

## ORIGINAL

# Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica

J.J. LÓPEZ-GOÑI<sup>a</sup>, J. FERNÁNDEZ-MONTALVO<sup>b</sup>, C. ILLESCAS<sup>a</sup>, N. LANDA<sup>c</sup> E I. LOREA<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Fundación Proyecto Hombre. Pamplona. Navarra. España.

<sup>b</sup>Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

<sup>c</sup>Centro de Salud Mental de San Juan. Servicio Navarro de Salud. Pamplona. Navarra. España.

**RESUMEN. Objetivo.** En este estudio se analizan las razones o motivos del abandono del tratamiento en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra.

**Material y métodos.** Se cuenta con una muestra de 61 pacientes que, tras permanecer en la Comunidad Terapéutica un período mínimo de 3 meses, han abandonado posteriormente la misma.

**Resultados.** Los resultados obtenidos muestran que el motivo de abandono más frecuentemente señalado se relaciona con los límites impuestos por el propio programa terapéutico (70,5% de los casos), seguido por la consideración de que ya se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente (49,2% de los casos), por el cansancio de los grupos de tratamiento (el 39,3% de los casos) y el consumo o el deseo de consumir drogas (el 34,4%). Por otra parte, se comparan los pacientes que abandonan temporalmente la terapia con aquellos que la abandonan de forma definitiva.

**Conclusiones.** Los hallazgos del estudio son de utilidad para comprender las razones de abandono del programa de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. Se analizan las implica-

ciones de este estudio para la investigación y para la práctica clínica.

**PALABRAS CLAVE:** abandono, comunidad terapéutica, drogodependencias, tratamiento.

## Reasons for treatment dropout in therapeutic community

**ABSTRACT. Objective.** In this paper, the reasons for dropout in the *Proyecto Hombre* Therapeutic Community in Navarre are analysed.

**Material and methods.** The sample was composed by 61 subjects who dropped out after having remained in this Therapeutic Community at least a minimum period of 3 months.

**Results.** Results showed that the most frequent reason for dropping out was related to the limits imposed by the therapeutic program (70.5% of the cases), followed by patient's consideration that the objectives had already been achieved (49.2% of the cases), boredom of taking part to the treatment groups (39.3% of the cases) and by the consumption or the desire to consume drugs (34.4%). The rest of the reasons studied affect a smaller number of cases. At the same time, the patients that dropped out temporarily and those that dropped out definitively are compared.

**Conclusions.** The findings of the study are useful for the understanding of the reasons for dropout from the *Proyecto Hombre* Therapeutic Community program. Implications of these results for further research and clinical practice are commented upon.

**KEY WORDS:** drug dependences, therapeutic community, treatment, dropout.

---

### Correspondencia:

J.J. LÓPEZ-GOÑI  
Fundación Proyecto Hombre.  
Avda. Zaragoza, 23.  
31005 Pamplona. Navarra. España.  
Correo electrónico: [investigacion@proyectohombrenavarra.org](mailto:investigacion@proyectohombrenavarra.org)

Recibido: 19-11-2007

Aceptado para su publicación: 14-01-2008

## Introducción

En el tratamiento de las conductas adictivas, el tiempo de permanencia en los programas de intervención constituye uno de los mejores predictores de buenos resultados terapéuticos y de mejor evolución a medio y largo plazo<sup>1,2</sup>. Sin embargo, una de las grandes preocupaciones en el tratamiento de las adicciones es precisamente el número tan alto de abandonos terapéuticos, con tasas que oscilan entre el 60 y el 80% de los pacientes atendidos<sup>3-5</sup>, tanto en los tratamientos residenciales como ambulatorios.

