentes: ambulatorio con metadona, residencial de larga duración, ambulatorio libre de drogas y residencial de corta duración. Evaluaron la evolución de los pacientes durante y después del tratamiento; la prevalencia en el uso de drogas y conductas ilegales, situación laboral, entre otras variables, desde un año previo al tratamiento, hasta uno y cinco años posteriores al tratamiento. En los resultados encontraron una reducción en la prevalencia del uso de

cocaína en el año después del tratamiento, mejorías en la salud física y mental de los individuos, estos avances se asociaron a mayor duración de los tratamientos (específicamente de seis meses o más en modalidades ambulatorias y residenciales). Además, la disminución de actividades ilegales así como el aumento en el mantenimiento de empleos de tiempo completo se relacionaron con estadías de seis meses o más en tratamiento residencial.

Por su parte, McLellan, Alterman, Metzger, Grissom, Woody, Luborsly y O'Brian (1994), examinaron factores de los pacientes y del tratamiento que se asociaron con resultados obtenidos después de seis meses. Los usuarios fueron adultos dependientes de diferentes sustancias expuestos a 22 programas distintos con modalidad de tratamiento ambulatorio o residencial. Un mejor ajuste social en el seguimiento fue predicho negativamente por situaciones más complicadas a nivel psiquiátrico, de empleo y problemas familiares en la admisión; en tanto que el disponer de servicios psiquiátricos, familiares, de empleo y médicos proporcionados durante el tratamiento resultaron predictores positivos. Concluyeron que la mayor severidad en el consumo de sustancias esta predicha por un mayor uso de sustancias en el seguimiento y no el número de servicios recibidos durante el tratamiento.

Una de las medidas más rigurosas para aplicar en la evaluación de los tratamientos es el grado en el que éstos son capaces de ayudar a usuarios dependientes de drogas a convertirse en personas libres de consumo. Debido a que la dependencia a cualquier droga es una condición crónica y recurrente (McLellan, Lewis, O'Brien & Kleber, 2000; Berg, 2009), proponer como meta terapéutica a la abstinencia implica establecer un nivel de alcance más elevado en la evaluación de los tratamientos para adicciones. Los datos de la

investigación demuestran que muchos usuarios quienes se ponen en contacto con prestadores de servicios de tratamiento para las adicciones, se proponen liberarse del consumo de drogas (McKegareg, Morris, Neale & Robertson, 2004), y con base en este objetivo, es importante establecer datos referentes a la proporción de usuarios que al participar en este tipo de tratamientos son capaces de alcanzar y mantener la meta de abstinencia después de concluir las sesiones de intervención.

Utilizar la abstinencia como medida de éxito requiere definirla; por ejemplo, puede referirse a lograr mantenerse durante un periodo sin uso de drogas, a no usar drogas ilegales, a no consumir medicamentos sin prescripción médica, además puede variar si el periodo en cuestión se trata de cierto número de semanas, un número de meses o incluso un número determinado de años.

Un incidente que requiere especial atención en el campo del abuso de sustancias adictivas es el alto nivel de deserción de los programas de tratamiento, especialmente en los de tipo residencial. Un gran número de usuarios quienes desertan, lo hacen en las primeras semanas de tratamiento. Las tasas de conclusión del tratamiento varían dependiendo la modalidad de 41% para servicios ambulatorios a 73% en tratamientos residenciales cortos (30 días o menos) o admisiones hospitalarias (SHAMSA, 2003). Más allá de los tres meses, los mejores resultados incrementan en una relación lineal con el tiempo en tratamiento (Connors et al., 2006; Etheridge, Hubbard, Anderson, Craddock & Flynn, 1997; Simpson, 1981) incluyendo reducción en el uso de sustancias, en la ocurrencia de conductas riesgosas, menor involucramiento en problemas legales, así como mejorías en la salud mental y en el funcionamiento social.

## **Abandono de tratamientos para adicciones**

En países como México, un porcentaje importante de la población no tiene cobertura de servicios de salud, y aquellos que lo tienen, no necesariamente obtienen los beneficios esperados (Velázquez et al., 2000). La explicación de esto es compleja y de origen multifactorial, pero en México, al igual que en el resto del mundo, los pacientes no siempre cumplen o se apegan a su programa terapéutico (Velázquez, Sánchez-Sosa, Lara & Sentís, 2000). Una de las manifestaciones de la falta de adherencia terapéutica es el abandono o deserción de un tratamiento (Wintersteen, Mensinger & Diamond, 2005).

Con relación al abandono del tratamiento se han utilizado varios términos para definirlo, tales como deserción, terminación prematura o temprana, los cuales se refieren a la no-culminación del proceso terapéutico solicitado (Mahoney, 1991).

El no-cumplimiento de las prescripciones no es un concepto uniforme. Se utilizan diversos términos como abandono, incumplimiento de las citas, no cumplimiento, no adherencia, discontinuidad terapéutica, para designar, mediante distintos conceptos a características conductuales en común (Crits-Christoph, Gibbons, Crits-Christoph, Narducci, Schamberger & Gallop, 2006; Mahoney, 1991).

De acuerdo con Tinto (1988), la no terminación del tratamiento no sólo depende de las intenciones individuales sino también de los procesos sociales e intelectuales mediante los cuales las personas elaboran metas deseadas. Algunas personas no están suficientemente comprometidas con el esfuerzo necesario para lograr la meta. En ellas la deserción es más bien el resultado de ausencia de interés que de incapacidad para satisfacer los requisitos (Bueno, Córdoba, Escolar, Carmona, & Rodríguez, 2001; Davis, 2009).

La falta de cumplimiento o adherencia al tratamiento es un problema serio para cualquier componente del sector salud, a pesar de los recursos invertidos para impartir cualquier tratamiento. Si se analizan los recursos utilizados, desde los materiales hasta los salarios del personal esto se hace evidente. Un paciente a quien se atiende en una institución es recibido por una recepcionista quien toma sus datos; una enfermera que lo recibe, abre un expediente y lo lleva a la evaluación correspondiente y, finalmente personal médico y de psicología que instrumenta las intervenciones apropiadas al tratamiento, todo a costa de importantes recursos salariales a los que se suman los de infraestructura, equipo, mantenimiento así como la necesidad de solventar obstáculos referentes a la demora en el tiempo de espera para recibir atención y resolver su problemática (Velázquez, Sánchez-Sosa, Lara & Sentíes, 2000).

Una vez prescrito un tratamiento se le proporciona información al usuario o a su familia y la responsabilidad de llevarlo a cabo que recae casi exclusivamente en éstos. Con frecuencia esto sucede sin cerciorarse si el usuario tiene información y conciencia clara de su trastorno y de las destrezas mínimas para llevar a cabo el papel que le corresponde en el tratamiento. La información incluye aquello relativo a las implicaciones y consecuencias, ya sea de continuar el tratamiento o de abandonarlo (Aharonovich, Hasin, Brooks, Liu, Bisaga & Nunes, 2006; Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Swanson, Pantalón & Cohen, 1999).

Es frecuente que para la planeación e instrumentación de intervenciones terapéuticas se sume el supuesto básico de que un tratamiento surte efecto sólo cuando se le instrumenta con anticipación, continuidad y sin interrupciones hasta que los indicadores de restablecimiento y funcionalidad del usuario ameriten darle de alta (Beynon, McMinn &

Marr, 2008). El abandono supone, en principio, no sólo un gasto de recursos sino un riesgo adicional de recaídas que pueden propiciar disfuncionalidades que cada vez resultarán en más incapacitantes (Connors, Grant, Crone & Whiteside-Mansell, 2006).

La extensión o gravedad del incumplimiento no es fácil de determinar, y las cifras que se indican en los estudios pueden ser altamente discordantes. Meichenbaum y Tuzk (1987) encontraron que, en función de diferentes factores, el cumplimiento de tareas y requerimientos terapéuticos pueden oscilar únicamente entre el 4 y 92%. Globalmente se aceptan como valores promedio del cumplimiento terapéutico alrededor de un 50%.

Los estudios de seguimiento sobre abandono del tratamiento, generalmente, se realizan en periodos cortos cuyo promedio es de un año aproximadamente (Aharonovich, Hasin, Brooks, Liu, Bisaga, & Nunes, 2006). En éstos se obtiene evidencia respecto a que la tasa de abandono es de hasta un 63% a los tres meses después de la entrevista inicial. En promedio, es entre la quinta y la décimo primer sesión el momento en el que ocurre la mayor deserción del tratamiento para adicciones (Haynes, 1979) en pacientes que no reciben tratamientos combinados (Freire, 1986). El género femenino es el que reporta mayor número de deserciones (Mendizábal, 1995). Sin embargo, los reportes de diversas investigaciones arrojan índices inconsistentes de deserción por género (Strupp & Butler, 1990).

El abandono, puede deberse a motivos clínicos asistenciales y de administración en los servicios de salud, aspectos importantes a valorar dentro de la práctica en salud mental. Una línea de investigación centra su atención solamente en pacientes hospitalizados, teniendo como objetivos la estimación sobre el tiempo medio de estadía expresada en

camas /día y correlacionan los días de hospitalización con la tasa de recaída posterior, encontrando que el tiempo de permanencia en el hospital se asocia con abstinencia posterior al alta (Alegria, Page, Hansen, Cauce, Robles, & Blanco, 2006; Appleby, 1993; Martínez, Beitia, & Beitia, 1995; Meichenbaum & Tuzk, 1987). Otros se han enfocado en determinar el perfil del paciente que permita explicar la tendencia hacia una mala evolución en el proceso de recuperación, una vez que se abandona el hospital (Rossler, 1992).

También existe una línea de investigación que se orienta a estudiar el abandono terapéutico a partir de diferentes tipos de atención que se brindan, esto es diversas modalidades terapéuticas ya sea en servicio ambulatorio y/o residencial. Los estudios realizados por González, Fernández y Trojaola (1993) agrupan dos de los principales temas de estudio: por un lado, los indicadores del abandono y, por otro, el momento en el que éste se produce. Epperson y colaboradores (1993) observaron que el número de pacientes que reciben atención en centros de salud mental ambulatorios para adicciones, desertan considerablemente en los tres primeros meses. Reder y Tyson (2000) encontraron que el abandono del tratamiento en psicoterapia es alto inicialmente, estabilizándose a medida que se suceden las sesiones.

La permanencia en el tratamiento se ha convertido en un estándar de oro para los programas de abuso de sustancias, sugiriendo que se ha convertido en más que un indicador de resultados positivos, sino en un resultado positivo en sí mismo. La permanencia en el tratamiento se ha asociado con buenos resultados de los tratamientos, sin embargo, continúa en duda si se le da más importancia de la que merece. Por ejemplo, pueden influir algunas características de personalidad de los pacientes que también están asociadas con altos

porcentajes de abandono. Por el contrario, puede ser un resultado de la interacción del ambiente del tratamiento con las características del cliente. Walker (2009) sugiere la necesidad de ampliar el alcance de los estudios de permanencia en tratamientos y comparar las tasas de retención entre diferentes ambientes terapéuticos para determinar si el hecho de no concluir un tratamiento es consecuencia de características específicas de la intervención para usuarios de sustancias o se debe a la totalidad del proceso.

