

# Los primeros 90 días de tratamiento de adicciones: el rol de los grupos de apoyo para familiares

Boris C. Rodríguez-Martín PhD<sup>1</sup>, Belén Gallego-Arjiz BSc.<sup>1</sup>, Patricia López-Ewert MSc.<sup>1</sup>, Jacobo Reguera-Errasti MSc.<sup>1</sup>, María Quevedo De La Peña BSc.<sup>1</sup>, Yunier Broche-Pérez PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundación Recal, Madrid, España

<sup>2</sup>Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara, Cuba

## RESUMEN

**Introducción:** en el área de las adicciones, que un paciente pueda completar su tratamiento tiene notables implicaciones para su la calidad de vida, tanto desde el punto de vista clínico como social. **Objetivo:** el presente estudio se realizó con el objetivo de explorar la interacción de los factores referidos al paciente y la incorporación de sus familiares en el plan terapéutico, con la finalización de los primeros 90 días de tratamiento. **Métodos:** se realizó un estudio ex post facto retrospectivo con 234 pacientes entre 18 y 75 años, atendidos en la Fundación Recal en el período desde noviembre de 2014 hasta mayo de 2018. Para ello se registró un grupo de variables sociodemográficas y clínicas, de las que se analizó su interacción con la finalización o abandono del tratamiento, mediante la utilización de un algoritmo CHAID. **Resultados:** la principal interacción detectada con la finalización del tratamiento fue la asistencia de los familiares a Grupos de Apoyo. A su vez, esta variable interactuaba con la presencia de antecedentes familiares de adicciones y el nivel educacional del paciente. El modelo obtenido es adecuado para clasificar la finalización del tratamiento, pero no así el abandono. **Conclusión:** los resultados obtenidos brindan soporte a la importancia de introducir a la familia dentro de los planes terapéuticos del paciente, sobre todo en las etapas iniciales de su tratamiento.

**Palabras clave:** adicciones, recuperación de adicciones, familia, CHAID

## ABSTRACT

**Introduction:** in the field of addiction, there are remarkable implications for the patient treatment completion in terms of their quality of life from both a clinical and social perspective. **Aim:** of the current study is to explore the interaction of factors with regards the patient (including family assistance to therapeutic groups), and treatment completion. **Method:** a retrospective study of 234 patients between the ages of 18 and 75, who had been through treatment at Fundación Recal from November 2014 to May 2018, was carried out. For this research, a group of sociodemographic and clinical variables were registered, and interaction was analyzed, whether the client completed or dropped out, using a CHAID algorithm. **Results:** it was observed that the principal interaction with treatment completion was family assistance in support groups. At the same time, this variable did interact with the history of previous addiction within the family, in addition to the client's education level. The model obtained is adequate to classify treatment completion but not drop out. **Conclusion:** the results obtained provide support for the importance of introducing family into patient therapeutic plans, especially during the preliminary stages of treatment.

**Keywords:** addictions, recovery of addictions, family, CHAID

## Autor de correspondencia:

Boris C. Rodríguez-Martín. Fundación Recal. Calle Físicos 4, Majadahonda, Comunidad de Madrid, 28222, España. Teléfono (+34) 913 92 82 51. Correo electrónico: boris@fundacionrecal.org

Recibido: 12 de noviembre de 2018

Aprobado: 19 de marzo de 2019

doi: 10.28931/riiad.2019.1.02

## INTRODUCCIÓN

Según el Informe Mundial de Drogas 2018 (UNODC, 2018), alrededor de 31 millones de personas podrían necesitar tratamiento por problemas de dependencia de sustancias. El mismo informe señala que en 2015 se reportaron 450 mil muertes como resultado del uso de sustancias y cerca de 170 mil se debieron principalmente a sobredosis. A todos estos datos se pueden añadir los derivados de las adicciones comportamentales (Yau & Potenza, 2015).

El abordaje clínico de las adicciones puede ser similar al de las enfermedades crónicas, requiriendo un monitoreo sistemático del paciente (McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000; McLellan, McKay, Forman, Cacciola, & Kemp, 2005) y que éste tome conciencia de su enfermedad. Que el paciente se mantenga en tratamiento resulta una meta sumamente importante.

Esta meta se encuentra distante de la realidad, se estima que alrededor del 40% de los pacientes con adicciones abandonan el tratamiento (Brorson, Ajo Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Calvo et al., 2017; Sánchez-Hervás, et al., 2010; Şimşek, Dinç, & Ögel, 2018). De hecho, sólo 65% de los pacientes en tratamiento residencial y 52% de los pacientes ambulatorios suelen finalizar el tratamiento que han iniciado (Stahler, Mennis, & DuCette, 2016).

