

Causas de abandono de un tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno por uso de sustancias. Perspectiva hacia el diseño de programas

Dropout Reasons in an Intensive Outpatient Treatment for Substance Use Disorders. Reflections on New Treatment Designs

Gustavo Irazoqui¹, Rafael Groisman², Isis Gruccos³, Juana Brady³, Carola Cassinelli³, Ximena Cerviño³, Luciana García⁴, Federico Pavlovsky⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i165.655>

Resumen

Introducción: Las razones por las cuales los pacientes abandonan un tratamiento para adicciones son poco estudiadas. **Materiales y métodos:** Mediante un análisis cuanti-cualitativo se evaluaron los datos de 55 pacientes que interrumpieron una propuesta ambulatoria intensiva entre junio del 2019 y noviembre del 2021 y sus respuestas a un cuestionario. **Resultados:** La tasa de abandono fue del 29,2%, con una mediana [IC del 95%] de 113 días [47-255]. Del total, 40 respondieron el cuestionario, el 12,5% informó un aumento en el consumo y el 75% estaba bajo tratamiento de salud mental. El principal motivo de abandono fue personal, relacionado a ambivalencias y la percepción de no tener un problema. Las razones asociadas al enfoque del programa incluyeron la abstinencia global y la terapia grupal. **Conclusiones:** Las estrategias en la admisión, la diversificación de propuestas y la inclusión de terapia vincular podrían mejorar la eficacia de los programas ambulatorios para adicciones.

Palabras clave: interrupción del tratamiento, adicción, dispositivos ambulatorios, motivos, estrategias de intervención, atención centrada en el paciente

Abstract

Introduction: There are scarce studies about why patients dropout addiction treatments. **Methods:** A mixed analysis about data from 55 patients who discontinued an intensive outpatient approach between June 2019 and November 2021 and their responses to a questionnaire were evaluated. **Results:** The dropout rate was 29.2%, with a median [95% CI] of 113 days [47-255]. Of the total, 40/55 responded to the questionnaire, 12.5% reported an increase in use and 75% were under mental health treatment. The main reason for dropout was personal, related to ambivalence and the perception of not having a problem. Reasons associated with the program approach included global abstinence and group therapy. **Conclusions:** Admission strategies, diversification of proposals and inclusion of bond therapy could improve the effectiveness of outpatient addiction programs.

Keywords: dropout, addiction, outpatient treatments, treatment strategies, patient centered care

RECIBIDO 29/11/2024 - ACEPTADO 10/5/2024

¹Magíster en terapia cognitivo conductual de las adicciones, Psicoterapeuta del Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, ORCID 0000-0002-5519-2842

²Magíster en Psiconeurofarmacología, Psiquiatra del Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, ORCID 0000-0002-5840-2358

³Licenciada en Psicología, Psicoterapeuta del Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, ORCID 0009-0007-4292-0584

⁴Doctora en Medicina, Asesora científica, Instituto Multidisciplinario de Investigaciones en Patologías Pediátricas (IMIPP)-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, ORCID 0000-0001-9837-2934

⁵Magíster en Prevención y Tratamiento de conductas adictivas, Médico Psiquiatra y Legista, director del Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, ORCID 0000-0003-1928-2581.

Autor correspondiente:

Gustavo Irazoqui

irazoquigustavo@gmail.com

Institución en la que se realizó la investigación: Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.



Introducción

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) conforman entidades con alta morbimortalidad y en aumento. Su prevalencia a nivel global es del 2% de acuerdo a la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y en Argentina representa el tercer motivo de consulta en salud mental, con una tasa de mortalidad de 280,4 por cien mil habitantes en el 2019 (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2020; Cia et al., 2018; Observatorio Argentino de Drogas [OAD], 2019). Al igual que otras condiciones crónicas, afectan a quienes padecen estos trastornos y su entorno (familiares, ámbitos laborales y académicos, etc.); generando pérdida de productividad y daño a terceros (Peacock et al., 2018). Parte del crecimiento de los TUS se debe a los obstáculos en la accesibilidad y sustentabilidad de los tratamientos, por ende, los individuos no logran obtener o sostener su sobriedad, y muchos pierden herramientas terapéuticas adquiridas (Cia et al., 2018; Melemis, 2023).

En las últimas décadas, han aumentado las propuestas ambulatorias menos disruptivas (Tran et al., 2021). Particularmente, la modalidad de tratamientos ambulatorios intensivos (TAI) emerge como un programa de abordaje intermedio entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio clásico, incluyendo sesiones de régimen semanal de, al menos, tres horas de duración de acuerdo a la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2006). En estos ámbitos la adherencia es uno de los parámetros que traduce la efectividad del programa (Veach et al., 2000; Chan et al., 2020; Barber et al., 2006). Sin embargo, las decisiones del abandono del tratamiento no suelen ser comunicadas por los pacientes y por lo tanto son escasamente exploradas (Yang et al., 2018).

Las investigaciones de adherencia a los TAI se han centrado en la búsqueda de características del paciente como posible hipótesis explicativa, sin mucho éxito (Lappan et al., 2019; Gottlieb et al., 2022). Sin embargo, la escasa evidencia sobre diseños de programas indicaría que las características de los mismos y las actitudes de los proveedores son claves en la implicación y motivación del paciente con TUS para la aceptación de los tratamientos psicoterapéuticos y para mantenerse en ellos (Sanchez et al., 2011; Roos y Werbart, 2013). Además, si bien los TAI son recomendables al ser menos disruptivos y menos costosos para el sistema de salud, deben adecuarse a la severidad de la adicción y a las necesidades del paciente. Esto implica

el diseño de tratamientos que asuman el reto constante de, no sólo financiar los programas, sino también los progresos tendientes a mejorar la adherencia y efectividad de la propuesta, la calidad de atención y satisfacción de los pacientes, así como la capacitación y autoeficacia en la tarea de los profesionales involucrados (Samartzis y Talias, 2019; van der Stel, 2015).