La identificación de estrategias indispensables para lograr un tratamiento exitoso ha sido una tarea complicada. Muchos esfuerzos recientes han comenzado a identificar aspectos comunes de estos programas que están directa o indirectamente relacionados con los resultados. Algunos estudios han demostrado que la cantidad de servicios recibidos por los pacientes ejerce un impacto considerable en sus resultados (Hoffman, Caudill, & Koman, 1996; Hser, Polinsky, & Maglione, 1997; McLellan, Alterman, & Cacciola, 1992; McLellan, Grissom, & Brill, 1993; McLellan, Hagan, & Levine, 1998; McLellan, Woody & Metzger, 1996). Por ejemplo, McLellan et al. (1996) demostraron que los pacientes que recibieron una gama más amplia de servicios e incrementaron la frecuencia en los mismos, permanecieron más tiempo en el tratamiento y mostraron 15% mejores resultados que los pacientes que no estuvieron expuestos a este tipo de condiciones.

Debido a que la larga duración de los tratamientos ha sido el predictor más consistente e importante de los resultados de tratamientos residenciales (De León, 1991; Hubbard, Craddock, & Flynn, 1997; Hubbard, Marsden, & Rachal, 1989, Simpson, 2001; Simpson, Joe, & Fletcher, 1999). Simpson (2001) realizó una serie de estudios que mostraron que una mayor participación en los programas se asoció con mejores relaciones

terapéuticas y que estos dos factores promueven los cambios positivos en el tratamiento, lo cual está relacionado con una mayor permanencia en el tratamiento.

La satisfacción de los pacientes con el tratamiento también ha sido un predictor de resultados favorables del tratamiento y es rutinariamente usado por agencias de servicios de salud como aspectos de rendición de cuentas del programa (Sanders, Trinh, & Sherman, 1998).

Diversos estudios han demostrado que los usuarios que están comprometidos y satisfechos con su tratamiento tienden a permanecer asistiendo por mayor tiempo o a tener resultados orientados a mejorías en su calidad de vida (Carlson & Gabriel, 2001; Holocomb, Parker, & Leong, 1997; Kaspro, Frisman, & Rosenheck, 1999; Sanders, Trinh, & Sherman, 1998).

De tal manera que se exponen con detalle para apreciar las características en las que influyen diferentes variables o factores al asociarse a la falta de adherencia terapéutica.

Los resultados que se tienen a la fecha respecto a factores de riesgo inherentes al usuario muestran baja asociación con el incumplimiento terapéutico. No se han encontrado diferencias entre pacientes que terminan y abandonan su proceso terapéutico en lo referente al sexo, raza, religión, nivel educativo o clase social, aunque es posible que algunas de sus combinaciones pudieran tener un peso específico (Alterman, ArthurI, McKay, Mulvaney, & McLellan, 1996; Fernandez-Montalvo & López-Goñi, 2010).

Hay otras características cuya implicación resulta controvertida debido a que sus hallazgos muestran poca consistencia. Entre éstas está la edad, observándose mayor riesgo

de incumplimiento en adolescentes o en edades más avanzadas correspondientes a la senectud y vejez. Otros autores refieren que la soltería también está relacionada con el abandono (Condelli, Koch & Fletcher, 2000).

En la revisión realizada por Freire (1986) respecto a la interrupción del tratamiento se establece una relación con ciertos síntomas y diagnósticos: quejas iniciales de síntomas orgánicos, sentimientos paranoides o esquizoides, trastornos del carácter y quejas somáticas (Aharonovich, Hasin, Brooks, Liu, Bisaga, & Nunes, 2006), personalidad psicopática, alcoholismo y toxicomanía, trastornos del pensamiento, reacciones depresivas, trastornos de personalidad y casos sin diagnósticos o catalogados bajo criterios poco definidos (López-Goñi, Fernández-Montalvo, & Arteaga, 2012).

Se señala que los pacientes que más rápidamente solicitan nueva cita son aquellos con trastornos más intensos, pero una vez que mejoran su sintomatología, tienden a incumplir el tratamiento; mientras que las enfermedades que comportan un riesgo vital, se correlacionan con un mejor acatamiento de recomendaciones y prescripciones médicas mostrando avances útiles para evitar recaídas (Curran, Kirchner, Worley, Rookey & Booth, 2002).

Las enfermedades sintomáticas consiguen un mejor cumplimiento que las que cursan silentemente, cumplimiento que aún es superior si el síntoma es doloroso o produce incapacidad o molestia (Baldwin, Wampold & Imel, 2007).

Por otro lado, los diagnósticos y síntomas que con más frecuencia se han encontrado entre pacientes que permanecen en tratamiento son: reacciones ansiosas o depresivas (Dobkin, Civita, Paraherakis & Gill, 2002), quejas iniciales de obsesiones, fobias,

depresión, falta de concentración y ansiedad (Morgan & Lilienfeld, 2000), dificultades sociales o familiares, desviación sexual y reacciones de adaptación (Streeter, Terhune, Whitfield, Gruber, Sarid-Segal, Silveri, et al. 2007).

Haciendo una revisión bibliográfica, no se ha podido establecer, jerárquicamente, cuál es la primera patología que encabeza la lista y ocurre más frecuentemente en pacientes desertores en general. Sin embargo, lo que sí se sabe es que los pacientes con trastorno de personalidad, sobre todo Trastorno Límite de Personalidad, suelen desertar con mayor frecuencia (Freire, 1990).

Así mismo, aquellos sujetos que presentan problemas escolares, desórdenes de conducta o hiperactividad, suelen tener la misma tendencia que los pacientes con una personalidad limítrofe. No obstante, los que tienen problemas de bulimia y los alcohólicos que no tienen contención familiar, las terapias suelen fracasar por la falta de asistencia del afectado a las sesiones de terapia (Brenner, Von Hippel, Von Hippel, Resnick & Treloar, 2010).

De lo expuesto, cabe resaltar, que existen factores predictivos inherentes a la externalización inadecuada de conflictos como agresión y delincuencia, así como una internalización igualmente inadecuada, tales como ansiedad y depresión, son determinantes sobre la permanencia del usuario en el proceso terapéutico (King & Canada, 2004; Verheul, Van den Brink, & Hartgers, 1995).

En general, la personalidad del paciente, como predictor de la interrupción del tratamiento, ha sido motivo de controversia entre diferentes autores. No obstante, los autores anglosajones han demostrado la existencia de tasas de abandono más altas en

pacientes con trastornos de personalidad y abuso de sustancias (Baruch, Gerber, & Fearon, 1998), en otros casos éstas se asocian al padecimiento precurrente de trastornos propios de la infancia: problemas escolares, desórdenes de conducta o hiperactividad. Los pacientes con rasgos paranoides e incluso psicóticos son un grupo que típicamente no cumple con el tratamiento (Passos & Camacho, 2000). Sin embargo, se debe mencionar que entre algunos de los factores que dificultan el tratamiento de los pacientes con trastornos afectivos se encuentra la actitud escéptica de muchos de estos pacientes ante la medicación. Ello es debido a que un elevado número cree que su depresión es debida al estrés, a factores ambientales (laborales como el desempleo, académicos); por tanto, si la causa es externa, consideran que el tratamiento (que sería un factor dirigido hacia la interioridad de los pacientes), no puede ayudarles a solucionar sus problemas (Iraugui, 1995; King & Canada, 2004).

Por otra parte, en usuarios que padecen depresión se agravan los problemas de comunicación. Las alteraciones cognitivas características de estos cuadros, que pueden cursar con enlentecimiento, abulia, desinterés por sus actividades cotidianas y alteraciones de la capacidad de concentración, dificultad en la fluidez y espontaneidad del proceso terapéutico. Los sentimientos de desesperanza, incurabilidad e irreversibilidad propios de estos cuadros también facilitan el incumplimiento y la auto-percepción pesimista de la probabilidad de mejoría (Berg, 2009; Iraugui, 1995).

Por otro lado, la percepción que tiene el paciente sobre su necesidad de ayudarse mediante un proceso psicoterapéutico o un tratamiento farmacológico, es sumamente importante para la continuidad del tratamiento.

En este sentido, la motivación individual es un factor importante respecto al tratamiento. Por lo que, el agente que solicita la atención es otro parámetro contemplado en numerosos estudios; los pacientes que acuden por iniciativa propia se adhieren más al tratamiento que los que acuden por iniciativa de sus familiares (Landry, 1996; López-Goñi, Fernández-Montalvo & Arteaga, 2012).

Otro indicador que se ha estudiado es la experiencia con tratamientos previos, quien lo abandona no tiene experiencia previa de un tratamiento continuo (Swett & Noones, 1989) por lo que tiende a abandonar los subsecuentes. Ciertos estudios indican que un tratamiento que se ha cumplido con anterioridad parece condicionar positivamente la respuesta del paciente ante una nueva experiencia terapéutica (Greenberg, 1992).

Adicionalmente, los aspectos culturales con relación a la condición de estar enfermo son muy importantes en la iniciativa de solicitar tratamiento psicológico o psiquiátrico, así como en lo referente a continuarlo o interrumpirlo, debido a que la enfermedad mental, sobre todo, es un estigma para la mayoría de las sociedades (Mahohey, 1991).

Por último, las expectativas del paciente son otro factor relevante. Difícilmente un paciente seguirá una indicación si no cree que ésta incide en aspectos relacionados con el origen de su enfermedad. Freire (1986) encontró que los pacientes que abandonan, tienen la impresión de estar amenazados desde afuera y son escépticos sobre posibles efectos beneficiosos de la ayuda por recibir. Igualmente abandonan el tratamiento debido a su costo, pues generalmente suele ser elevado y por los efectos secundarios que acarrear ciertos psicofármacos.

Además del tratamiento que se prescribe, la impresión que el paciente se forma del responsable quien le imparte el tratamiento, es de suma importancia. El cumplimiento mejora en relación a la confianza que transmite el especialista respecto a sus capacidades y conocimientos técnicos. El percibir al terapeuta como un profesional cálido, atento e interesado en el bienestar del paciente y en el tratamiento de sus preocupaciones favorece mejorías (Raylu & Kaur, 2012).

Dührseen (1966) basada en su propia experiencia, señala que las perspectivas de éxito en psicoterapia aumentan cuando el terapeuta y el paciente pertenecen al mismo sexo. Esta misma autora manifiesta, con respecto a la edad, que un terapeuta de mayor edad que el paciente genera mayor neutralidad y confianza debido a que representa una figura significativa para el paciente, capaz de entenderlo y ayudarlo a partir de su formación profesional.

