

Abandono del tratamiento para dependencia alcohólica en medio ambulatorio: estudio prospectivo de dos años

M. T. de Lucas-Taracena, D. Maldonado, C. Tossio-González y M. F. Bravo-Ortiz

Centro de Salud Mental (CSM) Fuencarral. Madrid.

Drop-out from out-patient treatment for alcohol dependence: a two-year prospective study

Resumen

Introducción. *La adherencia al tratamiento en los sujetos con dependencia alcohólica parece guardar relación estrecha con las tasas de abstinencia, por lo que podría tener valor pronóstico. El objetivo del trabajo fue averiguar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con dependencia alcohólica que se asocien a tasas mayores de abandono del tratamiento.*

Material y métodos. *Se valoró a 165 dependientes de alcohol que iniciaron tratamiento ambulatorio mediante una entrevista estructurada y fueron seguidos durante dos años.*

Resultados. *Surgieron como variables predictivas los antecedentes personales de intentos de suicidio y de trastornos afectivos y ansiosos, la comorbilidad con trastornos afectivos y de personalidad, los antecedentes familiares de trastornos afectivos, así como las complicaciones somáticas y psiquiátricas del consumo y la abstinencia pasada o presente.*

Discusión/conclusiones. *Se discuten las implicaciones de estos hallazgos y las diferencias entre ellos y estudios previos.*

Palabras clave: *alcohol, dependencia, pronóstico, abandono.*

Summary

Introduction. *Treatment compliance in alcohol-dependent patients seems closely related to abstinence rates, so it could be an outcome measure. The aim of our study was to identify which sociodemographic and clinical characteristics of alcohol-dependent patients are associated to high drop-out rates.*

Method. *165 alcohol-dependent out-patients were assessed by means of a structured questionnaire and followed for two years.*

Results. *It was shown a predictive value for personal history of suicidal intents or affective and anxiety disorders, comorbidity with affective and personality disorders, family history of affective disorders and psychiatric and somatic complications of dependence, and past or present abstinence.*

Discussion. *Implications of these findings and inconsistencies between previous studies and these results are discussed.*

Key words: *alcoholism, dependence, compliance, drop-out, withdrawal, predictive-factors.*

INTRODUCCIÓN

En general se acepta que la dependencia alcohólica es un trastorno de larga evolución, por lo que requeriría un tratamiento también de mayor duración que el de otros trastornos psiquiátricos. Se ha dicho¹ que hasta un 50% de los pacientes con dependencia alcohólica precisarían tratamiento continuo y prolongado casi de por vida, en régimen grupal (psicológico o de autoayuda). En cuanto a la duración de este tratamiento (parece que más de dos años de tratamiento) no se puede afirmar en general que,

para todos los pacientes con dependencia alcohólica, sea predictor de buena evolución la cantidad de tiempo en tratamiento, como tampoco el tipo de tratamiento realizado². Sin embargo, existe cierto acuerdo en que para el alta deberían cumplirse dos criterios: a) haber estado en tratamiento al menos dos años, y b) que al menos el último año el sujeto haya estado en abstinencia absoluta².

Uno de los problemas principales al afrontar el tratamiento de la dependencia alcohólica es la elevada tasa de abandonos terapéuticos que suceden principalmente en las fases iniciales de esos dos años de tratamiento. En un estudio con una muestra de alcohólicos españoles en tratamiento ambulatorio, se ha calculado que aproximadamente el 15% de los sujetos no acuden tras la primera cita, a los 6 meses de tratamiento lo han dejado el 50%-60% de los pacientes, y hasta dos tercios de los sujetos

CORRESPONDENCIA:

M.T. de Lucas-Taracena.
C/ Melilla 29B, 1º A.
28005 Madrid.

han abandonado el dispositivo en el año o dos años siguientes. Y, a la inversa, de los que abandonan, dos tercios lo hacen en los 6 primeros meses y la mayor parte del tercio restante entre los 6 meses y 1 año; a partir de entonces los abandonos son escasos³. Esto sucede de modo similar en otros trastornos médicos crónicos, donde la adherencia al tratamiento suele ser menor del 50%. Para intentar la reincorporación al tratamiento de estos sujetos, pueden intentarse maniobras como el envío de cartas o las llamadas telefónicas, pero su eficacia es limitada⁴.

