FACTORES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEPENDIENTES DE CANNABIS

Autora: Begoña Gonzalvo Cirac

Directora: Pilar Gual

CAS Vall d'Hebrón, Servicio Psiquiatría, Hospital Universitari Vall d'Hebrón

Universitat Internacional de Catalunya, 2011

Trabajo de Suficiencia Investigadora.

Doctorado en Atención Primaria

Convocatoria Junio 2011

ÍNDICE

1.- Resumen 3

2.- Introducción 5

3.- Adherencia terapéutica 7

Definición de adherencia 7

Adherencia en drogodependencias 7

Factores implicados en la adherencia 9

4.- Justificación del proyecto 12

5.- Objetivos del trabajo 13

6.- Hipótesis de trabajo 14

7.- Material y Método 15

Tiempo de reclutamiento de pacientes 15

Criterios de inclusión y exclusión 15

Procedimiento 15

Instrumentos de evaluación y variables del estudio 16

Análisis de los datos 17

8.- Resultados 19

9.- Discusión 29

10.- Conclusiones 34

11.- Bibliografía 35

1.- RESUMEN

Introducción: En los últimos años se ha producido un aumento del consumo de cannabis en la población general, estando más extendido en los jóvenes entre 15 y 34 años, y en los hombres más que en las mujeres. Igualmente se ha producido una disminución en la edad de inicio del consumo. Por otro lado van detectándose aumento de las demandas de tratamiento por esta adicción en los centros especializados.

Objetivo: valorar la adherencia al tratamiento de la población que consulta por problemas derivados del consumo de cannabis. La atención se realiza dentro de un Programa Específico para estos consumidores.

Material y métodos: Se realiza una revisión de 74 pacientes que solicitan tratamiento en el centro, durante el periodo de tiempo de dos años. La adherencia al tratamiento se mide en términos de asistencia a visitas médicas o psicológicas posteriores. Se contabilizan visitas realizadas a dos semanas, un mes, tres meses y seis meses desde la primera demanda. Se tiene en cuenta la coexistencia de otro trastorno psiquiátrico, utilizando para esto la entrevista clínica diagnóstica y las entrevistas semiestructuradas SCID-I y SCID-II.

Resultados: De los 74 pacientes incluídos en el estudio, 22% son mujeres y el 78% son hombres. El 74% continúan tratamiento a los tres meses, y el 64% a los seis meses de haberlo iniciado. Hay que señalar que del total de la muestra, el 55% no son consumidores de otras sustancias de abuso, excepto nicotina, que en este caso correspondería al 100% de los pacientes admitidos a tratamiento. El 23% de estos pacientes presentan de forma comórbida a la dependencia de cannabis un diagnóstico de Trastorno Psicótico.

Conclusiones:

Dentro de las conclusiones de este estudio podemos descatar que: existe elevada existencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con diagnóstico de T. por dependencia de cannabis; las mujeres abandonan el programa de tratamiento con mayor frecuencia que los varones; el hecho de no existir comorbilidad psiquiátrica es un factor de abandono temprano del tratamiento; los pacientes con diagnóstico comórbido de Trastorno Psicótico mantienen la adherencia en su totalidad a los seis meses del inicio; los pacientes que solicitan tratamiento a menor edad tienden a abandonarlo antes que los pacientes de mayor edad; y la existencia de alta prevalencia de consumo de tabaco en las personas dependientes de cannabis.

2.- INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo. Los datos del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT), estiman que el número total de personas que consumieron cannabis al menos una vez en 2009 fue de 23 millones de europeos. Esto significa que esta sustancia ha sido consumida por un 6.8 % de la población entre 15 y 64 años (1). El principal producto psicoactivo, el Δ-9-tetrahidrocannabinol (THC), es el principal responsable de la mayoría de las acciones farmacológicas producidas por el cannabis. Existen otros cannabinoides psicoactivos como el cannabinol y el cannabidiol. Actualmente se sabe que las acciones farmacológicas de estos compuestos activos se deben a la interacción con al menos dos proteínas receptoras, llamadas receptores cannabinoides CB1 y CB2 (2).

La capacidad del cannabis para producir euforia o placer es el principal factor determinante de su consumo. Este efecto reforzador se atribuye a la estimulación del sistema cerebral de recompensa mediante un incremento de la liberación de dopamina en zonas clave de este sistema como el núcleo accumbens, al igual que otras sustancias de abuso (3). Paralelamente, estos mismos circuitos cerebrales se encontrarían también implicados en los efectos motivacionales negativos que aparecen durante la abstinencia (4, 5).

El consumo experimental de cannabis ha aumentado en los últimos años sobre todo entre la población adolescente, habiéndose adelantado también la edad de inicio (6). En este sentido, las evidencias demuestran que el consumo de cannabis tiene consecuencias negativas para la salud, tanto por sus efectos agudos como crónicos

(7). Así, se ha descrito que el consumo agudo de cannabis puede producir disforia y alteraciones conductuales, y que el consumo continuado produce dependencia de la sustancia, empeora el desarrollo escolar, y puede estar asociado en algunos casos a la aparición de alteraciones psicopatológicas y conducta antisocial (8,9,10). También se ha relacionado con reducción de la productividad, incremento del riesgo de uso de otras sustancias y presencia de alteraciones cognitivas (11). Además del incremento del consumo y de la semejanza del consumo en los dos sexos se está produciendo, especialmente en la población más joven, la disminución de la percepción de riesgo, siendo mucho menor que para otras drogas (12). Este hecho provoca que el número de demandas de tratamiento por consumo de cannabis sea en general muy bajo en relación al elevado número de sujetos que podría presentar un consumo problemático de esta sustancia (13)

3.- ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Definición de adherencia

Se entiende la adherencia terapéutica como la evaluación del nivel en el cual la conducta del paciente coincide con consejos e indicaciones de los terapeutas (14). Cuando se habla de adherencia, se hace referencia a la parte más activa y voluntaria del tratamiento. Cuando se habla de cumplimiento, de la parte más pasiva (15). Hay que tener en cuenta que algunos autores señalan que establecer esta diferencia en programas que precisan siempre la participación activa y dinámica del paciente en su proceso de tratamiento, tal vez no permite hacer evaluaciones adecuadas (16)

Desde el punto de vista de las enfermedades crónicas, se considera que las tasas de adherencia suelen oscilar entre el 43 y el 78% (17,18,19). En los estudios clínicos la adherencia suele ser mayor debido a que estos pacientes reciben una mayor atención continuada (20)

Adherencia en drogodependencias

Se sabe que las personas con múltiples problemas psicosociales y que presisan tratamiento tienen a menudo dificultades para cumplirlo de forma adecuada. En muchos casos no llegan ni a iniciar tratamiento y si lo hacen lo abandonan de forma prematura, asociándose este hecho a peores resultados (21). En los estudios de seguimiento realizados en adicciones, lo que parece evidente es que la adherencia al tratamiento está directamente relacionada con la evolución postratamiento y con el éxito terapéutico (22). También se produce una mejoría a nivel de los síntomas psiquiátricos y de la actividad psicosocial, incluyendo una disminución de la actividad delictiva cuando ésta existe (23).

