

El egreso por no cumplimiento del tratamiento en las distintas ONG autorizadas por el IAFA.

Año 2019

Carlos García Vargas

© Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas
Instituto Costarricense sobre Drogas
San José, Costa Rica
2020

Para más información:

arodriguez@icd.go.cr

www.icd.go.cr



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

El egreso por no cumplimiento del tratamiento en las distintas ONG autorizadas por el IAFA. Año 2019

1. Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es un fenómeno que comprende una combinación de varios factores que deriva en una serie de consecuencias individuales y sociales. Los estudios de prevalencia de consumo de sustancias en población general costarricense de los últimos 10 años muestran que el uso de algunas sustancias ha tenido una tendencia al alza o bien en otros casos una tendencia sostenida. Ejemplo de ello se tiene el caso de la prevalencia de consumo de picadura de marihuana en el último mes (0,6% en el 2006 y 3,2% para el año 2015)¹.

En ese sentido, es necesario procurar que las personas con enfermedades mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas tengan no solo una mayor accesibilidad a los servicios de tratamiento, sino que la adherencia a determinado tratamiento sea cada vez mayor y constante en el tiempo ya que el abandono prematuro del mismo, en la mayoría de los casos, es un factor de mal pronóstico en la evolución del paciente. (Calvo, 2016).

Diversos estudios han demostrado que la mayor duración en los tratamientos está asociado a mejores resultados en la abstinencia y que la deserción en estos procesos en la mayoría de las ocasiones implica una recaída en el consumo. Por eso las estrategias para mejorar la retención representan oportunidades potencialmente importantes para la mejora de la calidad de vida y la efectividad del tratamiento.²

En Costa Rica, el porcentaje de abandono o fuga como motivo de egreso³ en personas atendidas en las ONG, promedia el 42% (siendo el crack la sustancia con mayor porcentaje de egreso por los factores antes mencionados, con un 54%)⁴

Dentro del tratamiento de las personas con enfermedades mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, se hace importante estudiar cuáles son los factores que inciden en el incumplimiento del tratamiento o visto de otro modo en la adherencia al tratamiento, dependiendo en gran medida de que la persona siga o no las indicaciones terapéuticas. Esto puede repercutir en que el tratamiento para ciertos grupos poblacionales sea de mayor duración, que la enfermedad se agudice e incluso en casos más serios, conducir a la muerte. Esto sin dejar de lado el aspecto económico que esto implica, partiendo del entendido que esto es un problema de salud pública, y, por ende, requiere de una inversión del Estado, que debe asegurar que las personas accedan a procesos de rehabilitación acorde a sus necesidades y características.

El objetivo principal de este trabajo es el de identificar cuáles variables individuales y sociales son las que describen a la población en la cual se da el motivo de egreso por no cumplimiento⁵ de las atenciones brindadas por las ONG autorizadas por el IAFA. Asimismo, tiene como objetivos específicos: 1) Presentar las características sociodemográficas de la población atendida en las ONG autorizadas por el IAFA

¹ IAFA. (2015). VI Encuesta Nacional 2015 Consumo de Drogas en Costa Rica

²Secades, V.; Fernández, J (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*.2000;12:353--63.

³ Las ONG autorizadas por el IAFA detallan como motivo de egreso las siguientes categorías: abandono o fuga, cumplimiento, expulsión, defunción y traslado.

⁴ Instituto Costarricense sobre Drogas (2018). Situación Nacional sobre Drogas.

⁵ Se considera no cumplimiento el motivo de egreso por: abandono o fuga, expulsión y traslado.

en el grupo de personas que egresaron según el motivo de egreso por no cumplimiento.

2) Verificar si existen diferencias significativas entre el grupo de personas que egresaron según el motivo de egreso por cumplimiento o no según sustancia psicoactiva principal de consumo, facilitando la generación de estrategias terapéuticas diferenciadas según la sustancia.

3) Contrastar si existen diferencias significativas entre el grupo de personas que egresaron según el motivo de egreso por cumplimiento o no del mismo según grupo edad, sexo de la persona, provincia de residencia, estado civil, máximo nivel de estudios si trabaja y estudia, años de consumo de sustancia principal, tratamiento alguna vez en la vida, ingresos previos al centro de tratamiento y tipo de residencia, para la identificación de los factores de riesgo que deben ser considerados en los procesos terapéuticos..

2. Materiales y métodos

2.1. Variables e instrumentos

Para tal fin, se extrajo el reporte de casos registrados en ONG autorizadas por el IAFA, en el software PENSTAT⁶. La base de datos abarca los casos registrados entre los meses de enero y diciembre del año 2019.