En los últimos años ha cobrado fuerza el estudio de los abandonos en los programas de tratamiento para las drogodependencias. Este tipo de estudios se ha centrado, fundamentalmente, en el análisis de las características personales de aquellos pacientes adictos que abandonan los tratamientos antes de completarlos. Así, por ejemplo, desde un punto de vista sociodemográfico, diversos estudios muestran que los pacientes varones y más jóvenes tienen una mayor probabilidad de abandono del tratamiento<sup>6,7</sup>.

Otros estudios han encontrado ciertas variables asociadas con un mayor riesgo de abandono de la terapia, tales como la gravedad de la adicción y la polidependencia<sup>7</sup>, la presencia de trastornos psicopatológicos comórbidos<sup>6</sup> o la presencia de trastornos de personalidad<sup>8,9</sup>. Además, otros estudios recientes se han centrado en los estadios de cambio y la motivación para el tratamiento como aspectos relacionados con el abandono<sup>10</sup>.

En cualquier caso, al margen de la indudable utilidad de estos estudios, todos ellos tienen dos aspectos comunes: a) se centran en las características personales de los pacientes que influyen en el abandono terapéutico, y b) el objeto de estudio es el abandono temprano, es decir, aquél que se produce en las primeras fases de la terapia (habitualmente en los tres primeros meses del tratamiento).

Así, la práctica totalidad de los estudios analizan las variables sociodemográficas, psicopatológicas o de personalidad de los pacientes que abandonan, variables que fueron recogidas habitualmente en la evaluación pretratamiento. Sin embargo, se desconoce qué otro tipo de razones, algunas incluso relacionadas con el propio programa de intervención, pueden llevar al abandono del tratamiento. En pocos casos se pregunta directamente a los propios implicados, cuando la perspectiva del propio paciente constituye un aspecto crucial para la planificación de estrategias de mejora y retención del tratamiento.

En este sentido, un estudio en nuestro país<sup>11</sup> (con pacientes que habían estado más de tres meses en el pro-

grama de tratamiento), y otro más reciente en el ámbito internacional<sup>8</sup> (con pacientes que habían estado menos de tres meses) constituyen los dos principales intentos llevados a cabo hasta la fecha para valorar las razones del abandono desde la perspectiva del paciente.

En el primer estudio<sup>11</sup> se analizaron las razones para el abandono de 55 pacientes que habían permanecido durante más de un año en el programa de intervención. Los resultados pusieron de manifiesto los siguientes datos: el 52,7% de la muestra señaló, como razón de abandono «no querer continuar con las limitaciones del tratamiento»; el 21,8% señaló estar «cansado de los grupos» (base del tratamiento valorado); el 21,8% consideraba «haber conseguido los objetivos propuestos»; y el 20% apuntó al consumo o deseo de consumir drogas. El resto de razones se señalaron en porcentajes inferiores. En cualquier caso, estos resultados ponían de manifiesto aspectos concretos que debían tenerse en cuenta para mejorar las tasas de retención dentro de la Comunidad.

En el segundo estudio, con 24 abandonos prematuros<sup>8</sup>, se encontró que las principales razones de abandono se relacionaban con la pérdida de motivación o deseo de cambio, y con conflictos relacionados con el personal del programa. Todo ello se tradujo en propuestas concretas de cambio dentro del programa de intervención como, por ejemplo, la introducción de la entrevista motivacional o el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

El objetivo de este estudio es analizar, desde la perspectiva de los propios pacientes implicados, las razones que les han llevado a abandonar un programa de tratamiento para las drogodependencias desarrollado por la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. Asimismo, se comparan los motivos de abandono entre aquellas personas que dejan el programa de forma definitiva (es decir, que no vuelven más al programa) y aquellos que lo abandonan temporalmente (es decir, que posteriormente regresan al programa y lo completan en su totalidad).