Se sabe que el 40% de las personas con serios problemas por el consumo de sustancias y que solicitan una primera visita no acuden a ella. En el caso de que exista Patología Dual se sabe que no se presentan a esta primera visita el 60%. Si acuden a este primer contacto terapéutico, el número de pacientes que abandonan el tratamiento en el primer mes es alto (24,25). Se considera que se debe a un proceso de desmotivación temprana de estos pacientes (26). Por tanto, en éstos, la probabilidad de recaída, de no abandono de la sustancia, de reagudización de síntomas psiquiátricos, e incluso de reingreso es alta. (27,28)

La dependencia de sustancias se considera un trastorno crónico recidivante que puede cursar con recaídas, con una base biológica y genética (29, 30,31), y que no se debe únicamente a una falta de voluntad o a un deseo de abandono del consumo. Actualmente existen intervenciones y tratamientos adecuados, tanto farmacológicos como psicológicos para la adicción. (32,33). Aunque se sabe que no todas las adicciones responden a un mismo tratamiento ni con la misma eficacia. Los aspectos que pueden influir en el desarrollo y posterior tratamiento serían de tipo sociológico, psicológico y conductual (34). Como refieren algunos autores, el abordaje terapéutico de esta patología es más eficaz cuando se realizan abordajes multidisciplinares e integrados, comprendiendo todas las vertientes implicadas en el trastorno; tanto los aspectos psicológicos, médicos, sociales, legales, educacionales y familiares (35). De esta manera sería más fácil alcanzar los objetivos del tratamiento: reducir el *craving* (deseo intenso de consumir) y las recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente, disminuyendo las consecuencias médicas, sociales y legales asociadas a la dependencia (36,37).

Factores implicados en la adherencia

Aunque los últimos años ha habido grandes avances científicos en el conocimiento de las bases neuropsicobiológicas y farmacológicas de las adicciones (38,39,40), aún no se ha podido resolver uno de los principales retos en la práctica clínica diaria del paciente con dependencia de sustancias como es la continuidad en el tratamiento establecido. Las tasas de abandonos suelen ser elevadas, siendo uno de los factores principales de mal pronóstico, y cuando éstas tienen lugar en las primeras fase del tratamiento todavía más ya que algunos autores han señalado que el abandono temprano del tratamiento en drogodependencias es indicativo de una mayor probabilidad de recaída, y que el mantenimiento en el mismo se relaciona con un mejor pronóstico o con mejores resultados (41,42)

Determinar los factores que influyen en el bajo cumplimiento y en el abandono precoz podría facilitar establecer programas terapéuticos adecuados para el paciente (43,44). De igual manera, conocer dichas variables permitiría mejorar las tasas de retención en los distintos programas mediante la aplicación de técnicas específicas orientadas a este fin, con el consiguiente aumento de la eficacia de los mismos (45).
En referencia amplia a estos factores, algunos autores diferencian entre:

- Variables individuales del paciente
- Síntomas de la enfermedad
- Variables interpersonales
- Variables relacionadas con el tratamiento y su entorno

Variables Individuales	**Síntomas de la Enfermedad**	**Variables Interpersonales**	**Variables del Tratamiento y su Entorno**
Motivación	Síntomas de la adicción	Apoyos sociales	Las referidas al equipo terapéutico en su totalidad
Creencias	Síntomas de otra enfermedad psiquiátrica	Apoyos familiares	Las referidas a las características del centro
Estigma	Síntomas de una enfermedad física	Situación de pobreza	Las referidas al tratamiento establecido
Expectativas			
Personalidad			
Satisfacción con el tratamiento			
Otros acontecimientos vitales			

.(Tabla adaptada de Daley, 2004)

Este número elevado de factores a controlar en la adherencia y la dificultad para aplicar los instrumentos de evaluación de la misma hace que los trabajos realizados tengan en cuenta diferentes grupos de variables (46); así hay trabajos sobre características del paciente y síntomas de la enfermedad; otros sobre los

tratamientos administrados y sus efectos secundarios; otros sobre aspectos sociales y el ambiente que rodea al paciente y otros sobre aspectos clínicos y terapéuticos.(47,48,49,50)

Se han definido algunas variables que pueden favorecer el abandono en el ámbito de las drogodependencias como serían: el ser policonsumidor, tener psicopatología asociada, antecedentes legales, mucho tiempo de consumo de la sustancia y la pobre motivación hacia el cambio. Se definen como variables que pueden facilitar la continuidad la estabilidad de los terapeutas, la implicación familiar, estar en un programa residencial, estar en tratamiento farmacológico y a la dosis terapéutica del mismo (51,52).

Lo que sí se conoce como uno de los principales motivos de abandono del tratamiento en drogodependencias es que el objetivo principal del paciente al acudir a la visita no coincida con el objetivo del terapeuta, que en muchos casos suele ser la abstinencia de la sustancia (53,54). Para el paciente existen otros problemas prioritarios y es necesario que el equipo terapéutico sea consciente que se necesitará un tiempo hasta la aceptación o reflexión por parte del paciente de este hecho (55,56).

4.- JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Los datos registrados, indican que la mayoría de los pacientes que solicitan tratamiento por dependencia de cannabis lo hacen por presión familiar y en menor número, derivados de instituciones judiciales

Esto supone que los pacientes acuden con baja motivación para el tratamiento y poca conciencia del problema. Por este motivo, se establece que uno de los principales objetivos a trabajar con estos pacientes es el aumento de la percepción de riesgo del consumo y la motivación para mantener la adherencia al tratamiento. Uno de los requisitos que facilitan el cumplimiento, es la facilidad de acceso al tratamiento.

Debido a este motivo, se decide iniciar un programa clínico específico de atención a consumidores de cannabis y a los familiares. La atención desde un centro específico de drogodependencias a este tipo de consumidor, se realiza dentro de un horario determinado, previa visita concertada o por el propio paciente, o por cualquier profesional sanitario que lo solicite.

5.- OBJETIVOS DEL TRABAJO

1. Determinar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los seis meses de haberlo iniciado, dentro de un Programa Específico de Tratamiento para el abordaje del Trastorno por Dependencia de Cannabis

2. Describir el perfil del paciente que acude al Programa Específico de Tratamiento para el abordaje del Trastorno por Dependencia de Cannabis

6.- HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. La adherencia terapéutica es mayor en los pacientes con Trastorno Psiquiátrico Severo. Se considera que la gravedad psicopatológica es un factor importante para el cumplimiento

2. La adherencia terapéutica es más difícil de conseguir en pacientes de menor edad. Se considera que las complicaciones derivadas del consumo de cannabis son menores y por tanto más difícil tomar conciencia de la necesidad de seguir tratamiento

7.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y prospectivo con pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia de cannabis que solicitaron visita en el centro de atención a drogodependientes del Hospital Universitario Vall Hebron, desde octubre 2007 a octubre 2009, para abordaje de dicha adicción.

