

ORIGINAL

## Beneficios de la atención telefónica durante la pandemia covid19 en la adherencia terapéutica en pacientes con alcoholismo y otras adicciones

### *Advantages of telephone assistance on adherence to treatment in patients with alcohol and other addictions during the Covid19 pandemic*

MIQUEL MONRAS<sup>\*,\*\*</sup>, LAURA NUÑO<sup>\*,\*\*</sup>, ANA LÓPEZ-LAZCANO<sup>\*,\*\*</sup>, CLARA ESCRIBANO-SÁIZ<sup>\*\*\*</sup>, QUERALT DEL VALLE<sup>\*\*\*</sup>, ANNA LLIGOÑA<sup>\*,\*\*</sup>.

\* Unitat d'Addiccions. Departament de Psiquiatria, Institut de Neurociències, Hospital Clinic de Barcelona (UA-HCB), Barcelona, España.

\*\* Grup Recerca en Addiccions Clinic (GRAC), Institut de Recerca Biomèdica August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España.

\*\*\* Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

#### Resumen

La pandemia por covid19 ha generado muchas publicaciones acerca de su influencia en el tratamiento y evolución de personas con un trastorno por uso de sustancias, con resultados contradictorios, a veces basadas en datos y otras en inferencias indirectas de otros datos. En este trabajo se estudia la adherencia y tasas de abstinencia de pacientes que inician tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas durante la pandemia, respecto a otros que acudieron el año previo y comparando los que hicieron visita presencial o telefónica. Los resultados indicaron mejor adherencia al mes de seguimiento en los pacientes del periodo covid19 y en los que fueron atendidos telefónicamente. A los 3 y 12 meses se mantuvo una mejor adherencia, aunque no significativa estadísticamente. Respecto a la abstinencia, el pequeño tamaño de la muestra dificultó obtener diferencias significativas. Se concluye que la pandemia, aunque ha significado una disminución del número de inicios de tratamientos por consumo de sustancias, también ha repercutido en una mayor adherencia a corto y medio plazo. La atención telefónica puede jugar un papel importante y positivo en este aspecto, complementario a otros recursos e intervenciones.

**Palabras clave:** adicción a sustancias, centros de tratamiento de abuso de sustancias, pandemia covid19, entrevista telefónica, adherencia y cumplimiento del tratamiento, telemedicina

#### Abstract

The Covid19 pandemic has led to many publications about its influence on the treatment and evolution of individuals with a substance use disorder, leading to contradictory results. In this study, the adherence and abstinence rates of patients who started treatment in an Addictive Behavior Unit during the pandemic are analyzed, compared with others who attended the previous year and comparing those who were attended in person or by phone. The results indicate that during the Covid19 period, patients had greater adherence to treatment after one month of follow up and when attended to by phone. At 3 and 12 months, greater adherence was maintained, although it was not statistically significant. Regarding abstinence, the small sample size made it difficult to obtain significant differences. The conclusion is that, despite a quantitative decrease in the number of patients beginning drug treatment, in qualitative terms the pandemic led to greater adherence in the short and medium term. Telephone attention can play an important and positive role at this point, complementary to other resources and interventions.

**Keywords:** substance addiction, substance abuse treatment centers, covid19 pandemic, telephone interview, treatment adherence and compliance, telemedicine

■ Recibido: Noviembre 2021; Aceptado: Mayo 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

#### ■ Enviar correspondencia a:

Miquel Monras Arnau. Hospital Clinic de Barcelona. Unitat d'Addiccions (UA-HCB). Villarroel, 170, escala 9, 6ª planta, 08036, Barcelona.  
E-mail: mmonras@clinic.cat

Es evidente el impacto que tiene la pandemia covid19 a escala global y en los servicios sanitarios en particular. A nivel psicológico se especula acerca del papel del estrés (Clay y Parker, 2020) y de la disponibilidad de conductas de afrontamiento (Fullana, Hidalgo-Mazzei, Vieta y Radua, 2020) en la adaptación de la población general al confinamiento.

Entre estas conductas podrían producirse cambios en el consumo de alcohol y drogas. De hecho, existen evidencias de cambios, aunque no siempre en la dirección de un incremento del consumo. Mediante encuestas online en población general se han encontrado incrementos de la adicción a internet y del consumo de alcohol (Sun et al., 2020), y de la ansiedad, la depresión y el consumo de riesgo de alcohol, especialmente entre los jóvenes (Ahmed et al., 2020). Diversos estudios hallan una tendencia heterogénea en la evolución del consumo de alcohol, indicando que algunas personas aumentan el consumo mientras que otras lo disminuyen (Chodkiewicz, Talarowska, Miniszewska, Nawrocka y Bilinski, 2020; Garnett et al., 2021). Sin embargo, estudios con muestras más amplias que abarcan diferentes países europeos (Kilian et al., 2021) o en Australia (Callinan et al., 2021) indican una tendencia hacia la disminución del consumo de alcohol en población general.

