

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

Federico Pavlovsky¹, Gustavo Irazoqui², Rebeca Faur³, Rafael Groisman⁴, Oriana Sullivan Machado⁵, Laura Gersberg⁶, Marcelo Mirelman⁷, Verónica Gargiulo⁸, Berenice Rabade⁹, Martín Habib¹⁰, Diana Milena Berrio Cuartas¹¹, Luciana García¹², Silvia Wikinski¹³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i161.481>

Resumen

Objetivo: Evaluar la eficacia de un tratamiento ambulatorio intensivo (TAI) para el trastorno por uso de sustancias (TUS) utilizando un enfoque multidimensional. **Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes admitidos consecutivamente en una institución privada entre mayo de 2019 y mayo de 2020. El programa duró 12 meses y consistió en un conjunto de intervenciones médicas, psicosociales y recreativas, con una intensidad ≥ 9 horas/semana. La eficacia fue evaluada comparando los puntajes en el Índice de Severidad de Adicción (ASI) a lo largo del programa y en el cuestionario WHOQOL-Bref al inicio y al finalizar. En 15 pacientes se realizó una nueva medición seis meses después de concluido el tratamiento. **Resultados:** se incluyeron 41 participantes (73% hombres, edad $42,8 \pm 16$ años). 14 participantes abandonaron (media 88 días). En los participantes que completaron el tratamiento, se observaron mejoras en los índices de alcohol y drogas (a los 3 meses), en problemas médicos (a los 6 meses), en las relaciones sociales y familiares (a los 9 meses) y en problemas psicológicos (a los 12 meses) así como en las cuatro dimensiones del WHOQOL-Bref. Estas mejoras persistieron en la evaluación 6 meses post-alta cuando sólo un empeoramiento leve en la dimensión de problemas psicológicos del ASI fue objetivado. **Conclusión:** Este es uno de los pocos estudios realizados en un ámbito latinoamericano que evalúa la eficacia de un TAI para el TUS. Confirma trabajos previos de países desarrollados, mostrando los beneficios potenciales de la implementación de TAIs en nuestra región.

Palabras clave: Tratamiento ambulatorio intensivo - Adicción - Índice de Severidad de las Adicciones - WHOQOL-Bref.

RECIBIDO 4/1/2023 - ACEPTADO 5/3/2023

¹Médico Psiquiatra. Médico especialista en Medicina Legal, Magister en Psiconeurofarmacología, Magister en Drogadependencia. Director del Dispositivo Pavlovsky. ORCID 0000-0003-1928-2581

²Lic. en Psicología. Psicoterapeuta en el Dispositivo Pavlovsky. ORCID 0000-0002-5519-2842

³Médica Psiquiatra. Magister en Psicofarmacología. Psiquiatra en el Dispositivo Pavlovsky. ORCID 0000-0002-8271-1855

⁴Médico Psiquiatra. Magister en Neuropsicofarmacología. Coordinador de grupos en el Dispositivo Pavlovsky. ORCID 0000-0002-5840-2358

⁵Médica especialista en Psiquiatría. Coordinadora del programa de terapia dialéctico-comportamental del TUS en el Dispositivo Pavlovsky. ORCID 0000-0001-6543-844X

⁶Magister en Gestión Social y Gerenciamiento Público. Coordinadora de Red y de Grupos, Admisora del Dispositivo Pavlovsky. ORCID 0000-0002-9685-7097

⁷Estudiante de Psicología. Coordinador general del Programa TAI en el Dispositivo Pavlovsky. ORCID 0000-0002-6582-4911

⁸Licenciada en Psicología. Psicoterapeuta en el Dispositivo Pavlovsky. ORCID 0000-0002-7403-8242

⁹Médica especialista en Psiquiatría. Coordinadora de admisión en el Dispositivo Pavlovsky. ORCID 0000-0001-9077-2423

¹⁰Licenciado en Psicología con posgrado en Terapia Cognitivo-Conductual. Coordinador General del Programa Terapéutico "Dispositivo de Noche". ORCID 0000-0002-6328-0981