Criterios de inclusión y exclusión

Se **incluyeron** a pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia de cannabis, según los criterios del DSM-IV-TR (57), que solicitaron visita para tratamiento y que firmaron el consentimiento informado. Todos los pacientes tienen 18 ó más años de edad.

Se **excluyeron** aquellos pacientes que pidieron visita por dependencia de otra sustancia y que aunque cumplieran criterios diagnósticos de dependencia de cannabis no se planteaban en ese momento cambios con respecto al consumo de esta sustancia.

Procedimiento

Tras realizar la primera visita del paciente en el centro de tratamiento, se le invitó a participar en el estudio, firmando para ello el consentimiento informado, realizando evaluación psicológica e iniciando tratamiento de desintoxicación y deshabituación si era lo oportuno en el momento y tratamiento correspondiente en el caso de coexistir otro diagnóstico psiquiátrico diferente al de la dependencia

Instrumentos de evaluación y variables del estudio

- Se realiza registro de variables según cuestionario diseñado *adhoc* para el seguimiento de los pacientes de las consultas externas del centro de drogodependencias de Vall Hebron, dentro del programa específico para la dependencia de cannabis: se consideraron como principales variables dentro del estudio el género, edad en que acuden a tratamiento, edad de inicio del consumo, edad de inicio de la dependencia, número de unidades de cannabis fumadas los últimos seis meses, consumo de otras sustancias, coexistencia de otro trastorno psiquiátrico y tratamiento previo en salud mental o en un centro de tratamiento de drogodependencias. Otras variables registradas fueron estado civil, nivel de estudios, actividad laboral y convivencia los últimos seis meses.

- Se realizaron entrevistas clínicas diagnósticas estructuradas SCID-I y SCID-II (58,59). Se trata de entrevistas semiestructuradas destinadas a realizar los diagnósticos más importantes del Eje I y del Eje II del DSM-IV-TR.

- Se realizaron entrevistas psicológicas de ***screening*** de Trastorno de Hiperactividad y Déficit de atención del adulto: WURS (escala autoaplicada que se basa en los síntomas UTAH del TDAH para el diagnóstico retrospectivo en la infancia) , ADHD *Rating Scale* (entrevista semiestructurada que valora las funciones ejecutivas en 5 áreas), *Checklist* TDAH (Escala de la OMS que valora la frecuencia actual de los 18 síntomas del DSM-IV-TR) y CAARS (entrevista autoaplicada para el paciente y un informador externo según los 18 síntomas del DSM-IV-TR) y entrevista **diagnóstica** CAADID

(Instrumento diseñado para identificar la presencia de los 18 criterios diagnósticos del DSM-IV-TR en la infancia-de manera retrospectiva- y también en la edad adulta) (60,61).

- La adherencia se evaluó a los seis meses de inicio del tratamiento por seguimiento de las visitas médicas o psicológicas a las que acude el paciente (segunda visita, al mes, a los tres meses y a los seis meses de inicio del tratamiento).

Análisis de los datos

Los datos se recogieron y analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0.

Se realizó la **estadística descriptiva** (media, desviación estándar, mediana, intervalo, tablas de frecuencia) de las principales variables (edad, género, comorbilidad psiquiátrica, consumo de otras sustancias, edad de inicio del consumo y de la dependencia y número de unidades de consumo) y de las variables secundarias (estado civil, nivel de estudios, actividad laboral actual, convivencia los últimos 30 días)

Para el **análisis bivariante**, se utilizó el test de X^2 para comparar variables categóricas y la prueba U de Mann Whitney para variables continuas. Como parámetro de normalidad se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En todos los casos se admitió significación estadística para $p<0.05$.

Se realizó un **análisis multivariante** para analizar las variables asociadas de forma significativa a mayor adherencia al programa. Para evaluar el efecto independiente de cada una de las variables se realizó un análisis de regresión logística con el método Enter. Se incluyeron en el modelo las variables que se habían asociado con significación estadística a mayor adherencia en el análisis bivariante. Se identificó la adherencia al tratamiento como variable dependiente (0= ausencia y 1 = presencia).

8.- RESULTADOS

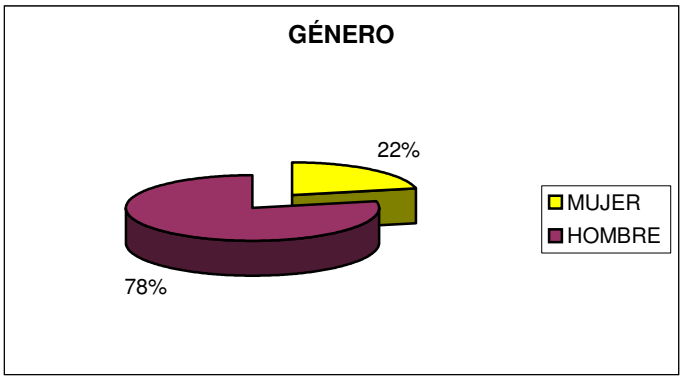
Se realiza una revisión de 74 pacientes que solicitan tratamiento en el centro, durante el periodo de tiempo de dos años. Todos los pacientes - excepto en dos casos que acudieron por Sanción Administrativa- lo hicieron por iniciativa propia. En todos los casos los pacientes aceptaron participar en el estudio de seguimiento, firmando el documento de consentimiento informado correspondiente.

La adherencia al tratamiento se mide en términos de asistencia a visitas médicas o psicológicas posteriores. Se contabilizan visitas realizadas a dos semanas, un mes, tres meses y seis meses desde la primera demanda. Se tiene en cuenta la coexistencia de otro trastorno psiquiátrico, utilizando para esto la entrevista clínica diagnóstica y las entrevistas semiestructuradas SCID-I y SCID-II. Para el diagnóstico de TDAH del adulto, se realizan las entrevistas de *screening* y diagnósticas correspondientes.

Parámetros demográficos

De los 74 pacientes, 58(78%) eran hombres y 16 (22%) mujeres. (Ver gráfico 1). La edad media en el momento de inclusión fue de 29,62 ±9,6 años.