Una vez obtenida la base de datos en formato Excel, se tiene información de características sociodemográficas tales como: provincia, cantón y distrito de residencia; tipo de residencia; nacionalidad, estado civil, ocupación; máximo nivel de estudios, y si trabaja y/o estudia.

Además, la base de datos incluye el nombre del centro de atención que brinda el tratamiento; el ente que hace la referencia para el internamiento⁷, duración del tratamiento, sustancia principal por la que acude a tratamiento; años de

consumo de sustancia principal; sustancia secundaria por la que acude a tratamiento; años de consumo de sustancia secundaria; reincidencia en tratamiento, entre otras y la variable principal de estudio: motivo de egreso.

2.2. Análisis estadístico

El análisis descriptivo se realizó por medio de medidas de tendencia central para variables cuantitativas además de frecuencias absolutas y relativas en variables ordinales y cualitativas.

Con el fin de analizar el grupo de personas egresadas por no cumplimiento de tratamiento y los que sí completaron el tratamiento; se utilizaron tablas de contingencia para comparar las variables mencionadas en los objetivos específicos. Adicionalmente, se requirió el uso de la prueba de Chi-cuadrada (X^2) para comparación de proporciones según tipo de sustancia principal por la que se acude a tratamiento, grupos de edad, primer tratamiento en la vida, ingresos previos a tratamiento, años de consumo de sustancia principal; entre otras variables y la prueba t-student para comparación de medias; este último para edades simples y años de consumo de sustancia principal.

En dichos contrastes de hipótesis se consideró un nivel de significancia estadística del 5% (0.05).

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics for Windows, versión 25.0.

⁶ PENSTAT es un Portal Web institucional desarrollado por el ICD que permite la entrega segura de datos entre las ONG autorizadas por el IAFA y dicha institución.

⁷ Esto es un requisito normativo, tener una valoración profesional previa que recomiende el internamiento.

3. Resultados

3.1. Descripción de la población

Previo al análisis de la información se hace necesario recordar que se considera no cumplimiento el motivo de egreso por: abandono o fuga, expulsión y traslado.

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de las personas que no cumplieron en su totalidad el tratamiento. Las cifras muestran que; el mayor porcentaje de personas que egresaron por no cumplimiento de tratamiento son hombres (87% aproximadamente)⁸, su edad promedio es de 32,6 años (31,0 para las mujeres y 32,9 en varones). Un 42% reside en la provincia de San José, 17,8% en Alajuela, 10,9% en Cartago y el restante 28,9% en las restantes cuatro provincias. La mayoría reportan ser soltero(a) (70,8%) como estado civil⁹. Un 10,5% de las personas son casadas, 8,8% en unión libre y el restante 9,9% reportan estar divorciado(as), separados(as) y viudos(as). El 47% tiene primaria y secundaria incompleta (aspecto que puede dificultar el acceso a un empleo formal), el 83,8% de las personas que egresaron por no cumplimiento no trabaja y el 94% no estudia.

Por otra parte, es importante mencionar que, del total de personas egresadas por no cumplimiento, un 28,8% se encontraba en situación de callejización antes de ser ingresada al centro de tratamiento; lo que evidencia, junto a las cifras mencionadas en el párrafo anterior, una realidad social compleja de atender.

⁸ Del total de 4794 personas egresadas de tratamiento en ONG, 88,51% son varones y 11,49% mujeres.

Tabla 1. Características sociodemográficas personas egresadas por no cumplimiento* del tratamiento

Variables	n	%
Sexo		
Hombre	1353	87,7
Mujer	189	12,3
Grupos de edad		
17 años o menos	86	5,6
18-19 años	98	6,4
20-29 años	538	34,9
30-39 años	448	29,1
40-49 años	203	13,2
50-59 años	120	7,8
60 y más	49	3,2
Provincia de residencia		
San José	653	42,3
Alajuela	275	17,8
Cartago	168	10,9
Heredia	133	8,6
Guanacaste	54	3,5
Puntarenas	109	7,1
Limón	141	9,1
Exterior	9	0,6
Estado civil		
Soltero(a)	1091	70,8
Casado(a)	163	10,6
Unión libre	135	8,8
Divorciado(a)	113	7,3
Separado(a)	32	2,1
Viudo(a)	8	0,5
Trabaja		
No	1292	83,8
Si	250	16,2
Estudia		
No	1451	94,1
Si	91	5,9
Máximo Nivel de Estudios		
Sin escolaridad	16	1,0
Primaria incompleta	206	13,4
Primaria completa	505	32,8
Secundaria incompleta	524	34,0
Secundaria completa	153	9,9
Técnica, comercial o parauniversitaria completa	7	0,5
Universitaria incompleta	67	4,3
Universitaria completa	64	4,2

Fuente: Software PENSTAT. Instituto Costarricense sobre Drogas
* Se considera no cumplimiento el motivo de egreso por: abandono o fuga, expulsión y traslado.