¹¹Médica especialista en Psiquiatría. Psiquiatra del Dispositivo Pavlovsky. ORCID 0000-0001-7419-714X

¹²Doctora en Medicina. Asesora científica del Dispositivo Pavlovsky. ORCID 0000-0001-9837-2934

¹³Doctora de la Universidad de Buenos Aires. Médica especialista en Psiquiatría (UBA). Investigadora Principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). ORCID 0000-0001-6501-2916

Autora correspondiente:

Silvia Wikinski

silviawikinski@gmail.com



Abstract

Objective: The purpose of this study was to assess the efficacy of an intensive outpatient treatment (IOT) for substance use disorder (SUD) using a multidimensional approach. **Methods:** All the patients consecutively admitted to a private institution between May 2019 and May 2020 were invited to participate in the study. The program consisted in a 12-month set of psychosocial, medical and recreative interventions requiring an attendance of at least 9 hours per week. Efficacy was evaluated at admission and every three months by the Addiction Severity Index (ASI). Quality of life was evaluated at admission and at the end of the treatment by the WHOQOL-Bref questionnaire. A comparison of parameters obtained at admission between the group that completed and the one that abandoned the treatment was also performed to detect potential predictors of early dropout. Six months after the end of the treatment, the participants were contacted in order to repeat an evaluation through the ASI and the WHOQOL-Bref scales. **Results:** 41 participants (73% male, age 42.8 ± 16 years) were included. 14 participants dropped out at a median time of 88 days. Among those who completed the treatment improvements were observed in different clinical dimensions: in alcohol and drug consumption (3 months), in medical problems (6 months), in family/social relationships (9 months), in psychological scores (12 months) and in the four dimensions of WHOQOL-Bref. No changes were observed in legal problems and in the employment status. Only legal problems and family/social relationships at admission were significantly different among patients who completed versus those who dropped-out. Six months after discharge, no differences in WHOQOL-Bref scores were observed in the 15 participants who could be located and accepted the assessment. A little but statistically significant worsening was observed in the psychological problems dimension of the ASI in post-discharge follow-up. The rest of the ASI dimensions remained unchanged 6 months after concluding the treatment. **Conclusion:** This is one of the few studies performed in a latinamerican setting assessing the efficacy of a long-term IOT for SUD. It confirms previous works from developed countries, showing the potential benefits of IOTs implementation in our region.

Keywords: Intensive outpatient treatment - Addiction - Addiction Severity Index - WHOQOL-Bref questionnaire.

Introducción

Los trastornos por uso de alcohol y otras sustancias (TUS) participan significativamente en la carga global por enfermedad. De acuerdo a estudios recientes el conjunto de enfermedades asociado a mayor carga es el que combina trastornos mentales, neurológicos, TUS y autolesiones (Vigo et al., 2016). Un estudio comparativo de la carga relativa por enfermedad asociada al consumo de alcohol y otros TUS en Estados Unidos, Canadá y México muestra valores en el rango de 23 al 38% dependiendo del grupo etario y del país (Vigo et al., 2020). El impacto económico y social que reflejan estos datos justifica la atención dada a las estrategias terapéuticas que puedan emplearse y muy especialmente a su potencial eficacia.

Los objetivos del tratamiento, de acuerdo con los estándares promovidos por la Organización Mundial de la Salud, son detener o reducir el consumo, mejorar el bienestar, la funcionalidad y la salud de las personas, y prevenir futuros daños mediante la reducción del riesgo de complicaciones y recaídas. Los tratamientos, a la par de efectivos, deben promover la autonomía de los pacientes y la seguridad individual y comunitaria (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018).

De acuerdo a informes internacionales, en 2016 sólo 1 de cada 6 pacientes con TUS recibió tratamiento (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018). En Latinoamérica, las cifras son aún más preocupantes, ya que sólo 1 de cada 11 recibe apoyo (International Narcotics Control Board, 2017). Esto justifica la preocupación acerca de la accesibilidad y la efectividad de los tratamientos para el TUS en nuestra región.