La finalización del tratamiento se vivencia como un logro, asociado con indicadores de salud que muestran un incremento en la calidad de vida (Gonzales et al., 2009). En este sentido, se ha descrito una fuerte relación entre completar un tratamiento de internamiento de seis semanas y el mantenimiento de la abstinencia después de tres años (Smyth et al., 2005). También se ha observado que la probabilidad de encontrar y mantener un trabajo se duplica entre aquellos pacientes que finalizan su tratamiento, al compararlos con aquellos que no lo hacen (Zarkin, Dunlap, Bray, & Wechsberg, 2002).

De forma general, se han establecido tres factores que posibilitan tanto el abandono como la finalización del tratamiento (Brorson et al., 2013): 1) el paciente; 2) el tratamiento; y 3) el proceso de tratamiento.

Los factores que se focalizan en el paciente hacen referencia a datos sociodemográficos, clínicos y de personalidad. Por su parte, aquellos enfocados en el tratamiento analizan el método, el entorno, la duración y la proporción pacientes/miembros del equipo terapéutico. Por último, la motivación, la alianza terapéutica y la satisfacción con el tratamiento son algunos de los factores relacionados al proceso.

En el caso del tratamiento de las adicciones, se ha observado que la implicación de la familia dentro del plan terapéutico resulta sumamente importante (Beco-

ña-Iglesias & Cortés-Tomás, 2008). De hecho, la participación de los familiares puede incrementar en 10% la tasa de finalización de tratamiento de los pacientes que se encuentran en régimen residencial (McPherson, Boyne, & Willis, 2016).

Un estudio reciente señala la importancia de que los miembros de la familia se focalicen en su propia recuperación, mediante grupos de apoyo multifamiliares, psicoeducación y terapia de familia (Shumway, Schonian, Bradshaw, & Hayes, 2017). A través del programa terapéutico, los miembros de la familia adquieren las herramientas para el propio cambio y, a la vez, consiguen ser un importante grupo de apoyo para el paciente en recuperación (Bradshaw et al., 2016). En este sentido, se encontró que la esperanza, la disposición al cambio y las habilidades de afrontamiento fueron indicadores que miden el nivel de recuperación en la familia (Bradshaw et al., 2015).

Otra forma de soporte para las familias son los grupos de ayuda mutua. Ejemplos de ello pueden ser Al-Anon, Al-Ateen, CoDA o Familias Anónimas (Archibald & Archer, 2014). Estos grupos siguen el programa de los Doce Pasos, adaptados para los familiares de pacientes.

Estudios demuestran que alrededor de la mitad de los que acuden por primera vez a grupos de Al-Anon continúan asistiendo después de seis meses (Timko, Laudet, & Moos, 2014). Al respecto, se ha señalado que la propia asistencia a reuniones, el establecimiento de vínculos sobre el problema común y la ayuda de otras familias con más experiencia y recuperación permiten explicar la permanencia en el programa (Timko, Halvorson, Kong, & Moos, 2015). Los familiares participantes suelen percibir que la asistencia a reuniones les ayuda a afrontar adecuadamente sus emociones, además perciben un incremento en autoestima, en estrategias de afrontamiento y en esperanza (Timko et al., 2013).

La historia de la terapia familiar y los grupos de ayuda mutua para familiares tiene un documentado recorrido en el tratamiento de las adicciones. Una revisión sobre el tema ha señalado que puede tener un impacto favorable sobre numerosas áreas (Marcos-Sierra & Garrido-Fernández, 2009). En primer lugar, refuerza el compromiso y adherencia, tanto de los pacientes como de los familiares, con respecto a las metas del tratamiento. También contribuye al mantenimiento de la abstinencia y a la prevención de recaídas. Por último, favorece la reincorporación escolar o laboral de los pacientes. Por tanto, la inclusión de la familia en el plan terapéutico se torna una variable de elevado interés.

Es por ello que el presente estudio tiene como objetivo explorar la interacción de los factores referidos al paciente y la inclusión de sus familiares en el plan tera-

péutico, con la finalización de un tratamiento residencial con una duración de 90 días.

## MÉTODO

### Muestra

Se realizó un estudio transversal, ex postfacto de tipo retrospectivo, con 234 pacientes, con edades entre 18 y 76 años. Los mismos fueron atendidos en la Fundación Recal (clínica de tratamiento de adicciones). Los datos fueron recabados desde noviembre de 2014 hasta mayo de 2018.

### Tratamiento

El tratamiento de adicciones se llevó a cabo en la Fundación Recal. El mismo se inicia con un ingreso durante 90 días (Fase 1), donde el paciente realiza un programa de tratamiento basado en el Modelo Minnesota (Cook, 1988). El objetivo de esta Fase 1 del tratamiento consiste en proporcionar a los pacientes cuidados y rehabilitación en un entorno seguro que permita garantizar la abstinencia. Se estructura mediante sesiones grupales en horario de 09:00-17:00 horas, de lunes a viernes. El modelo también incluye actividades terapéuticas planificadas durante los fines de semana y tareas terapéuticas individuales, para que el paciente las ejecute en su tiempo libre.