Las cifras también muestran que, del total de población egresada para tratamiento en ONG en el 2019, el 37,1% (1542 personas) abandona el proceso terapéutico, sin finalizar el mismo.

Tabla 2. Personas egresadas por no cumplimiento según motivo

Motivo de egreso por no cumplimiento	N	%
Abandono o fuga	1145	74,3
Expulsión	272	17,6
Traslado	77	5,0
Otro*	48	3,1
Total	1542	100,0

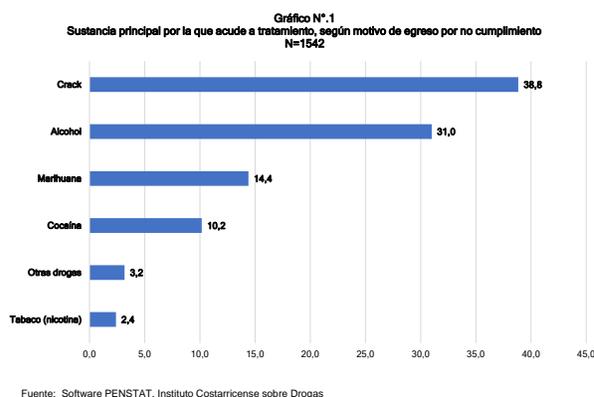
Fuente: Software PENSTAT. Instituto Costarricense sobre Drogas
*No indica el motivo

Asimismo, la tabla 2 pone en evidencia que el 74% de las personas egresadas por no cumplimiento, interrumpen el tratamiento por abandono o fuga. Adicionalmente, un 66,5% reporta haber tenido tratamientos previos alguna vez en la

⁹ Diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo que cumplió tratamiento en su totalidad ($X^2=82,429$, $gl=5$, $p=0,00$)

vida¹⁰ en contraste con el restante 33,5% que acude por primera vez, según se muestra más adelante en la tabla 3.

Es necesario señalar también, que el 13% de las personas ha acudido previamente al mismo centro de atención, una o más veces. La mayoría de las personas indicaron acudir por primera vez (87%).



El gráfico N°.1 resalta el hecho que quienes no cumplen el tratamiento reportaron el crack (38,9%) como sustancia principal de consumo, seguido del alcohol (31%), la marihuana (14,4%) y por último la cocaína (10,2%).

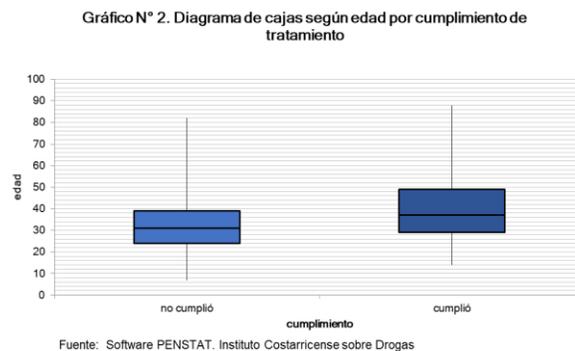
Por otra parte, el promedio de años de consumo de la sustancia principal por la que se acude a tratamiento es de 14,17 años (44,6% reporta entre 1 y 10 años de consumir). Para la sustancia secundaria y la terciaria de importancia de consumo el promedio es de 13,1 y 11,9 años respectivamente.

1.2. Análisis entre grupos

La tabla N°3 muestra la comparación entre un conjunto de variables analizadas entre el grupo de personas egresadas que cumplió el tratamiento en su totalidad y el grupo de personas que egresó por no cumplimiento. Se observa en términos generales que la edad promedio fue mayor en personas egresadas por cumplimiento (estadísticamente significativo:

¹⁰ Vale aclarar que haber tenido tratamientos previos alguna vez en la vida es una variable distinta a la de atenciones previas en el centro de atención específico, ya que los que reportan atención previa en un centro, también forman parte de quienes reportaron haber tenido tratamientos alguna vez en la vida. De igual forma quien haya

33,1 años vs 39,4 años $t=-13,844$, $gl=4161$; $p=000$), tal y como se muestra en detalle en el gráfico N°2.