Respecto a los pacientes en tratamiento por un trastorno por uso de sustancias (TUS) se ha indicado que son una población especialmente vulnerable a los efectos psicológicos de la pandemia covid19 (Dubey et al., 2020; Dunlop et al., 2020) y se han realizado recomendaciones sobre la necesidad de adaptar y mejorar las intervenciones realizadas en esta población. Por ejemplo, se ha indicado la importancia de respaldar la telemedicina, la hospitalización domiciliaria, la psiquiatría de enlace o la reducción de daños (López-Pelayo et al., 2020), así como de adaptar los tratamientos de dispensación de agonistas opiáceos durante la pandemia (Kar et al., 2020).

Sin embargo, hay pocos y dispares estudios acerca de si esta vulnerabilidad se refleja en un aumento del consumo de sustancias entre los pacientes: en alguno, unos pacientes incrementan y otros reducen su consumo como sucede entre la población general (Kim et al., 2020). En otro, de forma indirecta se puede inferir un incremento del consumo de alcohol al encontrar mayor porcentaje de controles toxicológicos positivos (Barrio et al., 2021). Pero otros estudios observan una estabilidad en los consumos de alcohol, a pesar del incremento de síntomas de ansiedad y depresión en un número importante de pacientes (Blithikioti, Nuño, Paniello, Gual y Miquel, 2021). Algunos de estos estudios adolecen de la falta de un grupo control o del sesgo muestral que supone basarse en encuestas online voluntarias.

En general hay abundancia de artículos con reflexiones sobre posibles factores de riesgo psicosociales, con predicciones y consejos a partir de la pandemia, o realizados con encuestas online, pero existen pocos datos objetivos direc-

tos sobre el impacto real de la pandemia covid19 en los pacientes que están en tratamiento por TUS.

Por otra parte, los dispositivos de tratamiento de las adicciones, como ha sucedido con los dispositivos sanitarios en general o de salud mental en particular, se han tenido que adaptar a la pandemia covid19, apareciendo innovaciones que pueden suponer una mejora del acceso a los tratamientos (Samuels et al., 2020), como el soporte online en el seguimiento de los pacientes con TUS (Bergman y Kelly, 2021).

Diferentes estudios han demostrado que el uso del teléfono puede ser eficaz en el tratamiento de pacientes con depresión (Castro et al., 2020) o TUS (Jackson, Booth, Salmon y McGuire, 2009; McKay, Lynch, Shepard y Pettinati, 2005) y también parece que el seguimiento telefónico puede disminuir la tasa de reingresos y la gravedad de la adicción, aunque no disminuya significativamente el consumo de alcohol (Horng y Chueh, 2004).

Teniendo en cuenta la escasa literatura con base empírica existente y los resultados contradictorios obtenidos hasta el momento sobre si el consumo de alcohol y otras sustancias se incrementa, reduce o mantiene en pacientes tratados por TUS, nos planteamos dos objetivos a investigar:

- i. El papel que puede tener la pandemia de la covid19 en los inicios de tratamiento de pacientes con TUS, en su adherencia (asistencia a las visitas programadas) y en la abstinencia, que son elementos centrales en la mejoría de su estado mental y social (Killaspy, Banerjee, King y Lloyd, 2000). Para ello se compara el número y las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con TUS que acuden a solicitar tratamiento (acogida) a una Unidad de Conductas Adictivas (UCA), durante el periodo de pandemia por covid19 respecto a un periodo pre-pandémico de igual duración. También se compara su adherencia al tratamiento y tasas de abstinencia al mes, 3 y 12 meses.
- ii. La eficacia de las visitas telefónicas, mediante la comparación de las diferencias en la adherencia y abstinencia al mes y a los 3 meses entre los pacientes con TUS atendidos de la forma presencial clásica y los que han sido atendidos de forma no presencial telefónica.

