



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL ABANDONO DEL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES FARMACODEPENDIENTES  
CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ÑAÑA 2016-2017**

**PRESENTADA POR  
JORGE ISAAC VALENZUELA ARAUJO**

**ASESOR**

**DR. ALBERTO SALAZAR GRANARA**

**TESIS  
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2020**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL ABANDONO DEL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES FARMACODEPENDIENTES  
CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ÑAÑA 2016-2017**

**TESIS**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR  
JORGE ISAAC VALENZUELA ARAUJO**

**ASESOR  
DR. ALBERTO SALAZAR GRANARA**

**LIMA, PERÚ**

**2020**

## **JURADO**

**Presidente:** Enrique Bojórquez Giraldo, doctor en Medicina

**Miembro:** Moisés Apolaya Segura, magíster en Salud pública

**Miembro:** Óscar Flores Flores, magíster en Ciencias, Salud y Desarrollo Global

A mis padres Eliana y Jorge y a mi hermana Eliana

## **AGRADECIMIENTOS**

A Rodolfo Gavilano Oliver, abogado, Alberto Salazar Granara, doctor en Medicina y a Rolando Zegarra Molina, psiquiatra, por el ejemplo y asesoría.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. METODOLOGÍA</b>	6
<b>III. RESULTADOS</b>	11
<b>IV. DISCUSIÓN</b>	19
<b>CONCLUSIONES</b>	26
<b>RECOMENDACIONES</b>	27
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	28
<b>ANEXO</b>	

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar cuáles son las características asociadas al abandono del tratamiento en pacientes farmacodependientes en el Centro de Rehabilitación de Ñaña, en el período enero 2016 a marzo 2017.

**Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se obtuvo datos de 94 pacientes hospitalizados en el Centro de Rehabilitación de Ñaña, registrados en sus historias clínicas. Se elaboró una ficha de recolección de datos con variables sociodemográficas y características de importancia.

**Resultados:** Los pacientes tenían, en su mayoría, entre 18 a 29 años, lo que representa el 49% (n=46); el 65% (n=61) eran solteros, con nivel de instrucción secundaria en el 50% y un ingreso mensual familiar de hasta S/ 1500 soles. El 43% consume como sustancia principal PBC, seguido de cannabis en el 25%. El 61% (n=57) abandonó el tratamiento y las características asociadas fueron los días de tratamiento recibidos ( $X^2$ :57.1, IC95%: 0.001-0.05,  $p=0.0001$ ) y el número de ingresos al programa de tratamiento en el Centro de Rehabilitación de Ñaña ( $X^2$ :4.4, IC95%: 0.12-0.96,  $p=0.035$ ).

**Conclusión:** Se encontró un porcentaje elevado de abandono del tratamiento y características relacionadas como los días de tratamiento recibidos y el número de ingresos al programa de tratamiento en el centro.

**Palabras clave:** Abandono del tratamiento, farmacodependientes

## ABSTRACT

**Objective:** To determine what are the characteristics related to the abandonment of treatment in drug-dependent patients at the Centro de Rehabilitación de Ñaña, in the period from January 2016 to March 2017.

**Methodology:** An observational, descriptive, retrospective, transversal study was conducted. Data were obtained from 94 hospitalized in the Centro de Rehabilitación de Ñaña, recorded in their medical records. A data collection sheet with sociodemographic variables and important characteristics was developed.

**Results:** The patients presented mostly between 18 and 29 years old, which represents 49% (n = 46); 65% (n = 61) were single, with a 50% secondary education level and a monthly family income of up to S/ 1500 soles. 43% consume cocaine base paste as the main substance, followed by cannabis in 25%. 61% (n = 57) abandoned the treatment and associated factors were the days of treatment received ( $X^2:57.1$ , CI 95%: 0.001-0.05,  $p=0.0001$ ) and the number of admissions to the treatment program at the Centro de Rehabilitación de Ñaña ( $X^2: 4.4$ , CI 95%: 0.12-0.96,  $p = 0.035$ ).

**Conclusions:** A high percentage of treatment abandonment and related characteristics such as days of treatment received and number of admissions to the treatment program at the center were found.

**Key words:** Abandonment of treatment, drug dependent

## I. INTRODUCCIÓN

Se estima que, durante el año 2015, 250 millones de seres humanos consumieron drogas por lo menos una vez. Esto equivale al 5% de la población adulta mundial. Así mismo, el 0.6% de la población adulta mundial, que equivale a 29.5 millones de personas, padece trastornos causados por el uso de drogas. Esto incluye sustancias de origen vegetal (opiáceos, cocaína, cannabis y derivados) así como de origen sintético (estimulantes del grupo de las anfetaminas y productos derivados de medicamentos de venta con receta médica, clasificados como nuevas sustancias psicoactivas, principalmente sustancias semejantes al fentanilo) <sup>(1)</sup>.

De acuerdo al concepto de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), el daño provocado por el consumo de drogas asciende a 28 millones de años de vida sana perdidos en 2015, relacionado con muerte prematura y discapacidad ocasionadas por el uso de drogas. Son 17 millones de años perdidos que se atribuyen exclusivamente a trastornos relacionados directamente con el consumo de drogas. Pese a que los AVAD atribuibles al consumo de drogas han ido en aumento a lo largo de la década pasada. El acceso y la oferta de servicios especializados para tratar estos trastornos y morbilidades asociadas son muy limitados. Se calcula que, al año, menos de uno de cada seis personas recibe tratamiento <sup>(1)</sup>.

Se entiende a la farmacodependencia como el estado físico y psíquico causado por la interacción entre el ser humano y el fármaco. El primero presenta modificaciones del comportamiento y un impulso por ingerir el fármaco o droga de manera periódica, para evitar el malestar sufrido por la privación. La droga es cualquier compuesto químico o natural que cambia o altera un sistema, o cualquier sustancia no infecciosa o no alimenticia que, a través de procesos químicos, produce cambios en los estados físico y/o mental <sup>(2)</sup>.

La adicción está definida como un estado en el que la conducta se exterioriza en un modelo que cumple con dos condiciones: el fracaso recurrente en los mecanismos de control conductual y una persistencia a mantener la conducta pese a consecuencias negativas graves <sup>(3)</sup>.

Existen distintas posturas que resaltan la participación del córtex prefrontal como estructura, cuyo mal funcionamiento incide directamente en la carencia de control y la omisión de modulación de estructuras de nivel inferior <sup>(4, 5)</sup>. Así mismo, se cuenta con extensa evidencia científica que indica que el abuso y dependencia de sustancias están relacionados con cambios neuroanatómicos asociados con deterioro cognitivo de diversa magnitud <sup>(6)</sup>. El nivel de deterioro cognitivo en adictos a sustancias muestra variaciones que oscilan entre lo equivalente a un deterioro cognitivo leve hasta un deterioro cognitivo grave semejante a daño cerebral traumático, cuya repercusión en la vida diaria puede ser significativa con nefastas consecuencias para el individuo <sup>(7, 8)</sup>.

En el Perú, el consumo de drogas es un problema real. Los niveles de prevalencia de vida de las consideradas drogas sociales se mantienen altos; un 75.4% de la población ha consumido alcohol alguna vez y tabaco, 49.8% <sup>(8)</sup>. Del mismo modo, la sustancia ilegal de mayor consumo en el Perú es la marihuana, seguida por las drogas cocaínicas <sup>(9)</sup>.

Según el análisis de 2012, en el país, la sustancia que genera mayores daños sanitarios es el alcohol, responsable del 53% de la demanda de atención en hospitales especializados en adicciones en todo el Perú. La marihuana ocupa el segundo lugar en el Sistema de Salud Peruano con un 20.1% de demanda de tratamiento. El grupo de drogas cocaínicas (PBC y cocaína) son responsables en conjunto de un 20.4%. Son el resto de sustancias adictivas, en total, casi en 5% <sup>(9)</sup>.

En el Perú, en los últimos años, la oferta del estado de atención sanitaria por problemas de abuso o dependencia a drogas ha aumentado. Sin embargo, aún hay brechas que no se han cubierto, sobre todo en lo referente al tratamiento de rehabilitación con internamiento. En cifras actualizadas del año 2015, el número de camas destinadas a exclusividad para internamiento de pacientes adictos en establecimientos del Minsa era un total de 169 a nivel nacional. La tasa de disponibilidad de la oferta de servicios de tratamiento de rehabilitación con internamiento para pacientes farmacodependientes ascendía a 0.56 camas por cada 100 000 habitantes <sup>(10)</sup>.

El abandono o deserción de tratamiento sucede cuando los pacientes desisten de acudir al tratamiento, se niegan a volver pese a que han sido invitados a hacerlo o son expulsados por falta de colaboración o baja respuesta al tratamiento <sup>(11)</sup>. Así mismo, el abandono del tratamiento puede deberse a diversos factores conocidos (falta de apoyo familiar, no sentir mejoría, depresión, mala relación médico-paciente, etc.) <sup>(12)</sup>.