Tomando en cuenta el sexo de la persona, una menor proporción de varones abandona el tratamiento con respecto al grupo que lo cumplió en su totalidad. Caso contrario ocurre con las mujeres, donde hay un porcentaje ligeramente superior en las que abandonan tratamiento (12,3% vs 10,3%, X^2 , $gl=1$; $p=0,048$).

Considerando también, la provincia de residencia; la población atendida en ONG reside en San José, esto para ambos grupos. (42,3% no cumplimiento y 40,6% cumplimiento); seguido de Alajuela y Cartago, tal y como se muestra en la tabla N°3. ($X^2=17,161$, $gl=7$, $p=0,016$), con lo que se puede identificar que existen diferencias significativas entre ambos grupos y que la mayor proporción de personas que no termina el tratamiento reside principalmente en lugares dentro del Gran Área Metropolitana.

Como se mencionó anteriormente, para el grupo que egresó por no cumplimiento, el 47% tiene primaria y secundaria incompleta; en contraste con el grupo que cumplió tratamiento en el que el 38 % tiene primaria y secundaria incompleta). Se reportaron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=40.909$, $gl=8$, $p=0,000$), con lo que se puede deducir que

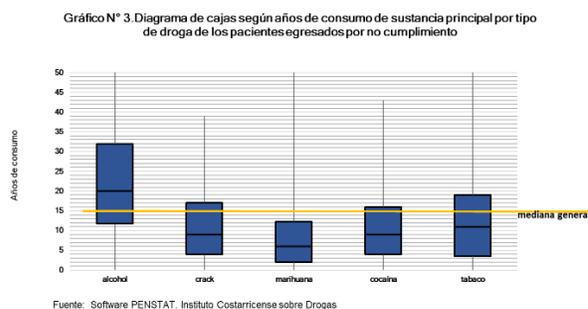
reportado algún tratamiento previo en la vida, no necesariamente ha tenido tratamientos previos en dicho centro de atención.

un mayor porcentaje de personas que interrumpe el tratamiento posee un nivel básico de estudios.

De igual modo, considerando si la persona estudia y trabaja, las cifras muestran que para las personas egresadas por no cumplimiento el 94% no estudia en comparación con las personas egresadas por cumplimiento, donde el 96% reportó no estar estudiando. ($X^2=12,215$, $gl=1$, $p=0,00$)

En segundo término, el 83% de las personas egresadas por no cumplimiento no trabaja, mientras que, para las personas egresadas por cumplimiento, el 70% reportó no trabajar. ($X^2=98,830$, $gl=1$, $p=0,00$)

Adicionalmente, el promedio de años de consumo de sustancia principal es mayor en el grupo que cumplió el tratamiento. (19,9 años vs 14,3 años del que no cumplió el tratamiento. ($t=-14,97$, $gl=4746$, $p=0,00$)



En cuanto a la sustancia principal por la que acude a tratamiento, los datos muestran diferencias significativas entre los grupos de cumplimiento y no cumplimiento ($X^2=197,154$; $gl=5$; $p=0,00$), donde el alcohol es la sustancia que más años de consumo reporta para las personas egresadas por no cumplimiento, seguido del tabaco y cocaína. Marihuana es la sustancia que reporta menor cantidad de años de consumo.

La tabla N°3, muestra también que en el grupo que cumplió; el mayor porcentaje de personas reportó el alcohol como

sustancia principal de tratamiento (51,4%), mientras que para el caso de las personas que no cumplieron, el crack es la sustancia por la que acuden a tratamiento en mayor porcentaje (38,9%).

Vale subrayar también, que el 66% de las personas egresadas por no cumplimiento ha tenido tratamientos previos en la vida, ligeramente superior al 63% del grupo que si cumplió el tratamiento en su totalidad. En consecuencia, se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($X^2=6,987$; $gl=1$; $p=0,008$).

En cuanto a ingresos previos¹¹ al mismo centro no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0,751$). Para el grupo que no cumplió tratamiento y el que sí cumplió, el 86,7% y el 85,9% respectivamente, reportó no tener ningún ingreso previo al centro. Cabe destacar que diversos estudios indican que el abandono de una persona implica la recaída en el consumo de sustancias, en un porcentaje 56,3% aproximadamente¹² y consecuentemente el empeoramiento de su calidad de vida (Secades y Fernández, 2000)