Durante este tiempo, el paciente aprende a identificar y gestionar los factores de riesgo de consumo y los rasgos disfuncionales de personalidad relacionados, para favorecer la adquisición de nuevos hábitos y actitudes que le permitan llevar un estilo de vida saludable.

Este proceso incluye un Grupo de Apoyo para Familiares y un Grupo Terapéutico para Familiares y Pacientes, respectivamente (Grupos de Apoyo, a partir de este momento). Una vez concluido el ingreso en Fase 1, se cierra este período de 90 días con una alta terapéutica.

A los pacientes que reciben alta terapéutica de la Fase 1 se les ofrece la posibilidad de continuar en Fase 2. Ésta responde a objetivos de acompañamiento y prevención de recaídas durante la reinserción del paciente en su vida cotidiana.

La Fase 2 se realiza desde el entorno familiar del paciente o en un piso seguro, en caso de que el entorno sociofamiliar ponga en riesgo su recuperación. Este seguimiento continúa durante nueve meses hasta completar el año de abstinencia. Tiene otra estructura en cuanto a objetivos y metodología, por lo que el presente estudio sólo se centra en el análisis de los predictores de culminación del ingreso en Fase 1, con una duración de 90 días.

## Evaluación

Además de las variables sociodemográficas, se registró: patología adictiva que dio origen al ingreso, tratamientos previos, régimen de tratamiento, tiempo que permanece y tipo de finalización de Fase 1, patología dual, antecedentes familiares de consumo y asistencia de familiares a Grupos de Apoyo (Tabla 1).

Se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-III, adaptación para población española (Cardenal & Sánchez, 2007). La aplicación se realizó de forma individual por profesionales de la Psicología, una vez transcurrido el primer mes sin consumo. Esta prueba consta de 175 ítems y la calificación de la misma se realiza atendiendo a diferentes escalas (Tabla 1).

## Procedimiento

Los datos fueron extraídos de la Ficha del Paciente que se conforma en la Fundación Recal tras su admisión. Se incluye la valoración médica, psiquiátrica y psicológica, por parte del equipo sanitario de la Fundación. La revisión de los datos por los miembros del equipo terapéutico y su posterior uso para fines de investigación es autorizada por cada paciente, mediante la firma de un consentimiento informado.

Los datos sobre la asistencia de los familiares a Grupos de Apoyo fueron registrados por aquellos miembros del equipo terapéutico encargados de facilitar dichos grupos. Otro miembro diferente del equipo se encargó de recopilar y organizar los datos necesarios para el estudio, durante los meses de julio a septiembre de 2018.

Los datos registrados que se consideraron relevantes para su análisis fueron incluidos en la Tabla 1.

Finalmente, un profesional ajeno a la institución fue el encargado de ejecutar el análisis estadístico, facilitando los resultados. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Cuba.

## Análisis

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS/Windows 20.0. Para la detección de interacciones se utilizó un algoritmo CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detector) para la obtención de un Árbol de Clasificación (King & Resick, 2014), donde la Finalización del Tratamiento era la variable principal.

El resto de las variables fueron introducidas para explorar su interacción con la variable principal (Tabla 1). Los criterios utilizados para conformar las interacciones son los que el paquete estadístico da por defecto:

100 observaciones para el nodo principal y 50 para los secundarios.

Resulta importante señalar que algunos datos, como el diagnóstico específico de la patología dual, así como el tipo de sustancia que consume el paciente, fueron excluidos debido a que el número de observaciones registradas era inferior al de los criterios establecidos por el algoritmo CHAID para su correcta clasificación.

En estos casos se prefirió utilizar la denominación genérica de la presencia o ausencia del atributo de forma global para ambos, presencia de patología dual y consumo de alcohol y otras drogas, respectivamente (Tabla 1). En el caso del diagnóstico de patología dual se prefirió realizar su agrupación en categorías diagnósticas debido a la diversidad de trastornos específicos.

El algoritmo CHAID es muy fácil de comprender e interpretar, y permite la detección de interacciones no lineales (Richard's, Solanas, Ledesma, Introzzi, & López Ramón, 2008). A partir del 80% de clasificaciones correctas, puede considerarse que es un modelo adecuado (Nisbet, Miner, & Elder, 2009).