Existe una elevada incidencia de abandono de tratamiento de rehabilitación en farmacodependientes, lo cual genera preocupación entre los profesionales de salud y es motivo de esta investigación. Estudios muestran un porcentaje variable de abandono de tratamiento en centros ambulatorios desde el 23 al 50% de casos <sup>(13)</sup> <sup>(14)</sup>; y del 17 al 57% de casos de abandono de tratamiento de pacientes de centros residenciales <sup>(15)</sup>.

En salud mental, la falta de adherencia al tratamiento es un fenómeno clínico ampliamente extendido <sup>(16, 17)</sup>. En el caso de problemas por abuso de sustancias, es importante mejorar la adherencia al tratamiento, puesto que su interrupción de forma temprana es un factor de mal pronóstico en la evolución del paciente <sup>(18)</sup>. Por el contrario, la permanencia del paciente en el tratamiento se asocia con la eficacia del mismo. Es un factor protector y predictor de resultados terapéuticos positivos <sup>(19, 20)</sup>. Se ha constatado que una buena adherencia al tratamiento disminuye la probabilidad del abandono <sup>(21)</sup>. El reconocimiento de las características que ayuden a aumentar la adherencia es, a su vez, un objetivo del tratamiento y permite su optimización <sup>(22)</sup>.

El objetivo de la investigación es determinar cuáles son las características relacionadas al abandono del tratamiento en pacientes farmacodependientes en el Centro de Rehabilitación de Ñaña (dependencia del Hospital Hermilio Valdizán, perteneciente al Minsa) en el periodo enero 2016 a marzo de 2017.

Esta institución (que inició programas de tratamiento en 1982) surge ante el rápido incremento de la prevalencia e incidencia de la dependencia a sustancias psicoactivas ilegales a partir de la década del setenta, en especial derivados de la hoja de coca, a raíz de la expansión del narcotráfico en el Perú. El Centro de Rehabilitación de Ñaña reportaría los primeros tratamientos exitosos de pacientes adictos a la PBC y a otras sustancias de abuso (resultados obtenidos en la primera

evaluación realizada en 1989, en donde el 53% de un total de 223 pacientes culminó el tratamiento). Este desarrolló un modelo multidisciplinario de tratamiento y rehabilitación enmarcado en el sistema de comunidad terapéutica adaptado a la realidad socio cultural del Perú, el cual se mantiene vigente por más de 30 años debido a sus elevados niveles de eficacia y bajos costos <sup>(23)</sup>. Es en esta institución donde realizamos nuestro estudio.

El tratamiento al que hacemos mención en esta investigación es el denominado tratamiento residencial modelo comunidad terapéutica. Los programas de rehabilitación residencial comparten aspectos en común: vida comunitaria con otros farmacodependientes en recuperación; asesoramiento individual y en grupo con el fin de evitar recaídas; gestión de situaciones en forma individual; desarrollo de capacidades para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; y, apoyo después de finalizado el tratamiento <sup>(24)</sup>.

El programa terapéutico del Centro de Rehabilitación de Ñaña se afirma sobre bases psicológicas y educativas. Su marco conceptual está basado en la terapia cognitiva conductual derivado de principios experimentales del comportamiento y de la teoría del aprendizaje. Con este fin, se encuentra dividido en ocho módulos de tratamiento orientados a trabajar diversos aspectos como son: el comportamiento dependiente a drogas, comportamiento en el tiempo libre, comportamiento en el trabajo, comportamiento social, auto organización y organización del ambiente, solución de problemas y toma de decisiones, reconocimiento, evaluación y modificación de las concepciones, esquemas y pensamientos irracionales y familia. Las personas con problemas de dependencia a sustancias pueden acceder al programa de rehabilitación. Solo acceden varones. Se ingresa por voluntad propia.

El paciente es evaluado inicialmente por psiquiatría, psicología, medicina general, enfermería y trabajo social. El tiempo promedio de internamiento para cumplir con las metas del programa es de 10 meses, pero el alta en definitiva se da por cumplimiento de objetivos terapéuticos. Para esto, se utiliza un instrumento de evaluación de objetivos terapéuticos (IEVOT) aplicados por los profesionales de la institución; es propio y ha sido validado en 1988 y 1992, se basa en los ocho

módulos que componen el tratamiento. El IEVOT tiene un puntaje ideal de 100%, si el paciente alcanza el 85% o más de los objetivos planteados está listo para salir de alta. Por otro lado, el paciente ya internado puede solicitar la alta voluntaria cuando lo desee <sup>(24)</sup>.

## **II. METODOLOGÍA**

### **2.1 Tipos y diseño**

Observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

### **2.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

Todas las personas con farmacodependencia.

#### **Población de estudio**

La población para el estudio estuvo constituida por pacientes mayores de 18 años farmacodependientes que han llevado tratamiento en el centro de rehabilitación de Ñaña.

#### **Tamaño de la población de estudio**

Para calcular el tamaño de muestra, se utilizó la fórmula para estimar proporciones en poblaciones finitas. Con una población de 100 pacientes entre el año 2016 y 2017, fue necesario extraer una muestra aleatoria. Para tal fin, la muestra tuvo una confianza del 95%; de acuerdo con un estudio previo, se determinó una prevalencia del 50% y se asumió un error del 5%. Se obtuvo un tamaño de muestra de 80, se agregó el 10% para evitar pérdidas, por lo que la muestra final fue de 88 pacientes.

#### **Muestreo**

El tipo de muestreo a realizar es de tipo probabilístico de selección aleatoria simple. La oficina de estadística del centro de rehabilitación nos proporcionó un listado de 94 pacientes internados en el período 2016 – 2017. Al ser el número de pacientes cercano al tamaño de muestra buscado y cumpliendo además con los criterios de inclusión, se decidió incluir a los 94 pacientes mencionados

## **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

Pacientes con el diagnóstico de farmacodependencia a cualquier sustancia definida en la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, que se atendieron en el Centro de Rehabilitación de Ñaña en el periodo enero 2016 - marzo de 2017.

Pacientes farmacodependientes de hasta 3 sustancias concomitantemente.

Pacientes mayores de 18 años.

### **Criterios de exclusión**

Historias clínicas incompletas.

## **2.3 Procedimiento de recolección de datos**

### **Instrumentos de recolección de datos**

Se utilizó una ficha de recolección de datos, en donde se colocó información de importancia para esta investigación procedentes de las historias clínicas de los pacientes. Se consideraron las siguientes variables:

- Abandono de tratamiento: Definido como el retiro del paciente del programa voluntariamente o por motivos disciplinarios antes de haber concluido el tratamiento.
- Edad: expresada en años.
- Fecha de ingreso y fecha de egreso del programa de rehabilitación: expresada en día, mes y año.
- Estado civil: expresada en soltero, casado o conviviente, divorciado o separado y viudo.
- Ingreso mensual familiar: Definido como el ingreso total percibido por los

miembros que conforman la familia del paciente en un mes. Expresado en nuevos soles. Obtenido de ficha social de historia clínica.

- Nivel de instrucción: Definido como el grado de educación que recibió el paciente. Expresado en analfabetismo, primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa, secundaria incompleta, superior universitaria completa, superior universitaria incompleta, superior técnica completa y superior técnica incompleta.

- Tiempo de consumo de sustancia principal: Definido como el periodo de tiempo en que el paciente lleva consumiendo la principal sustancia problema. Expresado en años.

- Días de tratamiento recibidos: Definido como el número de días que permaneció en el centro desde su ingreso al programa hasta su alta o retiro voluntario.

- Ocupación antes de ingresar al tratamiento: Definido como el oficio u actividad que desempeñaba el paciente antes de su ingreso al centro de rehabilitación. Expresado como empleado, desempleado, estudiante, empleado informal y jubilado.

- Número de ingresos al programa de tratamiento en el Centro de Rehabilitación de Ñaña: Definido como el número de veces que el paciente ingresó al programa de rehabilitación exclusivamente en el Centro de Rehabilitación de Ñaña.

- Antecedentes policiales, penales o judiciales.

- Tipo de sustancia principal: Definida como aquella sustancia que el paciente usó con mayor frecuencia y que genera mayor discapacidad o problemas en el individuo. Se consideraron el alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, pasta básica de cocaína, benzodiazepinas y otras sustancias (incluye diversas sustancias sintéticas y alucinógenas consumidas en menor proporción).

- Tipo de sustancia secundaria: Definida como aquella sustancia que el paciente

usa en menor frecuencia comparada con la sustancia principal.

- Tipo de sustancia terciaria: Definida como aquella sustancia que el paciente usa en menor frecuencia que la sustancia principal y secundaria.
  
- Dependencia a tres o más sustancias: Definida como farmacodependencia a como mínimo tres drogas concomitantemente.
  
- Diagnóstico psiquiátrico asociado: Definido como el diagnóstico de un trastorno mental según CIE-10 por profesionales del Centro de Rehabilitación de Ñaña, sin incluir trastorno de personalidad. Se consideró trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno por déficit de atención.
  
- Trastorno de personalidad asociado: Definido como el trastorno de personalidad diagnosticado según CIE-10 por profesionales del Centro de Rehabilitación de Ñaña. Se consideró trastorno de personalidad narcisista, antisocial, límite, histriónico, evitativo, dependiente y trastorno de los hábitos y del control de impulsos.
  