En lo que concierne a la apariencia física o rasgos caracterológicos y étnicos del terapeuta, se tienen conclusiones diferentes y contradictorias. Hay quienes señalan que los pacientes tienen mayor preferencia por terapeutas de su misma raza (Salamina, Diecidue, Vigna-Taglianti, Jarre, Schifano & Bargagli, 2010), otros aseguran que quienes inician psicoterapia eligen con mayor frecuencia a terapeutas caucásicos (Robbins, Liddle, Turner, Dakof, Alexander, & Kogan, 2006).

En los estudios en los que se incluyó el análisis de la variable del profesional que imparte el servicio se encontró una tasa de mayor adherencia en pacientes que se atendían por psiquiatras especialistas frente a aquellos asistidos por médicos o psicólogos en

formación (Hawkins, Baer, & Kivlahan, 2008; Mahoney, 1991), aunque esto es relativo ya que existen estudios que indican lo contrario (Haynes, 1979).

Los distintos tipos de psicoterapia presentan diferentes indicaciones para su procedimiento terapéutico dependiendo de las características del paciente y la naturaleza de su trastorno. Es por ello que el cumplimiento de un determinado plan terapéutico estará en función de qué tan idóneas sean las indicaciones (King & Canada, 2004; Moos, Pettit, & Gruber, 1995).

Se ha de impartir el tipo de terapia de más utilidad para el paciente y que, consecuentemente, asegure un menor abandono.

Es evidente que una razón relevante para un buen cumplimiento es el grado de ajuste entre las expectativas del paciente con el modelo teórico del tratamiento que se le plantea. Así, por ejemplo, en la psicoterapia de corte más directivo, se observa como la asignación de tareas a realizar entre citas, propicia la interrupción del tratamiento. De igual manera, en las terapias más interpretativas, una baja capacidad de introspección por parte del paciente y la poca habilidad para tolerar la ansiedad podrían desencadenar reacciones de rechazo ante el tratamiento (Iraurgi, 1995).

Generalmente, en la fase final de la primera entrevista, el tratante debe suministrar la información que se crea pertinente sobre la enfermedad y su tratamiento, intentando implicar al paciente lo más posible. La retroalimentación sobre datos de la entrevista pretende generar un cambio de conducta en el paciente. El cumplimiento está relacionado de una forma positiva con el grado de satisfacción que ha obtenido el paciente en su relación con el tratante (King & Canada, 2004).

Respecto a las características de la institución en la que se imparte el proceso terapéutico existen otros factores que repercuten sobre el cumplimiento. Las fallas institucionales comienzan desde el momento de la derivación o referencia del paciente a los centros de atención especializadas de salud mental debido a la falta de criterios claros por parte de los responsables para determinar los casos y condiciones bajo los cuales proceder para hacer la referencia. Una vez que el paciente llega a la institución de salud por primera vez, frecuentemente se encuentra con un personal inadecuadamente formado para proporcionar atención de calidad y trato digno hacia dicho público en particular, generando incomodidad en el servicio recibido (López-Goñi, Fernández-Montalvo & Arteaga, 2012; Otero, Luque, Conde, Jiménez & Serrano, 2001;).

Con frecuencia debe esperar, inclusive hasta en un periodo de meses, para recibir una cita sumamente lejana para establecer su primer contacto terapéutico. Esta situación motiva al paciente a alejarse del tratamiento profesional e ir en busca de tratamientos alternativos (Crits-Christoph, Gibbons, Crits-Christoph, Narducci, Schamberger & Gallop, 2006).

La mayoría de los pacientes no cuentan con recursos económicos que les permitan costear su tratamiento, aunado al hecho de que no todos cuentan con un seguro social que cubra los gastos por trastornos mentales. (Condelli, Koch & Fletcher, 2000).

Así mismo, existen situaciones específicas que dificultan el cumplimiento del tratamiento. La distancia del centro de atención se ha considerado un factor importante. Campbell (1991) reportó que pacientes que vivían fuera de la ciudad presentaban una tasa de asistencia del 100 por ciento, mientras que en un 71% correspondía a la quienes vivían

dentro de la misma (Campell, Stanley & Matas, 1991). Los que provenían de la ciudad abandonaban más, mientras que aquellos que vivían más lejos abandonaban menos.

Resultados similares son hallazgos presentados en diversos estudios (Marrero, Robles, Colón, Reyes, Matos, Sahai, et al. 2005; Swett & Noones, 1989).

Como se puede notar, no todas las características que inciden en el abandono de usuarios con problemas de consumo de sustancias adictivas muestran resultados consistentes por lo que hace falta todavía realizar más estudios que permitan contribuir en identificar otras características específicas de poblaciones en particular.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es describir las características del usuario que influyen en la permanencia del tratamiento residencial para adicciones.

## Método

### Participantes

El estudio estuvo compuesto por una muestra de 150 usuarios consumidores con dependencia a diferentes sustancias adictivas, en el Centro de Asistencia e Integración Social (CASI) “Torres de Potrero”, una Institución pública de tratamiento residencial, seleccionados por un muestreo no probabilístico, siendo los usuarios que ingresaron a tratamiento en el transcurso de un año. Noventa y ocho terminaron el tratamiento mientras que el resto lo abandonaron.

Tabla 1.  
*Datos descriptivos de la muestra.*

<b>Descriptivos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>	
Menos de 20 años	0.7%
20 a 30 años	44%
31 a 40 años	28.7%
41 a 50 años	14.7%
Más de 50 años	6%
<b>Estado Civil</b>	
Soltero	53.3%
Casado	16.%
Divorciado	5.3%
Unión Libre	16%
Separado	8.7%
Viudo	0.7%
<b>Escolaridad</b>	
Primaria	10%
Secundaria	46.7%
Bachillerato	37.3%
Licenciatura	5.3%
Nula	0.7%
<b>Droga de impacto</b>	
Cocaína	7.3%

Marihuana	8.7%
Alcohol	32%
Inhalables	10%
Crack	41.3%
Otras	0.7%
<b>Tratamientos previos</b>	
Anexo	34%
Grupos de autoayuda	30.7%
Centro toxicológico	13.3%
Tratamiento particular	22%
Centro de tratamiento actual	21.3%
Otro	9.3%
<b>Modalidades de tratamientos previos distintos</b>	
Un tratamiento distinto previo	46.7%
Dos tratamientos previos distintos	30%
Tres tratamientos previos distintos	7.3%
Ningún tratamiento previo	16%
<b>Edad de inicio de consumo</b>	
Menos de 10 años	2%
10 a 20 años	72%
21 a 30 años	2.3%
31 a 40 años	4.7%
<b>Situación Laboral</b>	
Ingresos fijos	22.7%
Ingresos variables	25.3%
Sin ingresos	52%
<b>Creencias religiosas</b>	
Creyente	83.3%
Sin creencias	16.7%
<b>Antecedentes penales</b>	
Con antecedentes penales	20.7%
Sin antecedentes penales	79.3%
<b>Antecedentes de vida en calle</b>	
Con antecedentes de vida en calle	19.3%
Sin antecedentes de vida en calle	80.7%
<b>Antecedentes familiares de consumo de alcohol</b>	
Padre	22.7%

Madre	1.3%
Abuelo	6.7%
Abuela	0.7%
Otro	7.3%
Ninguno	61.3%

---

### Instrumentos

Los datos se recabaron a partir de los expedientes pertenecientes a cada uno de los pacientes pertenecientes a la muestra que recibieron tratamiento residencial en el período comprendido entre julio de 2014 y junio de 2015. Las variables independientes que corresponden a características de los usuarios fueron:

a) edad, consiste en la cantidad o número de años cronológicos desde el nacimiento hasta la fecha de la primera consulta, tal y como aparece registrada en su expediente; b) sexo; se refiere al género masculino o femenino al cual pertenece cada usuario; c) lugar de residencia, es el lugar geográfico en el que habita o habitaba el paciente durante el tiempo que acudió al tratamiento; d) droga de impacto, es el tipo de sustancia que motivó al usuario a ingresar a tratamiento; e) escolaridad, corresponde al nivel máximo de estudios alcanzado por cada usuario; f) situación Laboral, indica si el usuario cuenta con ingresos fijos o no cuenta con ellos; g) Vivienda, corresponde a si el paciente tiene antecedentes de vivir en situación de calle; h) Antecedentes penales, si el paciente ha estado recluido por cuestiones legales; i) estado anímico de salud mental, si el paciente presenta sintomatología de ansiedad y depresión al momento de ingresar al tratamiento, determinado por una evaluación médica; j) número de tratamientos previos relacionados con el consumo de sustancias en los que haya estado el paciente; k) medicación, el tipo de fármacos administrados a cada paciente, l) antecedentes familiares de consumo.

La variable dependiente se define como la terminación del tratamiento al permanecer en él durante los 40 días pre establecidos.

### Procedimiento

La institución de tratamiento residencial para adicciones, imparte un modelo de atención mixto (profesional y ayuda mutua). Atiende hombres y mujeres de 18 años en adelante con problemas de consumo de drogas, la permanencia en el centro es de 40 días y cuenta con los servicios de medicina, psiquiatría, enfermería, trabajo social, psicoterapia individual, grupal, y terapia familiar.

Inicialmente, se expuso ante las autoridades de la Institución el objetivo, aportaciones potenciales y consideraciones éticas de confidencialidad del protocolo de investigación con el fin de recibir la autorización directiva para llevarla a cabo. Se recolectaron datos a partir de la información contenida en los expedientes clínicos pertenecientes a cada uno de los pacientes tomando en cuenta las variables mencionadas.

Una vez concluida la captura de los datos de los 150 expedientes de usuarios tendidos por primera vez en 2014, se capturó en una base de datos computarizada la información correspondiente a cada una de las variables en el programa estadístico SPSS®. A partir de estos datos se separaron a los pacientes en dos grupos: el de los pacientes que desertaron y el de pacientes que concluyeron la estancia en la Unidad Residencial. Para el tratamiento de los datos se computaron inicialmente estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes de respuesta). Con la finalidad de identificar posibles diferencias entre quienes desertaron y quienes concluyeron el tratamiento se empleó la Chi cuadrada de Pearson ( $X^2$ ). Por último, se empleó el análisis de componentes

principales a fin de explorar el valor predictivo de las variables sobre los comportamientos de deserción, considerando la conclusión o no conclusión como variable criterio.

## RESULTADOS

El objetivo de este trabajo fue identificar las características del usuario que influyen en la permanencia del tratamiento residencial para adicciones. A continuación se presentan los resultados iniciando por los datos descriptivos de la muestra, de un análisis de  $X^2$  de Pearson y finalmente se muestran los resultados obtenidos a partir de un Análisis Factorial de componentes principales

Del total (N=150), 133 (88.7%) fueron hombres, y 17 (11.3%) mujeres, entre los 18 y los 60 años de edad, con una media de 32.49. En cuanto al lugar de residencia, 130 (86.6%) fueron provenientes de la Ciudad de México, mientras que 19 (12.6%) de otros estados de la república; todos fueron atendidos por causas relacionadas con el uso de sustancias adictivas.

Debido a que la N de pacientes de sexo femenino era muy pequeña, se decidió realizar los análisis con el total de participantes.

En la tabla 2 se presenta un resumen de los datos descriptivos de la muestra.