Las características mencionadas en los TAI justifican la importancia de estudiar los motivos de los abandonos y posibles estrategias que permitan disminuirlos desde una perspectiva de salud pública. En el presente estudio nos propusimos, mediante la realización de un cuestionario semi-abierto y la revisión de datos de historias clínicas, estudiar la población de pacientes que interrumpen el tratamiento en una propuesta de TAI con el objetivo de identificar si existen motivos relacionados al programa o motivos personales del abandono. Además, se analizaron características particulares, estado de consumo y la continuación de la atención de los pacientes luego de la interrupción del tratamiento.

Métodos

Participantes

Este estudio se valió de una metodología mixta en el marco de un estudio de tipo exploratorio-descriptivo en el que se realizó un relevamiento mediante un cuestionario a una población de 55 pacientes que formaron parte en forma presencial u *on-line* del TAI de un dispositivo ambulatorio privado en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina e interrumpieron el tratamiento.

El análisis de los datos del estudio se realizó conforme a las buenas prácticas clínicas y las regulaciones locales. Todos los participantes dieron su consentimiento escrito para el uso de datos y la publicación de información para este artículo.

Instrumentos

Los datos corresponden a la información de la historia clínica de pacientes que cursaron tratamiento dentro del programa TAI entre junio de 2019 a noviembre de 2021 y luego interrumpieron. En base a esta población se consignaron datos demográficos, y antecedentes personales o familiares relevantes para el tratamiento del consumo.

Dichos pacientes fueron invitados, luego de cumplido un mes de la interrupción del tratamiento, a responder un cuestionario auto administrado *on-line*, el cual incluía preguntas abiertas donde podían relatar su percepción del hecho.

La encuesta tuvo formato semiestructurado con las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál fue la causa de interrupción de tratamiento en el dispositivo terapéutico ambulatorio e intensivo?
2. ¿En el caso de abandono, cuál fue la causa predominante del mismo?
 - A. Decisión del equipo (derivación, expulsión).
 - B. Decisión personal (no tener un problema de adicción/ambivalencia sobre detener el consumo de sustancias, excesiva carga horaria, sintió haber cumplido su objetivo, autoderivación, conflictos con el equipo, condiciones del tratamiento, problemas económicos).
 - C. Enfermedad/fallecimiento.
 - D. No contesta
3. ¿Podrías explicar con tus palabras la razón de tu abandono y cómo transcurrieron los meses posteriores en relación a tu consumo de sustancias y tu vida en general?
4. ¿Cómo calificarías el efecto del abandono del tratamiento con tu consumo de sustancias?
5. ¿Actualmente estás realizando un tratamiento de salud mental?
6. ¿En el caso que continúes en un tratamiento, de qué tipo es este tratamiento?

Debido a que el periodo de estudio involucró los inicios de la pandemia por COVID-19 los datos para el cálculo de tasa de abandono fueron tomados luego de la migración de historias clínicas al formato digital, en los periodos de agosto del 2020 e inicios de enero del 2021.

Procedimientos

La propuesta terapéutica consistió en un TAI implementado mediante un equipo de terapeutas y psiquiatras con especialización en TUS, dentro de un marco preestablecido de sesiones individuales y grupales y con una duración mínima de 12 meses (Berrio Cuartas et al., 2021). Durante el transcurso del tratamiento se implementaron evaluaciones periódicas del cumplimiento de objetivos terapéuticos (*ver Tabla 1*) para evaluar su progreso. Algunos pacientes continúan por periodos más largos en función de alcanzar el cumplimiento de objetivos.

La interrupción de tratamiento fue definida como la discontinuidad de la asistencia a los espacios terapéuticos del TAI y cierre de la historia clínica, ya sea luego de la comunicación expresa del deseo del paciente o por la comunicación de los familiares del mismo. En un subgrupo de pacientes la discontinuidad fue seguida de una derivación a prestadores externos o a otros espacios terapéuticos dentro del dispositivo.

Tabla 1. Listado de objetivos del tratamiento según el período de evaluación

A los 30 días
Asistencia a espacios terapéuticos.
Entrevista con toxicología.
Cumplir interconsultas clínicas o especialidades médicas indicadas.
Desarrollar aspectos motivacionales.
Elaborar una lista de razones para no consumir.
Armar una agenda de actividades diarias.
Inicio en el uso de herramientas del protocolo de crisis.
A los 90 días
Asistencia a espacios terapéuticos.
Conformación de red.
Cumplimiento de esquema terapéutico.
Abstinencia/reducción del consumo.
Utilización del protocolo de crisis.
Identificación de situaciones de riesgo.
Diagnosticar la situación laboral/académica; proyectos personales.
Necesidad de asistencia crítica, conocer su puntaje de adherencia.
A los 180 días
Mostrar una buena adherencia a la propuesta.
Lectura activa de material psicoeducativo.
Estado de las relaciones familiares, derivación a terapia familiar.
Abstinencia global de 90 días.
Interconsultas o estudios de comorbilidades completas.
Etapas de estado del cambio: contemplación, preparación para la acción.
Situación laboral/académica; proyectos personales activa.
Relevamiento y tratamiento ante antecedentes de situaciones traumáticas.
A los 360 días
Abstinencia.
Problemas médicos resueltos o tratados.
Reinserción laboral/académica.
Mejoría de problemática psicológica/psiquiátrica global.
Cambios personales positivos registrados por el equipo de profesionales.
Cumplimiento de una agenda y armado de una rutina diaria.
Establecimiento de una opción de terapia para el mantenimiento de paciente. (terapia individual, grupal no específica, programa de 12 pasos, etc...).

Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva para las características de los individuos, y las respuestas a la encuesta. Para examinar la distribución de las interrupciones en el periodo se aplicó el método de Kaplan-Meier mientras que para evaluar la significación estadística de las medianas de días de permanencia de los pacientes y su respuesta de su estado actual del consumo se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis mediante el paquete estadístico R (Versión 4.2.1, R Core Team, 2022) considerando significativa una $p=0.05$. Una segunda estrategia metodológica consistió en un análisis cualitativo de las respuestas, recurriendo a unidades de análisis y agrupaciones temáticas emergentes.

Resultados

Características de la población

En el periodo evaluado 55 pacientes interrumpieron prematuramente el tratamiento, las principales características demográficas de los mismos se encuentran especificadas en la *Tabla 2*.

La mayoría de los pacientes fueron hombres jóvenes, empleados, solteros, de alto nivel educativo y con policonsumo de sustancias. La permanencia promedio fue mayor a 3 meses en la propuesta. En cuanto a otros datos, se consignaron variables como el antecedente de algún familiar cercano con adicciones, el haber realizado tratamiento de salud mental previamente y la especificidad del mismo (*ver Tabla 2*).

En más de un tercio de los pacientes algún familiar cercano (madre/padre, hermano/a y/o hijo/a) presentaba antecedente de TUS, ya sea en un familiar ($n=12$), en dos ($n=4$) o incluso tres o más ($n=4$). Cerca de la mitad de pacientes había tenido al menos una internación previa por adicciones (*ver Tabla 2*).

Distribución de frecuencias de la interrupción del tratamiento

La tasa de abandono, tomada en los periodos de agosto de 2020 e inicios de enero de 2021, donde hubo 42 abandonos y 144 pacientes que ingresaron, fue del 29.2%.

Cuando se evaluó la frecuencia de los abandonos, el análisis mostró que el riesgo de abandono a los 112 días fue de un 51%, el tiempo al evento (abandono) en días muestra el porcentaje de los abandonos en diferentes periodos (*ver Figura 1*).

La agrupación de abandonos fue similar a las fases de evaluación de objetivos terapéuticos (*ver Tabla 1*). En los primeros 30 días un 28% abandonó la propuesta. En ese periodo se solicitó a los pacientes que desarrollaran aspectos motivacionales, una rutina, y la asistencia a espacios terapéuticos. Para el periodo de los 90 días el

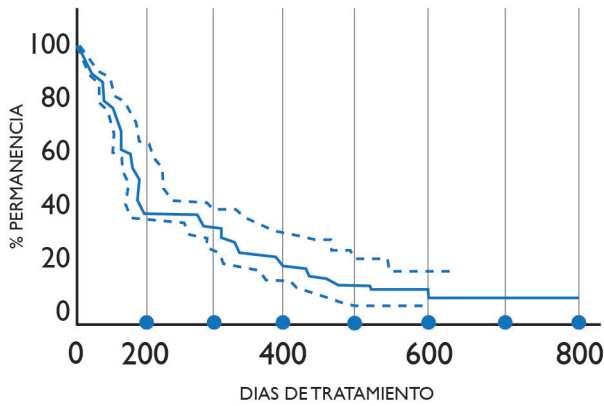
Tabla 2. Características demográficas de la población y antecedentes de relevancia

Características demográficas		
Edad en años, Mdn (IC del 95%)	37	(25-48)
Días de permanencia en el tratamiento, Mdn (IC del 95%)	113	(47-255)
	n	%
Sexo		
Hombre	44	80%
Mujer	11	20%
Consumo problemático		
Alcohol	12	22%
Cocaína	7	13%
Cannabis	3	5%
Policonsumo	29	53%
Otros	4	7%
En relación de pareja		
Sí	19	34.5%
No	36	65.5%
Actividad laboral en curso		
Sí	43	78%
No	12	22%
Nivel de educación alcanzado		
Secundario	23	42%
Terciario	4	7%
Universitario	28	51%
Antecedente familiar de adicciones		
Sí	20	36.5%
No	35	63.5%
Antecedente de tratamientos de salud mental		
Ningún tratamiento	8	14.5%
Tratamiento ambulatorio no específico de adicciones	15	27%
Tratamiento ambulatorio específico de adicciones	7	13%
Internación previa por adicciones	25	45.5%

Las variables de edad y días en el tratamiento se presentan con su mediana (Mdn) e intercuartilo (IC) 95%, mientras que el resto de antecedentes se presentan en número absoluto (N) y relativo (%)

porcentaje de permanencia fue del 58% y los objetivos atentaron al inicio de la abstinencia y/o la reducción de consumo y a la identificación de situaciones de riesgo. En forma similar cerca de los 180 días y a los 360 días se visualiza una permanencia del 32% y del 9% respectivamente. En estos periodos los objetivos fueron la abstinencia global, el avance a otros estadios de cambio (como el contemplativo), el armado de una red y de planes de contingencia con efectividad.

Figura 1. Representación de la distribución de las interrupciones en el tratamiento a lo largo de los días en el período relevado por método de Kaplan-Meier.