Gráfico 1. Distribución según género



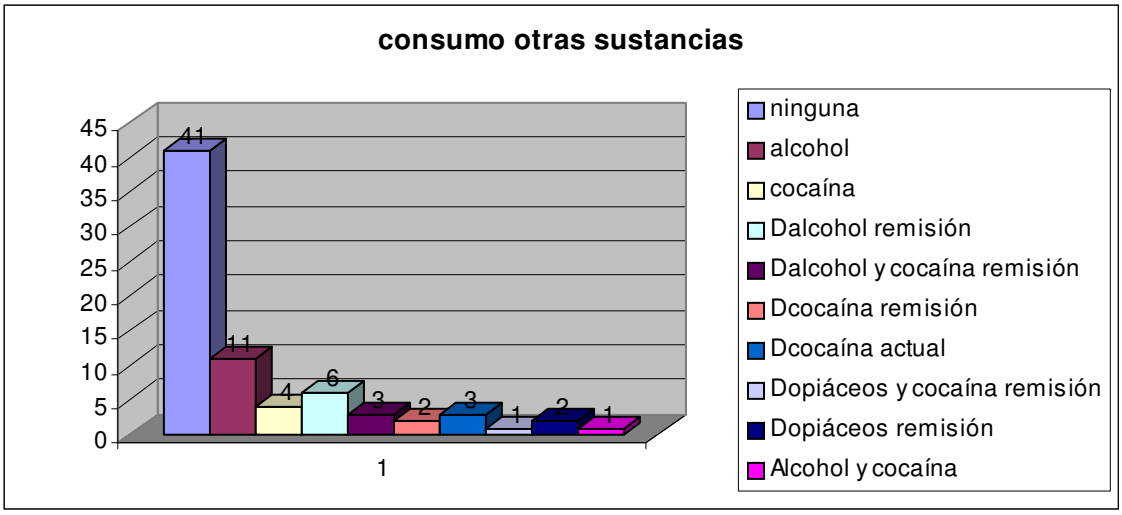
Del total de pacientes incluidos, únicamente el 10% de la muestra tenía estudios universitarios y el 73% habían realizado estudios básicos. Al evaluar la situación laboral se observó que sólo el 16,7% de los pacientes incluidos en el estudio estaban en activo mientras que el resto estaba en el paro, de baja laboral o cobrando una pensión. En relación al estado civil de los pacientes, el 12% de la muestra estaba casado o convivía en pareja. El 17,% vivía solo y la gran mayoría (70%) vivía con la familia de origen.

Parámetros clínicos

Hay que señalar que del total de la muestra, el 55,4% no son consumidores de otras sustancias de abuso, excepto nicotina, que en este caso correspondería al 100% de los pacientes admitidos a tratamiento. Otras sustancias de consumo fueron alcohol (14,8%), cocaína (5,4%) sin cumplir en ningún caso criterios de abuso o dependencia. En algún caso hay pacientes que cumplen criterios para dependencia en remisión completa, como son para alcohol (8,1%), alcohol y cocaína (4%), cocaína (2,7%), opiáceos (2,7%), opiáceos y cocaína (1,3%) y tres pacientes (4%) mantenían abstinencia de cocaína pero sin llegar al tiempo necesario para la

categoría de remisión completa (Ver gráfico 2).

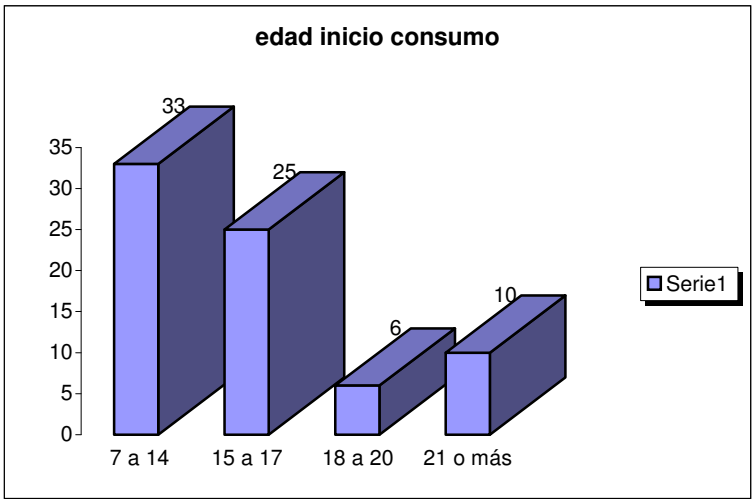
Gráfico 2. Otras sustancias de consumo, excepto nicotina:



El número de unidades de consumo de los pacientes se establece en dos intervalos, los que consumen 10 o menos de Unidades/ día (51%) y los que consumen 10 ó más Unidades/ día (49%). Esta diferencia se establece teniendo en cuenta la literatura que habla de "*heavy smokers*" cuando los pacientes fuman más de 10 Unidades al día de cannabis. De manera significativa cabe destacar que el total de las mujeres, excepto una, fumaban 10 ó menos Unidades al día de cannabis.

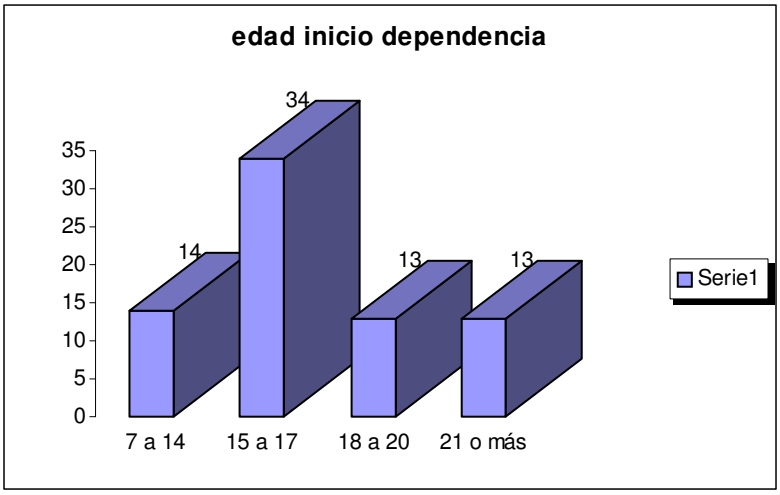
En cuanto a la edad de inicio de consumo, se establecen 4 intervalos de edad, los que se inician en el consumo a los 14 años o antes (n=33), entre los 15 y los 17 años(ambos valores incluídos) (n=25), los que inician el consumo entre 18 y 20 años (ambos valores incluídos) (n=6) y los que se inician con 21 ó más edad en el consumo (n=10). (Ver gráfico 3)

Gráfico 3. Distribución según edad inicio consumo



En cuanto a la edad de inicio de la dependencia de cannabis, teniendo en cuenta los mismos intervalos de edad, el grupo más numeroso se da entre los 15 a 17 años (ambos valores incluídos) (n=34) (Ver gráfico 4)