La mayoría de los usuarios del Centro se encontraban entre los 20 y 30 años de edad (44%), seguidos del grupo de 31 a 40 años (28%), 41 a 50 años(15%), menos de 20 años (7%) y finalmente el grupo de más de 50 años con un 6 %, . En la tabla se muestran los porcentajes de acuerdo al estado civil de los participantes, siendo soltero el más frecuente (53%) y viudo el menos frecuente (0.7 %).

Así mismo, se encuentran los porcentajes de escolaridad de los participantes, siendo secundaria (47%) y bachillerato (37%) los más frecuentes. Un 72% de los usuarios del centro iniciaron su consumo en el rango comprendido entre los 10 y los 20 años de edad, seguido del rango de 21 a 30 años con un 21%.

La sustancia que llevó a los usuarios a solicitar apoyo en el Centro que se repitió en mayor número de casos fue el crack (41%), seguido de alcohol (32%), inhalables (10%), marihuana (9%) y Cocaína (7%) .

La mayoría de los usuarios que acudieron al centro, ya habían tenido distintos tratamientos previos, tales como grupos de autoayuda, anexos, religiosos o particulares. Un 47% tuvieron una sola modalidad de tratamiento previa, un 30% había estado en dos distintas modalidades de tratamiento, un 7% reportó 3 distintos tratamientos antes de internarse en el centro y un 16% era la primera vez que acudía en busca de apoyo.

Se incluyen además los datos sobre la situación laboral de los usuarios, variable en la que predominaron quienes no tienen ingresos (52%). En cuanto a las creencias religiosas, el 83.3% manifestó ser creyente. Un 20.7% de los usuarios que ingresaron reportaron tener antecedentes penales y un 19.3% en algún momento de su vida había tenido que vivir en la calle. Con respecto a los antecedentes familiares de consumo exclusivamente de alcohol, se encontró que un 22.7% reportaron que su padre es consumidor de alcohol, mientras 61.3% no tienen a nadie en su familia que consuma.

Tabla 2.  
*Datos descriptivos de la muestra que concluye y no concluye el tratamiento*

<b>Datos</b>	<b>Frecuencias</b>	
	<b>Concluye tratamiento</b>	<b>No concluye tratamiento</b>
<b>Edad</b>		
Menos de 20 años	4	6
20 a 30 años	41	25
31 a 40 años	29	14
41 a 50 años	16	6
Más de 50 años	8	1
<b>Sexo</b>		
Masculino	92	41
Femenino	6	11
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	11	4
Secundaria	46	24
Bachillerato	34	22
Licenciatura	7	1
Sin educación formal	0	1
<b>Estado civil</b>		
Soltero	53	27
Casado	18	6
Divorciado	5	3
Unión libre	13	11
Separado	8	5
Viudo	1	0
<b>Procedencia</b>		
Ciudad de México	85	43
Estado de México	9	8
Otro	3	1

Por grupo de edad en la que ingresaron al centro con el fin de recibir los servicios del tratamiento, la sustancia más común en el grupo de menos de 20 años fue inhalables (1.33%), entre los 20 y 30 así como en el rango de 31 a 40 años, la sustancia más frecuente fue el crack (16.67% y 17.33% respectivamente), en el rango de 41 a 50 años así como en el de mayores de 50 años la sustancia principal por la que acudieron al centro fue el alcohol (8.67% y 4%)(Tabla 3).

Tabla 3.  
Sustancia de impacto por rangos de edad.

Sustancia de impacto	Porcentaje
<b>20 a 30 años</b>	<b>44%</b>
Alcohol	8.67%
Cocaína	4%
Crack	16.67%
Inhalables	8.67%
Marihuana	5.33%
Otras	0.67%
<b>31 a 40 años</b>	<b>28.67%</b>
Alcohol	10%
Cocaína	0.67%
Crack	17.33%
Marihuana	0.67%
<b>41 a 50 años</b>	<b>14.67%</b>
Alcohol	8.67%
Cocaína	1.33%
Crack	4.67%
<b>más de 50 años</b>	<b>6%</b>
Alcohol	4%
Cocaína	0.67%
Crack	0.67%
Marihuana	0.67%
<b>Menos de 20 años</b>	<b>6.67%</b>
Alcohol	0.67%
Cocaína	0.67%
Crack	2%
Inhalables	1.33%
Marihuana	2%
<b>Total general</b>	<b>100%</b>

Del total de la muestra (N=150), un 65.33% concluyó las seis semanas del tratamiento y el resto (34.67%) no concluyó. De estos últimos, un 18% se consideró alta necesaria, sanción que se aplicaba a aquellos usuarios que incumplían alguna de las reglas del centro, y un 16.66% se les consideró alta voluntaria, término utilizado en el centro para los pacientes que decidían abandonar el tratamiento.

Con relación al sexo de los usuarios, (Tabla 4) se encontró que la mayoría de los hombres en tratamiento, lograron concluirlo (61.33%, mientras que la mayoría de las mujeres que ingresaron, no llegaron a finalizar el tratamiento (7.33%). Sin embargo, al realizar la prueba de  $X^2$ , se encontraron diferencias en la proporción de usuarios que concluyeron el tratamiento para adicciones entre hombres y mujeres ( $X^2 = 7.639$ ,  $gl = 1$ ,  $p < 0.01$ ). Los hombres terminaron el tratamiento en mayor proporción (69.2%) que las mujeres (35.3%).

Tabla 4.

*Usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento divididos por sexo*

<b>Sexo</b>	<b>Concluye el tratamiento</b>	<b>No concluye el tratamiento</b>
Masculino	61.33%	27.33%
Femenino	4%	7.33%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

El rango de edad en el que se encontraron la mayoría de los usuarios que concluyeron es entre los 20 y 30 años de edad, seguido de el rango de 31 a 40 años (27.33 y 19.33% respectivamente), esto puede deberse a que en estas edades fue en las que más se agruparon en general el total de la muestra. No se encontraron diferencias significativas entre aquellos que concluyen o no el tratamiento ( $X^2=5.955$ ,  $gl=4$ ,  $p > 0.05$ ; Tabla 5).

Tabla 5.

*Usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento divididos por su edad de inicio de consumo*

<b>Rango de edad</b>	<b>Concluye el tratamiento</b>	<b>No concluye el tratamiento</b>
20 a 30 años	27.33%	16.67%
31 a 40 años	19.33%	9.33%
41 a 50 años	10.67%	4.00%
más de 50 años	5.33%	0.67%
Menos de 20 años	2.67%	4.00%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

En cuanto a las sustancias adictivas por las que los usuarios deciden ingresar al tratamiento (Tabla 6), el crack y el alcohol son las más frecuentes en los pacientes que concluyeron el tratamiento (24.6% y 23.33%, respectivamente). No se encontraron diferencias significativas entre aquellos que concluyen o no el tratamiento ( $X^2 = 5.055$ ,  $gl=5$ ,  $p > 0.05$ )

Tabla 6.  
*Sustancia de impacto en pacientes que concluyen o no el tratamiento*

<b>Sustancia de impacto</b>	<b>Concluye el tratamiento</b>	<b>No concluye el tratamiento</b>
Alcohol	23.33%	8.67%
Cocaína	4.00%	3.33%
Crack	24.67%	16.67%
Inhalables	7.33%	2.67%
Marihuana	6.00%	2.67%
Otras	23.33%	0.67%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

De acuerdo con los porcentajes obtenidos, las personas que tuvieron nivel escolar de secundaria (30.67%) o bachillerato (22.67%) tendieron a terminar el tratamiento (Tabla 7). No se encontraron diferencias significativas entre aquellos que concluyen o no el tratamiento ( $X^2 = 4.576$ ,  $gl=4$ ,  $p > 0.05$ ).

Tabla 7.  
*Escolaridad en pacientes que concluyen o no el tratamiento.*

<b>Escolaridad</b>	<b>Concluye tratamiento</b>	<b>No concluye tratamiento</b>
Bachillerato	22.67%	14.67%
Licenciatura	4.67%	0.67%
Nula	7.33%	0.67%
Primaria	30.67%	2.67%
Secundaria	22.67%	16.00%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

Durante el tratamiento, se les administra medicación a todos los usuarios con el fin de reducir los síntomas propios de la abstinencia, los resultados arrojaron que la

combinación de medicamentos más empleada fue el uso de antiepiléptico con antidepresivo, misma que fue la más frecuente en los usuarios que lograron concluir el tratamiento (Tabla 8) No se encontraron diferencias significativas entre quienes concluyen y no concluyen el tratamiento ( $X^2=5.793$ ,  $gl=6$ ,  $p>0.05$ ).

Tabla 8.

*Medicación administrada a los usuarios que concluyen o no el tratamiento*

<b>Medicación administrada</b>	<b>Concluye el tratamiento</b>	<b>No concluye el tratamiento</b>
Ansiofítico	2.00%	0.67%
Antidepresivo	2.67%	0.67%
Antidepresivo con Ansiofítico	2.00%	3.33%
Antiepiléptico	8.00%	6.67%
Antiepiléptico con Ansiofítico	5.33%	1.33%
Antiepiléptico con Antidepresivo	40.00%	20.00%
Antiepiléptico con Antipsicótico	5.33%	2.00%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

En las tablas 9 y 10, se muestran los porcentajes y el nivel de ansiedad en los usuarios al iniciar y al finalizar el tratamiento. Se encontró que al ingresar al centro, la mayoría de los usuarios que no concluyeron se agrupan en la categoría *leve* con 15.33% y *moderada* 14%, y sólo un 5.33% en *severa*. No se encontraron diferencias significativas entre quienes concluyen y no concluyen el tratamiento ( $X^2 1.059$ ,  $gl= 2$ ,  $sig.> 0.05$ )

Posteriormente, al salir del tratamiento, sin haber llegado a concluirlo, se redujo a un 3.33% los usuarios que reportaban ansiedad severa, de igual forma hubo una reducción en quienes se agruparon en ansiedad moderada (11.33%) y se incrementaron los pacientes ubicados en el nivel de ansiedad leve a un 20%.

En el caso de los usuarios que sí concluyeron el tratamiento el 32% se ubicó en ansiedad moderada, 24% en ansiedad leve y 9.33% en severa. Al llegar al término de tratamiento hubo una reducción significativa de ansiedad moderada a un 6%, y de ansiedad severa a 0, lo cual se reflejó en el nivel de ansiedad leve subiendo a un 59.33%. Adicionalmente, se encontraron diferencias en la proporción de usuarios que concluyeron el tratamiento para adicciones entre personas que reportaron nivel de ansiedad leve, moderado y severa ( $X^2 = 24.954$ ,  $gl = 2$ ,  $p < 0.01$ ). Aquellos que reportaron ansiedad leve terminaron el tratamiento en mayor proporción (74.8%) que los que reportaron ansiedad moderada (34.6%), y quienes reportan ansiedad severa (0%).

Tabla 9.