- Comorbilidad médica: Definida como la presencia de una enfermedad médica que está generando la necesidad actual de tratamiento

### **Técnica de recolección de datos**

El estudio contó con la autorización de la Dirección General del Hospital Hermilio Valdizán, perteneciente al Minsa, al ser el Centro de Rehabilitación de Ñaña una dependencia del mencionado nosocomio. Asimismo, con la colaboración de la Dirección General del Centro de Rehabilitación de Ñaña y su oficina de estadística, se obtuvo acceso a las historias clínicas. Con la ficha de recolección de datos, se realizó el levantamiento de información de las historias clínicas seleccionadas de dicho centro. Con la información registrada, se digitó la base de datos en los *softwares* estadísticos para iniciar el proceso de recolección de datos.

## **2.4 Procesamiento y análisis de datos**

Los datos fueron registrados en una tabla del programa Excel 2013. A su vez, se utilizó el software estadístico IBM SPSS versión 23.0, brindado por la Universidad de San Martín de Porres (USMP), con la finalidad de someter los datos a un análisis.

Al ser un análisis descriptivo, los resultados fueron presentados mediante tablas de frecuencia y diagramas de barra y sectores. Previamente, se obtuvo las frecuencias y percentiles de las variables correspondientes.

## **2.5 Aspectos éticos**

El Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la USMP revisó la presente investigación. Se protegió la confidencialidad de la información. No se entrevistó a los pacientes, se utilizó los registros de la historia clínica. Se mantuvo confidencialidad, los datos de los pacientes fueron codificados y su identidad preservada. Datos individuales no fueron reportados. Al ser un estudio de fuente de datos secundarios, no se obtuvo como dato de investigación la identidad de los pacientes.

### III. RESULTADOS

Se obtuvo datos de 94 internos. La edad tuvo un promedio de  $33.8 \pm 13$  años; la mediana, 30. La edad mínima registrada fue de 18 años y la máxima, 72. La variable edad no obtuvo una distribución normal en la prueba de Kolmogorov Smirnov.

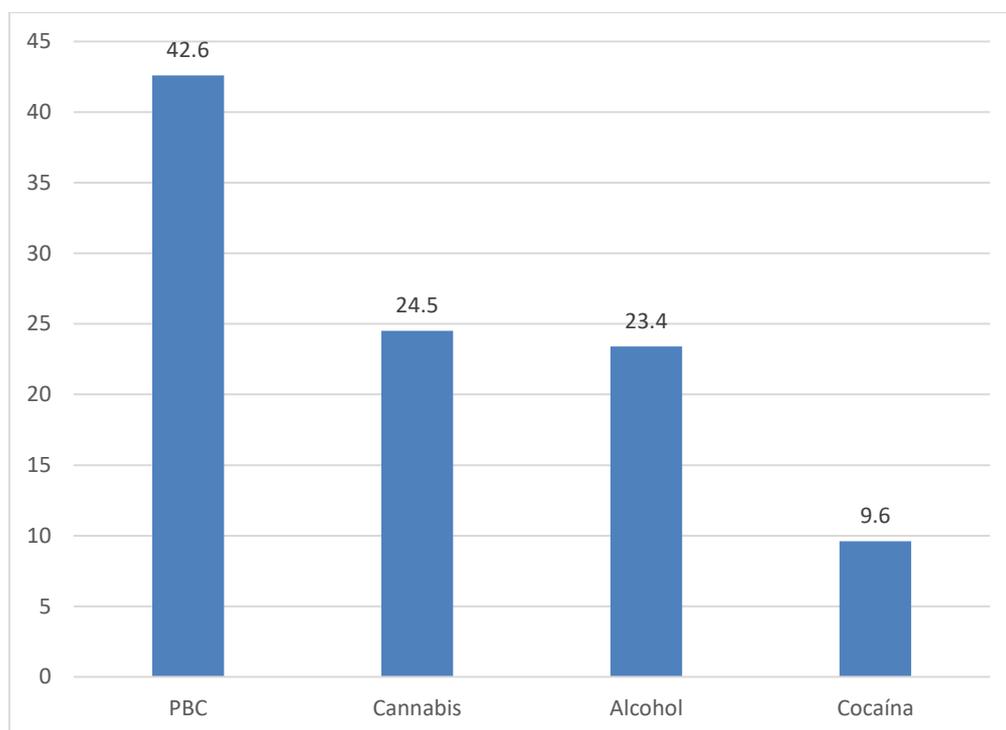
**Tabla 1.** Variables sociodemográficas

<b>Variables</b>	<b>N (%)</b>
Rangos de edad	
18 a 29 años	46 (48.9)
30 a 46 años	33 (35.1)
Mayores de 47 años	15 (16.0)
Estado civil	
Soltero	61 (64.9)
Casado o conviviente	20 (21.3)
Divorciado o separado	12 (12.8)
Viudo	1 (1.1)
Ingreso mensual familiar	
s/ 850 a s/ 1500	42 (44.7)
< s/ 850	37 (39.4)
> s/ 1500	15 (16.0)
Nivel de instrucción	
Primaria	4 (4.3)
Secundaria	47 (50.0)
Superior técnica	21 (22.3)
Superior universitaria	22 (23.4)
Ocupación antes de ingresar al tratamiento	
Desempleado	54 (57.4)
Empleado	26 (27.7)
Empleo informal	10 (10.6)
Jubilado	2 (2.1)
Estudiante	2 (2.1)

El rango de edad mayoritario en los internos fue entre 18 a 29 años (n=46), el 65% (n=61) se presentaba con un estado civil de soltero y el 21% (n=20) como casado o conviviente. El 45% (n= 42) tenía un ingreso mensual familiar de entre S/ 850 a S/ 1500 y el 39% (n=37) de menos de S/ 850. El nivel de instrucción mayoritario fue educación secundaria en el 50% de internos (n=47), el 23% (n=22) presentaban un

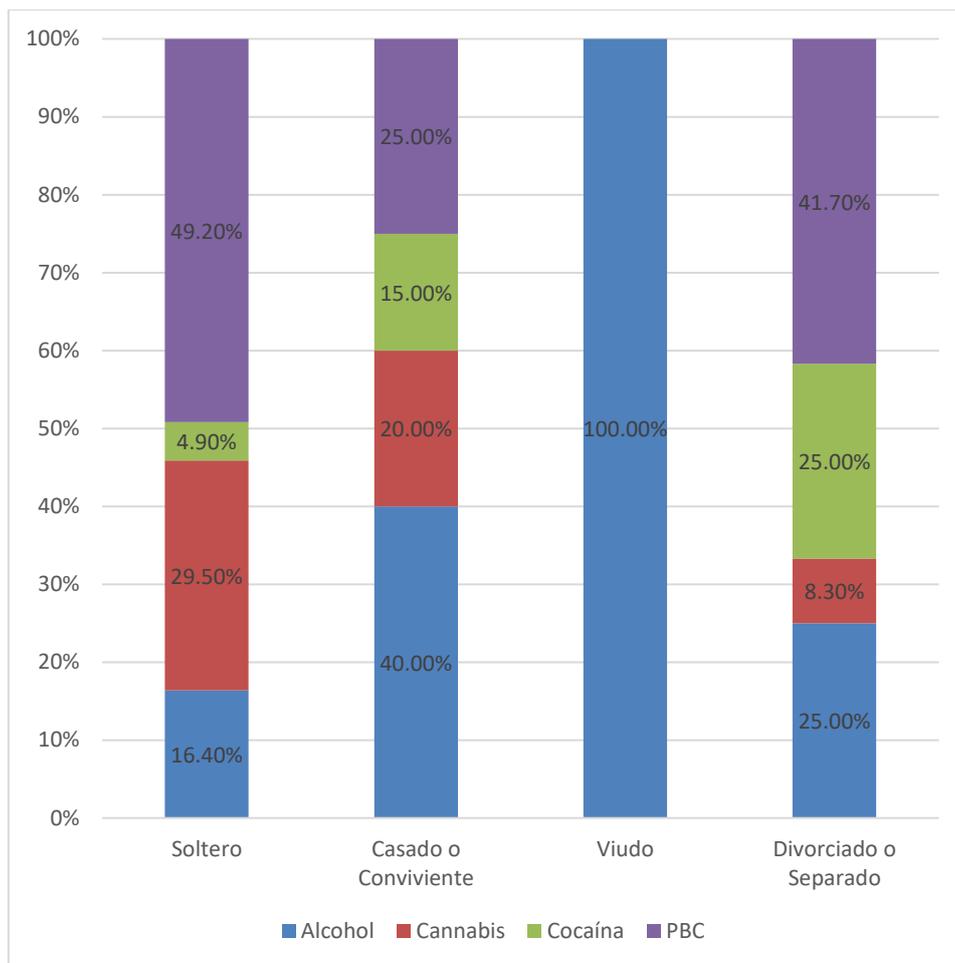
nivel de instrucción superior universitaria. El 57% (n=54) eran desempleados y el 28% (n=26) empleados antes de ingresar al tratamiento.