## Método

### Participantes

La muestra de este estudio está compuesta por 61 pacientes que, después de haber iniciado un tratamiento para las drogodependencias en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra, habían abandonado el mismo, en algún momento, sin recibir el alta terapéutica.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes: a) tener una edad comprendida entre los 18 y 65 años; b) cumplir los criterios diagnósticos de dependencia de sustancias según el DSM-IV-TR; c) haber permanecido en la Comunidad Terapéutica durante un período mínimo de tres meses, y d) haber abandonado la Comunidad Terapéutica en algún momento sin haber recibido el alta terapéutica. Todos los participantes aceptaron formar parte del estudio y firmaron el consentimiento informado.

### Instrumentos de evaluación

Con el objetivo de recoger la información de los pacientes, se llevó a cabo una entrevista personal con cada uno de los participantes del estudio. Durante esta entrevista se utilizó el Cuestionario de Seguimiento de Drogodependencias<sup>12</sup>. Se trata de un instrumento compuesto por 199 ítems, agrupados en 10 áreas, que evalúan el efecto del tratamiento en el estilo de vida del paciente (presencia o no de recaídas en el consumo), tras el abandono o el alta terapéutica (finalización del programa de tratamiento): a) consumo de drogas, b) abuso de alcohol, c) situación familiar, d) situación educativa, e) problemas laborales, f) tiempo libre, g) problemas de salud, h) problemas legales, i) regreso a programas de tratamiento, y j) evaluación del programa. Este cuestionario ha sido ya utilizado en dos estudios previos sobre la evaluación de la eficacia<sup>3,13</sup> y ha mostrado su utilidad en este campo. Para llevar a cabo el presente estudio se ha utilizado únicamente la parte correspondiente a la evaluación del programa, que se centra específicamente en los elementos contemplados en el estudio: razones de abandono (7 ítems) y valoración del programa terapéutico (15 ítems).

### Procedimiento

Los pacientes de este estudio forman parte de una investigación más amplia sobre la evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica del Proyecto Hombre de Navarra<sup>13</sup>. Se trata de un estudio de seguimiento de carácter retrospectivo, que incluye una entrevista personal con cada uno de los pacientes estudiados. Esta entrevista personal fue llevada a cabo por una psicóloga clínica entrenada, que no pertenecía a la Comunidad Terapéutica evaluada. El diseño del estudio se realizó de forma mixta entre personal de Proyecto Hombre y personal externo. Las entrevistas tuvieron lugar en los sitios elegidos por los pacientes entre septiembre de 2000 y septiembre de 2004.

Los datos del presente estudio se han obtenido, por tanto, a partir de la entrevista de seguimiento. Más en concreto, se han seleccionado, por una parte, los pacientes que habían abandonado en algún momento la comunidad terapéutica y, por otra, los datos del cuestionario de seguimiento relativos a las razones para el abandono y a la valoración del propio programa terapéutico.

### Análisis de datos

Se ha utilizado el programa estadístico SPSS, versión 14.0. Para determinar las características de la muestra y las principales razones para el abandono se han utilizado análisis estadísticos de carácter descriptivo. Asimismo, la comparación entre los grupos se ha llevado a cabo mediante la prueba de ji cuadrado, en el caso de las variables categóricas, y la «t» de Student en el caso de las variables cuantitativas. Se han considerado significativas las diferencias con una  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

### Características de la muestra

La edad media de los 61 pacientes seleccionados era de 27,5 años (desviación típica [DT] = 4,3; rango: 20-42 años), 42 casos (68,8%) eran hombres y 19 mujeres (32,2%), mayoritariamente solteros (77%) y con un nivel educativo bajo. Por lo que se refiere al tipo de droga de consumo, la amplia mayoría era adicto a la heroína (72,1%), seguido de la cocaína (13,1%), de la mezcla de ambas sustancias (el denominado *speedball*) (13,1%), o de otro tipo de drogas como, por ejemplo, el alcohol o el cannabis (8,2%).