*Ansiedad al iniciar el tratamiento de los usuarios que concluyen o no el tratamiento.*

<b>Ansiedad inicial</b>	<b>Concluye el tratamiento</b>	<b>No concluye el tratamiento</b>
Leve	24.00%	15.33%
Moderada	32.00%	14.00%
Severa	9.33%	5.33%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

Tabla 10.

*Ansiedad al finalizar el tratamiento de los usuarios que concluyen o no el tratamiento.*

<b>Ansiedad final</b>	<b>Concluye el tratamiento</b>	<b>No concluye el tratamiento</b>
Leve	59.33%	20.00%
Moderada	6.00%	11.33%
Severa	0	3.33%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

Con respecto a los niveles de depresión reportados en los usuarios, al ingresar al Centro, los usuarios que no concluyeron el tratamiento se agruparon un 22% en Ansiedad Moderada, 10.67% en Depresión Leve y 2% en Depresión Severa. Al egresar del Centro sin haber concluido fue posible apreciar cambios; los usuarios en Depresión Moderada se redujeron a un 18%, y la Depresión Severa a 1.33%, incrementando a 15.33% los usuarios ubicados en Depresión Leve (Tabla 11). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre quienes concluyen y no concluyen el tratamiento con respecto a los niveles de ansiedad inicial ( $X^2=0.975$ ,  $gl= 2$ ,  $p> 0.05$ )

Tabla 11.

*Depresión al iniciar el tratamiento de los usuarios que concluyen o no el tratamiento.*

<b>Depresión inicial</b>	<b>Concluye el tratamiento</b>	<b>No concluye el tratamiento</b>
Leve	24.67%	10.67%
Moderada	36.00%	22.00%
Severa	4.67%	2.00%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

Con relación a los usuarios que terminaron el tratamiento, al iniciar el tratamiento, un 36% reportó depresión moderada, y al finalizar esto se redujo a 7.33%, la depresión severa inicialmente fue de 4.67% y al terminar el tratamiento se redujo a 0, mientras que el nivel de depresión leve al ingresar fue de 24.67% y al finalizar se incrementó a un 58% (Tabla 12). Así mismo, se encontraron diferencias en la proporción de usuarios que concluyeron el tratamiento para adicciones entre personas que reportaron nivel de depresión leve, moderado y severa ( $X^2 = 35.175$ ,  $gl = 2$ ,  $p < 0.01$ ). Aquellos que reportaron

depresión leve terminaron el tratamiento en mayor proporción (79.1%) que los que reportaron depresión moderada (28.9%), y quienes reportan depresión severa (0%).

Tabla 12.

*Depresión a finalizar el tratamiento de los usuarios que concluyen o no el tratamiento.*

<b>Depresión final</b>	<b>Concluye el tratamiento</b>	<b>No concluye el tratamiento</b>
Leve	58.00%	15.33%
Moderada	7.33%	18.00%
Severa	0	1.33%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

En la tabla 13 se observa cómo un 26.67% de los usuarios que no concluyeron el tratamiento, y 52% de los usuarios que sí terminaron no habían estado previamente en el Centro, mientras que 8% de los que no concluyeron y 13.33% de los usuarios que sí concluyeron, ya habían sido internados anteriormente en ese Centro. No se encontraron diferencias significativas entre aquellos que concluyen y quienes no concluyen el tratamiento ( $X^2=0.144$ ,  $gl= 1$ ,  $p> 0.05$ ).

Tabla 13.

*Usuarios de primera vez y reingresos que concluyen o no el tratamiento.*

<b>Reingreso al Centro</b>	<b>Concluye el tratamiento</b>	<b>No concluye el tratamiento</b>
No es reingreso	52.00%	26.67%
Sí es reingreso	13.33%	8.00%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

Por lo que se refiere a la situación laboral de los usuarios, un 31.33% concluyó el tratamiento sin embargo se encuentran sin ingresos al momento de estar internados, y sólo

un 18% de quienes concluyen tenían ingresos económicos fijos y un 16% eran variables. En los usuarios que no concluyeron el tratamiento, de igual forma predominaron aquellos que no contaban con ingresos (Tabla 14). No se encontraron diferencias significativas entre aquellos que concluyen y quienes no concluyen el tratamiento ( $X^2=3.942$ ,  $gl=2$ ,  $p>0.05$ ).

Tabla 14.  
*Situación laboral en los usuarios que concluyen y no concluyen el tratamiento.*

<b>Situación laboral</b>	<b>Concluye el tratamiento</b>	<b>No concluye el tratamiento</b>
Ingresos fijos	18%	4.66%
Ingresos variables	16%	9.33%
Sin ingresos	31.33%	20.66%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

La mayoría de los usuarios iniciaron su consumo de drogas entre los 10 y los 20 años, un 45.33% de los que se agrupan en este rango de edad llegaron al término del tratamiento, de igual forma concluyeron un 14.66% de los usuarios que iniciaron su consumo en el rango de 21 a 30 años, un 4% de quienes empezaron entre los 31 y los 40 años y sólo un 1.33% de quienes empezaron a consumir antes de los 10 años (Tabla 15). No se encontraron diferencias significativas entre aquellos que concluyen y quienes no concluyen el tratamiento ( $X^2=1.719$ ,  $gl=3$ ,  $p>0.05$ ).

Tabla 15.  
*Edad de inicio de consumo en usuarios que concluyen o no el tratamiento.*

<b>Edad de inicio de consumo</b>	<b>Concluye el tratamiento</b>	<b>No concluye el tratamiento</b>
Menos de 10 años	1.33%	0.66%
10 a 20 años	45.33%	26.66%
21 a 30 años	14.66%	6.66%
31 a 40 años	4%	0.66%
<b>Total</b>	<b>65.33%</b>	<b>34.67%</b>

Posteriormente se corrió un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal tipo varimax (KMO= 0.486, prueba de esfericidad de Bartlett= 451.424,  $p = .000$ ) que arrojó 6 componentes con valor propio mayor a 1 que explican el 60.41% de la varianza (Tabla 16).

Tabla 16.  
*Componentes extraídos*

<b>Componente/ Variable</b>	<b>Varianza explicada</b>	<b>Cargas</b>
<b>Estado emocional</b>	14.82%	
Ansiedad final		.758
Depresión inicial		.730
Ansiedad inicial		.683
Depresión final		.675
<b>Tratamientos previos</b>	13.79%	
Total de tratamientos distintos previos		.880
Primera vez en tratamiento		.796
<b>Descriptivos</b>	10.42%	
Estado civil		.721
Edad de inicio de consumo		.655
<b>Apoyo farmacológico</b>	7.49%	
Medicación durante el tratamiento		.747
Estancia en centro toxicológico		.728
<b>Situación socioeconómica</b>	7.90%	
Lugar de procedencia		.610
Situación laboral		.603
<b>Droga de impacto</b>	6.82%	
Sustancia principal de consumo		.743

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El abuso de sustancias psicotrópicas, constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época, que se presenta tanto a nivel nacional como internacional. Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, de cualquier estrato social y de todas las regiones de México (ENA, 2011).

Un incidente que requiere especial atención en el campo del abuso de sustancias es el alto nivel de deserción de los programas de tratamiento, especialmente en los de tipo residencial. Un gran número de usuarios quienes desertan, lo hacen en las primeras semanas de tratamiento.

El objetivo de la presente investigación fue identificar las características del usuario que influyen en la permanencia del tratamiento residencial para adicciones. Se añadió una exploración descriptiva de características de los pacientes tales como edad, sexo, lugar de residencia, personalidad y diagnóstico clínico, cotejándolas con el abandono.

Las adicciones son un fenómeno determinado por factores tan complejos como los sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, entre otros. La recuperación de un estado de salud funcional depende, en parte, de una instrumentación eficaz de esfuerzos terapéuticos orientados a detectar y controlar trastornos considerados epidemiológica y funcionalmente como la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia y las demencias.

A su vez, la instrumentación exitosa de servicios de adicciones obedece en parte del grado de confiabilidad con que se conozcan los tipos de padecimientos y su frecuencia relativa.

En los servicios de salud mental se espera que los pacientes atendidos dejen de acudir a estos sólo cuando el experto tratante lo indica por alta, cita abierta o alguna otra situación expresamente ponderada por el equipo de salud (Velázquez, Sánchez-Sosa, Lara & Sentíes, 2000), sin embargo esto no siempre ocurre; tal es el caso del centro en el que se realizó el presente estudio, ya que al ser voluntario el ingreso al mismo, la salida también podía ser solicitada por el usuario, encontrando que del 34.67% que no concluyó el tratamiento, el 18% se consideró *alta necesaria*, sanción que se aplicaba a aquellos usuarios que incumplían alguna de las reglas del centro, y un 16.66% se les consideró *alta voluntaria*, término utilizado en el centro para los pacientes que decidían abandonar el tratamiento.

La percepción que tiene el paciente sobre su necesidad de ayudarse mediante un proceso psicoterapéutico o un tratamiento farmacológico, es sumamente importante para la continuidad del mismo. En éste sentido, la motivación individual es un factor relevante respecto al tratamiento. Así, el agente que solicita la atención es otro parámetro contemplado en numerosos estudios, siendo los pacientes que acuden por iniciativa propia los que más se adhieren al tratamiento (Landry, 1996; López-Goñi, Fernández-Montalvo & Arteaga, 2012), a diferencia de los que acuden por iniciativa de sus familiares, que son los menos adherentes, esto se ve reflejado en el 65.33% de la muestra que logró concluir al ingresar por decisión propia. Las tasas de conclusión del tratamiento varían dependiendo la modalidad del servicio, siendo del 41% para servicios ambulatorios a 73% en tratamientos residenciales cortos (30 días o menos) o admisiones hospitalarias (SHAMSA, 2003), estos datos concuerdan con los hallazgos encontrados en el presente trabajo ya que la tasa de conclusión fue similar con la reportada para los tratamientos residenciales.

En principio esto significaría que ni la información ni una conciencia clara del padecimiento son condiciones suficientes para mantener al paciente desempeñando las acciones inherentes a su tratamiento.

A pesar de que uno de cada tres usuarios de drogas es mujer, solo uno de cada 5 usuarios de drogas en tratamiento es mujer (United Nations World Drug Report, 2015), característica que puede observarse en la muestra estudiada ya que del total, en su mayoría eran hombres. Igualmente, y de acuerdo con la ENA (2011), la mayor demanda de tratamiento fue por parte de los hombres.