## RESULTADOS

Los principales datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes se muestran en la Tabla 1. La edad media de los pacientes es de 38 ( $DE = 13$ ) años. A continuación, se muestran las agrupaciones de los pacientes, atendiendo a su etapa evolutiva: 1) adulto joven 53% [Rango: 18-38 años;  $M = 27.52$ ,  $SD = 6.31$  años; Moda: 28 años]; 2) adulto medio 42.3% [Rango: 39-60 años;  $M = 47.82$ ,  $DE = 5.72$  años; Moda: 49 años]; y 3) adulto mayor 4.7% [Rango: 61-76 años;  $M = 65.82$ ,  $DE = 4.16$  años; Moda: 63 años]

Por otra parte, la mayor parte de los pacientes son hombres (73.5%); declararon antecedentes familiares de consumo (62%); estaban diagnosticados con patología dual (51.3%); habían realizado tratamientos previos (64.5%); recibían tratamiento residencial (92.3%) y no refirieron relación de pareja (74.4%), ni empleo (61.5%).

Dentro de los pacientes que estaban diagnosticados con patología dual, fueron los trastornos del humor (30%) y los trastornos de la alimentación (24.2%) los diagnósticos más frecuentes. El resto de los trastornos quedó agrupado de la siguiente manera: 13.3% trastornos psicóticos; 12.5% TDAH y 9.2% trastornos de ansiedad.

Casi en su totalidad acudieron por problemas de alcohol o drogas (95.7%), alcohol 66.2%; cocaína 53.4%; THC 38%; opiáceos 9.4%; benzodiazepinas 9% y metanfetaminas 6.8%. Los trastornos por consumo de alcohol, cocaína y hachís fueron los más reportados (91.5%). De hecho, 57.3% de los pacientes reportaban un patrón

de policonsumo. El trastorno por juego patológico englobó el resto de los casos no diagnosticados dentro de esta variable (4.3%).

Desde el punto de vista del entorno familiar, predominó la convivencia con algún familiar o pareja (83.3%), de los cuales 74.4% asistió a los Grupos de Apoyo para Familiares.

Los resultados del CHAID se muestran en la Figura 1, apreciándose que una proporción importante de pacientes ingresados en la Fundación Recal suele finalizar su tratamiento (68.8%).

La asistencia de los familiares a los Grupos de Apoyo puede considerarse la principal variable de interacción con la Finalización del Tratamiento en los pacientes de la Fundación Recal. Se observó un predominio de finalizaciones en aquellos pacientes cuyos familiares asistieron a los Grupos de Apoyo (Nodo 1: Sí = 77.6% vs No = 22.4%), mientras que tendía a ocurrir lo opuesto cuando no lo hacían (Nodo 2: Sí = 43.3% vs No = 56.7%).

A su vez, la finalización exitosa del tratamiento observada en el Nodo 1 interactúa con los Antecedentes Familiares de consumo. Aunque tanto para la presencia como para la ausencia de antecedentes se observaron altos porcentajes de finalizaciones (Nodos 3 y 4), los más elevados se ubicaron en aquellos pacientes que no los declararon (Nodo 4).

Por otra parte, en caso de declarar Antecedentes Familiares, se detectó una nueva interacción con la Escolaridad (Nodos 5 y 6). Aunque el porcentaje de finalizaciones superó 60% en ambos casos, se incrementó hasta 85% en aquellos pacientes con estudios superiores (Nodo 6).

No se observaron interacciones con el resto de las variables sociodemográficas o clínicas registradas en la Tabla 1. Con respecto al porcentaje de clasificaciones correctas, los resultados sugieren que el modelo de interacciones detectadas es bueno para predecir la finalización del tratamiento (> 80%), pero no así los abandonos (< 50%). La asistencia de los familiares a los Grupos de Apoyo permite clasificar adecuadamente a aquellos que finalizaron el tratamiento, pero no resulta adecuada para clasificar a los que lo abandonaron.

## DISCUSIÓN

La distribución de las variables sociodemográficas y clínicas resulta similar a la descrita en numerosos estudios, tanto internacionales (Kelly, Bergman, Hoepfner, Vilsaint, & White, 2017; Stahler et al., 2016) como realizados en España (Calvo et al., 2017; López-Goñi, Fernández-Montalvo, Arteaga, & Esarte, 2017). A su vez, se observó que un elevado porcentaje de pacientes logró finalizar su tratamiento (68.8%), cifra que corresponde con los datos