## Material y método

Durante el confinamiento por la pandemia covid19 las acogidas de pacientes se han realizado telefónica o presencialmente, dependiendo de la fase e intensidad del confinamiento. En el seguimiento posterior se han alternado y combinado visitas telefónicas y presenciales dependiendo de la situación clínica y necesidades del paciente. Las acogidas son las primeras visitas de pacientes que acuden por primera vez a nuestra UCA, situada en las Consultas externas de un Hospital General, o que reinician tratamiento después de más de un año de haberlo abandonado. Se

realizan por parte un psicólogo del equipo, haciendo una primera valoración diagnóstica, recogiendo la información socio-demográfica y clínica relevante para el tratamiento, pactando y explicando al paciente la estrategia terapéutica inicial y programando una vinculación con el tratamiento de seguimiento en la UCA que consiste inicialmente en una visita por parte de un psiquiatra a las dos semanas, con la prescripción del tratamiento farmacológico adecuado, la realización de una analítica general y de controles toxicológicos y por parte de enfermería semanales y posteriormente un seguimiento a uno, tres, seis y doce meses por parte de un psicólogo y/o psiquiatra. Todos los casos en que se hace esta vinculación tienen un diagnóstico de TUS. Los casos que no lo tienen son derivados a otros servicios especializados que puedan atender la problemática del paciente.

Se realizan dos subestudios con muestras distintas, pero relacionadas:

En el estudio 1 se recogen de forma retrospectiva todos los pacientes que acuden consecutivamente para realizar una visita de acogida, en el periodo entre el 15 de marzo y el 31 de mayo de 2019. Igual procedimiento se utiliza para los pacientes con acogida realizada en el mismo periodo del 2020.

Se incluyen los pacientes con diagnóstico de TUS y que reciben una indicación de tratamiento posterior en la propia UCA. Se excluyen los que se derivan a otros recursos o dispositivos (por zona sanitaria, características de la demanda o tipo de patología). En la acogida se recogen datos sociodemográficos y clínicos. Se hace un seguimiento al mes, tres y doce meses, evaluando el cumplimiento de las visitas de seguimiento y la abstinencia a la droga principal a los 3 meses y hasta donde podemos tener datos de seguimiento. Se comparan las características de los pacientes en la acogida y en su seguimiento entre ambos periodos (2019 y 2020). Estos datos se han recogido por parte de los profesionales que han realizado la acogida y las visitas de seguimiento y constan en una historia clínica informatizada.

En el estudio 2 se recogen retrospectivamente todos los pacientes que tienen programada una visita de acogida los martes y jueves en el periodo post-inicio de la pandemia covid19 entre el 24 de marzo y el 7 de septiembre de 2020 en la misma UCA, por parte del mismo profesional, para minimizar la variabilidad de la muestra. Se excluyen los datos de acogidas que se hubieran repetido en el mismo periodo (o con una acogida presencial que previamente se había atendido telefónicamente o viceversa). Se recogen datos sociodemográficos y acerca del cumplimiento de las visitas de seguimiento y de la abstinencia de la droga principal hasta los 3 meses. Se comparan estos datos entre los pacientes con acogida presencial y telefónica.

Los datos sociodemográficos de la acogida y de las visitas de seguimiento de los dos estudios se han recogido retrospectivamente de las historias clínicas de forma anonimizada. Todos los pacientes cumplen criterios de Trastorno por

uso (abuso y dependencia) de alcohol y/o otras sustancias (TUS) según el CIE-10. La abstinencia a la droga principal se objetiva a través de observaciones clínicas, controles toxicológicos semanales e información de colaterales.

### **Análisis estadístico**

Descripción de las variables evaluadas en la muestra: frecuencias y porcentajes en las variables cualitativas y medidas de tendencia central en las variables cuantitativas.

Para la comparación de las características sociodemográficas y clínicas cualitativas entre el grupo que inicia tratamiento en 2019 y el grupo que inicia tratamiento durante la pandemia, en 2020, se utiliza la prueba de  $\chi^2$  (chi cuadrado).

La prueba t de Student para grupos independientes se usa para comparar las variables cuantitativas entre ambos grupos.

## **Resultados**

### **Estudio 1. Comparación entre acogidas 2019 versus 2020**

Se han reclutado 195 pacientes en total, que cumplen los criterios de selección (no son derivados a otros servicios y tienen un diagnóstico de TUS).

152 (78%) acuden a Acogida durante el periodo del 15 de marzo al 31 de mayo del año 2019 y 43 (22%) durante el mismo periodo del año 2020.

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de ambos grupos de pacientes. Como se puede observar, predomina un patrón de convivencia en familia, procedencia de un contexto médico, residencia en un piso o casa, nivel de estudios medio, droga principal el alcohol, frecuencia de consumo diaria y buena salud.

La primera diferencia en el periodo estudiado entre 2019 y 2020 es la disminución en el número (un tercio) de los pacientes que acuden a Acogidas.