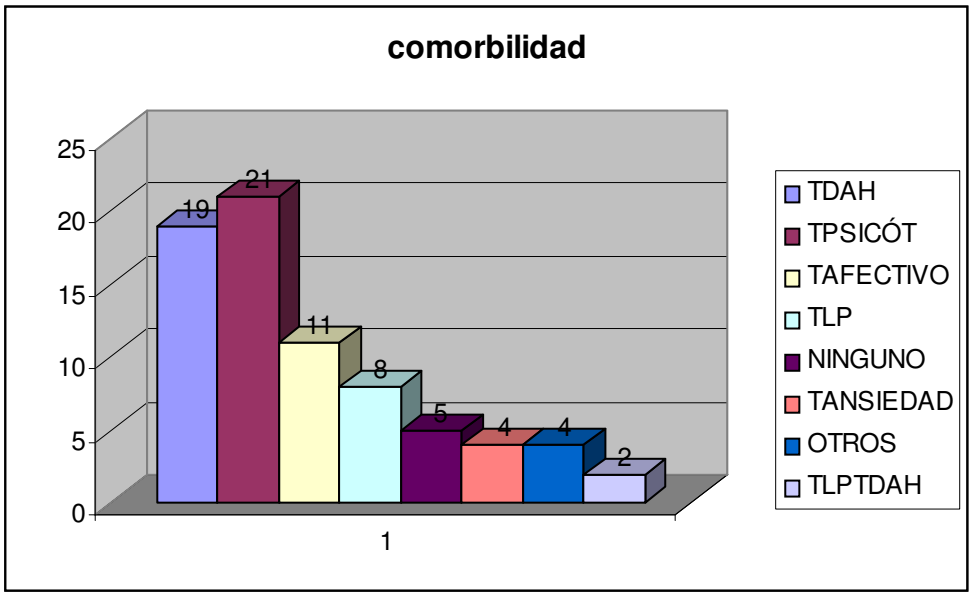
Gráfico 4. Distribución según edad inicio de la dependencia



El 61% de los pacientes tenían algún trastorno del eje I, siendo los trastornos psicóticos los más frecuentes (24,3%); y el 20,2% tenían algún trastorno del eje II,

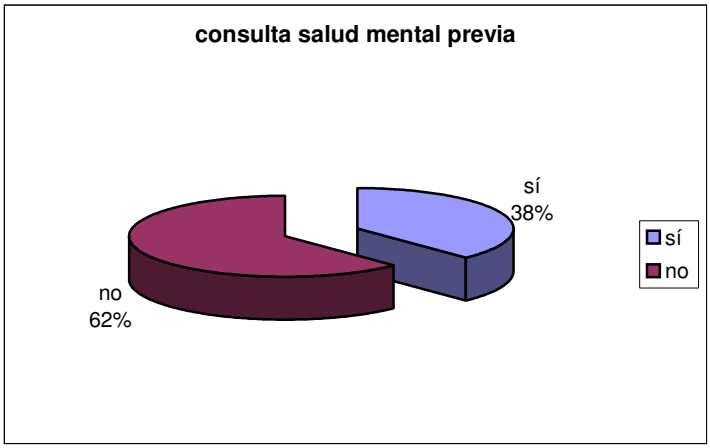
siendo el trastorno límite de personalidad el más frecuente (16,2%) (Ver gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución comorbilidad psiquiátrica



Teniendo en cuenta que el 93,2% de los pacientes presentaban otro diagnóstico psiquiátrico, además de la dependencia de cannabis, se preguntó por el contacto previo con algún centro de salud mental, de todos los pacientes incluídos en el estudio, el 62% no habían solicitado nunca visita por síntomas psiquiátricos. (Ver gráfico 6)

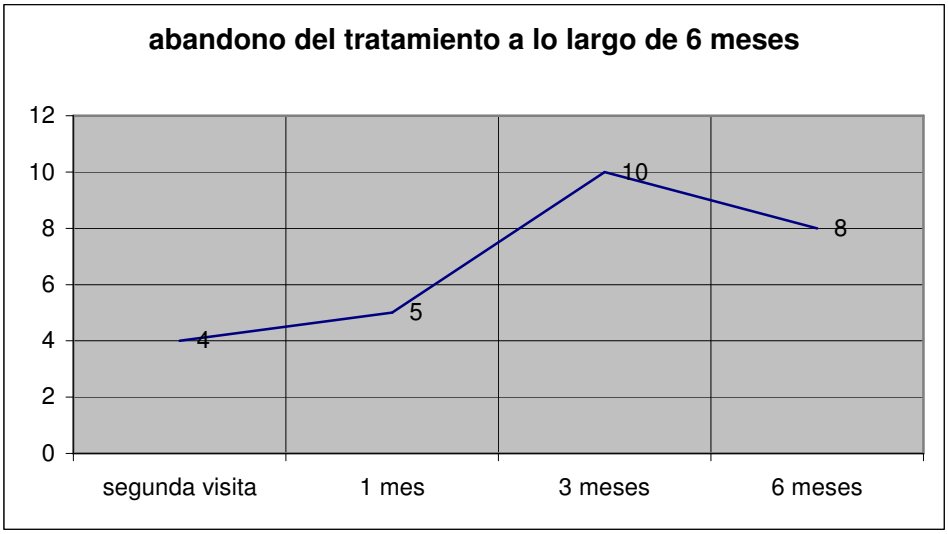
Gráfico 6. Distribución según consulta salud mental previa



Adherencia al tratamiento

Se contabilizan visitas a las que acude el paciente a lo largo de 6 meses, se observa que la retención en programa es del 74 % a los tres meses de iniciar el tratamiento y del 64% a los seis meses de haberlo comenzado. (Ver gráfico 7)

Gráfico 7. Abandonos de tratamiento a lo largo de 6 meses



De los pacientes que no abandonan el tratamiento antes de 6 meses, cabe destacar que todos los pacientes psicóticos se mantienen en programa después de ese tiempo; las mujeres son las que presentan mayor abandono; los pacientes que no tienen comorbilidad psiquiátrica finalizan el tratamiento antes de 6 meses. La cantidad de consumo no es significativo respecto al abandono temprano, pero sí la menor edad de inicio del consumo y la menor edad de inicio de la dependencia de cannabis. También los pacientes que presentan un diagnóstico comórbido de TDAH tienen mayor dificultad de adherencia al tratamiento.

Variables predictivas de adherencia al tratamiento

Se analizó el porcentaje de pacientes que se mantenían en tratamiento en la segunda visita, al mes, a los tres meses y a los seis meses de haber iniciado el programa terapéutico. (Ver Tabla 1)

Tabla 1: Abandonos del tratamiento

	No adherencia	**Adherencia**
2ª visita	n=4	n=70
1 mes	n=5	n=65
3 meses	n=10	n=55
6 meses	n=8	n=47

Las características demográficas y clínicas de los pacientes que mantuvieron la adherencia fueron comparadas con las características de los individuos que abandonaron el tratamiento antes de los seis meses.

Análisis bivariante

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables secundarias estudiadas (nivel de estudios, actividad laboral actual, estado civil y convivencia los últimos seis meses) entre los pacientes que abandonan el tratamiento antes de los seis meses de haberlo iniciado y los que continúan en tratamiento.

Al analizar la relación entre el género y la probabilidad de continuar en tratamiento a los seis meses, se observó que las mujeres (62,5% *vs* 31,03%, X^2=5.30, p= 0,022) abandonan con mayor frecuencia que los varones. También al analizar la edad, se observan diferencias significativas, produciéndose a edades menores de inicio de tratamiento mayor abandono del programa terapéutico (25,57 vs 32,09, Z= -2,823, p= 0,005).