Se han propuesto diversos abordajes terapéuticos. Los más comunes en el pasado fueron los tratamientos que requerían internación por periodos variables de tiempo pero, como se señaló más arriba, estos abordajes no respetan la autonomía de los pacientes, afectan los lazos sociales, profesionales y familiares y no garantizan la prevención de recaídas luego del alta (Witbrodt et al., 2007). Por ello, en los últimos años se han propuesto, desarrollado y evaluado estrategias ambulatorias de variada intensidad para pacientes con afección leve a moderada (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018). De acuerdo a un censo llevado a cabo en los Estados Unidos en 2017 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019), el 46% de los programas de tratamiento para adicciones consisten en tratamientos ambulatorios

intensivos (TAI). Lamentablemente no contamos con datos comparables ni en nuestro país ni en la región.

Los TAI son tratamientos de complejidad intermedia entre la hospitalización y los tratamientos ambulatorios clásicos. Difieren en la frecuencia con que los pacientes deben concurrir al dispositivo y en el marco conceptual en que se basan, pero hay consenso en relación a que la asistencia mínima requerida para que un tratamiento ambulatorio sea considerado intensivo es de 3 horas por semana (Mee-Lee et al, 2001).

La eficacia de los TAI fue evaluada por varios autores, pero los informes resultan difíciles de comparar debido a la heterogeneidad de encuadre/contexto de los dispositivos, la intensidad y duración del seguimiento y los instrumentos empleados para medir la eficacia. Algunos trabajos usan una aproximación naturalística (Bottlender & Soyka, 2005; Vuoristo-Myllys et al., 2013) mientras que otros comparan diferentes programas con diseños aleatorizados y randomizados (Essock et al., 2006; McLellan et al., 1997). Con respecto a la medición de la eficacia, hay diversidad de enfoques, pero sin lugar a dudas el parámetro empleado con más frecuencia es la abstinencia, medida ya sea a través del auto-reporte como de la cuantificación de drogas o alcohol en aliento, sangre u orina (Bottlender & Soyka, 2005; Krampe, et al., 2007).

El TUS afecta múltiples dimensiones de la vida personal. Al impacto psicológico, que es a la vez causa y consecuencia del trastorno, se agregan los efectos sobre el empleo, la salud física, las relaciones familiares y sociales e incluso pueden presentarse problemas legales. Los marcos conceptuales más difundidos proponen que la abstinencia es la condición necesaria, aunque no suficiente, para lograr la recuperación en todas las dimensiones afectadas. Aun cuando el carácter multidimensional del TUS es ampliamente aceptado, a la fecha son pocos los estudios que emplean un abordaje multidimensional en la evaluación de la eficacia de su tratamiento (Guydish et al., 1999; Krampe et al., 2007; McKay et al., 2013; McLellan et al., 1997). Asimismo, si bien las personas que buscan tratamiento en última instancia aspiran a mejorar su calidad de vida, son muy escasos los trabajos que prestan atención a este constructo a la hora de evaluar la efectividad (Tiffany et al., 2012).

La pregunta que se propone responder este estudio, que, hasta donde sabemos, es el primero de esta naturaleza llevado a cabo en Argentina y, muy probablemente, uno de los pocos realizados en un contexto latinoamericano es cuál es la eficacia de un TAI para pacientes

que padecen TUS no solo en lo que hace al consumo de sustancias, sino también en otras dimensiones afectadas. Se vale para ello de un abordaje multidimensional. La hipótesis por lo tanto es que la eficacia del TAI no se limita a lograr la abstinencia, sino que también mejora otras variables asociadas con el consumo de sustancias y la calidad de vida de los sujetos.

Por otra parte, dado que el abandono del tratamiento es un fenómeno que sucede con variable pero significativa frecuencia, independientemente de la estrategia terapéutica empleada (Brorson et al., 2013; Lappan et al., 2019; Stark, 1992), un objetivo secundario fue identificar factores que pudieran caracterizar a los pacientes en riesgo de abandonar el tratamiento prematuramente.