La línea continua representa el porcentaje de pacientes que permanecen en la propuesta y las líneas punteadas los IC del 95%.

Descripción de los datos relevados en el cuestionario

Del total de pacientes que interrumpieron la propuesta (n=55), 73% (n=40) completó el cuestionario voluntariamente. El tiempo promedio transcurrido entre la interrupción del tratamiento y la respuesta de la encuesta tuvo una mediana de 2 meses, IC del 95%: [1-4 meses]. La causa más frecuente reportada del cese del tratamiento fue el abandono (ver *Tabla 3*).

Siete pacientes recibieron derivaciones a otras opciones terapéuticas u otro programa dentro del mismo dispositivo. Tres de estas derivaciones fueron parte de la continuidad de cuidados de pacientes que manifestaban la necesidad de interrumpir la propuesta y no por decisión del equipo; mientras que dos pacientes

Tabla 3. Causas de interrupción del tratamiento

Causas de la interrupción	Totales
Abandono	30 (75%)
Derivación	8 (20%)
Expulsión	1 (2.5%)
Enfermedad	1 (2.5%)

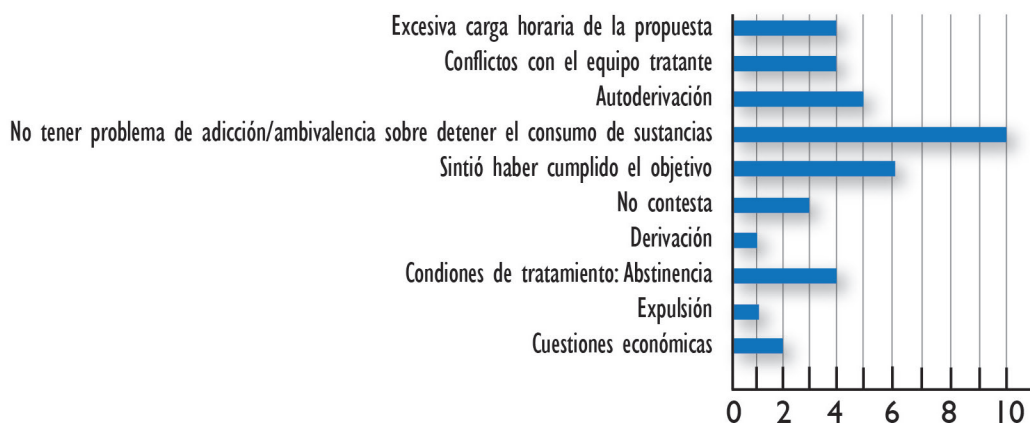
N. B.: Reporte de causas de interrupción del tratamiento en pacientes que respondieron el cuestionario (n=40) en frecuencia absoluta y relativa (%).

fueron derivados a un programa de bajo umbral dentro del dispositivo. La decisión de la interrupción, fue de carácter personal en 35/40 (87,5%), sólo 3/40 (7,5%) por decisión del equipo y 2 pacientes decidieron no responder este punto. Un paciente discontinuó debido a complicaciones gástricas severas de su enfermedad (hepatopatía alcohólica) que requirió intervención quirúrgica y larga recuperación postoperatoria.

Al indagar sobre las causas predominantes que llevaron al paciente a la interrupción, se destacaron la percepción del paciente de no tener un problema de adicción y la ambivalencia con respecto a detener el consumo, seguido por la percepción de haber ya cumplido con su objetivo para el tratamiento, y el no adherir a las características del tratamiento, solo 2/40 (5%) pacientes mencionaron dificultades económicas (ver *Figura 2*).

Luego, se indagó sobre el patrón de consumo actual y la continuidad del paciente en algún ámbito de tratamiento de salud mental luego de la interrupción del tratamiento. Mientras que la mayoría reportó interrumpir o disminuir el consumo, un tercio no notó un cambio en su conducta de consumo y un porcentaje bajo (5/40 pacientes) reportó un aumento de consu-

Figura 2. Reporte de causas predominantes en la decisión de abandono por parte del paciente



N. B.: Se representa el número de respuestas por opción (n=37).

mo. No hubo diferencias significativas en el tiempo de permanencia en el tratamiento y el estado de consumo tras el abandono ($p = 0.09$).

Análisis cualitativo de los relatos expresados por los pacientes

Los motivos personales fueron las causas predominantes en la decisión del paciente de interrumpir su tratamiento (ver Tabla 3). En el análisis cualitativo de los relatos de los pacientes emergieron dos categorías:

A. Ambivalencia y falta de adhesión a una abstinencia global

Un paciente comentó en sus respuestas al cuestionario: *“No estaba preparado para dejar de consumir y los meses posteriores fueron bastante complicados en todo sentido”*, otro respondió: *“Abandoné el tratamiento porque no acepté el encuadre (vivir dos meses en casa de mi familia). Finalmente: terminé viviendo dos meses en casa de mi familia. En ese lapso, consumí cocaína una vez cada 15 días”*. Notablemente, un paciente que había comentado: *“En mi caso me fue de 10. Realmente mi vida dio un giro y hoy estoy contento con mi trabajo, terminé mis estudios, estoy haciendo deporte varias veces por semana y me levanto temprano para aprovechar mis días. Mi consumo de cannabis aumentó desde que deje de ir, no lo voy a negar, pero el resto de las sustancias las sigo manteniendo alejadas”*, forma parte de los pacientes que reportaron aumentar su consumo luego del abandono. Antes de la interrupción del tratamiento este paciente fue advertido por los terapeutas que su consumo de cannabis era problemático. Luego de 8 meses, reanudó la propuesta expresando conciencia de enfermedad con respecto a la sustancia y con diagnóstico clínico de dependencia a cannabis.