Por otra parte, un dato importante a tener en cuenta es que de las 61 personas que formaron parte del estudio, 41 (el 67,2%) habían abandonado definitivamente el programa y no había vuelto nuevamente al mismo. Sin embargo, los 20 casos restantes (el 32,8%), a pesar de haber abandonado previamente el programa de intervención, habían ingresado nuevamente en la Comunidad Terapéutica y habían completado el tratamiento en su totalidad.

### Razones para el abandono

En la tabla 1 se presentan los motivos para el abandono proporcionados por los propios participantes del

**Tabla 1.** Razones para el abandono

Razones	n = 61* (%)
Consumir o deseo de consumir drogas	21 (34,4%)
Consumir o deseo de consumir alcohol	3 (4,9%)
No querer continuar con las limitaciones del programa	43 (70,5%)
Tener una mala relación con los terapeutas	12 (19,7%)
Tener una mala relación con otros pacientes	8 (13,1%)
Estar cansado de los grupos	24 (39,3%)
Haber conseguido los objetivos propuestos por el propio paciente	30 (49,2%)

\*La suma total de respuestas es superior al número total de participantes en el estudio, porque en muchos casos se alega más de una razón para el abandono.

estudio. Como puede observarse, la razón más veces esgrimida para abandonar la Comunidad Terapéutica de forma prematura se relaciona con los límites impuestos por el propio programa terapéutico. Esta razón es señalada por el 70,5% de la muestra (43 pacientes). Algunos de estos límites son, por ejemplo, no poder manejar dinero durante la estancia en la Comunidad Terapéutica, cumplir estrictamente los horarios, no poder estar solo durante el tratamiento o tener prohibido el consumo de alcohol y de otras drogas.

La segunda razón más señalada (n = 30) es la consideración, por parte de los pacientes, de que ya se habían alcanzado los objetivos propuestos inicialmente. De esta forma, a pesar de no haber completado en su totalidad el programa de intervención, deciden abandonar el mismo por considerar solucionado el problema de drogas.

Por último, otras razones de importancia señaladas por los pacientes se relacionan con el hecho de cansarse de los grupos de tratamiento (el 39,3% de los casos), consumir drogas o experimentar el deseo de hacerlo (el 34,4%), tener una mala relación con los terapeutas (el 19,7%), tener una mala relación con otros residentes —pacientes en tratamiento— (el 13,1%) y, por último, con consumir alcohol o tener el deseo de consumirlo (el 4,9%).

### Comparación entre los abandonos definitivos y los que regresan al tratamiento

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la comparación entre los pacientes que abandonan la Comunidad Terapéutica de forma definitiva (41 casos) y aquellos que, tras abandonarla, regresan nuevamente y consiguen completar el tratamiento (20 casos).

### Variables sociodemográficas y de consumo

La comparación de ambos grupos en las características sociodemográficas arroja diferencias significativas en dos variables (tabla 2): la edad y el sexo. Así, las personas que abandonan definitivamente el tratamiento son significativamente mayores que los que lo abandonan temporalmente. Además, la mayor parte de los abandonos definitivos (8 de cada 10) se producen entre los hombres.

### Motivos de abandono

Cuando se comparan ambos grupos en lo relativo a los motivos alegados para el abandono del tratamiento, las diferencias significativas se centran en tres aspectos (tabla 3). En concreto, las personas que abandonan definitivamente la Comunidad Terapéutica consideran, en una mayor proporción de casos, que estaban cansados de los grupos y que ya habían alcanzado los objetivos terapéuticos. Sin embargo, entre las personas que regresan al programa de intervención hay un porcentaje significativamente superior de casos que alegan el