Tabla 1  
 Datos clínicos y sociodemográficos de la muestra

Variables discretas	Frec.	%	Variables continuas	M	DE
Tratamiento completado			Edad	37.91	13.09
Sí	161	68.8	Días en tratamiento	75.53	37.37
No	73	31.2	MCCI-III		
Sexo			(Escala)		
Mujer	62	26.5	*Esquizoide	7.92	4.68
Hombre	172	73.5	*Evitativo	7.22	5.55
Relación			*Depresivo	10.30	6.17
No casado(a) / Relación estable	174	74.4	*Dependiente	9.22	5.79
Casado(a) / Relación estable	60	25.6	*Histriónico	14.02	5.01
Escolaridad			*Narcisista	14.40	4.55
Graduado escolar	20	8.5	*Antisocial	15.25	4.96
ESO	30	12.8	*Agresivo/Sádico	13.40	5.55
Bachillerato	68	29.1	*Compulsivo	12.46	4.13
FP-Superior	43	18.4	*Negativista	10.68	5.73
Posgrado	21	9.0	*Autodestructivo	7.30	4.63
Empleo			*Esquizotípico	6.53	5.58
Sí	90	38.5	*Límite	10.87	5.67
No	144	61.5	*Paranoide	7.83	5.83
Vive solo			**Ansiedad	7.67	4.82
Sí	39	16.7	**Somatomorfo	4.05	3.79
No	195	83.3	**Bipolar	8.61	4.08
Tratamientos previos			**Distimia	7.57	4.87
Sí	151	64.5	**Consumo de Alcohol	11.44	4.70
No	83	35.5	**Consumo de Sustancias	14.21	4.19
Régimen de tratamiento			**Estrés postraumático	7.65	5.35
Interno	216	92.3	**Trastorno del Pensamiento	8.67	5.55
Ambulatorio	18	7.7	**Depresión Mayor	5.33	5.02
Antecedentes familiares			**Trastorno Delirante	3.18	2.96
Declara	145	62.0	***Sinceridad	117.05	29.01
No declara	89	38.0	***Deseabilidad Social	12.87	4.01
Familia			***Devaluación	11.26	7.03
Asiste a grupos terapéuticos	174	74.4			
No asiste a grupos terapéuticos	60	25.6			
Patología Dual					
Con diagnóstico	120	51.3			
Sin diagnóstico	114	48.7			
Alcohol / Drogas					
Con diagnóstico	224	95.7			
Sin diagnóstico	10	4.3			
Adicciones conductuales					
Con diagnóstico	63	26.9			
Sin diagnóstico	171	73.1			

Notas:

\* Patrones de personalidad del MCCI-III

\*\* Síndromes clínicos del MCCI-III

\*\*\* Escalas adicionales del MCCI-III

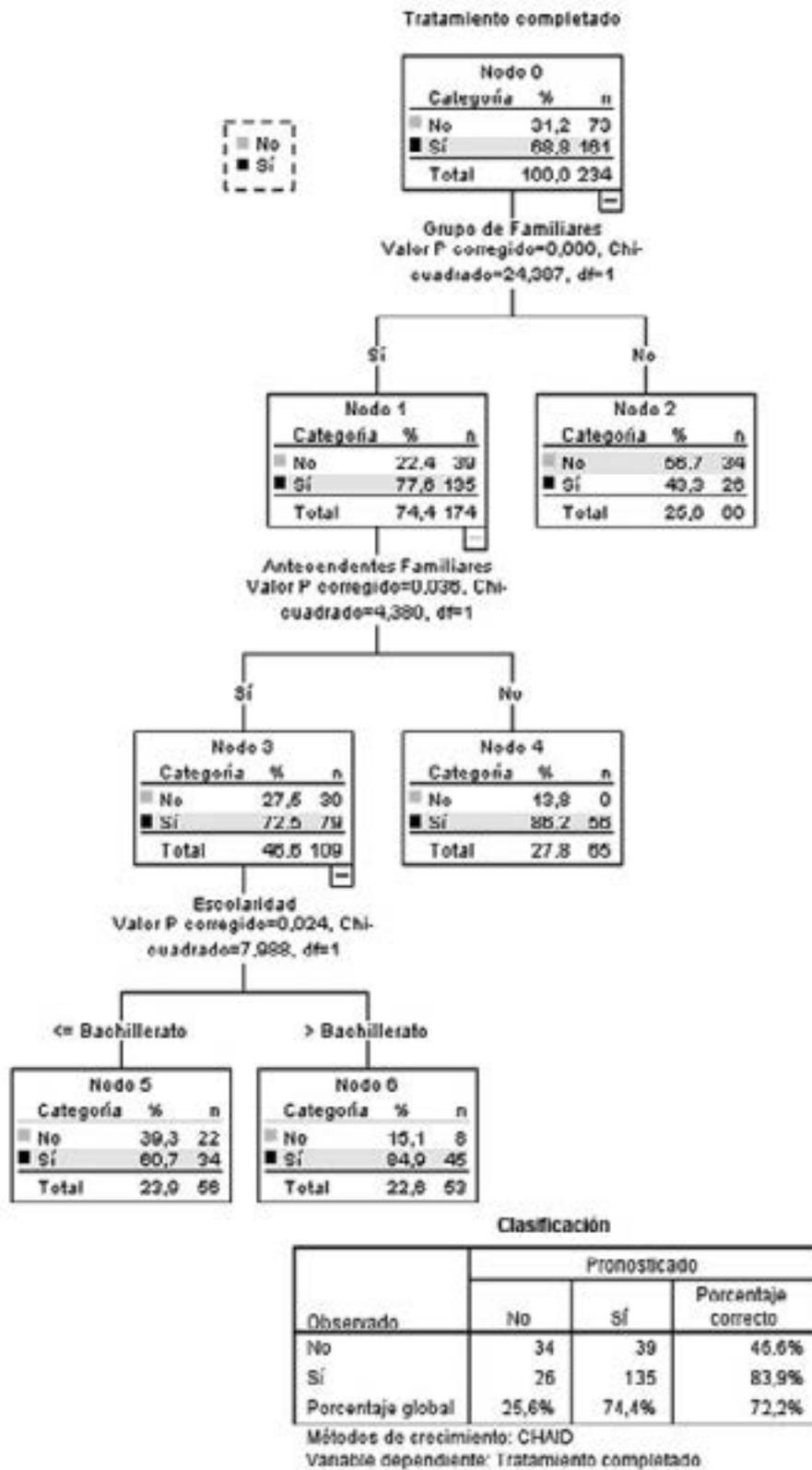


Figura 1. Árbol de Clasificación del Tratamiento Completado

de numerosos centros, cuya media de finalización para pacientes ingresados es de 65% (Stahler et al., 2016).

En este sentido, la asistencia de familiares a los Grupos de Apoyo resulta una variable clave para clasificar a aquellos pacientes que lograron finalizar su tratamiento. El 77.6% de los pacientes cuyos familiares asistieron a dichos grupos lograron finalizar el tratamiento.

Es por ello que incluir a la familia dentro de los planes terapéuticos puede aumentar la adherencia del paciente al tratamiento (Becoña-Iglesias & Cortés-Tomás, 2008; Marcos-Sierra & Garrido-Fernández, 2009). De hecho, uno de los criterios objetivos que se han establecido para el ingreso de pacientes en tratamiento interno es la presencia de un elevado deterioro en las relaciones familiares y de pareja (López-Goñi et al., 2017).

También se ha observado que la intervención sobre estos temas tiene una notable influencia en los resultados del tratamiento (Saunders et al., 2015). Por ejemplo, la falta de acompañamiento familiar a las consultas incrementa la tasa de abandono temprano del tratamiento (Calvo et al., 2017). Por el contrario, se ha estimado que la participación de familiares en el tratamiento de pacientes en régimen residencial incrementa 10% las tasas de finalización (McPherson et al., 2016).

En segundo lugar, el porcentaje de finalización del tratamiento es ligeramente mayor en aquellos pacientes que no reportaron antecedentes familiares de consumo, cuyos familiares asistieron a los Grupos de Apoyo. Existe evidencia sobre la base genética subyacente en la capacidad de mantenerse abstinentes ante episodios de craving intenso, que puede condicionar una mala respuesta a tratamientos de mantenimiento con metadona (Padula et al., 2015). Debido a esto, resulta razonable que algunos pacientes con apoyo familiar no puedan superar las etapas iniciales de un tratamiento. Es por ello que resulta necesario desarrollar estrategias de tratamiento y recuperación, que lleven a cabo una evaluación más exhaustiva sobre los factores genéticos de base (Hilton & Pilkonis, 2015).

Por último, en aquellos que reportaron antecedentes familiares se observó un incremento del porcentaje de finalización del tratamiento, asociado al nivel de estudios. A mayor nivel de estudios, mejor porcentaje de finalizaciones exitosas; los mejores resultados se observaron en aquellos que superan el bachillerato (85%).

Una revisión de 42 estudios que exploró la relación entre el nivel de educación y los abandonos del tratamiento determinó que a menor nivel de estudios, se incrementa el riesgo de abandono (Brorson et al., 2013). Por el contrario, un análisis retrospectivo con más de 300 mil pacientes reveló que un mayor nivel de estudios incrementa la probabilidad de finalizar exitosamente un tratamiento ("Stahler et al., 2016).

Con respecto al resto de las variables con las que no se obtuvieron interacciones, existen numerosos puntos de acuerdo con los resultados de otras investigaciones. La ausencia de interacciones con respecto al sexo da soporte a otros estudios que sugieren que las mujeres tienen tasas similares de finalización del tratamiento que los hombres (Bazargan-Hejazi et al., 2016; López-Goñi, Fernández-Montalvo, & Arteaga, 2011; Newton-Howes & Stanley, 2015).

De igual manera ocurre con las escalas de personalidad del MCMI-III. Se ha señalado que en los dos primeros meses de tratamiento el abandono no está determinado por la presencia de trastornos de personalidad (Martínez-González, Albein-Urios, Lozano-Rojas, & Verdejo-García, 2014). Después de un año, tampoco se han observado diferencias en las escalas de personalidad MCMI-II entre los que finalizan y los que abandonan (López-Goñi et al., 2011).

La ausencia de interacciones de la variable principal con la patología dual o las puntuaciones directas de las escalas de trastornos del Eje I del MCMI-III dan soporte a los resultados encontrados en un estudio reciente (Martínez-González, Vilar-López, & Verdejo-García, 2018).