B. Disconformidad con la carga horaria y el trabajo grupal

Las principales observaciones fueron sobre el número de integrantes y heterogeneidad de los mismos: *“No me gustó pasar a los grupos de tratamiento que tenían muchas personas y un coordinador”* comentó un paciente. Otro observó: *“Los grupos eran muy numerosos y sus integrantes tenían muy diferente tiempo de tratamiento transcurrido y por lo tanto su cuadro de consumo era diferente”*.

El estudio de estos relatos marca las distintas características de los pacientes, grado de conciencia y motivación en los que debe trabajar el equipo tratante. La llegada de los mismos a incorporar hábitos, pero también la falta de conciencia de la cronicidad del trastorno hace que al mejorar algunos interrumpan.

Dentro de los pacientes que estaban disconformes con la carga horaria o las condiciones de la propuesta, el análisis muestra la importancia de evaluar tempranamente la asistencia a la propuesta y detectar resistencia al trabajo grupal.

Análisis de antecedentes en los pacientes que reportaron un aumento en el consumo

Cinco pacientes (4 hombres, 1 mujer) aumentaron el consumo luego del abandono. Un sub-análisis mostró cuatro factores comunes y constantes en ellos: a) el consumo de cocaína, b) la presencia de un familiar con TUS (madre o hermana), c) el haber realizado tratamientos específicos previos y d) alta conflictiva familiar que no fue resuelta durante la participación en el tratamiento. En cuanto a los relatos de estos pacientes, destacamos la respuesta de uno de ellos que dijo: *“Tenía que poner el tratamiento en primer lugar y lo puse en el tercero. Nunca fue mi prioridad”*. Esto refleja la contradicción de contratar una propuesta intensiva como tratamiento y luego la no disponibilidad a la realización del mismo.

Continuidad en la atención terapéutica post abandono

La mayoría de los pacientes (30/40, 75%) se encontraban en otras ofertas de tratamientos de salud mental al momento de la encuesta y luego de la interrupción. En particular, se analizaron cambios en la modalidad del tratamiento con la que continuaron los pacientes que habían tenido internaciones previas ($n=25$) y los que nunca habían realizado tratamiento previamente ($n=8$). En este último grupo, sólo 4 pacientes siguieron con una modalidad terapéutica no específica para adicciones. Respecto de los pacientes que habían tenido una internación, 4 pacientes no continuaron con ninguna propuesta y 2 pacientes fueron derivados a internación, el resto (76%) continuó con modalidades ambulatorias, sólo un paciente cambió a otro dispositivo dentro de la institución.

Discusión

Los resultados del presente estudio señalan que el promedio de los pacientes interrumpe cerca de los 110 días de iniciado el tratamiento, y el 87% lo hace por motivos personales. Dentro de las razones reportadas se señala como principal la ambivalencia y la percepción de no tener un problema, y dentro de las características del tratamiento se destaca el enmarque en abstinencia global y terapia grupal. En un periodo promedio de dos meses luego de la interrupción de

la propuesta, sólo un 12% de los pacientes reportaron haber aumentado el consumo y un 75% se encontraban en otras ofertas de tratamientos de salud mental.

Las variables demográficas han sido clásicamente incluidas en las investigaciones de abandono del tratamiento en paciente que sufren TUS (Lappan et al., 2019). Al igual que otros autores en regímenes de TAI, de nuestro análisis podemos rescatar el predominio de varones (Bascañan, 2017; Sanchez-Hervas et al., 2010; Abeyesinhe, 2013). Particularmente, un artículo que incluye una población de pacientes muy similar a la nuestra con adicción a cocaína, realizó un análisis de predictores de abandono mediante el uso de escalas y sólo fue significativa la puntuación de severidad del consumo (Sanchez-Hervas et al., 2010). En forma similar, otros autores no encontraron un predictor demográfico válido (Gottlieb et al., 2022).

Clásicamente, un factor importante para el éxito del programa es la retención de los individuos inscriptos (Chan et al., 2020; Krentzman et al., 2011). En nuestro análisis, el porcentaje de abandono (29,2%) fue similar a lo reportado por otros grupos y en revisiones sistemáticas (Lappan et al., 2019; Sanchez-Hervas et al., 2010; Mckowen et al., 2017). En cuanto a la convergencia con variables de la propuesta, reportamos una tendencia al abandono en los primeros meses de tratamiento (51% a los 120 días) y su cronología con el diagrama de objetivos alcanzables para la progresión del paciente en la terapia diseñada. Esto es similar a lo hallado por un modelo de análisis de aprendizaje automático en bases de datos de más de 700 pacientes en tratamiento ambulatorios por adicción a opioides, donde un porcentaje sustancial de abandono ocurre a los 90 y 120 días (Gottlieb et al., 2022).

Una publicación reciente, identifica algunas modalidades que se replican en nuestro programa asociadas a mayores porcentajes de abandonos (Lappan et al., 2019). Estas características son las actividades grupales, un número de sesiones de psicoterapia individual mayor a 14 y de una duración de 45 minutos cada una. En nuestros pacientes, las condiciones y la carga horaria se encuentran entre los motivos secundarios luego de los motivos personales y la tasa de abandono (29,2%) es similar a la reportada en programas TAI (Mckowen et al., 2017). Sin embargo, estas observaciones pueden marcar fallas en la flexibilidad del diseño terapéutico, y en identificar pacientes que requieren de tratamientos de bajo umbral (Samartzis y Talias, 2019). En nuestra propuesta se inició, en julio del 2021, una oferta de bajo umbral denominada "Dis-

po de noche", al que fueron derivados dos pacientes de este estudio, aunque en ese momento estaban ya en 222 y 328 días de tratamiento.