Hay estudios de gestión de servicios que ponen de manifiesto que los sujetos que continúan el tratamiento del alcoholismo, frente a aquellos que no reciben tratamiento (incluidos, por tanto, los que abandonaron), utilizan menos recursos asistenciales, y esto es así tanto para el propio paciente como para sus familiares⁵, por lo que el tratamiento del alcoholismo muestra una rentabilidad positiva a largo plazo⁶.

Pero también desde una perspectiva clínica se ha mostrado una relación estrecha entre el mantenimiento en el programa (no abandonar) y la buena evolución del sujeto, medida tanto en términos de abstinencia^{7,8} como de buen funcionamiento psicosocial global tanto en el año siguiente⁹ como en los dos años siguientes¹⁰. En este sentido son especialmente llamativos el trabajo de Miller et al¹¹ con una muestra de 2.029 sujetos tratados ambulatoriamente, y el de van de Velde et al¹² con un grupo de 881 pacientes atendidos en una comunidad terapéutica. Hay otro estudio¹³, donde también se encuentra el valor predictivo de los abandonos sobre la abstinencia, que se realizó con varones en los que se valoró la asistencia a grupos de Alcohólicos Anónimos durante el mes siguiente al tratamiento, y fueron seguidos durante las 48 semanas posteriores a dicho mes; se encontró que los participantes ocasionales y moderados tenían tasas mayores de abstinencia que los no participantes en dichas reuniones, y que los no participantes consumían más alcohol que los que acudieron a esas reuniones (además de estar con más frecuencia en prisión). Se ha supuesto que la relación entre no-abandono y abstinencia puede estar mediada por rasgos psicológicos de persistencia o alta motivación al cambio⁸, dado que se ha descrito una correlación entre los abandonos y poseer puntuaciones altas en escalas de búsqueda de novedad¹⁴.

En cuanto a otras variables que pueden tener relación con el riesgo de abandono o bien predecirlo, disponemos de información muy escasa. Se ha estudiado el papel de diversas variables relacionadas con el tipo de tratamiento ofertado, con escasos resultados. En el estudio de Nielsen et al¹⁰, con 150 pacientes tratados ambulatoriamente, se encontró que el empleo de psicofármacos, o de interdictores como disulfiram, o la presencia de terapias con actitud empática y escucha reflexiva, sólo tenía un efecto en la adherencia en la primera fase del tratamiento (primeras 4 entrevistas). El mismo grupo⁹ había encontrado un hallazgo similar en un trabajo con 119 sujetos con dependencia alcohólica seguidos durante 12 meses; el empleo de tratamientos poco estructurados o

muy estructurados producía tasas similares de abandono, aunque los sujetos adscritos al tratamiento con una estructuración inadecuada para sus necesidades tenían menor adherencia (38%) que aquéllos adscritos a un tratamiento adecuado a su caso (63%).

Respecto a las variables extraterapéuticas, sean socio-demográficas, clínicas o referentes al patrón de consumo, que puedan tener un efecto sobre el abandono del tratamiento, existe una disparidad entre los hallazgos de diversos estudios. Mientras que para Nielsen et al¹⁰ hay mayores tasas de abandono en sujetos menores de 40 años o que tengan problemas familiares y sociales, en la fase de tratamiento activo (entrevistas del primer año posteriores a las 4 primeras citas), según Ezquiaga et al¹⁵ el abandono estaría más ligado al patrón de consumo alcohólico y en cambio McKay et al¹⁶ encuentran que sólo las propias tasas de abstinencia predicen la adherencia al tratamiento.