La sustancia principal consumida por los internos es la pasta básica de cocaína en el 43% (n=40), seguida del cannabis en el 25% (n=23). El alcohol fue identificado como sustancia principal en el 23% (n=22) y en cuarto lugar, la cocaína en el 10% (n=9). El tiempo de consumo de esta sustancia obtuvo una media de 15.91 +/- 12 años.



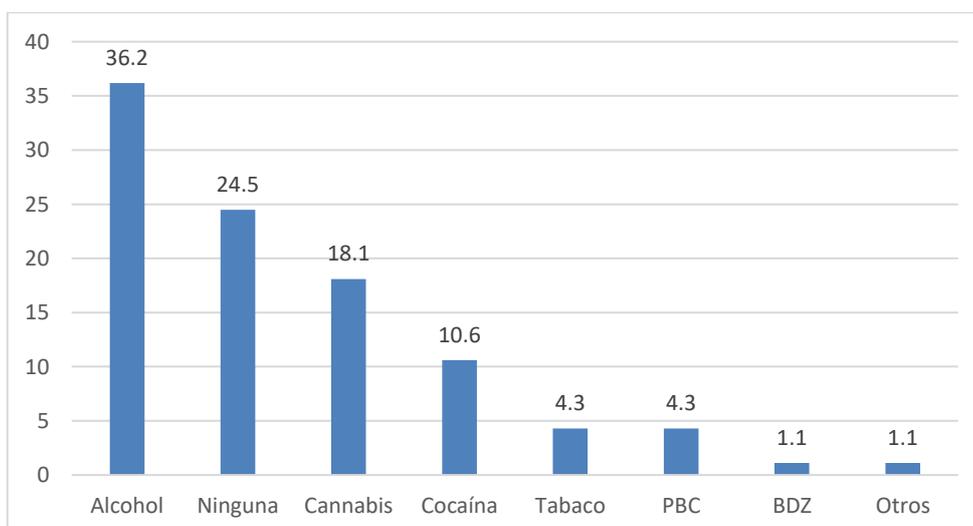
**Figura 1.** Tipo de sustancia principal

Se encontró como hallazgo que el 49% (n=30) de los solteros consumía PBC, seguido del 30% (n=18) que consumían cannabis. En el grupo casados o convivientes, en su mayoría, el 40% (n=8) consumía alcohol, continuando con PBC en el 25% (n=5). Los pacientes viudos consumían en su totalidad alcohol y en los divorciados o separados el 42% (n=5) consumían PBC, seguido de cocaína y alcohol. Se encontró diferencias significativas según sustancia consumida en el grupo de solteros (p menor a 0.05).



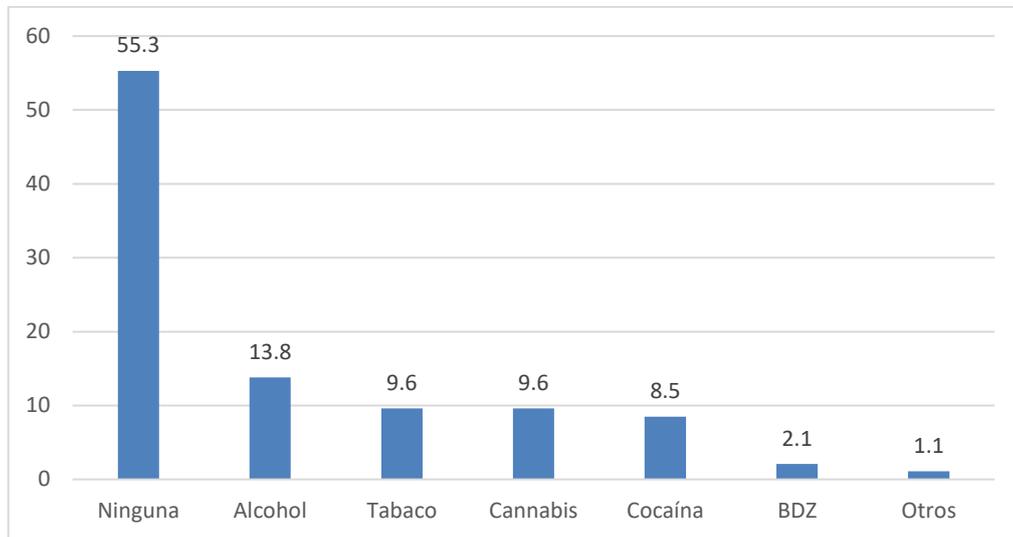
**Figura 2.** Tipo de sustancia según estado civil

La sustancia secundaria consumida por los internos es el alcohol en el 36% (n=34), seguida del cannabis en el 18% (n=17). El cannabis fue identificado como sustancia secundaria en el 18% (n=17) y en cuarto lugar la cocaína, en el 11% (n=10).



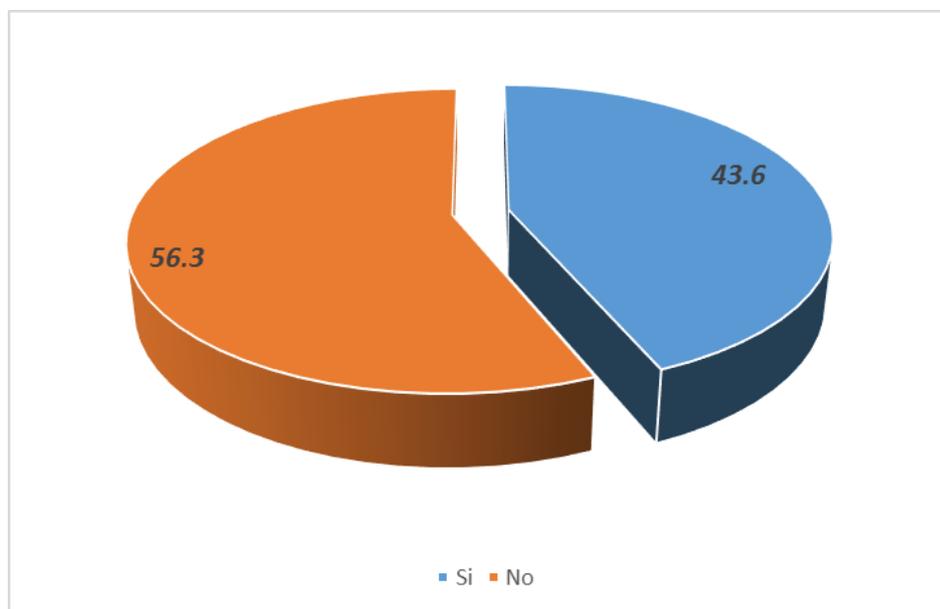
**Figura 3.** Tipo de sustancia secundaria

La sustancia terciaria consumida por los internos es el alcohol en el 14% (n=13), seguida del tabaco en el 10% (n=9). El cannabis fue identificado como sustancia secundaria en el 18% (n=17) y en cuarto lugar la cocaína en el 11% (n=10).



**Figura 4.** Tipo de sustancia terciaria

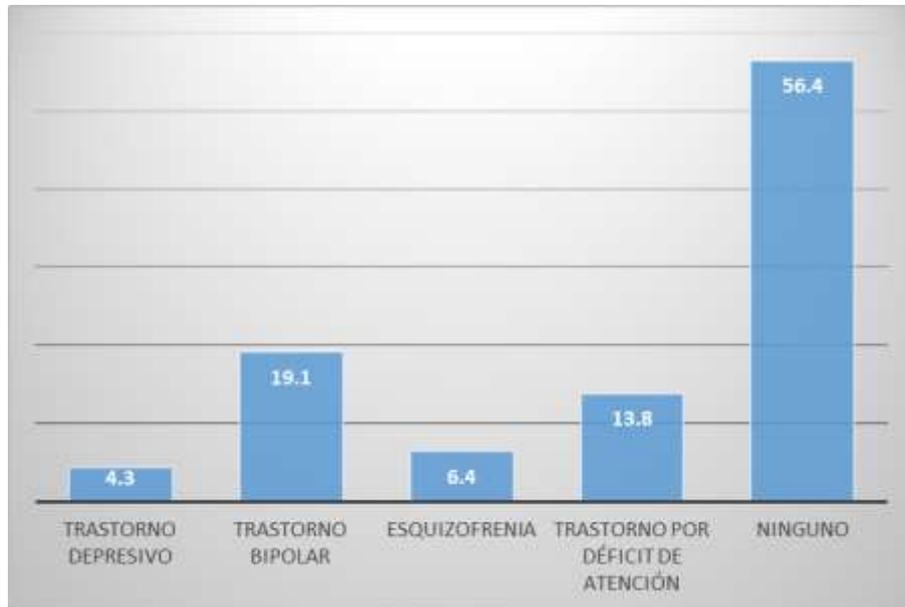
Se halló que en un 44% de los casos (n=41) los pacientes consumían 3 o más sustancias. El 56% (n=53) consumía como máximo 2 drogas.