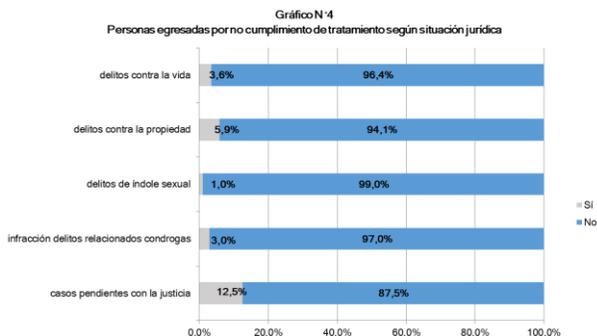
Por otra parte, haciendo la comparación entre el grupo de personas egresadas por no cumplimiento y por cumplimiento en cuanto situación jurídica de la persona, es decir en caso de tener pendientes con la justicia en delitos de índole sexual, por sustancias, por delitos contra la propiedad o contra la vida; se tiene que alrededor del 87,5% no tiene pendientes con la justicia; esto para el grupo por no cumplimiento. Para las personas egresadas por cumplimiento el porcentaje es ligeramente superior (92,7% aproximadamente) encontrándose diferencias estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 95% ($p=0,00$).

Por tanto, basados en la evidencia, se podría afirmar que el haber cometido un delito con anterioridad puede ser un factor

¹¹ Primera vez que ingresa al centro vs los que han ingresado una o más veces en el pasado.

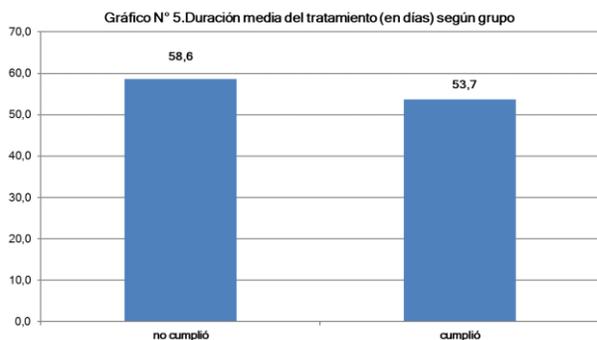
¹² Promedio estimado de varios estudios. Secades et al. (1998)

que propicie el abandono del tratamiento para las personas egresadas por no cumplimiento, ya que este grupo presenta una menor proporción (no tener pendientes con la justicia) con respecto al grupo de personas que sí completó el tratamiento.



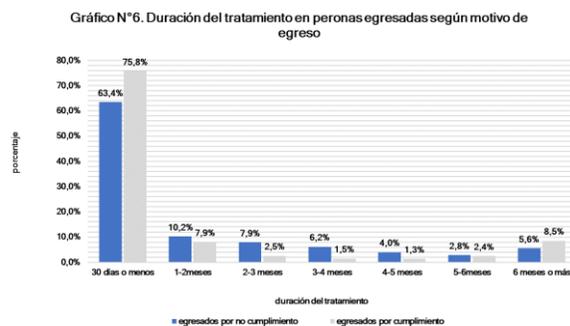
Fuente: Software PENSTAT. Instituto Costarricense sobre Drogas

Tomando en cuenta la duración media de tratamiento, los datos muestran que para las personas egresadas por no cumplimiento es de aproximadamente 58 días, mientras que para el grupo de personas que egresó por cumplimiento; éste es de 53 días aproximadamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0,05 ($p=0,475$)



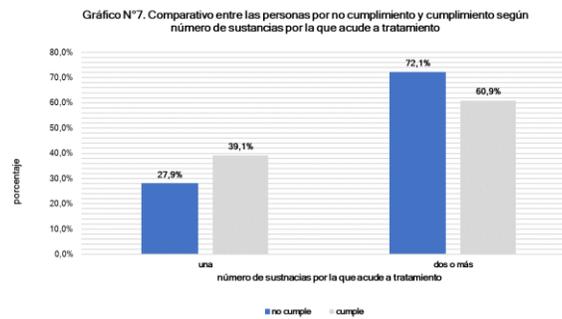
Fuente: Software PENSTAT. Instituto Costarricense sobre Drogas

Destaca el hecho que el porcentaje mayor de incumplimiento se da durante los primeros 30 días o menos (63%). Para el grupo que cumplió el proceso en su totalidad, el porcentaje es mayor en el mismo período. (75%, gráfico 6).



Fuente: Software PENSTAT. Instituto Costarricense sobre Drogas

Los datos indican que, del total de personas por no cumplimiento, el 72% acude a un centro de tratamiento por más de una sustancia de consumo (poli consumo) contra un 61% para el grupo de personas que sí cumplió el tratamiento. Se dieron diferencias estadísticamente significativas, en ambos grupos con una significancia de 0,05. ($X^2=47533,22$; $gl=2$; $p=0,00$).