Al evaluar los relatos de los pacientes, las causas principales de interrupción temprana en el tratamiento se agrupan en los que no perciben tener un problema de consumo, los que sienten ambivalencia en cuanto a detener el consumo, y los que dicen haber cumplido su objetivo; demostrando lo complejo del abordaje terapéutico en programas de 12 meses y la importancia del refuerzo motivacional por el terapeuta. Un estudio en el que fueron analizados los relatos de los pacientes y de sus terapeutas en ambientes ambulatorios, destaca en forma similar a lo dicho por nuestros pacientes, que muchos individuos no se sienten preparados para participar en un tratamiento (Palmer et al., 2009). Otro estudio en 292 pacientes con TUS identificó la intención conductual de cumplir el tratamiento, objetivado a través de una escala, como un predictor de no adherencia (de Weert-van Oene et al., 2007). Estas evidencias refuerzan a nuestro entender la importancia de instaurar la admisión como un proceso, donde las explicaciones de las condiciones del proceso sean trabajadas en reiteradas entrevistas y haya un registro claro de la etapa del cambio en que se encuentra el paciente a fin de proveer una mejor oferta para el mismo.

Existen indicios de que la duración del tratamiento se asocia con mejores resultados positivos (Bascañan, 2017; Hubbard et al., 2003; Marsden, 2004; Zhang et al., 2003). En estrategias de 12 meses, como la nuestra, muchos pacientes que inician su tratamiento con una motivación externa logran trascender a una interna genuina, reportes recientes nuestros y de otros grupos describen como los efectos del tratamiento son polifacéticos y las dimensiones mejoran en diferentes etapas (Arias et al., 2021; Pavlovsky et al., 2022). Igualmente, análisis retrospectivos señalan que las recaídas desde el inicio del programa y una mejora temprana en la calidad de vida son factores predictores de abandono (Gottlieb et al., 2022). Los autores plantean que los pacientes que no podían detener su consumo se hubieran beneficiado de una derivación temprana, mientras que la variable de mejora de vida la detectan al principio del tratamiento (con respecto a la línea de base), pero luego en esos pacientes se reduce tras el cese del tratamiento (Gottlieb et al., 2022). Un efecto similar llamado "nube rosa" se verifica en los síntomas depresivos de pacientes alcohólicos al principio de su asistencia a Alcohólicos Anónimos (Wilcox y Tonigan, 2016). Mientras que en una cohorte prospectiva con adicción severa al alcohol

determinó recaídas en un subgrupo de pacientes a los 4 años de tratamiento, en los que se evidenció una ralentización de la mejoría en diversas dimensiones con respecto al grupo que pudo mantener la sobriedad (Arias et al., 2021). En resumen, estas evidencias sugieren la detección rápida y activa no solo de pacientes que deben derivarse tempranamente, sino también de los que realizan una rápida mejoría y puedan abandonar prematuramente antes de alcanzar una recuperación consolidada en las distintas dimensiones.

En nuestro análisis de relatos no emergió la culpa o vergüenza como un factor, aunque clásicamente se ha definido un patrón de pensamiento con estas características bajo el concepto de efecto de violación de la abstinencia en pacientes con recaídas (Arias et al., 2021; Marlatt y Donovan, 2007). En forma similar, creemos que las cuestiones económicas podrían tener una mayor injerencia en el abandono de pacientes que la mencionada en los relatos en el presente estudio, por ejemplo la percepción de haber alcanzado su objetivo o la ambivalencia sobre detener su consumo podría hacer que el paciente considere no querer seguir aportando el pago de su tratamiento y esto último estar asociado a su decisión, aunque no lo mencione espontáneamente. Esto puede deberse a la característica exploratoria de nuestro estudio; un análisis en profundidad por medio de entrevistas o grupos de enfoque, podría propiciar una mayor apertura a mencionar estas temáticas y aportar mayores datos para la comprensión e interpretación del fenómeno de la interrupción del tratamiento por parte de los pacientes.

Actualmente se conceptualizan los TUS como condiciones crónicas recidivantes (Arria y McLellan), por lo cual los efectos del tratamiento suelen disminuir tras la conclusión de los mismos (Benishek et al., 2014; Magill et al., 2019). Sin embargo, hay evidencias de beneficios y efectos a largo plazo (Hubbard et al., 2003; Marsden, 2004). Al indagar a los pacientes sobre su consumo luego de un periodo promedio de dos meses posterior a la interrupción de la propuesta, sólo una minoría (12.5%) aumentó el mismo. Aunque otros autores (Bell y Strang, 2020) han señalado que a mayor duración del tratamiento mayor es el tiempo de mantenimiento de los resultados, en nuestra cohorte no se evidenciaron diferencias en el tiempo de permanencia entre los que mantuvieron o no su nivel de consumo. Sin embargo, el sub-análisis de los 5 individuos que aumentaron consumo evidenciaron factores ya descritos en la literatura, relacionados a peor pronóstico como el consumo de cocaína (Sanchez et al.,

2011; Roos et al, 2019), o que son beneficiados cuando se realizan abordajes adicionales, como los orientados a abordar las conflictivas vinculares (Hogue et al., 2021). Esto destaca lo importante de considerar las características del funcionamiento familiar: incluir familiares en la terapéutica semanal y realizar trabajos grupales dedicados a los hijos y hermanos de pacientes, puede aumentar la adhesión al programa.