**Figura 5.** Dependencia a 3 o más sustancias

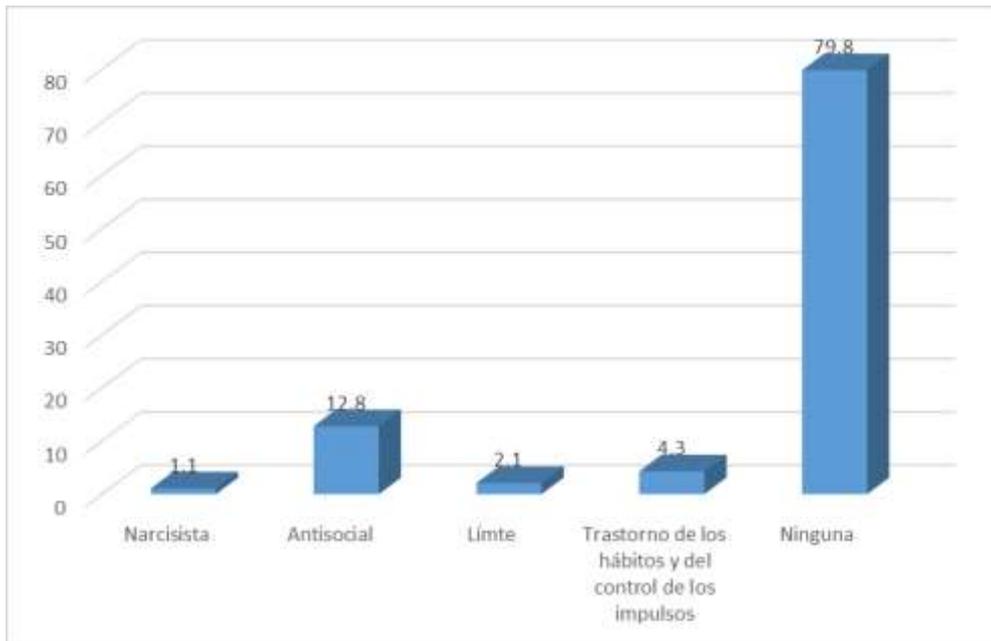
Se registró que en el 56% de los casos (n=53), los pacientes no tenían ningún trastorno psiquiátrico asociado. El 19% (n=18) presentó trastorno bipolar. Un 13%

(n=13) presentó trastorno por déficit de atención. El 6% (n=6) presentó esquizofrenia y el 4% (n=4), trastorno depresivo como patología psiquiátrica concomitante.



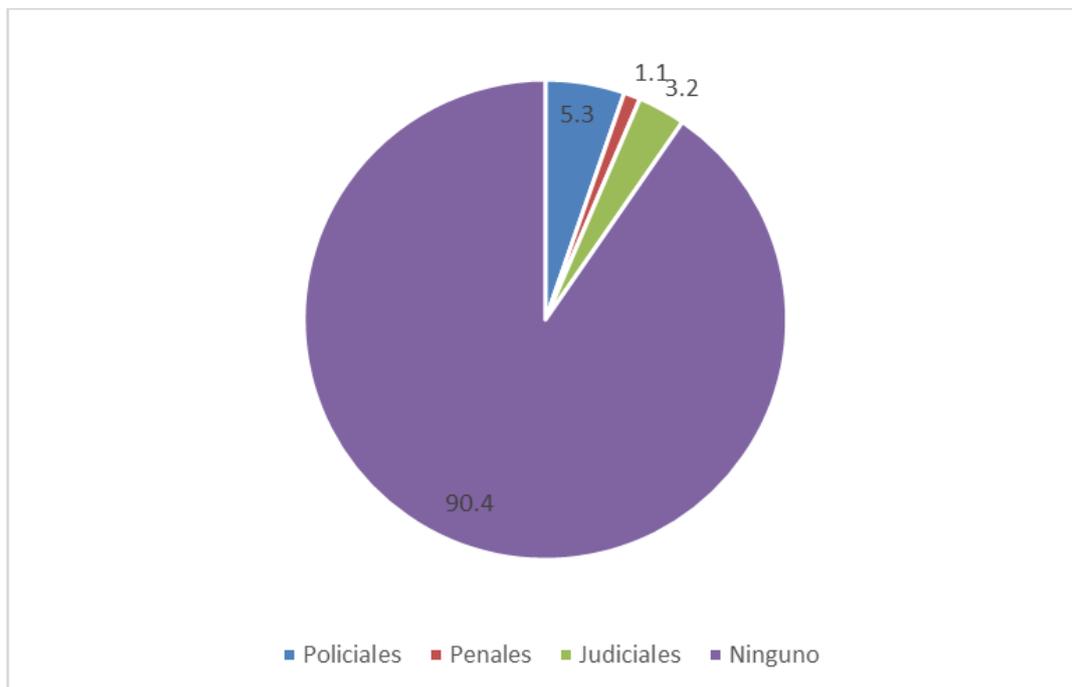
**Figura 6.** Diagnóstico psiquiátrico asociado

Se encontró que en el 80% de los casos (n=75), los pacientes farmacodependientes no tenían ningún trastorno de personalidad asociado. El 13% (n=12) presentó trastorno antisocial de la personalidad. Un 4% (n=4) presentó trastorno de los hábitos y del control de impulsos. El 2% (n=2) presentó trastorno límite de la personalidad y el 1% (n=1) trastorno narcisista de la personalidad.



**Figura 7.** Trastorno de personalidad asociado

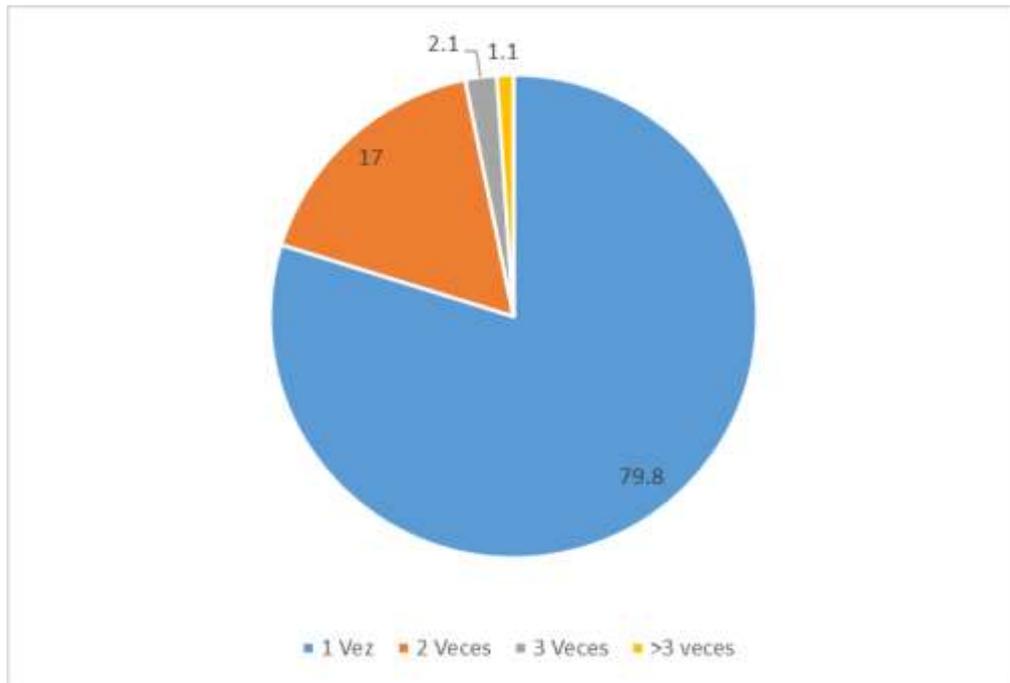
El 90% (n=85) no presenta antecedentes policiales, penales ni judiciales. El 5% tiene antecedentes policiales; el 1%, penales y el 3%, judiciales.



**Figura 8.** Antecedentes policiales, penales o judiciales

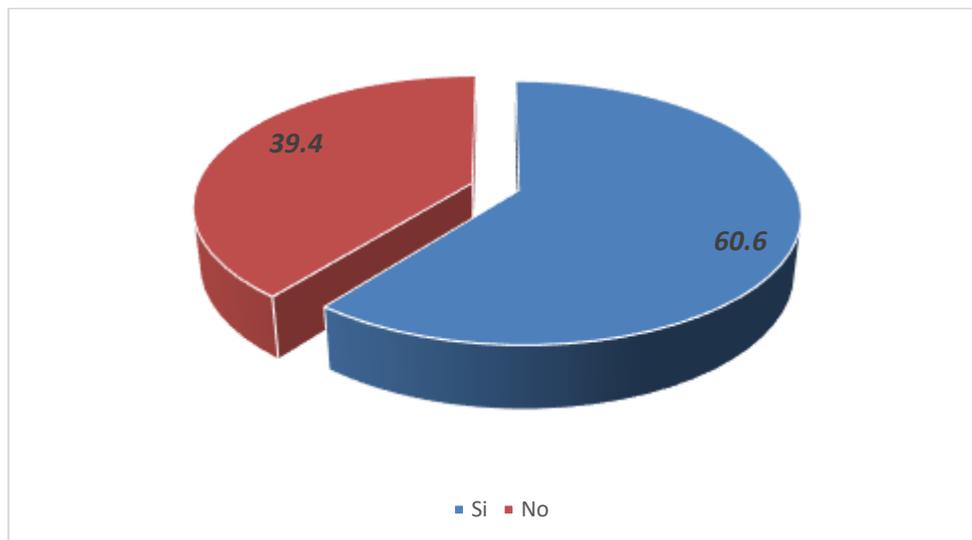
Los días de tratamiento recibido alcanzaron una media de 179 +/- 138 días. Se registró que el 80% (n=75) ingresó por primera vez al programa de rehabilitación,

el 17% (n=16) ingresó por segunda vez al centro y en el 3% (n=3) ingresaron tres veces o más al tratamiento.