Por último, resulta interesante que el modelo es bueno para predecir la finalización del tratamiento, pero no el abandono. Lo que parece sugerir que la asistencia de la familia a los Grupos de Apoyo resulta un factor que contribuye al alta terapéutica de Fase 1, pero que su ausencia no implica lo mismo para predecir el abandono. En este sentido, el abandono suele estar más relacionado con otros factores relacionados con el paciente y el proceso (Brorson et al., 2013).

Los resultados de este estudio deben ser analizados tomando en cuenta las limitaciones del mismo. En primer lugar, se trata de un estudio retrospectivo donde los datos fueron extraídos de la ficha del paciente. En segundo lugar, sólo se mide la asistencia de los familiares a los Grupos de Apoyo, pero no se evalúa el proceso del familiar ni las herramientas que adquiere. En tercer lugar, la muestra proviene de un único centro asistencial que emplea un método específico de tratamiento. Tampoco fueron evaluadas otras variables asociadas al proceso de tratamiento con potencial efecto sobre los resultados. Por último, el período de tiempo evaluado fue relativamente corto y estos factores podrían dejar de ser relevantes con el paso del tiempo.

A modo de conclusión, puede señalarse que la asistencia de los familiares de los pacientes ingresados en la Fundación Recal resultó el principal predictor de la culminación de los 90 días de ingreso en Fase 1. Estos resultados varían dependiendo de los antecedentes familiares de adicciones y del nivel educacional del paciente. El modelo puede considerarse adecuado para

clasificar la finalización del tratamiento. Los resultados obtenidos brindan soporte a la importancia de introducir a la familia dentro de los planes terapéuticos del paciente, sobre todo en las etapas iniciales de su tratamiento.

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Fundación Recal.

## CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores manifiestan que no existe ningún conflicto de interés en la realización del manuscrito.

## AGRADECIMIENTOS

Para la realización de este trabajo también han resultado de gran valor la ayuda recibida por el resto del equipo terapéutico de la Fundación Recal. En especial queremos resaltar a los psicólogos Daniel Martínez Hernández-Sonseca, Marlene Méndez-Amaro y Ángela Aritio Sanz-Briz. Finalmente, queremos destacar las sugerencias realizadas por el doctor Atef Souied-Espada (responsable médico) y la doctora María Martín-García (psiquiatra).

## REFERENCIAS

- Archibald, M. E., & Archer, R. (2014). The Self-Help Dataset 1955-2000: An Introduction and Invitation. *International Journal of Self-Help and Self-Care*, 8(1), 113-141. doi:10.2190/sh.8.1.k
- Bazargan-Hejazi, S., De Lucia, V., Pan, D., Mojtahedzadeh, M., Rahmani, E., Jabori, S., ... Bazargan, M. (2016). Gender Comparison in Referrals and Treatment Completion to Residential and Outpatient Alcohol Treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 10, SART.S39943. doi: 10.4137/SART.S39943
- Becoña-Iglesias, E., & Cortés-Tomás, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Bradshaw, S., Shumway, S. T., Wang, E. W., Harris, K. S., Smith, D. B., & Austin-Robillard, H. (2015). Hope, Readiness, and Coping in Family Recovery From Addiction. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10(4), 313-336. doi: 10.1080/1556035X.2015.1099125
- Bradshaw, S., Shumway, S. T., Wang, E. W., Harris, K. S., Smith, D. B., & Austin-Robillard, H. (2016). Family Functioning and Readiness in Family Recovery From Addiction. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 11(1), 21-41. doi: 10.1080/1556035X.2015.1104644
- Bronson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. doi: 10.1016/J.CPR.2013.07.007
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C., & Ramírez, M. (2017). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Atención Primaria*, 50(8), 477-485. doi:10.1016/j.aprim.2017.06.006
- Cardenal, V., & Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cook, C. C. H. (1988). The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? Part I. The Philosophy and the Programme. *Addiction*, 83(6), 625-634. doi: 10.1111/j.1360-0443.1988.tb02591.x
- Gonzales, R., Ang, A., Marinelli-Casey, P., Glik, D. C., Iguchi, M. Y., & Rawson, R. A. (2009). Health-related quality of life trajectories of methamphetamine-dependent individuals as a function of treatment completion and continued care over a 1-year period. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4), 353-361. doi: 10.1016/J.JSAT.2009.04.001
- Hilton, T. & Pilonis, P. (2015). The Key to Individualized Addiction Treatment is Comprehensive Assessment and Monitoring of Symptoms and Behavioral Change. *Behavioral Sciences*, 5(4), 477-495. doi: 10.3390/bs5040477
- Kelly, J. F., Bergman, B., Hoepfner, B. B., Vilsaint, C., & White, W. L. (2017). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 162-169. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.09.028
- King, M. W., & Resick, P. A. (2014). Data mining in psychological treatment research: A primer on classification and regression trees. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(5), 895-905. doi: 10.1037/a0035886
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2011). Addiction Treatment Dropout: Exploring Patients' Characteristics. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 78-85. doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A., & Esarte, S. (2017). Searching objective criteria for patient assignment in addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 76, 28-35. doi: 10.1016/J.JSAT.2017.02.014
- Marcos-Sierra, J. A., & Garrido-Fernández, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 339-362. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/151>
- Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O., & Verdejo-García, A. (2014). Aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 26(2), 116-125. doi: 10.20882/adicciones.13
- Martínez-González, J. M., Vilar-López, R., & Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1), 1-8. doi: 10.5093/clysa2018a1
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness implications for treat-