Métodos

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Resolución fechada el 5-8-2019). Todos los participantes prestaron su consentimiento por escrito en un formulario aprobado por el mencionado Comité de Ética. A poco de haber iniciado el estudio comenzó la pandemia de COVID-19, lo que obligó a introducir cambios en la forma de llevar adelante los tratamientos (principalmente migración a la modalidad remota) lo que fue informado al Comité de Ética y aprobado consecuentemente. Los efectos del cambio a la modalidad remota fueron evaluados y publicados previamente (Faur et al., 2021).

Participantes

Los pacientes admitidos al TAI entre el 2 de mayo de 2019 y el 31 de mayo de 2020 fueron invitados a participar en el estudio. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, cumplir los criterios diagnósticos para el trastorno por uso de sustancias o alcohol evaluados por los módulos J e I de la versión en castellano de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI (Ferrando et al., 2000), y estar en condiciones de entender el idioma castellano. Se registraron los siguientes datos demográficos: edad, género, estado laboral, y estado civil. También se consignaron los antecedentes de hospitalizaciones debido a problemas de salud mental y otras comorbilidades médicas.

Programa de tratamiento ambulatorio intensivo

El programa consistió en un conjunto de intervenciones orientadas a la recuperación en diversas dimensiones sintomáticas. El programa tuvo una duración de 12 meses y requirió de los participantes una asistencia

de al menos 9 horas por semana. La *Tabla 1* describe las actividades que formaron parte del programa.

Medición de la eficacia

Para evaluar la eficacia del TAI se emplearon dos instrumentos validados: la versión en castellano del Índice de Severidad de Adicción (ASI) (McLellan, Kushner, & Meetzger, 1992) y el Cuestionario WHOQOL-Bref de la Organización Mundial de la Salud (Finnerty, 2020). Ambos instrumentos se describen sucintamente a continuación.

■ Evaluación de la severidad de la adicción: el ASI se aplicó en la admisión y luego a los 3, 6, 9 y 12 meses. Es una entrevista semi-estructurada diseñada para valorar el impacto del consumo de sustancias en 7 áreas: problemas médicos, sostén económico/empleo, uso de alcohol, uso de drogas, problemas legales, relaciones familiares/sociales, y problemas psicológicos. El rango de los puntajes para cada dimensión es de 0 a 1 (siendo mayor la severidad cuanto mayor sea el puntaje) y explora la severidad del TUS durante los 30 días previos a la evaluación.

■ Calidad de vida: la escala WHOQOL-Bref (Finnerty, 2020) es una escala auto-administrada consistente en 25 ítems que se puntúan en una escala de 5 grados (mayor puntaje expresa mejor calidad de vida). Los puntajes finales resultantes, obtenidos de la sumatoria de puntajes en cada uno de los ítems, se ubican en el rango de 25 a 125 puntos. La escala se aplicó en el momento de la admisión y al concluir los 12 meses de tratamiento.

Cambios en el tratamiento durante la pandemia por COVID-19

Con el inicio de la pandemia por COVID-19 en marzo de 2020 el tratamiento mutó a modalidad remota, la que se aplicó durante los ocho meses siguientes. En noviembre de 2020 la psicoterapia individual volvió a la modalidad presencial, mientras que los grupos de terapia y el resto de las actividades continuaban brindándose en plataformas de reuniones virtuales hasta el final de la evaluación que se informa en este trabajo. El impacto en el cambio de modalidad fue medido y los resultados arrojados sugirieron que la administra-

Tabla 1. Descripción de los componentes del programa terapéutico y de la intensidad de cada uno de ellos