Teniendo en cuenta el consumo de otras sustancias, excepto nicotina, no se observaron diferencias significativas, pero sí que se observa una tendencia a la significación estadística: los pacientes que presentan consumo actual o anterior de otras sustancias tienden a adherirse más al programa terapéutico. Al analizar la comorbilidad psiquiátrica, se observa que los pacientes con Trastornos Psicóticos se mantienen todos ellos en el programa terapéutico a los seis meses de haberlo iniciado. Los pacientes con comorbilidad con Trastornos Afectivos, Trastornos de Ansiedad y TDAH tienden a abandonarlo casi en su totalidad Los pacientes sin otro diagnóstico psiquiátrico abandonan todos ellos el tratamiento antes de seis meses. (Ver Tabla 2)

Tabla 2: comparación variables principales y adherencia

VARIABLES	NO ADHERENCIA N= 28	ADHERENCIA N= 46	p
Género (mujeres)	62,5%	37,5%	**0,022**
Edad (años)	25,57±7,4	32,09±10,2	**0,005**
No consumo de otras sustancias (excepto nicotina)	46,3%	53,7%	0,093
Edad de inicio del consumo (antes de los 18 años)	41,5%	58,5%	0,301
Edad de inicio de la dependencia (antes de los 18 años)	40,8%	59,2%	0,460
Consulta salud mental previa	25%	75%	0,076
Número de Unidades/ día de consumo (menor o igual 10U/d)	38,2%	61,8%	0,917

Análisis multivariante

El objetivo de este análisis es identificar si existe un efecto de confusión entre las variables que se identificaron como significativas en los análisis anteriores.

En el análisis multivariante, la edad se asoció de forma independiente a la adherencia terapéutica. Los trastornos psicóticos y el ser varón no se asociaron de forma independiente, tras ajustar por unidades de consumo diarias, consumo de otras sustancias y mayor edad de inicio del consumo y mayor edad de inicio de la dependencia. Se observa que solo la edad se mantiene significativa, porque el género y los Trastornos Psicóticos están relacionados ya que no hay mujeres psicóticas. (Ver Tabla 3)

Tabla 3: comparación variables independientes y adherencia

Variables independientes	**OR**	**p**
T. Psicóticos	0,00	0,998
Género (varón)	1,090	0,297
Edad de inicio del tratamiento	5,326	**0,021**

9.- DISCUSIÓN

El presente estudio muestra que la mayoría de los pacientes (64%) persisten en tratamiento dentro del programa específico de la dependencia de cannabis, a los seis meses de haberlo iniciado. El 74% continúan el programa terapéutico a los tres meses; hay que tener en cuenta que el momento de mayor abandono se produce tras haber pasado el segundo mes de tratamiento.

De los datos obtenidos de otros estudios de investigación en drogodependencias, se sabe que el periodo de mayor abandono tiene lugar a lo largo del primer mes de iniciar el tratamiento (23). Hay que tener en cuenta que no se han encontrado datos de retención en programas específicos de tratamiento para dependientes de cannabis (6, 64). Posiblemente esa adicción pueda comportarse en algunos aspectos de manera diferente a otros trastornos por uso de sustancias (2,4).

Dentro de los pacientes que abandonan el programa de tratamiento antes de seis meses, cabe destacar que la mujeres presentan menor adherencia frente a los varones, de forma significativa (23, 52,54). A los seis meses de inicio del programa, 10 de un total de 16 mujeres han dejado de asistir, frente a 18 varones de un total de 58. Igualmente aquellos pacientes que no presentan comorbilidad psiquiátrica (n=5) abandonan todos el tratamiento antes de este periodo de tiempo. Del mismo modo, los pacientes con diagnóstico comórbido de T. ansiedad (n=4) y T. Afectivo (n=11) frente a otro diagnóstico psiquiátrico. En el caso de coexistencia de Trastorno por Hiperactividad con Déficit de Atención (TDAH) (n=19) el no cumplimiento del tratamiento es alto (52,6%). De forma significativa los pacientes que presentan de forma comórbida un Trastorno Psicótico (n=21) mantienen la adherencia al

tratamiento durante al menos seis meses todos ellos.

Teniendo en cuenta la cantidad de consumo de cannabis, cuantificado en número de unidades/ día de consumo (mayor a 10 U/ d y menor o igual a 10 U/ d), se observa que el mayor abandono del programa es de los que consumen menor cantidad (igual o menor de 10U/día). Corresponde a 22 de los 28 abandonos totales. Tal y como se ha comentado anteriormente, las mujeres -excepto en un caso- se encuentran dentro de este grupo, por lo que siendo las mujeres las que abandonan el programa en mayor número que los hombres podría haber una influencia de que se pierdan más personas que consuman menor cantidad de cannabis. Igualmente se sabe que los pacientes que consumen menos pueden tener mayor facilidad para dejar de consumir sin tratamiento especializado, igualmente que estos pacientes puedan tener menos complicaciones derivadas del consumo y por tanto su motivación para el cese del consumo también sea menor (53,55).

Sin embargo, cuando el inicio del consumo es a mayor edad y la edad de inicio de la dependencia también, la adherencia al programa terapéutico es mayor. El 46,4 % de los pacientes que abandonan el tratamiento empezaron a fumar cannabis a los 14 o menos años de edad (frente el 43,4% de los que no abandonan). El 32,14 % empezaron a fumar entre los 15 y los 17 años (el 34,17% de los que mantienen la adherencia). Sin embargo el 7,14 % de los que abandonan el programa se inician después de los 21 años frente el 16,6% que se mantienen en tratamiento y han iniciado el consumo después de esta edad. Donde se encuentra una tendencia a la significación estadística es en la menor edad de inicio de la dependencia de la sustancia. Se confirmarían datos de la literatura sobre que personas con síntomas psiquiátricos premórbidos o trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia

pueden ser más vulnerables al desarrollo de dependencia de sustancias y en este caso de dependencia de cannabis (4,5). Este dato podría relacionarse con el hecho de que los pacientes con TDAH (que en el estudio abandonan de forma prematura) son los que inician el consumo a edades más tempranas y también presentan una dependencia a menor edad que el resto de los pacientes. Igualmente se sabe que estos pacientes solicitan tratamiento a menor edad que otros pacientes con dependencia de cannabis. (57,58). Esto podría ser una herramienta para establecer programas preventivos de sustancias de abuso en personas vulnerables, sobre todo en relación al consumo de cannabis (24,25,64).

Tal y como se ha comentado anteriormente, el 62% de los pacientes no habían consultado previamente por síntomas psiquiátricos ni por problemas derivados del consumo a ningún especialista. De los pacientes que no habían consultado nunca en un centro especializado, el 41,3% corresponden a los pacientes que abandonan el tratamiento antes de seis meses y de forma significativa el 42,1 % son mujeres. Hay que saber que de las 10 mujeres que abandonan el tratamiento 8 nunca se habían visitado en un centro de salud mental (52,54) .