Fuente: Software PENSTAT. Instituto Costarricense sobre Drogas

Siendo éste, un factor (consumo de más de una sustancia), que la misma literatura señala, aumenta la probabilidad de abandono del tratamiento terapéutico. (Muñoz, 2017).

Finalmente, como se mencionó; del total de las personas egresadas por no cumplimiento, un 28,8% se reporta en situación de callejización de previo a ser ingresadas al centro de tratamiento en comparación con el 22,6% de las egresadas por cumplimiento que reportó esta misma situación. Diferencias estadísticamente significativas ($X^2=62,524$, $gl=7$, $p=0,00$).

Destaca también el hecho que el 31% de las personas egresadas por no cumplimiento reportan tener vivienda propia (29,1% egresadas por cumplimiento.), o bien viven en casa de un familiar o conocido (22,7% vs 32,4% de las personas egresadas por cumplimiento). Se reportaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=62,524$, $gl=7$, $p=0,00$).

Tabla 3. Características sociodemográficas, entre las personas que egresaron por cumplimiento y no cumplimiento en ONG

Características sociodemográficas	no cumplió		cumplió		X ² /t	gl	p
	n	%	n	%			
Sexo							
Mujer	189	12,3%	269	10,3%	3,907	1	0,048*
Hombre	1353	87,7%	2350	89,7%			
Edad							
17 años o menos	86	5,6%	18	0,7%	323,109	6	0,000*
18-19	98	6,4%	42	1,6%			
20-29	538	34,9%	598	22,8%			
30-39	448	29,1%	802	30,6%			
40-49	203	13,2%	515	19,7%			
50-59	120	7,8%	436	16,6%			
60 y más	49	3,2%	208	7,9%			
Edad simple	1542	32,63 ^a	2619	39,42 ^a			
Provincia							
San José	653	42,3%	1063	40,6%	17,161	7	0,016*
Alajuela	275	17,8%	428	16,3%			
Cartago	168	10,9%	395	15,1%			
Heredia	133	8,6%	219	8,4%			
Guanacaste	54	3,5%	98	3,7%			
Puntarenas	109	7,1%	169	6,5%			
Limón	141	9,1%	223	8,5%			
Exterior	9	0,6%	24	0,9%			
Estado Civil							
Casado(a)	163	10,6%	423	16,2%	82,429	5	0,000*
Divorciado(a)	113	7,3%	301	11,5%			
Separado(a)	32	2,1%	122	4,7%			
Soltero(a)	1091	70,8%	1532	58,5%			
Unión libre	135	8,8%	214	8,2%			
Viudo(a)	8	0,5%	27	1,0%			
Máximo Nivel de Estudios							
Sin escolaridad	16	1,0%	32	1,2%	40,909	8	0,000*
Primaria incompleta	206	13,4%	249	9,5%			
Primaria completa	505	32,7%	933	35,6%			
Secundaria incompleta	524	34,0%	763	29,1%			
Secundaria completa	153	9,9%	329	12,6%			
Técnica, comercial o parauniversitaria incompleta	0	0,0%	6	0,2%			
Técnica, comercial o parauniversitaria completa	7	0,5%	24	0,9%			
Universitaria incompleta	67	4,3%	135	5,2%			
Universitaria completa	64	4,2%	148	5,7%			
				0,0%			
Trabaja							
No	1292	83,8%	1833	70,0%	98,830	1	0,000*
Sí	250	16,2%	786	30,0%			
Estudia							
No	1451	94,1%	2525	96,4%	12,215	1	0,000*
Sí	91	5,9%	94	3,6%			
Sustancia principal por la que acude a Tx							
alcohol	478	31,0%	1346	51,4%	197,42	5	0,000*
crack	599	38,8%	711	27,1%			
marihuana	222	14,4%	204	7,8%			
cocaína	157	10,2%	277	10,6%			
tabaco	37	2,4%	20	0,8%			
otras	49	3,2%	61	2,3%			
Años de consumo sustancia principal							
menos de 1 año	50	3,2%	67	2,6%	192,161	6	0,000*
1-10	689	44,7%	710	27,1%			
11-20	433	28,1%	737	28,1%			
21-30	205	13,3%	520	19,9%			
31-40	109	7,1%	325	12,4%			
41-50	43	2,8%	209	8,0%			
51 y más	13	0,8%	51	1,9%			
Promedio años	1542	14,17 ^b	2619	19,96 ^b			
Primer Tratamiento en la Vida							
No	1025	66,5%	1650	63,0%	5,093	1	0,024*
Sí	517	33,5%	969	37,0%			
Ingresos previos al centro							
0	1337	86,7%	2250	85,9%	0,550	2	0,760
1	171	11,1%	310	11,8%			
> 1	34	2,2%	59	2,3%			
Tipo de Residencia							
Alquilada	205	13,3%	356	13,6%	62,524	7	0,000*
Familiar o conocido	350	22,7%	849	32,4%			
No sabe / No responde	15	1,0%	19	0,7%			
Otra no enlistada	19	1,2%	15	0,6%			
Otro centro de tratamiento	21	1,4%	15	0,6%			
Precario	3	0,2%	10	0,4%			
Propia	485	31,5%	763	29,1%			
Vía Pública (calle)	444	28,8%	592	22,6%			