**Figura 9.** Número de ingresos

De la variable principal, el 61% (n=57), abandonaron el tratamiento y el 39% (n=37), no.



**Figura 10.** Abandono de tratamiento

De las características relacionados al abandono de tratamiento, se encontró que los días de tratamiento recibidos ( $\chi^2$ :57.1, IC95%: 0.001-0.05,  $p=0.0001$ ) y el

número de ingresos al programa de tratamiento en el Centro de Rehabilitación de Ñaña ( $X^2:4.4$ , IC95%: 0.12-0.96,  $p=0.035$ ) se asociaron al abandono.

**Tabla 2.** Factores relacionados al abandono del tratamiento

Variable	Tratamiento		$X^2$	IC	P
	Sí abandonó N (%)	No abandonó N (%)			
Tratamiento recibido menor a 180 días	47 (97.9)	1 (2.1)	57.1	0.001-0.048	0.006
Número de ingresos: 1 vez	50 (65.8)	26 (34.2)	4.4	0.1-0.9	0.035

#### IV. DISCUSIÓN

En la tesis realizada por Condorcallo Ccama en la ciudad de Arequipa, en 2016, participaron 70 internos de un centro de rehabilitación Amor y Fe. El rango de edad más frecuente fue entre 20 a 30 años en un 34% de los participantes. En nuestro estudio, los hallazgos son similares, pues se encontró que el 49% (n=46) presenta entre 18 a 29 años. Estas concordancias son debido a las características similares de la población de estudio: internos de un centro de rehabilitación peruano <sup>(25)</sup>.

Un hallazgo que difiere del estudio es el estado civil. En nuestra investigación, la mayoría fue soltero en el 65%. En el estudio de Condorcallo, el 50% de los participantes se encuentra separado o divorciado. Esta diferencia podría deberse al tipo de sustancia consumida. En nuestro trabajo, la más frecuente fue la pasta básica de cocaína en el 43%, mientras, en el de Condorcallo, la sustancia mayormente consumida fue el alcohol en 50%; seguido de la marihuana, en 34% y cocaína, en 14%. Se aprecia que, en nuestro trabajo, aparece la adicción a una segunda sustancia, como el alcohol en el 36% <sup>(25)</sup>.

En un estudio realizado en Chile por Garmendia et al., en 2008, con el objetivo de evaluar si el apoyo social es un factor protector de la recaída al consumo de drogas; participaron 153 pacientes que fueron tratados en centros de drogadicción, abstinentes al alta que fueron localizados después de 6 meses de haber concluido el tratamiento. En ellos se encontró que la edad promedio fue de 31.8 años, todos los pacientes (n=153) recibieron como promedio 10.6 años de escolaridad; además, el 57% antes del tratamiento estuvo estudiando o con trabajo estable y el 40% desempleado o con trabajo ocasional. En nuestro estudio la edad tuvo un promedio de 33.8 años, el nivel de instrucción secundario fue alcanzado por un 50% (n=47) de pacientes; antes de ingresar al tratamiento 28% era empleado, 2% estudiante, 10% con empleo informal y el 57% (n=54) se encontraba desempleado. Existen varias similitudes estadísticas entre ambos trabajos pese a que el estudio realizado por Garmendia incluye 52 centros de rehabilitación y una población femenina del 24%. Nuestra investigación se basó solo en un centro y la totalidad de nuestra población fue de sexo masculino <sup>(26)</sup>.

Un hallazgo importante en la investigación de Garmendia es que la droga que más motivó el ingreso al tratamiento fue el consumo de pasta básica de cocaína en un 40%. Además, concluyen que el apoyo social es un factor protector de la recaída, en pacientes sin consumo de drogas tras seis meses de tratamiento y que por cada punto de incremento en la escala de autopercepción de apoyo social del cuestionario MOS, el riesgo de recaída disminuye en tres puntos porcentuales. En el análisis univariante, el apoyo social tuvo un efecto protector contra la recurrencia del consumo de drogas. En nuestro estudio, la sustancia principal consumida por los internos es también la pasta básica de cocaína con el 43% (n=40); adicionalmente, se encontró, diferencias significativas en el grupo solteros, con respecto a la sustancia principal de adicción ( $p < 0.05$ ). La pasta básica de cocaína fue la sustancia con mayor consumo en este grupo. Esto podría ir a favor de la hipótesis de Garmendia, pues una persona soltera cuenta con menos redes de apoyo.

En nuestro estudio, se encontró que los días de tratamiento recibidos ( $X^2: 57.1$ , IC95%: 0.001-0.05,  $p = 0.0001$ ) se asociaban al abandono del tratamiento, es decir, a más días de tratamiento es más factible que se concluya el mismo y no se abandone; en el estudio de Garmendia, se encontró entre los factores protectores del consumo la mayor duración del tratamiento (OR=0.86; IC 95%)<sup>(26)</sup>. En ambos casos, puede deberse a que los tratamientos de conductas adictivas en cuestión tienen como pilar fundamental el tratamiento psicológico dentro del marco de la terapia cognitivo conductual que va trabajando día a día en beneficio del paciente mientras este se mantiene en el programa.

En una investigación realizada en España, en 2017, por Calvo et al., con el objetivo de hacer un análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia en servicios ambulatorios de drogodependencias, se obtuvo como resultado lo siguiente: que acudir a las citas sin compañía (OR=3,13), presentar problemas con cocaína (OR=1,14) y ser más joven (OR=0,89) son los factores que incrementan el riesgo de un abandono temprano. Por otro lado, asistir al servicio derivado de un centro básico de salud reduce el riesgo (OR=0,28)<sup>(27)</sup>. En nuestro estudio, la cocaína fue la sustancia consumida en cuarto lugar de preferencia con un 10% (n=9). Estos hallazgos difieren entre sí debido al contexto

geográfico y económico en que se encuentra cada país, sin embargo, se pudo observar que la sustancia más problemática, correlativamente, fue un tipo de droga cocaínica como la PBC. El componente cocaína está presente en todas las formas de consumo de drogas cocaínicas. La pasta básica de cocaína se administra por vía respiratoria a diferencia de la cocaína que se administra por vía nasal generalmente, lo que produce una velocidad de absorción más lenta y mayor duración de efectos. Sin embargo, la concentración de cocaína es de un 40 a 85% en la PBC, mientras que en el clorhidrato de cocaína ronda entre un 12 a 75% <sup>(28)</sup>.

La sustancia principal de consumo en nuestro estudio fue el PBC en el 43% (n=40) de los participantes, seguido del 25% (n=23) cannabis. En estudios de la Organización Panamericana de la Salud en Latinoamérica, se destaca como prevalencia de consumo de sustancias, en primer lugar al cannabis, seguido de la cocaína en la población general <sup>(29)</sup>. Mencionan además al cannabis como principal sustancia consumida en Perú en población entre 12 y 64 años. Estos hallazgos difieren probablemente porque la población de nuestro estudio está constituida por pacientes con problemas de abuso de sustancias, no es una población mixta.

En una investigación realizada en Perú, en el Hospital Víctor Larco Herrera, en 1991, por Bojórquez et al., con el objetivo de determinar probable daño cerebral en consumidores de pasta de coca con tres o más años de consumo, la muestra estuvo constituida por 100 sujetos divididos en dos grupos: el de estudio y el de control, se obtuvo como resultado que un 46% de los pacientes del grupo de estudio presentan indicadores de probable daño orgánico cerebral crónico, (de estos, el 72% tenía antecedentes de consumo de PBC por más de cinco años) que es estadísticamente significativo comparado con el 6% del grupo control.

El trabajo de Bojórquez demostró clínicamente los efectos que a largo plazo sobre el sistema nervioso central puede originar el uso crónico de PBC identificando instrumentos psicométricos diagnósticos para descartar daño orgánico cerebral y correlacionarlos con electroencefalograma. En nuestro estudio, la sustancia principal consumida por los internos es la pasta básica de cocaína en un 43%. El tiempo de consumo de esta sustancia obtuvo una media de  $15.91 \pm 12$  años, lo que podría haber ocasionado daño orgánico cerebral en los pacientes evaluados. En

estudios posteriores, esto podría corroborarse con test para evaluar daño cerebral como la Escala de Inteligencia para adultos Wechsler, la forma revisada del Test de retención visual de Benton y el Test gestáltico visomotor de Bender contrastados con imágenes <sup>(30)</sup>.