También se observa que la procedencia de los pacientes durante 2020 respecto 2019 es más frecuentemente de un dispositivo médico y menos por cuenta propia, que hay un aumento del porcentaje de pacientes que tienen antecedentes legales y una disminución del porcentaje de los que tienen antecedentes familiares de drogodependencia.

No se observan diferencias en edad, sexo, droga principal por la que se acude ni las restantes variables sociodemográficas y clínicas.

En el seguimiento hasta los doce meses (ver tabla 2) solo se observan diferencias significativas en el mayor porcentaje de pacientes del 2020 que siguen en tratamiento al mes y a los tres meses, aunque esta diferencia desaparece después, al cabo de un año. Respecto del consumo de la droga por la que inician tratamiento no se observan diferencias significativas ni a los tres meses ni en la última visita de la que se tiene información (la del año o la última en caso de

**Tabla 1**

Comparación de las variables sociodemográficas, clínicas y antecedentes en función del año de acogida (2019 vs 2020). Estudio 1

		2019 (n = 152)	2020 (n = 43)	Total (n = 195)
Edad		46,7±13,2	45,6±14,2	46,5±13,4 ns
Sexo	Hombres	108 (71%)	29 (67,4%)	137 (70,2%) ns
Procedencia	Propia o familia	54 (35,53%)	8 (18,60%)	62 (31,79%)
	Contexto médico	89 (58,55%)	<b>34 (79,07%)</b>	123 (63,08%)
	Servicios sociales, legales, otros	9 (5,9%)	1 (2,3%)	10 (5,1%) *
Convivencia	Solo	31 (20,4%)	11 (25,6%)	42 (21,5%)
	Familiares	91 (59,9%)	24 (55,8%)	115 (59%)
	Amigos y otros	30 (19,7%)	8 (18,6%)	38 (19,5%) ns
Residencia	Piso o casa	146 (96%)	42 (97,6%)	188 (96,4%) ns
Nivel estudios	Bajo	16 (10,5%)	9 (20,9%)	25 (12,8%)
	Medio	95 (62,5%)	25 (58,1%)	120 (61,5%)
	Alto	41 (26,97%)	9 (20,93%)	50 (25,6%) ns
Situación laboral	Trabaja	78 (51,3%)	<b>15 (34,9%)</b>	93 (47,6%)
	Jubilado/Incapacitado	31 (20,4%)	10 (23,3%)	41 (21,03%)
	Paro/otros	43 (28,3%)	18 (41,9%)	61 (31,3%) ns
Meses trabajados (de los últimos 6)		3,1±2,9	3±2,9	3,1±2,9 ns
Antecedentes legales		13 (8,5%)	<b>9 (20,9%)</b>	22 (11,2%) *
Droga principal	Alcohol	96 (63,2%)	28 (65,1%)	124 (63,6%)
	Cocaína	16 (10,5%)	3 (7%)	19 (9,7%)
	THC	10 (6,6%)	3 (7%)	13 (6,7%)
	Otras	30 (19,7%)	9 (20,9%)	39 (20%) ns
Vía administración	Oral	95 (62,5%)	25 (58,1%)	120 (61,5%)
	Pulmonar	27 (17,7%)	9 (20,9%)	36 (18,4%)
	Intranasal	18 (11,8%)	2 (4,6%)	20 (10,2%)
	Otras	12 (7,8%)	7 (16,2%)	19 (9,7%) ns
Frecuencia de consumo últimos 30 días	Diaria	81 (53,2%)	24 (55,8%)	105 (53,8%)
	1-3 días/semana	22 (14,4%)	2 (4,65%)	24 (12,3%)
	4-6 días/semana	19 (12,5%)	5 (11,63%)	24 (12,3%)
	< 1 día/semana	10 (6,5%)	4 (9,30%)	14 (7,1%)
	No consume	20 (13,1%)	8 (18,6%)	28 (14,3%) ns
Antecedentes drogadicción familia		73 (54,8%)	<b>13 (32,50%)</b>	86 (44,1%) *
Nivel de salud	Buena	90 (59,2%)	23 (53,49%)	113 (57,9%)
	Regular	51 (33,5%)	15 (34,88%)	66 (33,8%)
	Mala	11 (7,2%)	5 (11,63%)	16 (8,2%) ns
Tratamientos previos		70 (46%)	22 (51,1%)	92 (47,1%) ns

Nota. Comparación de medias mediante la t de Student variables cuantitativas (Edad y meses trabajados). Comparación de frecuencias mediante  $\chi^2$ . \* p < 0,05; ns: p no significativa.