**Tabla 2.** Comparación en las variables sociodemográficas y de consumo

	Abandonos temporales n = 20 Media (DT)	Abandonos definitivos n = 41 Media (DT)	t
Edad media	25,5 (3,7)	28,5 (4,3)	2,67**
	Abandonos temporales n = 20 n (%)	Abandonos definitivos n = 41 n (%)	χ <sup>2</sup>
Sexo			
Hombre	9 (45%)	33 (80,5%)	6,33*
Mujer	11 (55%)	8 (19,5%)	
Estado civil			
Solteros	17 (85%)	30 (74,4%)	0,46
Casado	3 (15%)	11 (25,6%)	
Nivel cultural			
Sin estudios	6 (30%)	16 (39%)	0,66
Estudios primarios	14 (70%)	25 (61%)	
Droga motivo de tratamiento			
Heroína	13 (65%)	31 (75,6%)	1,1
Cocaína	3 (15%)	5 (12,1%)	
Heroína + cocaína	3 (15%)	3 (7,3%)	
Otras sustancias	1 (5%)	2 (4,9%)	

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01.  
DT: desviación total.

**Tabla 3.** Comparación en las razones de abandono terapéutico

Razones	Abandonos temporales	Abandonos definitivos	$\chi^2$
	n = 20 n (%)	n = 41 n (%)	
Consumir o deseo de consumir drogas	11 (55%)	10 (24,4%)	4,31*
Consumir o deseo de consumir alcohol	0	3 (7,3%)	0,37
No querer continuar con las limitaciones del programa	11 (55%)	32 (78,1%)	2,41
Tener una mala relación con los terapeutas	4 (20%)	8 (19,5%)	0,09
Tener una mala relación con otros pacientes	3 (15%)	5 (12,2%)	0,01
Estar cansado de los grupos	4 (20%)	20 (48,8%)	3,54*
Haber conseguido los objetivos propuestos por el propio paciente	5 (25%)	25 (60,9%)	5,60*

\*p &lt; 0,05.

consumo o el deseo de consumir drogas como razón para haber abandonado.

#### Valoración de los elementos del programa

Por último, se han comparado ambos grupos en la valoración que hacen de los distintos elementos que componen el programa de tratamiento (tabla 4).

En este sentido, de los 14 elementos del programa de tratamiento propuestos para la valoración en el Cuestionario de Seguimiento de Drogodependencias<sup>12</sup>, sólo en dos se observan diferencias entre los dos grupos estudiados. Así, los pacientes que vuelven y completan el tratamiento tienen un mayor grado de satisfacción por el tratamiento recibido para su dependencia y por la ayuda proporcionada por los terapeutas, en comparación con los abandonos definitivos.

Por otro lado, la valoración global del programa de tratamiento es significativamente superior ( $t = 2,80$ ;  $p < 0,01$ ) entre quienes finalizan la estancia en la Comunidad Terapéutica (media = 1,9; DT = 0,85) que entre quienes abandonan definitivamente la misma (media = 2,7; DT = 1,13).

### Discusión

En este estudio se ha llevado a cabo un análisis de las razones que propician el abandono terapéutico en 61 pacientes que, tras permanecer más de tres meses en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra, abandonan el programa de intervención. El interés de esta investigación radica, por una parte, en que se centra en el estudio de los abandonos del tratamiento, uno de los aspectos más preocupantes hoy en día en el tratamiento de las drogodependencias<sup>1,2,7,10</sup>. Por otra parte, en la línea propuesta recientemente<sup>8</sup> se pregunta a los

propios pacientes implicados las razones específicas por las que han abandonado. Esto es muy poco frecuente en la bibliografía existente hasta la fecha, a pesar de que las respuestas reflejan en gran medida las dificultades encontradas por los pacientes en los programas de intervención, sobre todo cuando se trata, como en esta investigación, de abandonos tardíos<sup>14-16</sup>.

Por lo que se refiere a los resultados obtenidos, la principal razón para el abandono se centra en el cansancio de los pacientes en los límites impuestos por el propio programa de intervención. De hecho, en el 70,5% de los casos se señala esta circunstancia como motivo de abandono. El tipo de límites se relaciona, entre otros, con no poder manejar dinero durante la estancia en la Comunidad Terapéutica, cumplir estrictamente los horarios, no poder estar solo durante el tratamiento o tener prohibido el consumo de alcohol y de otras drogas.