- ment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1689-1695. doi: 10.1001/jama.284.13.1689
- McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), 447-458. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01012.x
- McPherson, C., Boyne, H., & Willis, R. (2016). The Role of Family in Residential Treatment Patient Retention. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(4), 933-941. doi: 10.1007/s11469-016-9712-0
- Newton-Howes, G., & Stanley, J. (2015). Patient characteristics and predictors of completion in residential treatment for substance use disorders. *BJPsych Bulletin*, 39(5), 221-227. doi: 10.1192/pb.bp.114.047639
- Nisbet, R., Miner, G., & Elder, J. (2009). *Handbook of statistical analysis and data mining applications*. Boston: Academic Press/Elsevier.
- Padula, A. E., Griffin, W. C., Lopez, M. F., Nimitvilai, S., Cannady, R., McGuier, N. S., ... Mulholland, P. J. (2015). KCNN Genes that Encode Small-Conductance Ca<sup>2+</sup>-Activated K<sup>+</sup> Channels Influence Alcohol and Drug Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 40(8), 1928-1939. doi: 10.1038/npp.2015.42
- Richard's, M. M., Solanas, A., Ledesma, R. D., Introzzi, I. M., & López Ramón, M. F. (2008). Classification statistical techniques: an applied and comparative study. *Psicothema*, 20(4), 863-871. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18940096>
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Santonja Gómez, F. J., Zaccarés Romaguera, F., García-Rodríguez, O., Martín Yanez, E., ... García Fernández, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22(1), 59. doi: 10.20882/adicciones.215
- Saunders, E. C., McLeman, B. M., McGovern, M. P., Xie, H., Lambert-Harris, C., & Meier, A. (2015). The influence of family and social problems on treatment outcomes of persons with co-occurring substance use disorders and PTSD. *Journal of Substance Use*, 1-7. doi: 10.3109/14659891.2015.1005184
- Shumway, S. T., Schonian, S., Bradshaw, S., & Hayes, N. D. (2017). A Revised Multifamily Group Curriculum: The Need for Family Member Recovery from Addiction. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(4), 260-283. doi: 10.1080/1556035X.2017.1348281
- Şimşek, M., Dinç, M., & Ögel, K. (2018). Determinants of the addiction treatment drop-out rates in an addiction counseling centre: a cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 1-9. doi: 10.1080/24750573.2018.1505283
- Smyth, B. P., Barry, J., Lane, A., Cotter, M., O'Neill, M., Quinn, C., & Keenan, E. (2005). In-patient treatment of opiate dependence: medium-term follow-up outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 187(04), 360-365. doi: 10.1192/bjp.187.4.360
- Stahler, G. J., Mennis, J., & DuCette, J. P. (2016). Residential and outpatient treatment completion for substance use disorders in the U.S.: Moderation analysis by demographics and drug of choice. *Addictive Behaviors*, 58, 129-135. doi: 10.1016/J.ADD-BEH.2016.02.030
- Timko, C., Cronkite, R., Kaskutas, L. A., Laudet, A., Roth, J., & Moos, R. H. (2013). Al-Anon family groups: newcomers and members. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 74(6), 965-976.
- Timko, C., Halvorson, M., Kong, C., & Moos, R. H. (2015). Social processes explaining the benefits of Al-Anon participation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(4), 856-863. doi: 10.1037/adb0000067
- Timko, C., Laudet, A., & Moos, R. H. (2014). Newcomers to Al-Anon family groups: Who stays and who drops out? *Addictive Behaviors*, 39(6), 1042-1049. doi:10.1016/j.addbeh.2014.02.019
- UNODC. (2018). *World Drug Report 2018*. Retrieved in September 11, 2018, from <https://www.unodc.org/wdr2018/>
- Yau, Y. H. C., & Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 134-146. doi: 10.1097/HRP.0000000000000051
- Zarkin, G. A., Dunlap, L. J., Bray, J. W., & Wechsberg, W. M. (2002). The effect of treatment completion and length of stay on employment and crime in outpatient drug-free treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 261-271. doi: 10.1016/S0740-5472(02)00273-8