^{a,b}Promedio

X²: Estadístico Chi-cuadrado

t: estadístico t-student

*significativo al nivel 0,05

Nota: para cada contraste de hipótesis se aplica el estadístico según corresponda

Fuente: Software PENSTAT. Instituto Costarricense sobre Drogas

4. Conclusiones

En términos generales los resultados indican la necesidad de proponer estrategias sobre cómo fortalecer el proceso terapéutico y el tratamiento en sí para mejorar las tasas de cumplimiento.

Tal y como lo muestran distintos estudios, mejorar las tasas de “retención” es un fenómeno muy complejo (Calvo, F. et al, 2017). Aunado a esto los registros a los que se tiene acceso abarcan únicamente variables que permiten un análisis descriptivo sin tomar en cuenta la percepción de la persona, factores psicosociales y los programas terapéuticos que involucra cada organización, entre otros.

Pese a no disponer de información que permita hacer análisis causales se hace evidente que el no cumplimiento al tratamiento está mediado por distintos factores donde la combinación de los mismos pueda influir en que no haya una adherencia al tratamiento. Algunos estudios indican que el abandono prematuro presenta una mayor probabilidad de recaída y por tanto indican que la eficacia del tratamiento está relacionada con la retención o mayor duración del mismo. (Sirotnik y Roffe, 1978). En ese sentido Secades y Fernández mencionan que “en el tratamiento de la adicción a las sustancias (cualquiera que ésta sea) se ha podido observar una tasa de abandonos muy elevada, siendo dicho abandono casi un pre-requisito de la vuelta al consumo” (2000, p 353) .

De modo tal que, no hay un único factor determinante que influya en el no cumplimiento del tratamiento, sino que obedece a causas multifactoriales; Pese a ello, este estudio ofrece evidencia e información relevante que pueda servir de insumo para recomendar acciones diferenciadas.

Tomando en consideración la sustancia principal por la que demanda el servicio, se muestra que en el crack fue donde

hubo la mayor frecuencia reportada de incumplimientos, y que por su potencial adictivo puede influenciar a la persona a abandonar el tratamiento.

Como se mencionó, el 69% de las personas reportó poli consumo, que supone un historial de dependencia más complejo que, combinado con distintos factores (personales, sociales, etc.) puede ser un factor de riesgo que resulte en la interrupción del tratamiento de forma anticipada. De ahí la importancia de enfatizar en terapias y tratamientos diferenciados y especializados en personas con poli consumo a fin de mejorar las tasas de adherencia al tratamiento en la población con dichas características.

Adicionalmente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad donde la frecuencia de abandonos tiende a ser en población con menor edad, aspecto a tomar en cuenta para diferenciar acciones en población más joven.

En cuanto a los años de consumo de la sustancia principal también existen diferencias significativas. Las personas que tienen menos años de consumir sustancias presentaron una mayor proporción de abandono anticipado de tratamiento. Evidencia que se puede tomar en cuenta en abordajes terapéuticos diferenciados por etapa de consumo.

Es necesario hacer énfasis que un poco más de dos terceras partes de las personas que interrumpen el tratamiento, lo hace durante el primer mes; por lo que resulta de vital importancia redoblar esfuerzos terapéuticos y de seguimiento en esos primeros 30 días con el fin de lograr que las personas se mantengan en tratamiento y propiciar que el mismo se cumpla.

Resalta también el hecho que más del 60% de las personas egresadas por no cumplimiento, han recibido tratamientos previos¹³ alguna vez en la vida, aspecto que es importante

¹³ Indiferentemente si es el mismo centro de atención o bien uno distinto.

destacar y tomarla en consideración dentro de las estrategias de intervención.

Por último, en los casos donde hubo ingresos previos al mismo centro de tratamiento no se encontró evidencia estadísticamente significativa que lo haga considerar como factor relevante para establecer tratamientos específicos.