Los programas ambulatorios de tratamiento para TUS son una parte de un proceso continuo de atención que se ajusta a las necesidades terapéuticas de ese momento del paciente para luego continuar con niveles de mayor o menor intensidad (Melemis, 2023). En el presente estudio un 50% de los pacientes que no habían realizado tratamiento previo, luego de la propuesta continuaron con tratamientos de salud mental; mientras que un 76% de los pacientes que habían recurrido a internaciones continuaron con opciones ambulatorias. Particularmente, ciertos análisis cualitativos indican que la coordinación de sectores de salud y el mantener un contacto posterior, entre otros, funcionan como facilitadores en las transiciones (Timko et al., 2016). Esto se refleja en el desarrollo de este trabajo, ya que el seguimiento posterior mostró una gran cooperación de parte de los ex pacientes (73% respondieron la encuesta), la permanencia en estrategias ambulatorias de los participantes, los efectos iniciales del tratamiento en cuanto a concientización de enfermedad en quienes no habían realizado tratamiento previo y la valoración en los relatos de herramientas adquiridas.

Limitaciones del estudio

El bajo número de pacientes analizados puede afectar la generalización de los resultados; sin embargo, algunos parámetros como la tasa de abandono y la temporalidad de los mismos es similar a las obtenidas por estudios con mayor cohorte de pacientes, así como las características demográficas (Lappan et al., 2019; Gottlieb et al., 2022). El diseño transversal como el llevado a cabo en el estudio no permite realizar inferencias causales. Estudios adicionales que atiendan estas limitaciones, así como una profundización de las variables de culpa o vergüenza y cuestiones económicas, podrían complementar los hallazgos y fomentar nuevas colaboraciones en esta importante área de estudio en los TUS.

Por último, el presente estudio aporta información pocas veces relevadas, mientras que el análisis sobre posibles barreras del programa aporta información directa para la aplicación en nuevas estrategias de programas. El análisis realizado apunta a posibles estrate-

gias para aumentar el funcionamiento de la atención en TAI, tales como: plantear la admisión como un proceso seriado de entrevistas, la inmersión de terapia vincular y familiar en los programas y diversificar la oferta con espacios terapéuticos individuales o de bajo umbral de exigencia como una estrategia de sostén para pacientes pre contemplativos.

Fuentes de financiamiento: *la presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.*

Conflicto de intereses: *Luciana García no tiene conflictos de intereses que declarar. Los demás autores desarrollan sus tareas en el Dispositivo Pavlovsky, sitio en el que se llevó a cabo el estudio.*

Referencias bibliográficas

- Observatorio Argentino de Drogas. (2019). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. SEDRONAR. Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informeoad2019final_1.pdf
- Abeyesinhe, S. (n.d.). Predictors of addiction treatment attrition. TheScholarsRepository@LLU: *Digital Archive of Research, Scholarship & Creative Works*. Retrieved January 9, 2024, from <https://scholarsrepository.llu.edu/etd/235>
- Arias, F., Sion, A., Espinosa, R., Jurado-Barba, R., Marin, M., Martínez Maldonado, A., & Rubio, G. (2021). Fases de la recuperación psicológica en pacientes dependientes del alcohol tras un tratamiento intensivo: Un seguimiento de 4 años. *Adicciones*, 35(1), 21. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1575>
- Arria, A. M., & McLellan, A. T. (2012). Evolution of concept, but not action, in addiction treatment. *Substance Use & Misuse*, 47(8–9), 1041–1048. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.663273>
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Beth Connolly Gibbons, M. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16(2), 229–240. <https://doi.org/10.1080/10503300500288951>
- Bascañán, C. (2017). Factores asociados con el abandono temprano entre los usuarios del Programa de Tratamiento de Drogas Específico de Libertad Vigilada. *Psiquiatr. Salud Ment*, 10(4), 192–196. LILACS.
- Bell, J., & Strang, J. (2020). Medication treatment of opioid use disorder. *Biological Psychiatry*, 87(1), 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.06.020>
- Benishek, L. A., Dugosh, K. L., Kirby, K. C., Matejkowski, J., Clements, N. T., Seymour, B. L., & Festinger, D. S. (2014). Prize-based contingency management for the treatment of substance abusers: A meta-analysis. *Addiction*, 109(9), 1426–1436. <https://doi.org/10.1111/add.12589>
- Berrio Cuartas, D. M., Hurtado Márquez, A. K., & Bovino, T. (2021). Características de un dispositivo ambulatorio intensivo en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 32(154), 38–48. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i154.114>
- Chan, B., Gean, E., Arkhipova-Jenkins, I., Gilbert, J., Hilgart, J., Fiordalisi, C., Hubbard, K., Brandt, I., Stoeger, E., Paynter, R., Korthuis, P. T., & Guise, J.-M. (2020). Retention strategies for medications for addiction treatment in adults with opioid use disorder: A rapid evidence review. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Aguilar Gaxiola, S., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(4), 341–350. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492-3>
- de Weert-van Oene, G. H., Burger, H., Grobbee, D. E., & Schrijvers, A. J. P. (2007). Identification of patients at high risk of noncompliance in substance dependence treatment. *European Addiction Research*, 13(2), 74–80. <https://doi.org/10.1159/000097936>
- Gottlieb, A., Yatsco, A., Bakos-Block, C., Langabeer, J. R., & Champagne-Langabeer, T. (2022). Machine learning for predicting risk of early dropout in a recovery program for opioid use disorder. *Healthcare*, 10(2), 223. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020223>
- Hogue, A., Schumm, J. A., MacLean, A., & Bobek, M. (2021). Couple and family therapy for substance use disorders: Evidence-based update 2010–2019. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 178–203. <https://doi.org/10.1111/jmft.12546>
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 125–134. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(03\)00130-2](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(03)00130-2)
- Krentzman, A. R., Robinson, E. A. R., Moore, B. C., Kelly, J. F., Laudet, A. B., White, W. L., Zemore, S. E., Kurtz, E., & Strobbe, S. (2011). How Alcoholics Anonymous (AA) and Narcotics Anonymous (NA) work: Cross-Disciplinary perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29(1), 75–84. <https://doi.org/10.1080/07347324.2011.538318>
- Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2019). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 115(2), 201–217. <https://doi.org/10.1111/add.14793>
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1093–1105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000447>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2007). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford Press.
- Marsden, J. (2004). Long-term outcome of treatment for drug dependence. *Psychiatry*, 3(1), 47–49. <https://doi.org/10.1383/psyt.3.1.47.30300>
- Mckowen, J., Carrellas, N., Zulauf, C., Ward, E. N., Fried, R., & Wilens, T. (2017). Factors associated with attrition in substance using patients enrolled in an intensive outpatient program. *The American Journal on Addictions*, 26(8), 780–787. <https://doi.org/10.1111/ajad.12619>
- Melemis, S. M. (2023). Relapse and relapse prevention. In *Alcohol Use: Assessment, Withdrawal Management, Treatment and Therapy* (pp. 349–361). Springer International Publishing. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-031-18381-2_22
- Palmer, R. S., Murphy, M. K., Piselli, A., & Ball, S. A. (2009). Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A pilot study. *Substance Use & Misuse*, 44(7), 1021–1038. <https://doi.org/10.1080/10826080802495237>
- Pavlovsky, F., Irazoqui, G., Faur, R., Groisman, R., Sullivan Machado, O., Gersberg, L., Mirelman, M., Gargiulo, V., Rabade, B., Habib, M., Berrio Cuartas, D. M., García, L., & Wilkinski, S. (2022). Evaluación multidimensional de un programa de tratamiento ambulatorio intensivo de 12 meses para el trastorno por uso de sustancias. Experiencia en Argentina [Multidimensional evaluation of a 12-month intensive outpatient program for the treatment of substance use disorder. Experience in Argentina]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 34(161, jul.-sept.), 6–17. <https://doi.org/10.53680/vertex.v34i161.481>
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giordano, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A. J., Grebely, J., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905–1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>