**Tabla 2**

Comparación del porcentaje de pacientes en seguimiento a 1, 3 y 12 meses y de la abstinencia de los pacientes que realizaron acogida, en función del año de realización de la acogida (2019 vs 2020). Estudio 1

	2019 (n=152)	2020 (n=43)	Total (n=195)
En seguimiento 1 mes	97 (63,8%)	<b>35 (81,4%)</b>	132 (67,6%) *
En seguimiento 3 meses	70 (46,1%)	<b>27 (62,8%)</b>	97 (49,7%) *
En seguimiento a 12 meses	55 (36,2%)	14 (32,6%)	69 (35,4%) ns
Abstinencia a los 3 meses (a)	31 (44,3%)	13 (48,1%)	44 (45,4%) ns
Abstinencia en su última visita (al año o previa al abandono del tratamiento) (b)	68 (44,7%)	20 (46,5%)	88 (45,1%) ns

Nota. Los porcentajes de cada línea (fase de tratamiento) se refieren a todos los pacientes que acudieron a la acogida, iniciando el tratamiento (N= 195), excepto (a), que se refiere solo a los 97 pacientes que continúan en tratamiento a los 3 meses. (b) se refiere al consumo de todos los 195 pacientes en la última visita de la que se tienen datos. Comparación de frecuencias mediante  $\chi^2$  (las puntuaciones expresan frecuencias y entre paréntesis porcentajes). \* p < 0,05; ns: p no significativa.

**Tabla 3**

Evolución de la asistencia y los consumos en los pacientes, en función del tipo de acogida (presencial/telefónica). Estudio 2

Acogida	Presencial			Telefónica			Total		
Apuntados	19			41			60		
Acuden a acogida	16 (84,2%)			31 (75,6%)			47 (78,3%) ns		
	T	Abs	H	T	Abs	H	T	Abs	H
Indicación de tratamiento	10 (62,5%)	6 (60%)	6 (60%)	19 (61,3%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	29 ns	15 ns	16 ns
Acuden a primera visita	<b>5 (50%)</b>	2 (40%)	2 (40%)	<b>17 (89,5%)</b>	8 (47,1%)	9 (52,9%)	<b>22 *</b>	10 ns	11 ns
Seguimiento a los 3 meses	4 (80%)	1 (25%)	2 (50%)	12 (70,6%)	4 (33,3%)	6 (50%)	16 ns	5 ns	8 ns
Seguimiento a los 3 meses (a)		4 (40%)			12 (63,2%)			29 ns	
Abstinencia a los 3 meses		1 (25%)			1 (8,3%)			16 ns	

Nota. Los porcentajes de cada línea (fase de tratamiento) se refieren a los pacientes que continúan en tratamiento en la línea (fase de tratamiento) anterior. T: Todos; Abs: Abstinente en la acogida; H: Hombres; (a): entre todos los pacientes que reciben indicación de tratamiento. Comparación de frecuencias mediante  $\chi^2$  (las puntuaciones expresan frecuencias y entre paréntesis porcentajes). \* p < 0,05; ns: p no significativa.

abandono del tratamiento), quizás debido al poco tamaño de la muestra. En todo caso los pacientes del 2020 no recaen más en el consumo que los del 2019, sino que, por el contrario, tienen unas tasas de abstinencia a los 3 meses y en el momento del abandono del seguimiento (o al año del seguimiento) un poco mayores.

## Estudio 2. Comparación entre acogidas presenciales versus telefónicas

Se recluta una muestra de 60 pacientes apuntados para realizar una Acogida siguiendo los criterios de inclusión (un paciente fue programado dos veces, primero telefónica y después presencialmente, por lo que se tuvo en cuenta sólo la visita telefónica). De ellos, 40 (66,6%) son programados para realizar la visita de forma telefónica y el resto (20) de forma presencial.

La edad de los pacientes programados para acogida es de  $44 \pm 11$  años, sin diferencias entre ambos sexos. Tampoco hay diferencias de edad entre sexos en el subgrupo de los pacientes que efectivamente acuden o en los que se citan para iniciar un tratamiento.

Los pacientes que tras realizar la acogida son citados para iniciar un tratamiento en la UCA son significativamente de mayor edad que los derivados a otros dispositivos ( $47,7 \pm 12$  años vs.  $41,4 \pm 8$  años;  $t = 2$ ;  $p < 0,05$ ).

En la Tabla 3 se observa la evolución de los pacientes apuntados a acogida durante el periodo estudiado, en función del tipo de ésta (presencial o telefónica). En cada línea se reflejan los pasos de los pacientes estudiados a través del tratamiento, con el progresivo abandono de éste y el menor número de pacientes que lo continúan, con el flujo siguiente:

60 apuntados para acogida → 47 acuden (o responden telefónicamente) a la acogida → 29 se les indica un tratamiento en la propia UCA (no se les deriva) → 22 acuden a la primera visita de seguimiento → 16 acuden a la visita a los 3 meses.