5. Recomendaciones

Basados en los resultados y las conclusiones obtenidas se proponen las siguientes recomendaciones:

Identificación temprana de una inadecuada adherencia terapéutica: Dentro de la estrategia de intervención deberían elaborarse estrategias para detectar tempranamente una adherencia débil al tratamiento, con el fin de modificar el curso del tratamiento que considere las características y necesidades de la persona y que facilite la prevención de abandonos tempranos, ya que, según la evidencia expuesta, hay una alta probabilidad de abandono del tratamiento durante los primeros 30-40 días.

Censar la población en situación de callejización con problemas mentales y del comportamiento por un consumo de sustancias psicoactivas: previo a definir estrategias de atención para este grupo específico, es necesario contar con información actualizada acerca de este grupo poblacional, con el fin de conocer las características sociodemográficas, clínicas, entre otras relacionadas. Datos necesarios para elaborar perfiles de consumo (casos con dependencia a una o más sustancias) que sirvan de insumo a propuestas de atención integral. Iniciando al menos con el casco metropolitano de la provincia de San José como punto de partida y de referencia.

Desarrollar procesos terapéuticos para personas que presentan un poli consumo: los estudios y la evidencia muestran mayores tasas de abandono, cuando el consumo y la dependencia son más severos que generalmente va acompañado de abuso de varias sustancias a la vez. Por tanto,

se hace necesario enfatizar en terapias ajustadas con este perfil, que aborden el problema de manera más eficaz

Tratamientos con enfoque de prevención de reincidencia: los centros de tratamiento deberían hacer énfasis de atención en la población que haya recibido atenciones previas con el fin de identificar características biopsicosociales que puedan aumentar la probabilidad de reincidencia en un plazo determinado (gravedad de la dependencia y uso simultáneo de otras sustancias; solo para mencionar dos aspectos) que podrían arrojar alertas para lograr brindar un mejor seguimiento, y que implique un mayor fortalecimiento de redes de apoyo de distinta índole.

Fase de adaptación: previo al proceso de internamiento, se debería establecer una condición de entrada, que consiste en una serie de prescripciones antes del tratamiento; esto es cumplimentar instrumentos de registro, además de medicación prescrita y ajustada a cada persona; aplicado para los casos en que se haya registrado una interrupción del tratamiento dentro de los primeros 30 días. Una vez superada esta primera fase, se procedería a la fase de internamiento en el centro de tratamiento definido.

Estudios de percepción en personas que abandonan el tratamiento de forma prematura: la información es nula o escasa en el país acerca de los motivos de abandono o no cumplimiento de tratamiento por dependencia a sustancias. Es necesario realizar estudios específicos para conocer los motivos, que perciben las personas, de abandonar anticipadamente el tratamiento a una o más sustancias; que permita identificar si esas variables están relacionadas a factores socio demográficos, administrativos y/o clínicos.

6. Bibliografía

- Bascuñán, C. (2017). Factores asociados con el abandono temprano entre los usuarios del Programa de Tratamiento de Sustancias Específico de Libertad Vigilada. *Rev. Psiquiatría y Salud Mental* 2017, XXXIV, N°3/4, 192-196.
- Calvo-García F, Costa J, Valero-Piquer R.(2016). Motivos de abandono temprano de personas en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Rev. Esp Drogodependencias*. 2016; 41:41--55.
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giral, C., Ramírez, M. (2017). Abandono precoz y retención en los servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen adherencia. *Rev. Atención Primaria*. 2018;50(8):477-485
- Domínguez-Martín, A.L.; Miranda-Estribí, M.D.; Pedrero-Pérez, E.J.; Pérez-López, M. y Puerta-García, C. (2008). Estudio de causas de abandono del tratamiento de un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10, (2), 112-120.
- Grau, L., Roncero, C., Daigre, C.; Begoña, G., Bachiller, D., Rodríguez, C., Egido, A., Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en personas drogodependientes tras la desintoxicación hospitalaria. *Rev.Adicciones*, 2012, (24)2. 115-122
- Hawkins, E; Baer, J; Kivlahan, D. (2008). Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention.
- Instituto Costarricense sobre Drogas (2018). Situación Nacional sobre Drogas y Actividades conexas. Costa Rica 2017.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2015). VI Encuesta Nacional 2015 Consumo de Drogas en Costa Rica
- Muñoz, S. (2017). Factores asociados con la adherencia al tratamiento en personas con drogodependencias. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5856649>
- Secades R, Fernández JR. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*.2000;12:353--63.
- Sirotnik, K.A. y Roffe, M.W. (1978). An investigation of the feasibility of predicting outcome indices in the treatment of heroin addiction. *International Journal of the Addictions*, 12, 755-775.