La edad de los pacientes que acuden al servicio que se proporciona en el centro en el que se llevó a cabo la investigación, reveló datos similares a los reportados en la ENA (2011), tanto para aquellos que concluyeron el tratamiento como para los que no, siendo los más frecuentes los adultos jóvenes. Condelli, Koch & Fletcher, (2000), reportaron que existen características cuya implicación resulta controvertida debido a que en sus hallazgos muestran poca consistencia. Entre estas está la edad, observándose mayor riesgo de incumplimiento en adolescentes o en edades más avanzadas correspondientes a la senectud y vejez. Otros autores refieren que la soltería también está relacionada con el abandono.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, al realizar el análisis de componentes principales se pudo encontrar que la edad del usuario al ingresar al centro no juega un rol determinante en su permanencia en el tratamiento; sin embargo esto no sucede con la edad de inicio de consumo debido a que es una variable que se agrupa en uno de los componentes obtenidos, mostrando que a quienes inician el consumo a más temprana

edad, les es más complicado concluir el tratamiento. Estas edades son claves debido a que mucha de la vida productiva del hombre ocurre dentro de este promedio de edad. Así, además del malestar individual y familiar que entraña un problema de adicciones, el abandono del tratamiento implica consecuencias negativas también en ámbitos como el laboral y el de una vida comunitaria activa.

El lugar de residencia es un factor que en ocasiones se ha asociado con la permanencia de los pacientes en su tratamiento. En principio se supondría que a menor distancia se encuentre el servicio de salud del domicilio del paciente, mayor consistencia y apego presentaría éste respecto de su tratamiento. Sin embargo, los hallazgos del presente estudio, mostraron que la deserción se da en proporciones aproximadamente iguales en aquellos pacientes que viven dentro de la Ciudad de México y aquellos que radican en el interior de la República Mexicana. La demanda de atención es básicamente de la población que vive en la Ciudad de México donde se encuentran las instalaciones del servicio. Hay una demanda significativamente menor de pacientes que radican en el Estado de México y mínima de aquellos que se encuentran en otros estados. Es posible que este contraste entre el tamaño de la demanda local y la foránea en el sentido de porcentajes muy dispares obscurezca un posible efecto de la distancia geográfica. Esto se vio reflejado al realizar el análisis de componentes principales debido a que se observa que el lugar de procedencia de los usuarios es un factor importante que puede ayudar a predecir su estancia en el tratamiento, corroborando los datos reportados en estudios previos en los que se observa que la cercanía del centro de atención al lugar dónde reside el usuario, promueve el término del tratamiento.

En datos obtenidos de la ENA (2011) en cuanto al estado civil, la mayor parte eran solteros y tenían estudios de nivel secundaria, datos que son similares a la muestra estudiada en la que se encontró que soltero fue la categoría de estado civil más frecuente, así como el nivel educativo de secundaria fue el que más se repitió entre los usuarios. Con respecto a la ocupación, se encontró que la mayor parte de los usuarios se encontraba sin ningún tipo de ingreso, y una menor cantidad contaba con ingresos fijos, dato que es similar a lo reportado en la ENA (2011) en donde se expuso que el 25% tenían un trabajo estable. En la presente investigación se encontró que el hecho de que el usuario contara con ingresos económicos fijos, es decir que percibiera un sueldo estable, o que sus ingresos variaran dependiendo de su trabajo como sucede con los oficios o incluso que se encontrara sin ningún tipo de ingreso al momento de su estancia en el tratamiento resultó ser una variable de uno de los componentes importantes que pudieran promover la estancia en el mismo, ya que al no contar con un ingreso estable o permiso para ausentarse del trabajo, repercute en el compromiso de permanecer en el tratamiento de manera residencial pues esto supone pérdidas económicas para el usuario. Esto se relaciona de manera directa con el costo del tratamiento ya que influye no sólo el costo directo de la estancia y el fármaco sino también el indirecto. Perder días de trabajo, tener que dejar los hijos a cargo de alguien para poder acudir al centro y otros factores pueden condicionar un elevado costo indirecto y favorecer el incumplimiento (Moos, Pettit & Gruber, 1995). En este sentido lo primero no constituye un factor importante pues el tratamiento impartido en el centro es gratuito, sin embargo la permanencia en el mismo pudo verse afectada debido el tiempo requerido para completarlo.

La edad promedio para el inicio en el consumo de drogas observada en la muestra concuerda con lo reportado en la ENA (2011), no habiendo diferencia entre ambos datos.

En el contexto nacional, de manera especial los resultados de los Centros de Tratamiento mencionados en la ENA (2011), mostraron que el consumo, la dependencia y los problemas asociados afectan a una parte importante de la población mexicana, siendo el alcohol la droga que genera una mayor problemática en nuestro país. Adicionalmente, los datos muestran que hay variaciones regionales importantes que deben tomarse en cuenta en la planeación de acciones y de políticas públicas en la materia (SISVEA, 2014).

De acuerdo a los resultados, la droga de impacto más frecuente en el centro fue el crack, seguida del alcohol, inhalables, marihuana y cocaína, datos que contrastan con lo reportado en la ENA (2011), en ella señala que la droga de impacto más frecuente a nivel nacional fue el alcohol, seguido de la cocaína, marihuana y metanfetaminas. En el caso de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), las principales sustancias que motivaron la demanda de tratamiento fueron alcohol, cocaína, marihuana e inhalables (ENA, 2011). Estos datos pERMITen ayudar a predecir qué usuarios es más probable que lleguen a concluir el tratamiento, así como trabajar en la búsqueda de estrategias que promuevan que los usuarios de otras sustancias también logren concluir un tratamiento residencial.

De acuerdo a los grupos de edad, en jóvenes de menos de 20 años se reportó como droga de impacto el crack; de igual forma, entre los 20 y 30 años, nuevamente el crack fue la droga de impacto más frecuente, en el grupo de 31 a 40 años se puede decir que el crack fue la droga de impacto más recurrente; en los usuarios que se encontraban entre los 41 y 50 años, el alcohol fue la droga de impacto y de igual forma lo fue aquellos usuarios de 50

años o más. Esto difiere con los hallazgos publicados en la ENA (2011) en la que se reportó que el porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años fue mayor entre los usuarios que mencionaron como drogas de impacto los inhalables, seguido por la marihuana. Por otro lado, entre los que tuvieron como droga de impacto a la cocaína y las metanfetaminas, la mayor parte eran adultos jóvenes (20 a 29 años). Asimismo, el mayor porcentaje de adultos de 35 años o más reportaron como droga de impacto al alcohol. Esta información permite ver similitudes con los datos nacionales y los encontrados en el presente estudio. Adicionalmente se encontró que la sustancia de impacto también juega un rol importante en cuanto a la permanencia y conclusión en el tratamiento.

La marihuana y la cocaína son las drogas de mayor consumo, con 2.4 usuarios de marihuana por cada uno que reporta haber consumido cocaína en el año previo al estudio. El consumo de otras drogas, es cuatro veces inferior al reportado para cocaína, esto no corresponde a los hallazgos de esta investigación, probablemente debido a que estos datos abordan el consumo en general y no corresponden a los que buscan el apoyo terapéutico.

Con relación al número de tratamientos a los que habían acudido con anterioridad, la mayoría de los usuarios pertenecientes a la muestra ya habían acudido a algún tratamiento con anterioridad y bajo modalidades distintas, datos que concuerdan con lo reportado en la ENA (2011), en donde se menciona que principalmente acuden a algún especialista, a un grupo de autoayuda o ayuda mutua, al psicólogo o al psiquiatra. En total, la proporción que ha recibido tratamiento de un profesionalista es superior a la población que sólo ha participado en grupos de autoayuda o ayuda mutua, contrario a la muestra de la investigación ya que es mayor la proporción de aquellos que acuden a tratamiento de autoayuda. Con respecto a los tratamientos, se encontró que tanto el número de

tratamientos recibidos previos al ingreso en el centro, así como si se trataba de la primera vez que acudían en busca de apoyo para dejar el uso de sustancias adictivas, resulta relevante, se coincide con Swett & Noones, (1989), quienes mencionaron lo importante que es la experiencia con tratamientos previos, ya que por lo general quienes abandonan el mismo no han tenido experiencias previas de un tratamiento continuo. Así mismo Greenberg, (1992) quien concluye que un tratamiento cumplido con anterioridad parece condicionar positivamente la respuesta del paciente a una nueva experiencia terapéutica.

Las características predisponentes que determinan el abandono de tratamiento de los usuarios son variadas; éstas van desde la edad y el sexo del entrevistador hasta la edad y el sexo del terapeuta como primer determinante para la permanencia o no del usuario (Hawkins, Baer & Kivlahan, 2008), pasando desde luego por la patología, la situación sociocultural y ambiental del consultante, la falta de contención familiar, problemas religiosos, inaccesibilidad al centro de atención, problemas laborales y/o académicos (Morgan & Lilienfeld, 2000).

No se han encontrado diferencias entre pacientes que terminan y abandonan su proceso terapéutico en lo referente al sexo, raza, religión, nivel educativo o clase social, aunque es posible que algunas de sus combinaciones pudieran tener un peso específico. (Alterman, Arthur I, McKay, Mulvaney & McLellan, 1996; Fernandez-Montalvo & López-Goñi, 2010). Esto es consistente con lo presentado en la investigación, debido a que no se encontraron diferencias significativas en variables como edad, estado civil, ingresos o escolaridad entre los usuarios que concluyen y los que abandonan el tratamiento. Sin embargo al realizar el análisis de componentes principales se observa que el estado civil también forma parte de uno de los componentes extraídos que resultó relevante.

De lo expuesto, cabe resaltar, que existen factores predictivos inherentes a la externalización inadecuada de conflictos como agresión y delincuencia, así como una internalización de problemas psicológicos, como la ansiedad y la depresión, que fueron determinantes sobre la permanencia del usuario en el proceso terapéutico ( King & Canada, 2004; Verheul, Van Den Brink & Hartgers, 1995), lo cual concuerda con los hallazgos de esta investigación, en la que se encontró que la ansiedad y la depresión de los usuarios, puede ser un factor predictor de la conclusión del tratamiento.

Sin embargo, se debe mencionar que entre algunos de los factores que dificultan el tratamiento de los pacientes con trastornos afectivos se encuentra la actitud escéptica ante la medicación. Ello es debido a que un elevado número de los mismos cree que su depresión es debida al estrés, a factores ambientales (laborales como el desempleo, académicos); por tanto, si la causa es externa, consideran que el tratamiento (que sería un factor dirigido hacia la interioridad de los pacientes), no puede ayudarles a solucionar sus problemas (Iraurgi, 1995; King & Canada, 2004). Estos hallazgos concuerdan con lo observado en el presente estudio donde los niveles de ansiedad y depresión que reportan los usuarios tanto al inicio del tratamiento como al finalizarlo conformaron uno de los componentes analizados, de la misma forma que resaltó el hecho de contar con medicación durante el tratamiento y haber tenido la experiencia de acudir a un centro toxicológico en el cual también se cuenta con el apoyo de fármacos.

Con respecto al tratamiento farmacológico que usualmente reciben este tipo de pacientes, tampoco será de ayuda la complejidad con la que se explica la necesidad y características de la prescripción. En diversos estudios se indica la necesidad de simplificar la frecuencia en la dosis del tratamiento farmacológico para limitarlo a una sola

toma, no obstante, Blackwell (1972) considera que la dosis única diaria ha sido sobrevalorada y que si el paciente olvida esta dosis resultará más perjudicado que si es tratado con dosis divididas.