Por tanto, nos planteamos en nuestro trabajo con pacientes alcohólicos dos objetivos: a) encontrar cuáles son las tasas de abandono de un dispositivo ambulatorio de salud mental a los 3, 6, 12 y 24 meses, y b) descubrir en qué variables del sujeto y su entorno, medidas al inicio del tratamiento, difieren los pacientes que abandonan el tratamiento (a los 3, 6, 12 y 24 meses) de los que continúan en el programa.

METODOLOGÍA

La muestra constaba de los 165 sujetos, con criterios CIE-10 de dependencia alcohólica, que acudieron por primera vez al programa de alcoholismo del servicio de Salud Mental de Fuencarral (Madrid) en un período de tres años (enero de 1996 a diciembre de 1998, ambos inclusive). Los pacientes se incluyeron en un programa de tratamiento, de dos años de duración como mínimo, empleándose como es habitual terapia individual interpersonal, terapia grupal, uso de interdictores, intervención familiar y coordinación con grupos de autoayuda. Se realizó una entrevista semiestructurada al paciente, por parte de un psiquiatra y un diplomado en enfermería, al inicio del tratamiento para recoger información sobre las siguientes variables extraterapéuticas:

1. Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, convivencia (solo, con familia de origen o familia propia u otros), nivel socioeconómico (se consideraron 5 niveles), situación laboral (empleado, desempleado, incapacitado, jubilado o ama de casa), nivel de instrucción (sin estudios o con estudios primarios, secundarios o superiores).

2. Antecedentes psiquiátricos del paciente (consumo de otras drogas, conducta antisocial, tentativas de suicidio, trastornos afectivos y otros trastornos psiquiátricos) y antecedentes familiares de primer y segundo grado (trastornos psiquiátricos por problemas de alcohol, afectivos y otros).

3. Trastornos psiquiátricos presentes en la evaluación inicial (afectivos u otros).

TABLA 1. Características sociodemográficas de la muestra al acceder a tratamiento

Varones 89,1%
Edad 40,6 ± 11,2 años
Escasa mayoría de casados (51,5%); solteros 25,3% y separados 18,3%
Convivencia con familia 86,3%
Nivel socioeconómico medio a bajo 82,2%
Estudios inferiores a Graduado Escolar 42,3%
Situación laboral activa (56,8%) y parados 26,1%

TABLA 2. Características clínicas de la muestra al acceder a tratamiento

Antecedentes personales
Abuso o dependencia de drogas ilegales 26,1% (19,5% dos o más drogas). Además, 12% tomaban benzodiazepinas sin prescripción médica y 62,2% presentaba tabaquismo
Trastornos afectivos 66,4%
Trastornos de ansiedad 11,2%
Tentativas autolíticas 20,7%
Antecedentes familiares
Abuso-dependencia de alcohol (70,1%), sobre todo padre (53,1%) o hermanos (38,2%)
Trastornos afectivos (23,7%), sobre todo en familiares femeninos (18,7%)
Abuso o dependencia de drogas (6,2%), trastornos psicóticos (4,1%) y de ansiedad (2,9%)
Comorbilidad
Trastornos afectivos (63,9%)
Trastornos de personalidad (14,1%)
Trastornos de ansiedad (14,1%)

4. Características del consumo alcohólico: cantidad de alcohol consumido habitualmente, historia de intentos de deshabitación previos, edad de inicio de consumo, edad de inicio de los problemas clínicos, duración del problema, causa del consumo atribuida, modos de beber, y consecuencias psiquiátricas, somáticas y sociales del consumo.

5. Situación de bebida (abstinente o no) al inicio del tratamiento y tiempo de abstinencia (si la hay) al inicio del tratamiento.