Componente del programa	Descripción	Frecuencia/Intensidad
Sesiones de terapia grupal para TUS	Terapia grupal semanales enfocadas en la prevención de recaídas, problemas relacionadas al uso de sustancias e intervenciones educativas y motivacionales.	≥ 6 horas semanales
Sesiones de terapia individual	Terapia enfocada en las vicisitudes personales durante el tratamiento.	≥ 1 hora semanal
Encuentros con la red social del paciente	Encuentros con la red social de cada participante destinados a proporcionar información sobre la uso problemático de sustancias, desarrollar habilidades comunicacionales, brindar apoyo y facilitar la resolución de problemas relacionados.	≥ 4 horas mensuales
Evaluación y atención psiquiátrica	Cada paciente fue evaluado por un psiquiatra luego de la admisión, y en caso de necesidad se llevaron a cabo entrevistas de seguimiento.	Al menos una vez al mes
Evaluación clínica	Cada paciente fue evaluado por un médico clínico y, en caso de necesidad, se llevaron a cabo consultas de seguimiento.	En la admisión y a los 12 meses o según la necesidad individual de cada paciente
Terapia vincular	Cada participante y su familia asistieron a cuatro entrevistas de terapia vincular durante los primeros seis meses de tratamiento.	Variable
Talleres	Los participantes tuvieron la oportunidad de asistir a grupos basados en la terapia dialéctico-comprtemental y a talleres de meditación, escritura creativa, y recuperación orientada a la inclusión sociolaboral.	Variable

ción del tratamiento bajo esta modalidad fue tan eficaz como el abordaje ambulatorio intensivo presencial (Faur et al., 2021).

Seguimiento post-alta

Con el objetivo de evaluar la persistencia de los cambios logrados, los participantes que concluyeron los 12 meses de tratamiento fueron contactados 6 meses después del alta, y mediante entrevista presencial o telefónica (según preferencia del paciente) se repitió la evaluación con las escalas ASI y WHOQOL-Bref.

Procesamiento estadístico

Para las variables continuas (puntajes de cada dimensión del ASI y de WHOQOL-Bref) se calcularon los valores promedio (\pm DE) obtenidos por los participantes en cada punto temporal. Para evaluar la significación estadística de los cambios observados, a las medias de los puntajes de ASI se les aplicó la prueba de Kruskal-Wallis para mediciones repetidas seguido del test de Dunn. La comparación de los valores obtenidos por la escala WHOQOL-Bref en la admisión y a los 12 meses se llevó a cabo mediante la prueba de Mann Whitney. La comparación entre las medias (\pm DE) de los puntajes de ASI y WHOQOL-Bref obtenidos en la medición de los 12 meses y los obtenidos en el seguimiento post-alta se llevó a cabo mediante la prueba t de Student para muestras pareadas.

A los fines de identificar factores predictores de abandono, los parámetros demográficos, y los puntajes de ASI y de WHOQOL-Bref a la admisión fueron comparados entre dos grupos: aquellos pacientes que completaron el tratamiento y aquellos que lo interrumpieron prematuramente. La comparación entre ambos grupos fue realizada mediante la prueba de Mann Whitney en el caso de parámetros cuantitativos y mediante la prueba chi-cuadrado para los categoriales.

En todas las pruebas, la significación estadística fue establecida en $p < 0.05$. El procesamiento estadístico se llevó a cabo con el software GraphPrism V5.

Resultados

Participantes

Se reclutaron y aceptaron participar 41 pacientes. Veintisiete completaron un año de tratamiento, mientras que 14 abandonaron en diferentes momentos. El tiempo promedio (percentiles 25-75) de abandono fue de 88 días (58.5-189.3).

Parámetros demográficos

La Tabla 2 muestra los parámetros demográficos del total de los participantes. Las condiciones comórbidas más frecuentes fueron hipertensión, dislipidemia e hipotiroidismo. Entre los participantes, un paciente fue VIH positivo, hubo un caso de anemia, un caso de osteoporosis y uno de psoriasis.

Evolución de la severidad de la adicción

Se efectuó una evaluación secuencial de las 7 dimensiones del ASI en la admisión y a los 3, 6, 9 y 12 meses. A los 3 meses no se observaron cambios significativos en el empleo, problemas médicos, problemas legales, relaciones sociales/familiares ni en la dimensión psicológica ($p =$ no significativo en todos los casos, Kruskal Wallis seguidas por la prueba de Dunn). Por el contrario, el consumo de drogas y el de alcohol disminuyeron drásticamente en este primer seguimiento ($p < 0.0001$ and $p < 0.0001$ respectivamente, Kruskal Wallis para mediciones repetidas seguida por la prueba de Dunn).