Aunque los estudios realizados en Patología Dual comentan que la comorbilidad psiquiátrica en adicciones es de peor pronóstico, evolución y adherencia al tratamiento, en este estudio se ha encontrado que a lo largo de seis meses de evolución, los pacientes con Trastorno Psicótico y Trastorno por dependencia de cannabis no abandonan el tratamiento en ningún caso. Se podría plantear que realizar Programas Específicos para el Trastorno por dependencia de cannabis en la población general y en pacientes con Trastorno Mental severo comórbido podrían ser de utilidad para prevenir recaídas en estos pacientes (43).

De la misma manera, estudios de pacientes en Programas Específicos para la Dependencia de Cannabis podrían orientar sobre detección de síntomas premórbidos en población adolescente que puedan ser vulnerables al desarrollo de dependencia de cannabis. De esta forma se podrían realizar Programas específicos Preventivos para el consumo de esta sustancia (44).

Teniendo en cuenta el elevado número de mujeres que abandonan el programa de tratamiento frente a los varones, habría que empezar a establecer programas específicos de cannabis con características diferenciales de género (45).

Limitaciones del estudio

Hay que tener en cuenta que la muestra del estudio es pequeña y que sería necesario aumentar este dato. Igualmente no se han encontrado en la bibliografía resultados de Estudios de retención en Programas Específicos de Tratamiento para el abordaje de la dependencia de cannabis por lo que los resultados obtenidos no pueden ser comparados con otros datos existentes.

10.- CONCLUSIONES

En este estudio se concluye que:

1. Existe gran prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con diagnóstico de T. por dependencia de cannabis

2. Las pacientes mujeres abandonan el programa de tratamiento con mayor frecuencia que los varones

3. La no existencia de comorbilidad psiquiátrica predispone al abandono antes de los seis meses de haberlo iniciado

4. Los pacientes con diagnóstico comórbido de T. Psicótico mantienen la adherencia en su totalidad a los seis meses del inicio

5. Los pacientes que solicitan tratamiento a menor edad tienden a abandonarlo antes que los pacientes de mayor edad

6. El consumo de tabaco se da en el total de los pacientes incluídos en el programa

9.- BIBLIOGRAFÍA

1. Informe Anual 2010. El problema de la drogodependencia en Europa. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT,2010)

2. Manual de Trastornos Adictivos. 2ª Edición. Capítulo: Cannabis, Callado, Meana, Grau-López, Gonzalvo. Enfoque Editorial S.C., 2011.

3. Corominas M, Roncero C, Gonzalvo B, Casas M. Neuroimagen y Patología Dual. En: Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J, Rubio G. Tratado sobre Patología Dual. Reintegrando la Salud Mental. MRA Creación y Realización editorial. Barcelona 2010:pag 107-17. ISBN 978-84-96504-23-3

4. Casas M, Bruguera E, Roncero C, San L, (coords) Consenso sobre consumo de cannabis de la Sociedad Española de Psiquiatría. Fundación Española Salud Mental. Editorial Glosa. Barcelona 2007. ISBN: 978-84-7429-336-4

5. Pérez de los Cobos J, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G, (coords). Tratado SET de Trastornos Adictivos. Sociedad Española de Toxicomanías. Tomo I. Editorial Médica Panamericana, S.A.2006. ISBN 84-9835-036-0

6. Jiménez –Arriero M.A, Rubio G, Avances en Adicciones: Claves para comprender los nuevos retos asistenciales. EUROMEDICE. Ediciones Médicas. 2010. ISBN: 978-84-96727-87-8.

7. Iglesias V, Cavada G, Silva C, Cáceres D. Consumo precoz de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana. Rev Saude Pública, 2007; 41(4): 517-522.

8. Bergen HA et al. *Perceived academic performance and alcohol, tobacco and marijuana use: longitudinal relationships in young community adolescents.* Addict Behav, 2005. 30(8):1563-73.

9. Van den Bree et al. *Risks factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers.* Arch Gen Psychiatry, 2005. 62(3):311-9.

10. Macleod J. et al. *Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people : a systematic review of longitudinal, general population studies.* Lancet, 2004. 353 (9421) :1579-88.

11. Brook J, Lee JY, Brown EN, Finch SJ, Brook DW. Developmental trajectories of marijuana use from adolescence to adulthood: Personality and social role outcomes. Psychol Rep. 2011 April; 108 (2): 339-357.

12. Roncero C, Gonzalvo B, Ferrer M, Casas M. Aspectos médicos del consumo de cannabis. Implicaciones médico-psiquiátricas. Hablemos del cannabis. Universidad de Deusto. Bilbao 2007. pág 151-68.

13. Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES). Plan Nacional sobre Drogas1994-2008.

14. Kawas O. La adherencia terapéutica en la Esquizofrenia: un reto para el Siglo XXI. XVII Jornadas Científicas de la Sociedad Panamericana de Psiquiatría. 2005.

15. Vellgan DI, Leiden PJ, Sajalovic M, Scout J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. The expert consensos guideline series: adherente problems in patients with serious and persistent mental illnes. J Clin Psychiatry, 2009: 70 Suppl 4: 1-46; quiz 47-8.

16. Sirvent C. Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. Norte de Salud Mental, 2009; 33: 51-58.

17. Osterberg L, Blaschke T, Therapeutic Adherente. N Engl J Med 2005; 353: 487-97

18. Johnson BA, Swift RM, Ait-Daoud N, DiClemente CC, Javors MA, Malcolm RJ Jr. Development of novel pharmacotherapies for the treatment of alcohol dependence: focus on antiepileptics. Alcohol Clin Exp Res. 2004; 28 (2): 295-301.

19. O'Brien C, Mc Lellan A. Myths about the treatment of addiction. Lancet. 1996, 347: 237-240.

20. Roca M. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso Clínico español, 2007. Actas Esp Psiquiatr; 35 (Suppl, 1): 1-6

21. Carroll KM. Enhancing Retention in Clinical Trials of Psychosocial Treatments; Practical Strategies. En: Simon-Onken L, Blaine JD, Boren JJ, eds. “Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatments”. National Institute on Drug Abuse. Monograph 165 8Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, 1997): 4-24.

22. Guardia J, catafau AM, Batlle F, Martín JC, Segura L, Gonzalvo B, Prat G, Carrió I, Casas M. Striatal Dopaminergic D2 Receptor Density, measured by 123-I-IBZM SPECT, might predict treatment outcome in alcohol dependent patients. American Journal of Psychiatry. 157 (1). 127-129. 2000

23. Girón García S., Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. Trastornos Adictivos. 2007; 9(2):75-96.

24. Roncero C, Barral C, Grau-López L, Bachiller D, Szerman N, Casas M, Ruiz P. Protocols of dual diagnosis intervention in schizophrenia. Accepted in Addictive Disorders & Their Treatment

25. Roncero C, Barral C, Grau-López L, Esteve O. Casas M. Protocolos de intervención en patología dual: Esquizofrenia. Edikamed. Barcelona 2010. Disponible en www.patologíadual.es ISBN 978-84-7877-623-B

26. Raes V, De Jong Cor AJ, De Bécquer D, Broekaert E, De Maeseneer J. The effect of Using Assessment Instruments on Substance-abuse Outpatients’ Adherente to Treatment: a Multi-centre Randomised Controlled Trial. BMC Health Services Research 2011, 11:123.