Las características sociodemográficas de la muestra se resumen en la tabla 1. Asimismo, los datos esenciales sobre variables clínicas figuran en la tabla 2, y, finalmente, la

TABLA 3. Características del consumo de alcohol y sus consecuencias en la muestra al acceder a tratamiento

Cantidad consumida de alcohol puro/día: 270,89 ± 175,07 cc
Sujetos que no habían realizado intentos previos de deshabitación (57,3%)
Edad de inicio: del consumo 18,56 ± 7,48 años, de la clínica 27,18 ± 10,07 años
Duración de la dependencia 19,17 ± 10,4 años
Causa atribuida de la dependencia: 53,9% personalidad y 36,5% hábito social
Modo de consumo: solo (74,3%), social (30,3%)
Consecuencias del consumo: psicopatológicas 98,8%, somáticas 89,5% (varias somáticas en 58,1%), sociales 80,1% (varias sociales 39,8%)
Al acceder a tratamiento el 40,2% estaban abstinentes, con una media de 21,95 días

información de parámetros relacionados con el patrón de consumo de alcohol y sus consecuencias en la tabla 3.

Se realizaron valoraciones puntuales a los 3, 6, 12 y 24 meses de los diversos parámetros relacionados con la abstinencia (los tres últimos puntuales dicotómicamente: sí o no), informativos sobre la evolución en cuanto a mantenimiento del cambio terapéutico: *a)* duración (en días) de la abstinencia en el período de observación considerado; *b)* estar abstinente en el momento puntual de la valoración al fin del período; *c)* haberlo estado más de la mitad de los días del período de observación, y *d)* haber mantenido la abstinencia durante el período completo de observación. Asimismo, se recogió información sobre si, en el período de observación, el paciente había abandonado el dispositivo terapéutico. La información relativa a la situación de abstinencia de la muestra durante el proceso terapéutico se recoge en la tabla 4 (para obtener una descripción más detallada sobre las características de la muestra, consultar el trabajo de De Lucas-Taracena et al⁸).

De estas variables, sin embargo, para el trabajo que nos ocupa se consideraron variables independientes las que aportan información sociodemográfica, sobre antecedentes personales o familiares o comorbilidad y aquellas relacionadas con el patrón de consumo de alcohol y sus consecuencias. De este modo, sólo se consideraron variables dependientes (variables-resultado) aquellas relacionadas con el abandono a los 3, 6, 12 y 24 meses, ya que el objetivo del estudio fue valorar el efecto de ciertas

TABLA 4. Datos relacionados con la situación de abstinencia de la muestra a lo largo del tratamiento

Período de observación	Duración de la abstinencia (días)	Abstinentes al final del período	Abstinentes más de la mitad del período	Abstinentes todo el período
3 meses	59,14 ± 38,31	36,1%	67,4%	48,1%
6 meses	110,80 ± 80,41	44,1%	41,1%	40,1%
12 meses	212,65 ± 150,59	50%	74,1%	28,1%
24 meses	419,30 ± 170,82	47,9%	63,9%	23%

variables sociodemográficas y clínicas, así como de la evolución a corto y medio plazo del sujeto, sobre la adherencia al tratamiento.

En los casos de aquellos sujetos que hubieran abandonado el dispositivo terapéutico, y de los que, por tanto, no se pudiera obtener directamente datos sobre su evolución al final de cada período de observación, se intentó obtener información por medios indirectos (contacto telefónico o personal con familiares u otras personas de su entorno, o bien informaciones desde otros dispositivos como Atención Primaria o servicios hospitalarios).

Los datos obtenidos se analizaron con ayuda del paquete estadístico SPSS, utilizando la prueba del Chi-cuadrado para variables cualitativas y la de la «t» de Student para variables cuantitativas, tomando como nivel de significación una probabilidad de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Los porcentajes de abandonos que se fueron produciendo a lo largo del proceso terapéutico de dos años fueron los siguientes: a los 3 meses 35,4%, a los 6 meses 48,5%, a los 12 meses 63,7% y a los 24 meses 74,2%.