Tabla 2. Datos demográficos del total de los participantes (N = 41)

Parámetro	
Género	
Hombres [N (%)]	30 (73%)
Mujeres	11 (27%)
Otro	0 (0%)
Edad (años) [promedio (\pm DE)]	
Hombres	37.7 (10.5)
Mujeres	56.5 (20.3)
Estado de ocupación laboral [N (%)]	
Jubilados	5 (12 %)
Estudiantes	6 (15%)
Empleado	22 (54%)
Desocupado	8 (19%)
Años de educación formal [promedio (\pm DE)]	
Estado civil [N (%)]	
En convivencia	25 (61%)
Condiciones médicas comorbidas [N (%)]	
Antecedentes de internación [N (%)]	
Sustancia(s) (N)	
Alcohol	10
Drogas (marihuana, cocaína)	17
Alcohol y drogas	14

ba de Dunn). Los puntajes a los 6, 9 y 12 meses continuaron siendo más bajos que los obtenidos a la admisión para estos dos parámetros, lo que indica que una vez que estos beneficios terapéuticos son alcanzados, permanecen por el resto el tratamiento. De hecho, los puntajes obtenidos a los 9 y a los 12 meses fueron significativamente más bajos que los obtenidos a los 6 ($p < 0.05$, Prueba de Dunn) (Figuras 1A y 1B).

Con respecto a las relaciones familiares/sociales no se observaron beneficios estadísticamente significativos a los 3 meses, pero a partir de los 6 meses el puntaje del ASI para este parámetro fue significativamente menor al observado en la admisión y al obtenido en el seguimiento a los 3 meses. ($p < 0.0001$ Prueba de Dunn a los 6 meses vs a la admisión y a los 3 meses) (Figura 1C).

El puntaje obtenido en la subescala que evalúa problemas médicos se diferenció del observado en la admisión, a los 3 y a los 6 meses recién a los 9 meses de tratamiento y por último, los problemas psicológicos resultaron significativamente menores a las tomas previas recién en la última evaluación, a los 12 meses ($p < 0.0001$ y $p < 0.05$ respectivamente, Kruskal Wallis seguido por la prueba de Dunn) (Figura 1D y 1E).

No se observaron cambios significativos en el empleo y en los problemas legales ($p = NS$ para ambos parámetros, Prueba de Kuskall Wallis) (Figuras 1F y 1G).

Calidad de vida

La calidad de vida fue medida mediante la escala de WHOQOL-Bref en la admisión y al final del tratamiento. Los resultados expresados como media (\pm

Tabla 3. Puntajes obtenidos con la escala WHOQOL-Bref en los participantes que completaron el tratamiento (N = 27)

Dominios de la escala WHQOL-Bref	Admisión Media (\pm DE)	12 meses Media (\pm DE)	Valor de p
Salud física	23.96 (5.3)	27.69 (4.7)	0.0039 *
Bienestar psicológico	27.69 (4.7)	21.69 (4.5)	0.0108 *
Relaciones sociales	8.74 (2.7)	10.04 (2.2)	0.0045*
Entorno	29.89 (4.3)	32.58 (4.2)	0.0063 *