Con respecto a la deserción, en nuestro estudio, se encontró una deserción en el 61% de los participantes, lo que es un porcentaje bastante elevado. En estudios similares, la deserción del tratamiento ha podido alcanzar un 29% a la cuarta sesión de tratamiento recibido según un estudio realizado por Escobedo en México en una población parecida a la estudiada en nuestra investigación <sup>(31)</sup>. En el estudio de Marrero et al., donde participaron internos usuarios de drogas inyectables, el abandono del tratamiento fue del 27%, lo cual es una tasa mucho menor a lo encontrado por nosotros <sup>(32)</sup>.

En el trabajo de Schroder et al., se encontró un abandono del 32% al tratamiento para reducir la adicción al alcohol y otras drogas, en Nueva Zelanda <sup>(33)</sup>. Estudios muestran que, en la realidad internacional, el abandono al tratamiento en adicciones es inferior a lo encontrado en nuestro estudio. Los mismos parámetros fueron tomados como criterios. Sin embargo, en ninguno de los casos anteriores la principal sustancia de consumo fue la pasta básica de cocaína. La particularidad de esta droga reside en que al ser fumada generalmente con tabaco genera una doble dependencia según Llosa (1994).

Consumido con un cigarrillo de tabaco se encuentra un promedio de 95 mg de cocaína y 4 mg de nicotina <sup>(34)</sup>. Así mismo, al ser fumada presenta una velocidad de absorción más rápida dándole una mayor capacidad adictiva, lo que a su vez dificulta más su tratamiento. Además, el consumo concomitante de etanol y cocaína produce un metabolito llamado el cocaetileno que presenta actividad similar a la cocaína y potencia los efectos euforizantes y adictivos de las drogas cocaínicas, con efectos sinérgicos y aumento de toxicidad hepática y cardíaca de la cocaína <sup>(35)</sup>. En nuestro estudio se halló además que la sustancia consumida en segundo lugar después de la principal fue el alcohol en el 36% (n=34). Además se encontró que en nuestro estudio el 44% (n=41), de los casos consumían tres a más sustancias. Esto muestra la complejidad de la pasta básica de cocaína y nos da un

alcance del porqué de las diferencias halladas en estos estudios en comparación con el nuestro.

En una investigación realizada en Colombia, en 2013, por García et al., con el objetivo de determinar la frecuencia de abandono temprano del tratamiento y los factores asociados a este en un centro de atención de drogodependencias en Medellín, se obtuvieron los siguientes resultados: la frecuencia del abandono temprano del programa fue del 59%. Asimismo, las variables asociadas con el abandono temprano fueron: trastorno psicótico, trastorno bipolar, heroína como principal sustancia problema en comparación con alcohol, toma de decisión del tratamiento por un familiar en comparación con la personal y tratamientos previos <sup>(36)</sup>. En nuestro estudio, el 56% de internos (n=53) no tenían ningún trastorno psiquiátrico asociado. El 19% (n=18) presentó trastorno bipolar; solo un 6% (n=6) presentó algún trastorno psicótico, pero no fue estadísticamente significativo.

Es conocida la alta prevalencia a nivel mundial de la comorbilidad de trastornos psiquiátricos con trastornos por farmacodependencia <sup>(37)</sup>. Resultados de investigaciones realizadas en hospitales psiquiátricos, clínicas de desintoxicación y de tratamiento de adicciones muestran una prevalencia del 50 y 75% de trastornos mentales y trastornos por abuso de sustancias concomitantemente. Además, en instituciones donde se tratan pacientes cuya patología de base es psiquiátrica, la comorbilidad por abuso de sustancias oscila entre un 20 a 50 % <sup>(38)</sup>. En nuestra investigación, la baja prevalencia de comorbilidades psiquiátricas y trastornos de la personalidad concomitantes se debe a que el Centro de Rehabilitación de Ñaña es una institución que acoge pacientes referidos de otros Hospitales, es decir, los internos que ingresan ya han pasado por un proceso de evaluación y diagnóstico previo siendo la mayoría pacientes sin comorbilidades psiquiátricas, pues en el caso de presentarlas estas son tratadas en el establecimiento de referencia. La mayoría proviene del Hospital Hermilio Valdizán, nosocomio especializado en salud mental y psiquiatría. Esto representó una limitación en nuestro estudio.

Los tratamientos previos en el estudio de García estuvieron asociados al abandono temprano (OR=1.87; IC95%, 1.02-3.44); en nuestro estudio, el número de ingresos al programa de tratamiento en el centro de rehabilitación de Ñaña también estuvo

asociado con el abandono. Creemos que esta concordancia en los hallazgos se debe a que el número de ingresos son equivalentes al número de tratamientos previos.

En el estudio realizado por López-Goñi et al., con el objetivo de analizar las razones del abandono del tratamiento en 61 pacientes de una comunidad terapéutica en Navarra, España, se encontró que el motivo más frecuente de abandono se debió a los límites impuestos por el propio programa terapéutico en el 70%, es decir los pacientes no querían continuar con las limitaciones que exigía permanecer en el programa. Estos límites incluyen, no poder manejar dinero durante su estancia en el programa, cumplir horarios estrictos, no poder estar solo y tener prohibido el consumo de drogas legales. Un 49% creyó haber ya alcanzando los objetivos del tratamiento y por eso lo abandonó. Un 34% dejó el tratamiento por el deseo de consumir drogas <sup>(22)</sup>. En nuestro trabajo, se halló que los días de tratamiento recibidos se asociaron al abandono ( $X^2:57.1$ , IC95%: 0.001-0.05,  $p=0.0001$ ) y también el número de ingresos al programa de tratamiento en el centro. ( $X^2:4.4$ , IC95%: 0.12-0.96,  $p=0.035$ ). Hay estudios que concluyen que, en el tratamiento de las conductas adictivas, el tiempo de permanencia en los programas de intervención constituye uno de los mejores predictores de buenos resultados terapéuticos y de mejor evolución a medio y largo plazo <sup>(32,39)</sup>. A la luz de nuestra investigación, nosotros apoyamos esta conclusión.

En una investigación realizada en Perú, por Fiestas et al., en 2012, se realizó una revisión sistemática con el objetivo de determinar la eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas, se obtuvo como resultados que no hay suficiente evidencia científica que apoye una superioridad de la metodología de comunidad terapéutica respecto a otras formas de tratamiento menos costosas. Sin embargo, en el contexto carcelario, las comunidades terapéuticas podrían ser más beneficiosas que otros modelos <sup>(41)</sup>. Estos hallazgos pueden explicar en parte el porqué obtuvimos un 61% ( $n=57$ ) de pacientes que abandonaron el tratamiento. Los tratamientos en una comunidad terapéutica comparados a tratamientos ambulatorios requieren un mayor compromiso por parte del paciente y de la familia, pues mientras este se encuentre internado no puede trabajar ni administrar dinero. Esto fue contrastado con lo

encontrado, pues en nuestro estudio el ingreso mensual familiar fue menor a S/ 850 soles en un 40% de los pacientes internados (n=37), lo que es equivalente a menos de la remuneración mínima vital que asciende S/ 930 soles <sup>(40)</sup>. Esto nos muestra que el tratamiento de farmacodependencias tiene múltiples aristas socioeconómicas que deben ser consideradas para completar un tratamiento efectivo.

Se necesitan mayores estudios para poder detallar los hallazgos encontrados, sin embargo, es importante realizar el seguimiento de los pacientes para tener un mejor panorama de las causas del abandono del tratamiento y poder tomar acciones en el caso de recaídas. Sería importante extender redes de apoyo que enlacen al paciente fuera de la comunidad terapéutica con los profesionales de salud.

Se encontró un porcentaje elevado de abandono del tratamiento en pacientes farmacodependientes en el Centro de Rehabilitación de Ñaña, entre 2016 y 2017.

## **CONCLUSIONES**

Se encontró un porcentaje elevado de abandono del tratamiento en pacientes farmacodependientes en el Centro de Rehabilitación de Ñaña, entre 2016 y 2017.

Las características asociadas al abandono de tratamiento fueron los días de tratamiento recibidos y el número de ingresos al programa de tratamiento en el Centro de Rehabilitación de Ñaña.