Efecto de variables extraterapéuticas sobre adherencia a corto plazo

Influencia sobre el abandono a los tres meses

Las variables que se asociaron significativamente al abandono del dispositivo en los primeros tres meses de tratamiento fueron las siguientes: ser soltero ($p=0,035$); tener trabajo ($p=0,049$); no tener historia de intentos autolíticos ($p=0,005$) o un número bajo de éstos ($p=0$); tener historia de trastorno de ansiedad ($p=0,02$); no tener trastorno afectivo en la valoración inicial ($p=0,002$); no tener trastorno de personalidad en la valoración inicial ($p=0,05$); tener antecedentes familiares de trastornos ansiosos ($p=0,043$); tener un número bajo de familiares en segundo grado con historia de trastornos afectivos ($p=0,001$); tener un modo de consumo social ($p=0,032$); tener un modo de consumo que no sea en solitario ($p=0,021$); no tener insomnio secundario a la dependencia ($p=0,047$); no tener consecuencias somáticas de la dependencia ($p=0,03$); no tener problemas cardiovasculares secundarios a la dependencia de alcohol ($p=0,042$), y no tener varias consecuencias sociales de la dependencia ($p=0,006$).

Influencia sobre el abandono a los 6 meses

Las variables que mostraron una correlación significativa con el abandono del contacto terapéutico en los primeros 6 meses fueron las siguientes: tener historia psiquiátrica diferente de trastorno afectivo o toxicomanía

($p=0,045$); tener historia de trastorno de ansiedad ($p=0,001$); tener un número bajo de intentos autolíticos en su historia ($p=0$); no tener trastorno afectivo ($p=0,049$) o trastorno de personalidad en la valoración inicial ($p=0,041$); tener familiares femeninos ($p=0,045$) y tener a la vez familiares femeninos y masculinos con antecedentes de alcoholismo ($p=0,041$); tener un número bajo de familiares con trastorno afectivo ($p=0,029$), sobre todo en segundo grado ($p=0,001$); no tener ninguna consecuencia somática ($p=0,019$) o no tener varias consecuencias somáticas del alcoholismo ($p=0,003$); llevar un número alto de días sin beber el día de la valoración inicial ($p=0$), y no estar abstinentes todo el período de los tres meses iniciales ($p=0$) o llevar un número bajo de días sin beber ($p=0,041$) en ese tiempo, y abandonar en los tres meses iniciales el dispositivo ($p=0$).

Efecto de variables extraterapéuticas sobre adherencia a medio plazo

Influencia sobre el abandono a los 12 meses

Las variables que se asociaron significativamente con el abandono del tratamiento en los primeros 12 meses fueron las siguientes: no pertenecer a nivel social bajo ($p=0,03$); tener trabajo ($p=0,029$); no tener historia de intentos autolíticos ($p=0,016$) o un número bajo de éstos ($p=0$), así como no tener historia de trastorno afectivo ($p=0,004$); tener historia de trastorno de ansiedad ($p=0,013$); no tener trastorno afectivo en la valoración inicial ($p=0,009$); que ambos padres no tengan historia de trastornos afectivos ($p=0,02$); que haya un número bajo de trastornos afectivos en familiares en general ($p=0,001$), familiares en primer grado ($p=0,009$) o en segundo ($p=0$); tener menor duración de la dependencia ($p=0,023$); que el consumo sea social ($p=0,028$); que el consumo no lo realice el sujeto en solitario ($p=0,011$); tener problemas psiquiátricos secundarios al alcoholismo ($p=0,02$); tener trastornos ansiosos secundarios al alcoholismo ($p=0,033$); llevar más días abstinentes el día de la valoración inicial ($p=0$); beber a los tres meses de la valoración inicial ($p=0,004$) o haber abandonado el dispositivo ($p=0$), y beber a los 6 meses de la valoración inicial ($p=0,004$) o haber abandonado el dispositivo ($p=0$), y no haber estado la mayor parte del tiempo abstinentes ($p=0$).