Respecto a estos pacientes es importante insistir en proporcionar información suficiente respecto al tratamiento farmacológico, muy especialmente la referente a los efectos secundarios (anticolinérgicos, sedativos, autonómicos, entre otros) a fin de evitar la desesperanza en el paciente al enfrentar consecuencias, como la exacerbación de su enfermedad. Igualmente es necesario que el paciente tenga conocimiento respecto al tiempo que tarda un antidepresivo en ejercer su acción terapéutica (Iraugui, 1995).

En este grupo de trastornos, al igual que en otros procesos crónicos, los enfermos que de forma recurrente abandonan el tratamiento se benefician con la aproximación física de una persona que se responsabilice del tratamiento, aumentando las probabilidades de éxito en su proceso terapéutico (Iraugui, 1995).

Varios autores recomiendan el uso temprano del fármaco para conseguir un rápido alivio de la sintomatología y prevenir el abandono de la medicación (Beynon, McMinn & Marr, 2008). Un estudio con enfermos mentales crónicos encontró que aquellos que recibieron medicación temprana tuvieron una probabilidad seis veces mayor de continuar el tratamiento que los restantes. En el mismo estudio se observó que los pacientes que recibían psicoterapia cuadruplicaban las posibilidades de mantener el tratamiento frente a aquellos que no lo recibían, reforzando la idea general de que un adecuado soporte psicoterapéutico ayuda a mantener el cumplimiento (Dzialdowski & Tilbury, 1998).

Los datos muestran la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas, por ello es importante ampliar la política de prevención y tratamiento y dirigir más acciones hacia los adultos jóvenes, esto podría incluir campañas que contengan información real sobre el uso de sustancias adictivas con el fin de promover una toma de decisión de este sector poblacional basada en evidencias.

Las tasas de conclusión del tratamiento observadas tanto en esta investigación como en otros previos, constituyen una necesidad de mejora al momento de impartir un tratamiento de larga duración, así como lograr que los pacientes concluyan su estadía durante todo el tratamiento se asocian con mejores resultados ante problemáticas relacionadas con el abuso de drogas (Beynon, McMinn & Marr, 2008; Connors, Grant, Crone, & Whiteside-Mansell, 2006; De Leon, 1991, 2001; Hubbard et al., 1989; McLellan et al., 1997; Simpson, 1979, 1981; Simpson & Sells, 1982). Al respecto, Stark (1992) concluye que, debido a las altas tasas iniciales de deserción, sólo un pequeño número de usuarios recibe los beneficios potenciales del tratamiento. Se dispone de evidencia sólida respecto a que un mínimo de 90 días en tratamiento son los que se requieren para obtener beneficios significativos. Esto concuerda con otros autores que concluyen que más allá de los tres meses, los mejores resultados incrementan en una relación lineal con el tiempo en tratamiento (Connors, Grant, Crone & Whiteside-Mansell, 2006; Etheridge, Hubbard, Anderson, Craddock & Flynn, 1997; Simpson, 1981), incluyendo reducción en el uso de sustancias, en la ocurrencia de conductas de riesgo, menor involucramiento en problemas legales, así como mejorías en la salud mental y en el funcionamiento social, en este sentido, y ya que en el centro en el que se realizó la investigación se cuenta con elementos que promueven el término tales como la aplicación de un tratamiento multidisciplinario, y

apoyo farmacológico, además de que la tasa de conclusión es alta, probablemente aumentar el tiempo de tratamiento en el centro sería de ayuda pues en esa institución la duración es de sólo seis semanas.

La retención se ha asociado con buenos resultados de los tratamientos, sin embargo, continúa en duda si se le da más importancia de la que merece. Por ejemplo, pueden influir algunas características de personalidad de los pacientes ya que también están asociadas con altos porcentajes de abandono. O por el contrario, puede ser un resultado de la interacción del ambiente del tratamiento con las características del cliente. En relación con lo anterior Walker (2009) sugiere la necesidad de ampliar el alcance de los estudios de retención de tratamientos y comparar las tasas de retención entre diferentes ambientes terapéuticos para determinar si el no concluir un tratamiento es consecuencia de características específicas de la intervención para usuarios de sustancias o se debe a la totalidad del proceso.

Debido a que los hallazgos aportados por la presente investigación se limitan a un solo centro de tratamiento y únicamente en modalidad residencial, sería útil realizar evaluaciones similares en distintos centros y modalidades de tratamiento en el país, lo cual podría contribuir a estandarizar ciertos factores en los procesos terapéuticos con el fin ayudar tanto a futuras investigaciones con el fin de desarrollar programas de tratamiento basados en evidencias que respalden la funcionalidad y reduciendo los problemas de abandono. De acuerdo a lo encontrado en esta investigación cabe resaltar que la medicación juega un papel aparentemente determinante en la permanencia de los usuarios en el tratamiento, debido a que no es un recurso que suele emplearse en muchos centros de apoyo para adicciones y probablemente valdría la pena extender la investigación al respecto

creando conciencia en las personas de la utilidad del mismo así como quitar los estigmas de un tratamiento integral que incluya la parte psiquiátrica.

Se podría concluir que variables como, sexo, lugar de residencia, niveles de ansiedad y depresión, edad de inicio, estado civil, los tratamientos previos, el apoyo farmacológico, la situación socioeconómica y la droga de impacto muestran una relación con el abandono del tratamiento. Estos hallazgos facilitan la comprensión de este fenómeno que implica gran complejidad. Todo parece indicar que no bastan las variables tipificadas en el presente estudio para explicarlo por completo. Analizar los datos de seguimiento podrían aportar perspectivas distintas para el estudio más pormenorizado de la deserción clínica.

La continuación de esta línea de investigación podría verse beneficiada si se valoran datos como la motivación hacia el tratamiento, las expectativas del paciente, su disponibilidad de tiempo y recursos, analizados desde una perspectiva tanto de manera cuantitativa como cualitativa en diversos contextos institucionales nacionales o incluso a nivel latinoamericano. De igual forma, se podrían buscar muestras cuyo tamaño y tipificación clínica mejoren su carácter de representativos tanto en sentido estadístico como social o clínico. También aportaría datos importantes incluir variables cognoscitivas como la tolerancia a la frustración, resistencias y dinámica familiar. Una línea lógica de continuación de esta línea de investigación incluiría el realizar réplicas considerando metodologías y observaciones que permitan un seguimiento más sólido, con el fin de obtener datos aplicables para la implementación de tratamientos nuevos, así como el fortalecimiento real de los existentes.

Finalmente, cabe resaltar que, ya que hubo posibilidad de trabajar de cerca con los usuarios pertenecientes a la muestra y formar parte de los profesionales de la salud que imparten el tratamiento en el centro, teniendo la oportunidad de aplicar las estrategias adquiridas a lo largo de la Maestría, pudiendo agregar que cambia de manera significativa leer acerca de la información que se tiene al momento sobre adicciones, y enfrentarse directamente a la problemática, conociendo las experiencias de vida de los usuarios, por lo que además de los aportes que se desprenden de la investigación, la experiencia resultó muy enriquecedora en el ámbito profesional.

## REFERENCIAS

- Aharonovich, E., Hasin, D.S., Brooks, A.C., Liu, X., Bisaga, A., & Nunes, E.V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(3), 313–322.
- Alegria, M., Page, J. B., Hansen, H., Cauce, A. M., Robles, R., Blanco, C., et al. (2006). Improving drug treatment services for Hispanics: Research gaps and scientific opportunities. *Drug and Alcohol Dependence* 84(1), S76-S84.
- Alterman, A.I., McKay, J.R., Mulvaney, F.D., & McLellan, A.T. (1996). Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men. *Drug and Alcohol Dependence* 40(3), 227-233.
- Anglin, M. D., & Hser, Y.I. (1990). Treatment of drug abuse. En M. Tonry, & J. Q. Wilson (Eds.), *Drugs and crime* (pp. 393–460). Chicago: University of Chicago Press.
- Appleby L. (1993). Length of stay and recidivism in schizophrenia : A study of public psychiatry hospital patients. *Am J Psychiatry* 150 (1), 72-76.
- Armenian, S. H., Chutuape, M. A., & Stitzer, M. L. (1999). Predictors of discharges against medical advice from a short-term hospital detoxification unit. *Drug and Alcohol Dependence*, 56(1), 1–8.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852.
- Baruch G, Gerber A, Fearon P. (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community - based psychotherapy center: A preliminary investigation of the characteristics of early dropouts , late dropouts and those who continue treatment. *Br J Med Psychol* 71(3): 233-45.
- Berg, J. E. (2009). Use of a sense of coherence test and Hopkins Symptom Checklist to predict completion of stay in a postdetoxification counseling uni. research-article.

Recuperado el 27 de November de 2015 de

<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10550499.608995684>).

- Beynon, C. M., McMinn, A. M., & Marr, A. J. (2008). Factors predicting drop out from, and retention in specialist drug treatment services: A case control study in the North West of England. *BMC Public Health*, 8, 149.
- Bischoff, R., Sprenkle, D. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research. *Fam Process* 32:353-75.
- Blackwell B. (1972). The drug defaulter. *Clin Pharmacol Ther* 13: 841-848.
- Blood, L., & Cornwall, A. (1994). Pretreatment variables that predict completion of an adolescent substance abuse treatment program. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(1), 14–19.
- Brener, L., Von Hippel, W., Von Hippel, C., Resnick, I., & Treloar, C. (2010). Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach. *Drug and Alcohol Review*, 29(5), 491–497.
- Buckley, R.A. (1994). Differentiating medical and psychiatric illness. *Psychiatric Annals* 24(11), 584-591.
- Bueno, H. A., Cordoba, J. A., Escolar, P. A., Carmona, C. A. & Rodriguez G.C. (2001). El abandono terapéutico. *Actas Esp Psiquiatr* 29 (1) : 33-40.
- Caldwell, J. R., Cobb, S., Dowling, M. D., De Jongh, D. (1970). The drop out problem in antihypertensive therapy. *J Chron Dis* 22: 579-592.
- Campbell, B., Stanley, D., & Matas, M. (1991). Who misses appointment? An empirical analysis. *Can J Psychiatry* 36 : 223-5.
- Carlson, M.J. & Gabriel, R.M. (2001). Patient satisfaction, use of services, and one-year outcomes in publicly funded substance abuse treatment. *Psychiatric Services* 52:1230–1236.