- Roos, C. R., Nich, C., Mun, C. J., Mendonca, J., Babuscio, T. A., Witkiewitz, K., Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2019). Patterns of cocaine use during treatment: Associations with baseline characteristics and follow-up functioning. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 80(4), 431–440. <https://doi.org/10.15288/jsad.2019.80.431>
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Samartzis, L., & Talias, M. A. (2019). Assessing and improving the quality in mental health services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 249. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010249>
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, A., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C., Gonzalvo, B., Colom, J., & Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional [Ambulatory group treatment for cocaine dependent patients combining cognitive behavioral therapy and motivational interviewing]. *Psicothema*, 23(1), 107–113.
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Santonja Gómez, F. J., Zacarés Romaguera, F., García-Rodríguez, O., Martín Yanez, E., Calatayud Francés, M., & García Fernández, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22(1), 59. <https://doi.org/10.20882/adicciones.215>
- SAMHSA, Center for Substance Abuse Treatment. (2007). Quick guide for clinicians: Based on TIP 47, substance abuse: Clinical issues in intensive outpatient treatment (R. Forman & P. Nagy, Eds.). U.S. department of health and human services. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22514853/>
- Timko, C., Schultz, N. R., Britt, J., & Cucciare, M. A. (2016). Transitioning from detoxification to substance use disorder treatment: Facilitators and barriers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 70, 64–72. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.07.010>
- Tran, T. H., Swoboda, H., Perticone, K., Ramsey, E., Thompson, H., Hill, K., & Karnik, N. S. (2021). The substance use intervention team: A hospital-based intervention and outpatient clinic to improve care for patients with substance use disorders. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 78(4), 345–353. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxaa408>
- UNODC publications. (2021). In Global Synthetic Drugs Assessment 2020 (pp. 38–38). United Nations. <http://dx.doi.org/10.18356/9789210054836c013>
- van der Stel J. (2015). Precision in Addiction Care: Does It Make a Difference?. *The Yale journal of biology and medicine*, 88(4), 415–422.
- Veach, L. J., Remley, T. P., Kippers, S. M., & Sorg, J. D. (2000). Retention predictors related to intensive outpatient programs for substance use disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(3), 417–428. <https://doi.org/10.1081/ada-100100253>
- Wilcox, C. E., & Tonigan, J. S. (2016). Changes in depression mediate the effects of AA attendance on alcohol use outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 44(1), 103–112. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1249283>
- Yang, Y., Perkins, D. R., & Stearns, A. E. (2018). Barriers and facilitators to treatment engagement among clients in inpatient substance abuse treatment. *Qualitative Health Research*, 28(9), 1474–1485. <https://doi.org/10.1177/1049732318771005>
- Zhang, Z., Friedmann, P. D., & Gerstein, D. R. (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*, 98(5), 673–684. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00354.x>