Se observa en la tabla 3 que no hay diferencias, en función de hacerse telefónica o presencialmente la visita, en el porcentaje de pacientes que acuden efectivamente a la acogida ni en el porcentaje de los que reciben una indicación de tratamiento en la propia UCA (los otros pacientes son derivados a otros dispositivos que se consideran más

idóneos debido al tipo de su psicopatología, a una mayor proximidad de su residencia o por la existencia de una vinculación terapéutica previa al otro dispositivo). En cambio, el porcentaje de asistencia a la primera visita programada es significativamente mayor en los pacientes atendidos telefónicamente que en los presenciales (89,5% vs. 50% respectivamente).

Entre los 22 que sí acuden a la primera visita tras la acogida, no hay diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de asistencia posterior a los 3 meses en función de ser atendido presencial o telefónicamente en la acogida inicial (80% vs. 70,6% respectivamente). Ninguno de los 7 pacientes que no acude a la primera visita reaparece a los 3 meses.

Pero esta tendencia es la contraria a la observada si analizamos a todos los pacientes a los que se les indica tratamiento en la UCA, aunque no acudan a la primera visita (N = 29): los que han realizado la acogida presencialmente tienen una tendencia a asistir menos a los 3 meses que los que la hacen telefónica (40% vs. 63,2% respectivamente;  $\chi^2 = 1,4$ ;  $p = ns$ ), aunque tampoco es significativa.

Todo ello sugiere que los pacientes “presenciales” en la acogida abandonan más que los otros ante la indicación de la primera visita, pero después abandonan menos en el tratamiento hasta los 3 meses, aunque sólo parecen tendencias sin significación estadística por el bajo número de sujetos.

En la tabla 3 se muestra la comparación del consumo activo de alcohol/drogas en la acogida entre los pacientes presenciales y telefónicos a los que se les indica tratamiento de seguimiento en la propia UCA. Solo se dispone de los datos de consumo en la acogida de estos 29 pacientes, pues muchos pacientes que se derivan no presentan un TUS, sino una adicción comportamental, otras psicopatologías o acuden a informarse para ayudar a un familiar. No se observan diferencias en las frecuencias de consumo entre pacientes atendidos telefónica o presencialmente; tampoco en las submuestras de los que siguen tratamiento en la primera visita o a los 3 meses.

También se dispone de información sobre el consumo de alcohol u otras drogas a los 3 meses entre los 16 pacientes que llegan a visitarse hasta ese momento. Los porcentajes de abstinencia son bajos, pero sin diferencias significativas estadísticamente entre los pacientes acogidos telefónica o presencialmente (8,3% vs. 25%).

No se observan tampoco diferencias en función del sexo en los porcentajes de indicaciones de tratamiento o del seguimiento en la primera visita o a los 3 meses.

## Discusión

El hallazgo principal del estudio es que no se ha encontrado un empeoramiento en la adherencia o en la tasa de abstinencia en el tratamiento de los TUS después de

la pandemia covid19 o mediante la atención telefónica-no presencial en lugar de la presencial.

Durante el periodo de pandemia hay una disminución en el número de acogidas realizadas en la UCA, coherente con la reducción asistencial debida al confinamiento inicial, la redistribución de los recursos profesionales en nuestro centro sanitario y las bajas de profesionales por infección SARS-COV2 o contacto con infectados.

Cualitativamente destaca una mayor procedencia de pacientes desde dispositivos sanitarios y menos por cuenta propia, lo que podría explicarse por las limitaciones de movilidad que se dan durante la pandemia. Todo ello a pesar de la disminución asistencial por la covid19, indicando el esfuerzo realizado desde el sistema sanitario para seguir ofreciendo una adecuada atención especializada.

La adherencia inicial a la UCA (primer mes de seguimiento) es mejor en el periodo 2020 de pandemia que en el de 2019. Este hecho se acompaña con una mayor adherencia a la primera visita entre los pacientes que realizan la acogida telefónicamente respecto a los presenciales. Todo ello puede indicar una mayor motivación en los pacientes que, a pesar de los riesgos deciden iniciar un tratamiento por su adicción en época covid tras el confinamiento. También indica que la vía telefónica no tan solo no es un impedimento, sino que puede facilitar la adherencia terapéutica, al menos inicialmente.