Influencia sobre el abandono a los 24 meses

Las variables para las que se encontró una correlación significativa con el abandono terapéutico dentro de los 24 meses fueron las siguientes: no pertenecer a clase social baja ($p=0,017$); tener trabajo ($p=0,017$); no tener historia de intentos autolíticos ($p=0,014$) o de trastorno afectivo ($p=0,015$); no tener trastorno afectivo en la valoración inicial ($p=0,025$); no tener familiares masculinos con historia de trastornos afectivos ($p=0,027$); que el

consumo no sea en solitario ($p=0,05$); tener problemas psiquiátricos secundarios al alcoholismo ($p=0,016$); tener trastornos digestivos secundarios al alcoholismo ($p=0,016$); tener problemas familiares secundarios a la dependencia ($p=0,018$); beber en la valoración inicial ($p=0,041$); a los tres meses de la valoración inicial: beber ($p=0,003$), no haber estado siempre abstinentes ($p=0,013$) o haber abandonado el dispositivo ($p=0$); a los 6 meses de la valoración inicial: beber ($p=0,001$), no haber estado abstinentes la mayoría del tiempo ($p=0,015$) o siempre ($p=0,021$) y haber abandonado el dispositivo ($p=0$), y a los 12 meses de la valoración inicial: beber ($p=0$), no haber estado abstinentes la mayoría del tiempo ($p=0,03$) o siempre ($p=0,04$) y haber abandonado el dispositivo ($p=0$).

DISCUSIÓN

Respecto a las tasas de abandono del tratamiento que aparecen en nuestra muestra, hay que destacar que sólo completan el tratamiento de dos años la cuarta parte de los sujetos que lo demandan inicialmente. De estos abandonos, casi la mitad suceden en los primeros tres meses de tratamiento, y posteriormente la tendencia al abandono se va reduciendo progresivamente. Esta tendencia al aplanamiento en la curva de abandonos es la que suele describirse en los escasos estudios disponibles^{3,7,17}.

En cuanto a su valor numérico crudo, las tasas de abandono encontradas son muy similares a las señaladas en nuestro medio³, aunque son superiores a las encontradas en el estudio de Corrao et al⁷. Estos autores, en un trabajo con 270 sujetos, de 15 centros italianos diferentes, seguidos durante dos años, hallan unas tasas de adherencia a los 6 meses del 71% (intervalo de confianza al 95%: 66%-76%), al año del 63% (57%-69%) y a los dos años del 53% (47%-60%). También encuentran una correlación importante entre la adherencia y el tiempo en abstinencia, por lo que concluyen que la adherencia puede ser un indicador objetivo del pronóstico del sujeto.

El trabajo de Hu et al¹⁷ se realizó sobre 361 sujetos en tratamiento ambulatorio y en él se describen las tasas de adherencia a la segunda fase del tratamiento, eliminando para ello el porcentaje de pacientes que abandonan en el primer mes de tratamiento. Encuentran que de los que se mantuvieron en tratamiento ese primer mes, el 82% estaban en tratamiento a los tres meses pero a los 6 meses sólo se mantenía en tratamiento el 46% (tasa similar a las señaladas en las muestras españolas e italiana ya citadas).

Algo más controvertido es encontrar cuáles son las variables que predicen el abandono terapéutico. En nuestro trabajo, se encontraron algunas variables que mostraban asociación a los abandonos en todos o casi todos los períodos de observación considerados (3, 6, 12 y 24 meses). Éstas eran: tener un trabajo, un número bajo o nulo de intentos de suicidio en la historia personal, la ausencia de antecedentes personales y de comorbilidad con trastornos afectivos, no realizar el consumo el sujeto en solitario y no haber mantenido la abstinencia en períodos pre-

vios. Parecería que el tener una buena adaptación inicial, sin historia de intentos de suicidio o sin sufrir un trastorno depresivo, o pudiendo mantener un trabajo, fueran factores que hagan al sujeto minimizar la importancia del problema y, a partir de ello, abandonar el tratamiento en cualquiera de sus fases, sin haberlo completado. En cuanto a tener una historia de trastornos de ansiedad, parece ser en nuestra muestra un factor asociado al abandono también en la mayoría de los periodos, quizá mediado por la ruptura de la abstinencia, ya que es bien conocido el uso de alcohol como ansiolítico en estos sujetos¹⁸. Aunque la relación entre el mantenimiento de la abstinencia y la adherencia al tratamiento sí se ha señalado en la literatura, el resto de hallazgos no los hemos encontrado en trabajos previos.