Este mismo resultado se ha observado en el único estudio previo existente llevado a cabo en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Asturias<sup>11</sup>. Ello pone de manifiesto la importancia de este aspecto como motivo de abandono e indica la necesidad de replantear algunos de los límites necesarios para formar parte de la Comunidad Terapéutica o modificar la forma de establecer los mismos (por ejemplo, la atenuación gradual de estos límites conforme se vaya desarrollando el programa de intervención). Quizás de esta forma se puedan mejorar las tasas de retención observadas en este tipo de programas terapéuticos.

El resto de las razones de abandono son también coincidentes a grandes rasgos con el estudio previo<sup>11</sup>. De esta forma, aspectos como la consideración de «haber conseguido ya los objetivos propuestos» o el «cansancio de los grupos terapéuticos» destacan en ambos estudios y ponen de manifiesto la necesidad de tenerlos en cuenta a la hora de replantear el funcionamiento de la Comunidad Terapéutica.

**Tabla 4.** Comparación en la valoración de los elementos del programa

Elementos	Abandonos temporales	Abandonos definitivos	t
	n = 20 Media (DT)	n = 41 Media (DT)	
Facilidad de acceso al tratamiento Muy fácil (1) - difícil (4)	1,1 (0,37)	1,1 (0,26)	0,01
Adecuación de las normas del centro Inadecuadas (1) - muy adecuadas (3)	1,4 (0,50)	1,5 (0,55)	0,69
Satisfacción con el tratamiento Muy satisfecho (1) - poco satisfecho (4)	1,6 (0,68)	2,6 (0,86)	4,55**
Ayuda del tratamiento en problemas distintos de la dependencia Mucho (1) - nada (4)	1,7 (0,91)	2,1 (0,88)	1,65
Importancia concedida a la participación de familiares en el tratamiento Mucho (1) - nada (4)	1,3 (0,75)	1,6 (0,67)	1,58
Ayuda proporcionada por los grupos Mucho (1) - nada (4)	1,6 (0,67)	1,9 (0,77)	1,49
Ayuda proporcionada por las normas y limitaciones Mucho (1) - nada (4)	2,1 (0,72)	2,4 (0,92)	1,28
Ayuda proporcionada por las tareas y responsabilidades diarias Mucho (1) - nada (4)	2,1 (0,91)	2,3 (0,79)	0,88
Ayuda proporcionada por el ambiente y la relación con los demás Mucho (1) - nada (4)	1,6 (0,50)	1,9 (0,95)	1,32
Ayuda proporcionada por la relación con los terapeutas Mucho (1) - nada (4)	1,8 (0,67)	2,3 (0,96)	2,09*
Ayuda proporcionada por la presión y exigencia existente Mucho (1) - nada (4)	2,2 (0,97)	2,5 (1,07)	1,06
Tiempo de duración del programa de tratamiento Excesivo (1) - escaso (3)	1,6 (0,50)	1,4 (0,54)	1,39
Calidad de la relación con los terapeutas Muy buena (1) - muy mala (4)	1,8 (0,43)	1,9 (0,55)	0,71
Calidad profesional de los terapeutas Muy buena (1) - muy mala (4)	1,6 (0,51)	1,7 (0,59)	0,65

\*p &lt; 0,05; \*\*p &lt; 0,001.

DT: desviación típica.

En cualquier caso, no se debe olvidar que, al tratarse de un tratamiento en régimen de internamiento, el desarrollo del mismo implica un esfuerzo importante por parte de los pacientes. En este sentido, parece aconsejable el ajuste de las expectativas de los pacientes y de los objetivos de los equipos de tratamiento, más aún cuando se trata de una Comunidad Terapéutica en la que se busca un cambio global en el estilo de vida y un proceso de rehabilitación compartida entre todos los internos. Por ello, las personas que no se adecuan a esta visión general del programa tienden más fácilmente a abandonar el mismo y, quizás, se puedan beneficiar más de programas de tratamiento ambulatorios.