El seguimiento a medio plazo (3 meses) no revela diferencias significativas entre época pre (2019) y pandemia (2020) ni entre los pacientes atendidos telefónica o presencialmente en la acogida. Pero las tendencias son hacia una mayor adherencia entre los del 2020 y en los acogidos telefónicamente, si bien al año las diferencias de adherencia se han ido difuminando. Se produce un abandono hasta la primera visita mucho mayor entre los pacientes que han realizado la acogida de forma presencial que telefónica. Quizás por ello los abandonos posteriores de los pacientes restantes, hasta los 3 meses, son en proporción superiores en el grupo telefónico.

En cuanto a la abstinencia, solo ha podido conocerse en los pacientes que han seguido el tratamiento, y tampoco hay diferencias entre pacientes del 2020 y 2019 a los 3 meses ni hasta la última visita realizada. Tampoco hay diferencias de abstinencia a los 3 meses entre los pacientes visitados telefónica o presencialmente.

Estos datos no tienen porque ser sorprendentes, pues ya se ha dicho que van en la línea de investigaciones en que el seguimiento telefónico comparado con los tratamientos estándar produce mayores porcentajes de abstinencia en pacientes con TUS de cocaína (McKay et al., 2005), o de reducción de síntomas de depresión en pacientes depresivos (Castro et al., 2020). En algunos pacientes más graves o de alto riesgo un programa inicial más intensivo puede mejorar los resultados.

Sorprende la escasa frecuencia de abstinentes a los 3 meses entre los pacientes del estudio 2, comparado con el estudio 1, tanto respecto los pacientes del 2019 como del 2020. Aunque son muestras distintas hay un solapamiento parcial en el tiempo de reclutamiento entre los del estudio (finales de marzo a inicios de septiembre de 2020) y los pacientes del 2020 del estudio 1 (marzo a mayo del 2020 inclusive), siendo los mismos tratamientos y profesionales. Puede hipotetizarse que el periodo del estudio 2 es de mayor riesgo clínico de recaída, pues cubre el verano, en que además algunos dispositivos terapéuticos funcionan con menos recursos (controles toxicológicos, hospitalizaciones, hospitalización parcial, visitas, etc.).

## Conclusiones

A pesar de ser dos muestras distintas, su análisis coincide en hallar que ni la pandemia ni la atención telefónica-no presencial repercuten en unos peores resultados a 3 meses, ni respecto a la adherencia al tratamiento ni en cuanto a las tasas de abstinencia. En el caso de la adherencia inicial incluso es mayor durante la época de pandemia, seguramente debido a una mayor motivación, y con formato telefónico, debido a la rapidez y facilidad de acceso. Mas adelante la adherencia se iguala más a la de los tratamientos pre-pandemia.

Sí que existe una menor atención cuantitativa, que debe atribuirse tanto a disminución de la oferta de tratamientos por parte de la UCA, a las limitaciones de movilidad social impuestas, como a los miedos y autorestricciones que han podido ponerse los pacientes, postergando la búsqueda de tratamientos en una UCA.

La experiencia nos indica de cara al futuro que una mayor flexibilidad en la oferta de tratamientos presenciales junto con otros online o telefónicos, dependiendo de la situación epidemiológica, o de las preferencias de los pacientes, no supone una disminución en la calidad de la atención, sino que mantiene las tasas de abstinencia y la adherencia al tratamiento a los 3 meses. Estos formatos telefónicos u online están creciendo (Uscher-Pines et al., 2020) y deben ser potenciados, por motivos económicos y por suponer una mayor flexibilidad y accesibilidad, no como un sustituto sino como un complemento de otros recursos e intervenciones presenciales. Todo ello puede contribuir a una mejora de la eficiencia terapéutica global y de la evolución del paciente, el objetivo final del tratamiento.

## Reconocimientos

A nuestros pacientes por su esfuerzo.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Referencias

- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L. y Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102092. doi:10.1016/j.ajp.2020.102092.
- Barrio, P., Baldaquí, N., Andreu, M., Kilian, C., Rehm, J., Gual, A. y Manthey, J. (2021). Abstinence among alcohol use disorder patients during the COVID-19 pandemic: Insights from Spain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45, 802-807. doi:10.1111/acer.14555.
- Bergman, B. G. y Kelly, J. F. (2021). Online digital recovery support services: An overview of the science and their potential to help individuals with substance use disorder during COVID-19 and beyond. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 120, 108152. doi:10.1016/j.jsat.2020.108152.
- Blithikioti, C., Nuño, L., Paniello, B., Gual, A. y Miquel, L. (2021). Impact of COVID-19 lockdown on individuals under treatment for substance use disorders: Risk factors for adverse mental health outcomes. *Journal of Psychiatric Research*, 139, 47-53. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.05.006.
- Callinan, S., Smit, K., Mojica-Perez, Y., D'Aquino, S., Moore, D. y Kuntsche, E. (2021). Shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: Early indications from Australia. *Addiction*, 116, 1381-1388. doi:10.1111/add.15275.
- Castro, A., Gili, M., Ricci-Cabello, I., Roca, M., Gilbody, S., Perez-Ara, M. Á.,... McMillan, D. (2020). Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 514-526. doi:10.1016/j.jad.2019.09.023.
- Chodkiewicz, J., Talarowska, M., Miniszewska, J., Nawrocka, N. y Bilinski, P. (2020). Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: The initial stage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-11. doi:10.3390/ijerph17134677.
- Clay, J. M. y Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: A potential public health crisis? *The Lancet Public Health*, 5, e259. doi:10.1016/S2468-2667(20)30088-8.
- Dubey, M. J., Ghosh, R., Chatterjee, S., Biswas, P., Chatterjee, S. y Dubey, S. (2020). COVID-19 and addiction. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 14, 817-823. doi:10.1016/j.dsx.2020.06.008.
- Dunlop, A., Lokuge, B., Masters, D., Sequeira, M., Saul, P., Dunlop, G.,... Maher, L. (2020). Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the COVID-19 pandemic. *Harm reduction journal*, 17, 26. doi:10.1186/s12954-020-00370-7.
- Fullana, M. A., Hidalgo-Mazzei, D., Vieta, E. y Radua, J. (2020). Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19

- pandemic and lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 275, 80–81. doi:10.1016/j.jad.2020.06.027.
- Garnett, C., Jackson, S., Oldham, M., Brown, J., Step-toe, A. y Fancourt, D. (2021). Factors associated with drinking behaviour during COVID-19 social distancing and lockdown among adults in the UK. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 108461. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108461.
- Hong, F.-F. y Chueh, K.-H. (2004). Effectiveness of telephone follow-up and counseling in aftercare for alcoholism. *The Journal of Nursing Research : JNR*, 12, 11–20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15136959>.
- Jackson, K. R., Booth, P. G., Salmon, P. y McGuire, J. (2009). The effects of telephone prompting on attendance for starting treatment and retention in treatment at a specialist alcohol clinic. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 437–442. doi:10.1348/014466509X457469.
- Kar, S. K., Arafat, S. M. Y., Sharma, P., Dixit, A., Marthoenis, M. y Kabir, R. (2020). COVID-19 pandemic and addiction: Current problems and future concerns. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102064. doi:10.1016/j.ajp.2020.102064.
- Kilian, C., Rehm, J., Allebeck, P., Braddick, F., Gual, A., Barták, M.,... European Study Group on Alcohol Use and COVID-19. (2021). Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: A large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction*, 116, 3369–3380. doi:10.1111/add.15530.
- Killaspy, H., Banerjee, S., King, M. y Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance: Characteristics and outcome. *British Journal of Psychiatry*, 176, 160–165. doi:10.1192/bjp.176.2.160.
- Kim, J. U., Majid, A., Judge, R., Crook, P., Nathwani, R., Selvapatt, N.,... Lemoine, M. (2020). Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*, 5, 886–887. doi:10.1016/S2468-1253(20)30251-X.
- López-Pelayo, H., Aubin, H. J., Drummond, C., Dom, G., Pascual, F., Rehm, J.,... Gual, A. (2020). “The post-COVID era”: Challenges in the treatment of substance use disorder (SUD) after the pandemic. *BMC Medicine*, 18, 1–9. doi:10.1186/s12916-020-01693-9.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S. y Pettinati, H. M. (2005). The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-Month outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 62, 199–207. doi:10.1001/archpsyc.62.2.199.
- Samuels, E. A., Clark, S. A., Wunsch, C., Jordison Keeler, L. A., Reddy, N., Vanjani, R. y Wightman, R. S. (2020). Innovation during COVID-19: Improving addiction treatment access. *Journal of Addiction Medicine*, 14, 8–9. doi:10.1097/ADM.0000000000000685.
- Sun, Y., Li, Y., Bao, Y., Meng, S., Sun, Y., Schumann, G.,... Shi, J. (2020). Brief report: Increased addictive Internet and substance use behavior during the COVID-19 pandemic in China. *American Journal on Addictions*, 29, 268–270. doi:10.1111/ajad.13066.
- Uscher-Pines, L., Cantor, J., Huskamp, H. A., Mehrotra, A., Busch, A. y Barnett, M. (2020). Adoption of telemedicine services by substance abuse treatment facilities in the U.S. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 117, 108060. doi:10.1016/j.jsat.2020.108060.