Hay variables que parecen predecir en nuestro estudio los abandonos en los primeros meses de tratamiento (a los 3 y 6 meses). Por ejemplo, la ausencia de comorbilidad con trastornos de personalidad y de complicaciones somáticas de la dependencia alcohólica. De nuevo, parece que el hecho de que el paciente se considere como «no enfermo» o «no grave» pudiera ser el responsable de que, habiendo iniciado el tratamiento por una presión social, no lo finalice. Las mismas razones creemos que pueden explicar la asociación entre los abandonos muy precoces (antes de los tres meses) con parámetros como no tener insomnio ni patología cardíaca ni problemas sociales como complicaciones del consumo alcohólico; serían sujetos que probablemente abandonen el tratamiento al no tener la gravedad como una motivación adicional.

Contrariamente a la tendencia detectada por McKay et al¹⁶ respecto al valor, como variable predictiva de abandonos precoces (en los tres primeros meses), de los problemas legales por el alcohol presentes en la valoración inicial, en nuestra muestra no apareció tal resultado. E incluso apareció algo opuesto, ya que nosotros consideramos los problemas legales, además de como una variable aislada, como una variable englobada a su vez en la variable de «problemas sociales»; y, como hemos visto arriba, precisamente la ausencia de tales problemas era lo que se asociaba a mayores tasas de abandono.

Otro hallazgo curioso es que los sujetos cuyo nivel socioeconómico no es bajo o aquellos que no han desarrollado consecuencias psiquiátricas por el consumo tienden a abandonar en las fases más avanzadas del tratamiento (12 y 24 meses). Uno de los factores que puede explicar este dato es que los sujetos, al compararse con otros cuya adicción al alcohol les ha producido una degradación social y/o personal más importante, se consideren «curados» e interrumpan precozmente el tratamiento, realizándose una «huida a la salud». Convendría averiguar el pronóstico posterior de estos sujetos para conocer si se trata de sujetos que realmente precisen tratamientos más cortos para conseguir la «curación», o si por el contrario, una excesiva autoconfianza puede llevarles a recaídas posteriores.

El valor predictivo de factores asociados al propio consumo de alcohol también fue analizado en nuestro trabajo, pero sólo encontramos una variable (tener una

dependencia de corta duración) asociada a los abandonos, y esta asociación sólo se produjo respecto a los abandonos ocurridos en los primeros 12 meses (y no en los períodos de 3, 6 ni 24 meses). Un hallazgo similar encuentran Ezquiaga et al¹⁵, ya que en su trabajo con 76 pacientes alcohólicos tratados ambulatoriamente durante un año, y donde sólo se hace un recuento de los abandonos sucedidos al acabar el año, únicamente aparecieron como variables clínicas iniciables con capacidad predictora de abandonos las relacionadas con el patrón de consumo: abandonan más los sujetos con consumos esporádicos, los que tienen abuso de alcohol en lugar de una dependencia y aquellos que buscan tratamiento inicialmente movidos por una presión social. El hecho de no hallarse asociación a los abandonos en períodos diferentes a los 12 meses, creemos que hace que el valor predictivo de una dependencia de corta duración tenga un significado poco claro.

En cuanto a la asociación encontrada por Nielsen et al¹⁰ entre la existencia de problemas familiares secundarios a la dependencia, y mayores tasas de abandonos en el tratamiento, también apareció en nuestra muestra, pero sólo para los abandonos a los 24 meses, y no en períodos previos (3, 6 y 12 meses). En cuanto a la edad de los sujetos al entrar en tratamiento, no apareció en nuestro trabajo como una variable asociada a mayores tasas de abandonos en ninguno de los períodos de observación, y sólo una variable relacionada vagamente con la edad, como es el estar soltero, apareció asociada a los abandonos, y únicamente en el período precoz (tres meses).