Por otra parte, en esta investigación se han comparado los abandonos definitivos con aquellos abandonos que tienen un carácter temporal. Es decir, personas que

tras un período variable sin acudir al tratamiento, regresan posteriormente al programa de intervención.

Los resultados de esta comparación ponen de manifiesto la existencia de diferencias significativas en varias variables. En concreto, desde un punto de vista sociodemográfico, las personas que abandonan definitivamente el tratamiento son significativamente mayores que las que lo abandonan temporalmente. Además, la mayor parte de los abandonos definitivos se producen entre los hombres. Los hallazgos relacionados con el sexo coinciden con la bibliografía existente sobre los abandonos. Sin embargo, en el caso de la edad hay una aparente discrepancia, ya que la mayor parte de los estudios encuentran que las personas más jóvenes tienen mayor probabilidad de abandonar los programas de intervención<sup>6</sup>. Sin embargo, esta discrepancia puede ser sólo aparente, pues en realidad en

este estudio no se comparan los datos del abandono en relación con los que no abandonan (comparación habitual en los estudios citados), sino en relación con los que abandonan sólo temporalmente y, en una fase posterior, reingresan nuevamente en el programa. En este caso, los más jóvenes tienen una mayor probabilidad de abandonar, pero también, según los resultados obtenidos, de volver de nuevo al programa de intervención. En cualquier caso, se trata de un dato que debe corroborarse con otros estudios sobre este tema.

Por lo que se refiere al resto de variables estudiadas, los abandonos temporales se caracterizan en mayor medida por abandonar ante un consumo o un deseo intenso de consumo de drogas (el *craving*) que, una vez desaparecido, no dificulta el regreso posterior al tratamiento. Sin embargo, en el caso de los abandonos definitivos, las razones señaladas para el abandono se relacionan, en mayor medida, con aspectos del propio programa de intervención, como un mayor cansancio o desacuerdo con el funcionamiento del programa o la consideración de que ya se han alcanzado los objetivos personales del tratamiento y no necesitan una intervención más prolongada. Asimismo, están menos satisfechos con el programa de tratamiento y con la ayuda recibida por parte de los terapeutas. La mayor influencia de este tipo de aspectos relacionados con el propio programa de tratamiento es también coincidente con otros estudios, en los que los factores relacionados con el propio servicio de intervención constituyen los mejores predictores de los resultados terapéuticos<sup>1,14,17</sup>.

En cualquier caso, no se debe olvidar que la existencia de abandonos previos también constituye un predictor de la finalización de posteriores programas de tratamiento<sup>17</sup>. De hecho, la experiencia clínica con drogodependientes muestra que muchos pacientes regresan nuevamente al tratamiento tras haber abandonado y que, incluso, muchos de ellos tienen una evolución terapéutica positiva.

No obstante, este estudio tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, la muestra es relativamente pequeña. Si bien, desde un punto de vista clínico, es extremadamente difícil conseguir 61 pacientes que abandonan un tratamiento (incluyendo 40 que lo hacen de forma definitiva) sería conveniente replicar esta investigación con una muestra más amplia de abando-

nos. En segundo lugar, se trata de un estudio *post-hoc*, por lo que el recuerdo de las razones para el abandono puede estar influenciado por la evolución posterior de los pacientes. Si se recogiesen en las historias clínicas los motivos aducidos por los pacientes para el abandono en el momento en el que éste se produce, en posteriores estudios se podría controlar, al menos en parte, este sesgo. En tercer lugar, en este estudio se evalúan pacientes que tras haber abandonado aceptan volver a ser entrevistados. Por este motivo, la muestra obtenida puede no ser representativa de todos los abandonos del programa de intervención. En cuarto lugar, este estudio se centra exclusivamente en abandonos producidos en fases avanzadas de la terapia (más de tres meses de tratamiento). Sin embargo, algunos autores<sup>12,13</sup> alertan de la posible existencia de diferentes factores explicativos para los abandonos tempranos y para los producidos en fases más avanzadas de la terapia. Así, los primeros estarían más relacionados con factores personales de los pacientes y los segundos con factores relacionados con los propios programas de tratamiento. Todos estos aspectos deberían contemplarse en estudios futuros.