- Condelli, W. S., Koch, M. A., & Fletcher, B. (2000). Treatment refusal/attrition among adults randomly assigned to programs at a drug treatment campus The New Jersey Substance Abuse Treatment Campus, Seacaucus, NJ. *Journal of Substance Abuse Treatment* 18(4), 395–407.
- Condelli, W. S., & Hubbard, R. L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(1), 25–33.
- Connors, N., Grant, A., Crone, C., & Whiteside-Mansell, L. (2006). Substance abuse treatment for mothers: Treatment outcomes and the impact of length of stay. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(4), 447–456.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(3), 268–281.
- Curran, G. M., Kirchner, J. E., Worley, M., Rookey, C., & Booth, B. M. (2002). Depressive symptomatology and early attrition from intensive outpatient substance use treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(2), 138–143.
- Davidson P O. (1982). Issues in patient compliance. T Millon, G Green & R Meagher (Eds): *Handbook of clinical health of psychology* (417-434). New York ; Plenum Press.
- Davis, S. (2009). *Drug treatment decisions of chemically-dependent women*. Recuperado el 5 November 2015, de <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826089409047943>).
- De Leon, G. (1991). Retention in drug-free therapeutic communities. In R. W. Pickens, C. G. Leukefeld, & C. R. Schuster (Eds.), *Improving drug abuse treatment*. NIDA research monograph, Vol. 106 (pp. 218–244). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Devine, J. A., Wright, J. D., & Brody, C. J. (1995). An evaluation of an alcohol and drug treatment program for homeless substance abusers. *Evaluation Review*, 19(6), 620–645.
- Dobkin, P. L., Civita, M. D., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347–356.
- Dziedzicki, A., London, M., & Tilbury, J. (1998). A controlled comparison of cognitive behavioural and traditional counselling in a methadone tapering programme. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(1), 47–53.
- Epperson D. (1981). Counselor gender and early premature termination from counseling : a replication an extension . *Journal of Counseling Psychology* 28(4) : 349-356.
- Etheridge, R., Hubbard, R., Anderson, J., Craddock, S., & Flynn, P. (1997). Treatment structure and program services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 244–260.
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Buenos Aires: Edit. Paidós.
- Fernandez-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research & Theory*, 18(4), 433–441.
- Freire B. (1986). Interrupción prematura en psiquiatría. Una revisión bibliográfica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 16 : 22-42.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306.

- González, M.A., Fernández, R. A., & Trojaola, B. (1993). Evolución de 101 pacientes psiquiátricos un año después del alta de la unidad de agudos: aspectos clínicos y terapéuticos. *Psiquis* 14 (6-8): 243-251.
- Greenberg, D. (1992). Is Psychotherapy possible with unbelievers? The care of the ultraorthodox community . *Isr J Psychiatry Relat Sci* 28(4): 19-30.
- Gutiérrez-Ávila, J.H. & Barilar-Romero, E. (1986). Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención en la Ciudad de México. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 101(6), 323-332.
- Brorson, H., Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review* 33, 1010-1024.
- Hawkins, E. J., Baer, J. S., & Kivlahan, D. R. (2008). Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 207–216.
- Haro, J. M., Ochoa, S., & Cabrero, L. (2001). Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29(2): 103-8.
- Hoffman, J.A., Caudill, B.D., & Koman, J.J. (1996). Psychosocial treatments for cocaine abuse: 12-month treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment* 13:3–11.
- Holcomb, W.R., Parker, J.C., & Leong, G.B. (1997). Outcomes of inpatients treated on a VA psychiatric unit and a substance abuse treatment unit. *Psychiatric Services* 48:699–704.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149.

- Hser, Y.I., Polinsky, M.L., & Maglione, M. (1997). Matching patients' needs with drug treatment services. *Journal of Substance Abuse Treatment* 16:299–305.
- Hubbard, R.L.; Craddock, S.G. & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of substance abuse treatment* 25(3). 125-134.
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G., & Flynn, P.M. (1997) Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addict Behaviors* 11:261–278.
- Iraurgi J. (1995). Estimación de riesgo de abandono a los tres y seis meses en un servicio de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 12 (45): 173-8.
- Kasprow, W.J., Frisman, L., & Rosenheck, R. (1999). Homeless veterans' satisfaction with residential treatment. *Psychiatric Services* 50:540–545.
- King, A. C., & Canada, S. A. (2004). Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 189–195.
- Kissling W. (1993). Cumplimiento en el tratamiento de la esquizofrenia. Copenhagen: Actas del Simposio Lundbeck 1993.
- Landry, M. J. (1996). Overview of addiction treatment effectiveness. : DIANE Publishing
- Ley, P., & Spleman, M. S. (1967). *Communicating with the patient*. London: Staples Press.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics. *The American Journal on Addictions* 21(1), 78–85.
- Lucena, M. I.(1983). Cumplimiento de la prescripción como elemento de respuesta terapéutica. *Medicine* 58:3-4.

- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*. New York: Basic Book.
- Maluquer, S. S., & Clotet, E. P. (1997). Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 3 (8): 43-50.
- Marrero, C. A., Robles, R. R., Colón, H. M., Reyes, J. C., Matos, T. D., Sahai, H., et al. (2005). Factors associated with drug treatment dropout among injection drug users in Puerto Rico. *Addictive Behaviors*, 30(2), 397–402.
- Martínez, O., Beitia, B., & Beitia, M. (1995). Diferencias en los tiempos medios de hospitalización psiquiátrica, según criterio metodológico utilizado en la recogida de la información. *Osasunkaria* (10) : 2-6.
- Masur, F. T. (1981). Adherence to health care regimens. *Behavioral medicine* 3:115-124.
- McLellan, A.T., Alterman, A.I., Metzger, D.S., Grissom, G.R., Woody, G.E., Luborsky, L., & O'Brien, C.P.(1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6): 1141-1158.
- McLellan, A.T., Woody, G.E., & Metzger, D. (1996) .Evaluating the effectiveness of addiction treatments: reasonable expectations, appropriate comparisons. *Milbank Quarterly* 74:51–85.
- McLellan, A.T., Alterman, A.I., & Cacciola, J. (1992). A new measure of substance abuse treatment: initial studies of the treatment services review. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180:101–110.
- McLellan, A.T., Grissom, G.R., Brill, P. (1993). Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others?. *Journal of Substance Abuse Treatment* 10:243–254.
- McLellan, A.T., Hagan, T.A., & Levine, M. (1998). Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction* 93:1489–1499.

- Meier, P. S., Donmall, M. C., McElduff, P., Barrowclough, C., & Heller, R. F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 57–64.
- Mendizábal, V. (1995). *La Deserción de los usuarios del Servicio de Asesoramiento Psicológico (SAP) de la Escuela de Psicología de la UCV*. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Escuela de Psicología, Venezuela.
- Meichenbaum, D., & Tunk, D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioners guidebook*. New York : plenum Press.
- Mohl, P., Martinez, D., Tirknok, C., Huang, M., & Cordell, L. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 179: 478-481.
- Moos, R. H., Pettit, B., & Gruber, V.A. (1995). Characteristics and outcomes of three models of community residential care for abuse patients. *Journal of Substance Abuse*, 7(1), 99–116.
- Morgan, A. B., & Lilienfeld, S. O. (2000). A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function - A review. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 113–136.
- Nicholson, I. (1994). Factors involved in failure to keep initial appointments with mental professional. *Hosp Community Psychiatry* (45) : 276-8.
- Otero, J., Luque, A., Conde, M., Jiménez, C., & Serrano, C. (2001). Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas. *Actas Esp Psiquiatr* 29(3): 153-198.
- Pang, A.H., Lum, F.C., Ungvari, G.S., Wong, C.K, et. Al. (1996). A prospective outcome study of patients missing regular psychiatric outpatient appointments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31(5), 299-302.

- Pang, A.H., Tso, S., Ungvari, G.S., Chiu, H., et. Al. (1995). An audit study of defaulters of regular psychiatric outpatient appointments in Hon Kong. *International Journal of Social Psychiatry* 41(2), 107-107.
- Passos, S. R. L., & Camacho, L. A. B. (2000). Factors associated with immediate dropout of outpatient treatment for drug abuse in Rio de Janeiro. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(11), 513–517.
- Raylu, N., & Kaur, I. (2012). Relationships between treatment expectations and treatment outcomes among outpatients with substance use problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(5), 607–621.
- Reder, P., & Tyson, R. L. (2000). Patient dropout from individual psychotherapy: A review and discussion. *Bulletin of the Menninger Clinic* 44:3.
- Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., & Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 108.
- Rössler W. (1992). Does case management reduce the rehospitalization rate. *Acta Psychiatr Scand* 86: 445- 449.
- Roter, D. L. (1988). Reciprocity in the medical encounter. En Gochman, D. *Health Behavior* (293-303). New York: Springer Science Business Media.
- Salamina, G., Diecidue, R., Vigna-Taglianti, F., Jarre, P., Schifano, P., & Bargagli, A. M. (2010). Effectiveness of therapies for heroin addiction in retaining patients in treatment: Results from the VEdeTTE study. *Substance Use & Misuse*, 45(12), 2076–2092.
- Sayre, S. L., Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rhoades, H. M., & Grabowski, J. J. (2002). Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. research-article. Recuperado el 5 de November de 2015, en <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/ADA-120001281>).

- Simpson, D.D., Joe, G., & Fletcher, B. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry* 56:507–514.
- Simpson, D.D. (2001). Modeling treatment process and outcomes. *Addiction* 96:207–211
- Simpson, D. D., & Joe, G. W. (2004). A longitudinal evaluation of treatment engagement and recovery stages. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 89–97.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Headayat-Harris, A., Ryder, G., & Berger, L. (1999). Development of vertically integrate program of services for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 50: 931-5.
- Stark, M. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93–116.
- Streeter, C.C., Terhune, D. B., Whitfield, T. H., Gruber, S., Sarid-Segal, O., Silveri, M. M., et al. (2007). Performance on the stroop predicts treatment compliance in cocaine-dependent individuals. *Neuropsychopharmacology*, 33(4), 827–836.
- Strupp, H.H. & Butler, S.F. (1990). *Psychotherapy Handbook of Comparative Treatments for Adult disorders*. (1era. Edición). New York: Library of congress.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2003). Drug and alcohol services information system (DASIS) report: Treatment completion in the treatment episode data set (TEDS). *Office of Applied Studies, US Department of Health and Human Services*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2015 en [http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/2003\\_2013\\_TEDS\\_National/2003\\_2013\\_Treatment\\_Episode\\_Data\\_Set\\_National.pdf](http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/2003_2013_TEDS_National/2003_2013_Treatment_Episode_Data_Set_National.pdf)
- Svarstad, B. L. (1976). Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. *Medical Care* 20: 220-238.
- Swanson, A.J., Pantalón, M.V. & Cohen, K.R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 187(10), 630-635.

- Swett, C., & Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hosp Community Psychiatry*; 40: 947-51.
- Tinto, V. (1988). Definie la deserción: una cuestión de perspectiva. *Revista de la educación superior* (71): 33-45.
- Toro, R. J. & Yépez, L.E. (1990). *Psiquiatría. CIB*. (Secunda edición). Colombia: CIB.
- Velázquez, A., Sánchez-Sosa, J.J., Lara, M. C., & Senties, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología de la PUCP* 18(2), 315-340.
- Verheul, R., Van Den Brink, W., & Hartgers, C. (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview. *European Addiction Research*, 1(4), 166–177.
- Walker, R. (2009). Retention in treatment-indicator or illusion: An Essay. *Substance use & misuse*, 44(1), 18–27.
- Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., & Diamond, G. S. (2005). Do gender and racial differences between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment retention in adolescents? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400–408.