## **RECOMENDACIONES**

Para mayor precisión en los resultados, se recomienda ampliar el estudio con una mayor población y con participación de internos de otros centros de rehabilitación.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) [Internet]. Unodc.org. 2020 [cited 4 March 2020]. Available from: [https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR\\_Booklet1\\_Exsum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf)
2. [Who.int. 2020 \[cited 20 April 2020\]. Available from: https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
3. Sussman S, Sussman A. Considering the Definition of Addiction. 2020. Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. Nat Neurosci 2005; 8: 1458-63.
4. Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. 2020.
5. Goldstein R, Volkow N. Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex. 2020.
6. Bolla KI, Eldreth DA, London ED, Kiehl KA, Mouraditis M, Contoreggi C, et al. Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. Neuroimage 2003; 19: 1085-94.
7. Crean R, Crane N, Mason B. An Evidence-Based Review of Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use on Executive Cognitive Functions. 2020.
8. Goldstein RZ, Leskovjan AC, Hoff AL, Hitzemann R, Bashan F, Khalsa SS, et al. Severity of neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction: association with metabolism in the prefrontal cortex. Neuropsychologia 2004; 42:1447-58.
9. Compendio Normativo sobre Tráfico Ilícito de Drogas y Desarrollo Alternativo (págs. 1 - 480) [Internet]. Issuu. 2020 [cited 4 March 2020]. Available from: <https://issuu.com/devida-peru/docs/compendio-normativo-tid-01>
10. Informe sobre Servicios de Salud Mental del Perú 2008 (IESM-OMS Perú) [Internet]. Docenciaenpsiquiatria.blogspot.com. 2020 [cited 4 March 2020]. Available from: <https://docenciaenpsiquiatria.blogspot.com/2010/07/informe-sobre-servicios-de-salud-mental.html>
11. Predictors of retention in a multicomponent treatment for smokers - Archives of Clinical Psychiatry [Internet]. Archives of Clinical Psychiatry. 2020

[cited 4 March 2020]. Available from: <https://www.archivespsy.com/article/43-6/predictors-of-retention-in-a-multicomponent-treatment-for-smokers/>

12. Escobedo Alvarado J, Vite Sierra A. En-claves del Pensamiento, vol.I, núm. 2, Diciembre 2007 [Internet]. Repositorio.tec.mx. 2020 [cited 4 March 2020]. Available from: <https://repositorio.tec.mx/handle/11285/>

13. Rebecca McHugh | Harvard Catalyst Profiles | Harvard Catalyst [Internet]. Connects.catalyst.harvard.edu. 2020 [cited 4 March 2020]. Available from: <https://connects.catalyst.harvard.edu/Profiles/profile/1258397>

14. Santonja-Gómez FJ, Sánchez- Hervás E, Secades-Villa R, Zacarés-Romaguera F, García-Rodríguez O, García-Fernández G. Pretreatment characteristics as predictors of retention in cocaine-dependent outpatients. *Addict Disord Their Treat*. 2010; 9:93-8.

15. Samuel D, LaPaglia D, Maccarelli L, Moore B, Ball S. Personality Disorders and Retention in a Therapeutic Community for Substance Dependence. *The American Journal on Addictions*. 2011;20(6):555-562.

16. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(5):487-497.

17. Sirvent-Ruiz C. Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte Salud Ment*. 2009;33:51-8.

18. Simpson D, Joe GW, Brooke KM. A national 5 year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:538-44.

19. Dalsbo Therese K, Hammerstrom Karianne T, Vist Gunn E, Gjermo H, Smedslund G, Steiro A, et al. Psychosocial interventions for retention in drug abuse treatment. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2010. Art. N°. CD008220.

20. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 5 year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcomes Studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat*. 2004;25:125-34.

21. Jackson T. Treatment Practice and Research Issues in Improving Opioid Treatment Outcomes. 2020.

22. López-Goñi J, Fernández-Montalvo J, Illescas C, Landaluce N, Lorea I. Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastor Adict*. 1 de abril de 2008;10(2):104-11.

23. Navarro Cueva R. Ñaña, comunidad terapéutica peruana. Lima: CEDRO; 1997.

24. Hhv.gob.pe. 2020 [cited 20 April 2020]. Available from: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones\\_Directoriales/2012/163\\_DG\\_23082012.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2012/163_DG_23082012.pdf)
25. Condorcallo Ccama AR, Alvarez León SG. Perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento. Univ Nac San Agustín [Internet]. 2016 [citado 4 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3640>
26. Garmendia María Luisa, Alvarado María Elena, Montenegro Mariano, Pino Paulina. Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. Rev. méd. Chile [Internet]. 2008 Feb [citado 2020 Ene 14] ; 136( 2 ): 169-178. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000200005&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200005>.
27. Calvo F, Carbonell X, Valero R, Costa J, Turró O, Giralt C, Ramírez M. Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. Aten Primaria. 2018; 50(8): 477-485.
28. Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet]. Revclinmedfam.com. 2020 [cited 21 April 2020]. Available from: <http://www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=117>
29. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe - DOCUMENTOP.COM [Internet]. documentop.com. 2020 [cited 4 March 2020]. Available from: [https://documentop.com/epidemiologia-de-los-trastornos-mentales-en-america-latina-y-el-caribe\\_5a16457e1723dd93afbfed92.html](https://documentop.com/epidemiologia-de-los-trastornos-mentales-en-america-latina-y-el-caribe_5a16457e1723dd93afbfed92.html)
30. Bojórquez, E. (1991). Probable daño orgánico cerebral en consumidores de pasta de coca. En: Psicoactiva, CEDRO, V (8), pp. 55-107.
31. Escobedo Alvarado J, Vite Sierra A, Oropeza Tena R. Factores asociados a la deserción en un tratamiento breve para usuarios de cocaína. En-Claves Pensam. noviembre de 2007;1(2):117-31.
32. Marrero CA, Robles RR, Colón HM, Reyes JC, Matos TD, Sahai H, et al. Factors associated with drug treatment dropout among injection drug users in Puerto Rico. Addict Behav. febrero de 2005;30(2):397-402.

33. Schroder R, Sellman D, Frampton C, Deering D. Youth retention: factors associated with treatment drop-out from youth alcohol and other drug treatment. *Drug Alcohol Rev.* noviembre de 2009;28(6):663-8.
34. Llosa T. (1994): Chemistry and toxicology of coca paste and coca paste cigarette smoking. Lima. Ed. Cocadi.
35. Dean, R.A., Harper, E.T., Dumauual, N. (1992). Effects of etanol on cocaine metabolism: formation of norcocaehtylene. *Toxicology and Applied Pharmacology*, No. 117, pp. 1-8.
36. Factores asociados al abandono temprano del tratamiento de trastornos por uso de sustancias en una institución de Medellín, Colombia [Internet]. Elsevier.es. 2020 [cited 21 April 2020]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S003474501470037X>
37. Regier DA e. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2020 [cited 11 May 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2232018/>
38. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G. [Internet]. Scielo.org.mx. 2020 [cited 11 May 2020]. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n6/v36n6a4.pdf>
39. Sayre SL, Schmitz JM, Stotts AL, Averill PM, Rhoades HM, Grabowski JJ. Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *Am J Drug Alcohol Ab.* 2002;28:55-72
40. [Internet]. Pnsd.mscbs.gob.es. 2020 [cited 21 April 2020]. Available from: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/internacional/pdf/World\\_Drug\\_Report\\_2017\\_en\\_espanol.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/internacional/pdf/World_Drug_Report_2017_en_espanol.pdf)
41. Fiestas F, Ponce J. Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática [Internet]. Scielo.org.pe. 2020 [cited 21 April 2020]. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000100003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100003)

## ANEXO

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<b>CÓDIGO:</b>
----------------

<b>Características asociadas al abandono de tratamiento en pacientes farmacodependientes del Centro de Rehabilitación de Ñaña 2016-2017</b>
---

<b>1.- DATOS GENERALES</b>
----------------------------

<b>Edad:</b>	<b>Abandonó tratamiento:</b> SI (0) NO (1)
<b>Fecha de ingreso:</b>	<b>Fecha de egreso:</b>
<b>Estado civil:</b> Soltero (0) ; Casado o conviviente(1) ; Viudo (2) ; Divorciado o separado (3)	
<b>Ingreso mensual familiar:</b> < S/.850 (0); S/.850 – S/.1500 (1); > S/.1500 (2)	
<b>Nivel de instrucción:</b> Analfabeto (0); Primaria incompleta (1); Primaria completa(2); Secundaria completa (3); Secundaria incompleta (4); Superior Universitaria completa (5); Superior Universitaria Incompleta (6); Superior Técnica Completa (7); Superior Técnica Incompleta (8)	<b>Tiempo de consumo de SPA principal:</b> años
<b>Ocupación:</b> Empleado (0); Desempleado (1) ; Estudiante (2); Empleo informal (3); Jubilado (4)	<b>Tiempo de tratamiento:</b> días.
<b>Numero de ingresos al CRÑ:</b> 1 vez (0); 2 veces (1); 3 veces (2); + de 3 veces (3)	
<b>Antecedentes policiales, penales, judiciales:</b> Policiales (0); Penales (1); Judiciales (2); Ninguno (3)	
<b>Tipo de sustancia principal:</b> Alcohol (0); Tabaco (1); Cannabis (2); Cocaína (3); PBC (4); BZD (5); Otros (6)	
<b>Tipo de sustancia 2:</b> Alcohol (0); Tabaco (1); Cannabis (2); Cocaína (3); PBC (4); BZD (5); Otros (6)	
<b>Tipo de sustancia 3:</b> Alcohol (0); Tabaco (1); Cannabis (2); Cocaína (3); PBC (4); BDZ (5); Otros (6)	
<b>Dependencia a tres o más sustancias:</b> Sí (0); NO (1)	

**Diagnóstico psiquiátrico asociado:** Trastorno depresivo mayor (0); Trastorno bipolar (1); Esquizofrenia (2); Trastorno de ansiedad generalizada (3); Fobia social (4); Trastorno por déficit de atención (5) Ninguno (6)

**Trastorno de personalidad asociado:** Narcisista(0); Antisocial(1); Límite(2); Histriónico(3); Evitativo(4); Dependiente(5); Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos (6); Ninguno(7)

**Comorbilidad médica:** HTA (0); DM (1); VIH (2); Otros (3) Ninguna (4)