En último lugar, y respecto a los motivos de abandono contemplados en el Cuestionario, estos se refieren a aspectos relacionados con el propio programa de tratamiento. En el futuro habría que explorar también otro tipo de condicionantes o motivaciones externas que pueden influir en la decisión del abandono, así como la posición del entorno social y familiar.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones el estudio presentado aporta datos útiles para comprender las características del propio programa de intervención que influyen en la permanencia o el abandono del programa.

## Agradecimientos

Este estudio se ha financiado con un proyecto de investigación del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (código 35/2001).

**Los autores declaran que no existe conflicto de interés.**

## Bibliografía

1. Marrero CA, Robles RR, Colon HM, Reyes JC, Matos TD, Sahai H, et al. Factors associated with drug treatment dropout among injection drug users in Puerto Rico. *Addict Behav.* 2005;30:397-402.
2. Sayre SL, Schmitz JM, Stotts AL, Averill PM, Rhoades HM, Grabowski JJ. Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *Am J Drug Alcohol Ab.* 2002;28:55-72.

3. Fernández-Hermida JR, Secades-Villa R, Fernández-Ludena JJ, Marina-Gonzalez PA. Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: A long-term follow-up study. *Eur Addict Res.* 2002;8:22-9.
4. Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction.* 2002;97:1259-67.
5. Simpson DD, Joe GW, Broome KM, Hiller ML, Knight K, Rowan-Szal GA. Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav.* 1997;11:279-93.
6. Claus RE, Kindleberger LR. Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *J Psychoact Drugs.* 2002;34:25-31.
7. Maglione M, Chao B, Anglin MD. Correlates of outpatient drug treatment drop-out among methamphetamine users. *J Psychoact Drugs.* 2000;32:221-8.
8. Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addict Behav.* 2006;31:320-30.
9. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Landa N, Illescas C, Lorea I, Zarzuela A. Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *Int J Clin Health Psychol.* 2004;4:271-83.
10. Callaghan RC, Hathaway A, Cunningham JA, Vettese LC, Wyatt S, Taylor L. Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the transtheoretical model. *Addict Behav.* 2005;30:1834-47.
11. Fernández-Hermida JR, Secades R, Magdalena-Benavente Y, Riestra del Rosal C. Evaluación de la Eficacia del Programa educativo-terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias; 1999.
12. Fernández-Hermida JR, Secades R. Cuestionario de seguimiento en drogodependencias. En: Fernández-Hermida JR, Secades R, Magdalena-Benavente Y, Riestra del Rosal C, editores. Evaluación de la eficacia del programa educativo-terapéutico para la rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias; 1999.
13. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Illescas C, Landa N, Lorea I. Evaluation of a therapeutic community treatment program: A long-term follow-up study in Spain. *Subst Use Misuse.* En prensa 2008.
14. Simpson DD, Joe GW, Rowan-Szal GA, Greener JM. Drug abuse treatment process components that improve retention. *J Subst Abuse Treat.* 1997;14:565-72.
15. De Leon G. Therapeutic communities for addictions: a theoretical framework. *Int J Addict.* 1995;30:1603-45.
16. De Leon G. Comunidades terapéuticas. En: Galanter M, Kleber HD, editores. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Barcelona: Masson; 1997. p. 403-28.
17. Ravndal E, Vaglum P, Lauritzen G. Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: A prospective study from 13 different units. *Eur Addict Res.* 2005;11:180-5.