Creemos necesario que se realicen más investigaciones sobre esta cuestión de los abandonos ya que, como hemos visto, se dispone de pocos estudios que aborden la cuestión y los resultados encontrados no son constantes en todos los trabajos.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido realizada con la ayuda del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad (Proyecto 97/5596: «Factores predictivos de la evolución en enfermos alcohólicos tratados en un Centro de Salud Mental»), y con la autorización y ayuda inestimable del profesor Joaquín Santo-Domingo Carrasco, Jefe de Psiquiatría del Área V de la Comunidad de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vaillant GE. What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *Br J Addiction* 1988;83:1147-57.
2. Cuadrado-Callejo P. Respuesta al tratamiento y evolución en la dependencia alcohólica. Seguimiento 5-7 años. *Arch Neurobiol (Madr)* 1999;62(4):301-12.
3. García R, Cuadrado P, Pata MD, Lafarga C. Abandonos terapéuticos en un programa de tratamiento ambulatorio de alcoholismo. *Adicciones* 1990;2:191-208.
4. Cuadrado P, García R, Cadavid C, Lafarga C, Pata MD, Noval MJ. Tratamiento del alcoholismo en un centro de salud mental: datos de seguimiento en un centro de salud mental: datos de seguimiento a uno, tres y seis meses. *Psiquiatr Publica* 1993;5(3):176-84.
5. Holder HD, Blöse JO. The reduction of health care costs associated with alcoholism treatment: a 14-year longitudinal study. *J Stud Alcohol* 1992;53:293-302.
6. Holder HD, Hallam JB. Impact for alcoholism treatment on total health care costs: a six-year study. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1986;6:1-15.
7. Corrao G, Bagnardi Y, Zambon A, Arico S, Dall'Aglio C, Adolorato G, Giorgi I. *Alcohol. Alcohol* 1999;34(6):873-81.
8. De Lucas-Taracena MT, Tossio-González C, Maldonado D, Bravo-Ortiz ME. Factores pronósticos de sujetos con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio: estudio prospectivo de dos años. *Anales Psiquiatr* 2002;18(6): en prensa.
9. Nielsen B, Nielsen AS, Wraae O. Patient-treatment matching improves compliance of alcoholics in outpatient treatment. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:752-60.
10. Nielsen B, Nielsen AS, Wraae O. Factors associated with compliance of alcoholics in outpatient treatment. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:101-7.
11. Miller NS, Ninonuevo FG, Klamen DL, Hoffmann NG, Smith DE. Integration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *J Psychoactive Drugs* 1997;29:239-48.
12. van de Velde JC, Schaap GE, Land H. Follow up at a Dutch addiction hospital and effectiveness of therapeutic community treatment. *Subst Use Misuse* 1998;33:1611-27.
13. Watson CG, Hancock M, Gearhart LP, Mendez CM, Malovrh P, Raden M. A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional and non attenders of Alcoholics Anonymous. *J Clin Psychol* 1997;53:209-14.
14. Kravitz HM, Fawcett J, McGuire M, Kravitz GS, Whitney M. Treatment attrition among alcohol-dependent men: is it related to novelty seeking personality traits? *J Clin Psychopharmacol* 1999;19:51-6.
15. Ezquiaga E, García-Recio A, Jordán MT. Variables que predicen evolución a 1 año, en pacientes alcohólicos. Importancia de los trastornos psiquiátricos asociados. *Arch Neurobiol (Madr)* 1999;62:337-48.
16. McKay JR, McLellan AT, Alterman AI, Cacciola JS, Rutherford MJ, O'Brien CP. Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups following completion of intensive outpatient treatment for substance abuse. *J Stud Alcohol* 1998;59:152-62.
17. Hu T, Hunkeler EM, Weisner C, Li E, Grayson DK, Westphal J, McLellan AT. Treatment participation and outcome among problem drinkers in a managed care alcohol outpatient treatment program. *J Ment Health Adm* 1997;24:23-34.
18. Santo-Domingo J, Cuadrado P, Martínez JJ. Comorbilidad en el alcoholismo: II. Ansiedad. *Arch Neurobiol (Madr)* 1995;58:279-86.