27. Daley D, Zuckoff A. Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y pacientes drogodependientes. Editorial Glosa. Barcelona 2004. ISBN: 84-7429-201-8.

28. Roncero C, Collazos F, Valero S, Casas M. [Cannabis consumption and development of psychosis: state of the art]. Actas Esp Psiquiatr. 2007. 35(3):182-189. Review.

29. Fernàndez-Castillo N, Ribasés M, Roncero C, Casas M, Gonzalvo B, Cormand B. Association study between the DAT1, DBH and DRD2 genes and cocaine dependence in a Spanish sample. Psychiatr Genet. 2010 May 25.

30. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Baler R, Telang F. Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction. Neuropharmacology. 2009; 56 (1):3-8. Review.

31. Corominas M, Roncero C, Casas M. El sistema dopaminergico y las adiciones. Mente y Cerebro. 2009; 35: 78-85.

32. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Informe OMS. 2004

33. Larger Brancolini F, López Montoro F. Manual de drogodependencias para profesionales de la salud. Librería Universitaria S.L. Ediciones. 2002. ISBN: 84-89978-34-4.

34. Dutra L, Stathopoulou G, Basden S, Leyro T, Powers M, Otto M. A meta-Analytic Review of psychosocial Interventions for Substance use Disordes. Am J Psychiatry 165: 2, February 2008.

35. Guardia J, Iglesias L, Segura L, Gonzalvo B. Manejo del paciente con patología dual. En: Manual SET de Alcoholismo. Editorial Panamericana. Madrid 2003. p. 493-509

36. Grau-López L, Roncero C. Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. Proyecto Suficiencia Investigadora, Universitat Autònoma Barcelona. Junio 2010.

37. Ahmadi J, Kampman K, oslin D, Pettinati H, Dackis Ch, Sparkman T. Predictors of treatment Outcome in Outpatient Cocaine and Alcohol Dependence treatment. Am Journal Addictions. 18 (1) : 81-86. January 2009.

38. Guardia J, Segura L, Gonzalvo B, Iglesias L. Neuroimagen y drogodependencias. Neuroimagen en psiquiatría. Avances neurocientíficos y realidad clínica. Fundación Cerebro y Mente. Madrid 2002.

39. Mc Lellan A. Have we evaluated aaddiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. Editorial. Addiction 2002. 97; 249-252.

40. Mc Lellan A, Lewis D, O'Brien CP, Kleber H. Drug dependence, a chronic

medical illness, implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. JAMA 2000. 284 (13); 1989-1695.

41. Wierzbicki M, Pekarik GA. A meta-analysis of psychotherapy dropout. Professional Psychology, Research and Practice. 1993; 24: 190-195.

42. Mc Carty D, Gustafson D, Wisdom J, Ford L, Chor D, Molfenter T, Capoccia V, Cotter F. The network for the improvement of Addiction Treatment (NIATX): Enhancing access and retention. Drug Alcohol Depend 2007. 88:138-145.

43. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. J Psychiatr Pract 2010 Sep; 16(5): 306-24.

44. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. J Psychiatr Pract 2010 Jan; 16(1): 34-45.

45. Secades-Villa R, Fernández Hermida JR. Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. Adicciones. 2000; 12 (3): 353-363

46. Anderson E, Lambert M. A survival analysis de clinically significant change in outpatient psychotherapy. J Clin Psychol 2001. 57(7); 875-888.

47. Fenton w, Blyler C, Heinssen R. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. Schizophr Bull, 1997; 23: 637-51

48. Novak-Grubic V, Tavcar R. Predictors of non-compliance in males first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. Eur Psychiatry 2002; 17: 148-54

49. Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications. J Clin Psychiatry 1999; 60 (Suppl.21):25-30

50. Gonzalvo B, Coronado M, Martínez-Luna N, Álvarez A, Megías O, Roncero C, Casas M. Estudio de Adherencia al tratamiento en pacientes dependientes de cannabis. XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías-Foro Internacional. 7-9 Octubre 2009. Las Palmas de Gran Canaria.

51. Aron WS, Daily DW. Graduates and splitees from therapeutic community drug teratment programs: A comparison. International Journal of the Addictions. 1976; 11: 1-18. Guardia J, Segura L, Gonzalvo B, Trujols J, Tejero A, Suárez A, Martí Gil A. Estudio de validación de la escala Multidimensional de craving de Alcohol (E.M.C.A.). medicina Clínica. Barcelona 2004. 123 (6); 211-216

52. López-Goñi JL, Fernández-Montalvo J, Illescas C, Landa N, Lorea E. Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. Trastornos Adictivos. 2008; 10(2):104-111.

53. Rollnick, Stephen, Miller, William. La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de Conductas Adictivas. Ediciones Piados Ibérica. S. A. 1999. ISBN: 8449307457

54. Domínguez-Martín A, Miranda-Estribí M, Pedrero-Pérez E, Pérez-López Y, Puerta-García C. Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. Trastornos Adictivos 2008; 10 (2):112-180.

55. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1982; 20, 161-173.

56. Gossop M. Drug dependence: A study of the relationship between motivational, cognitive, social and historical factors, and treatment variables. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1978; 166: 44-50.

57. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. DSM-IV-TR

58. Spitzer R, Robert L, Gibbon M. SCID-I, Version clínica, entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM. Masson: Barcelona, 1996.

59. First M, Gibbon M, Spitzer R. Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. Masson: Barcelona, 2003.

60. Ramos-Quiroga JA, Daigre C, Bosch R, Roncero C, Nogueira M, Gonzalvo B, Sáez N, Casas M. Conductas adictivas y trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos. Rev Esp Drogodepen 2009. 2; 135-50.

61. Daigre C, Ramos-Quiroga JA, Valero S, Bosch R, Roncero C, Gonzalvo B, Nogueira M, Casas M. Cuestionario autoinformado de cribado de TDAH ASRS- v1.1 en adultos en tratamiento por trastornos por uso de sustancias. Actas Esp Psiquiatr 2009; 37 (6): 299-305.

62. Galéra C, Bouvard MP, Melchior M, Chastang JF, Lagarde E, Michel G, Encrenaz G, Messiah A, Fombonne E. Disruptive symptoms in childhood and adolescente and early initiation of tobacco and cannabis use: the Gazel Youth study. Eur Psychiatry. 2010. 25(7):402-8.

63. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and adult ADHD symptoms. Drug Alcohol Depend. 2008. 95(1-2):90-6.

64. Pérez de los Cobos J, Tejero A, Trujols J. Terapia de estimulación Motivacional y Cognitivo-Conductual para Adolescentes Adictos a Marihuana. Psiquiatría Editores S.L. Ars Médica. 2004. ISBN: 84-9706-081-4