* Prueba de Mann-Whitney

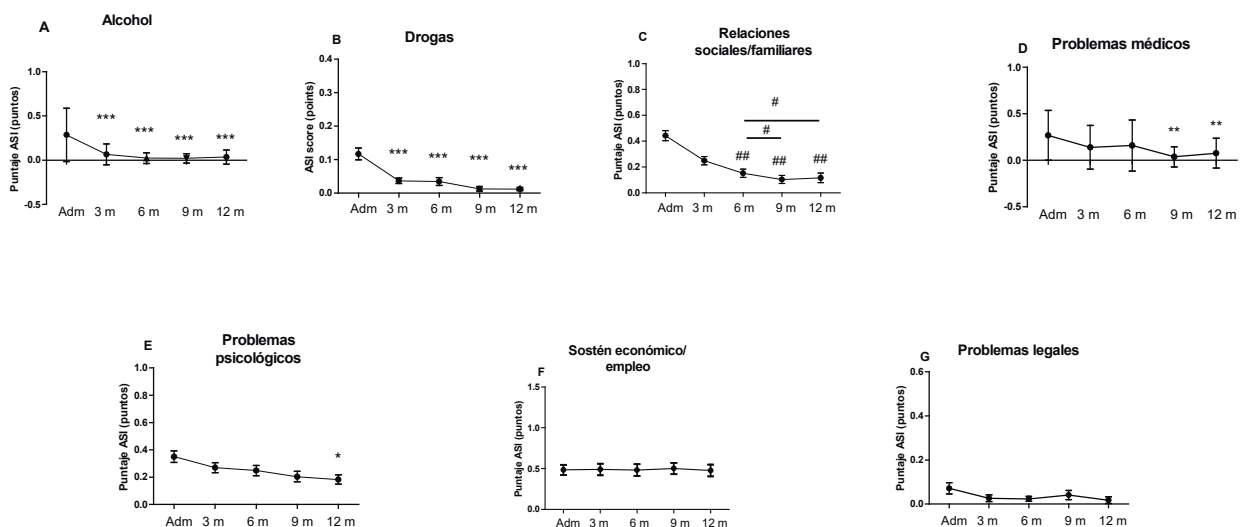
DE), se muestran en la Tabla 3. Todas las variables fueron significativamente mayores a los 12 meses, comparados con los resultados obtenidos a la admisión (Prueba de Mann Whitney).

Comparación entre participantes que completaron los 12 meses de tratamiento y aquellos que abandonaron

Para poder definir potenciales factores predictores de abandono comparamos parámetros demográficos, y puntajes de ASI y WHOQOL-Bref obtenidos en la admisión entre los participantes que completaron el tratamiento y los que no.

La comparación de los parámetros demográficos no arrojó diferencias entre los grupos, eliminando consecuentemente la posibilidad de proponerlos como factores predictores de abandono. Con respecto a los

Figura 1. Puntajes de las siete dimensiones de la escala ASI obtenidos por los participantes que completaron el tratamiento (N=27). La medición se llevó a cabo al momento de la admisión, y a los 3, 6, 9 y 12 meses



Ref: * $p < 0.05$ vs admisión; ** $p < 0.0005$ vs admisión; *** $p < 0.0001$ vs admisión; # $p < 0.05$ vs 6 meses; ## $p < 0.0001$ vs admisión y 3 meses (Kruskal Wallis para medidas repetidas/prueba de Dunn)

Tabla 4. Comparación de los puntajes ASI y WHOQOL-Bref en la admisión entre quienes completaron y quienes abandonaron el tratamiento

Parámetros	Pacientes que completaron el tratamiento N = 27	Pacientes que abandonaron el tratamiento N= 14	Valor de P
Parámetros demográficos			
Género (n)			
Masculino	18	12	0.2753 ¹
Femenino	11	2	
Edad (años) (promedio ± DE)	45.8 ± 17	37.1 ± 19.8	0.0947 ²
Ocupación (n)			
Sí	14	9	0.5203 ¹
No	13	5	
Años de educación (promedio ± DE)	17.5 ± 2.5	15.8 ± 2.1	0.2132
Estado civil (n)			
En convivencia	17	8	0.468 ¹
Viviendo solo	10	6	
Condiciones comórbidas (n)			
Sí	15	4	0.1858 ¹
No	12	10	
Antecedentes de internación (n)			
Sí	9	6	0.7337 ¹
No	16	8	
Tipo de sustancia (n)			
Alcohol	8	2	0.8283 ¹
Drogas	9	6	
Alcohol y drogas	10	6	
Puntajes ASI			
Problemas médicos	0.27 (0.2)	0.24 (0.3)	0.7475 ²
Sostén económico/empleo	0.48 (0.3)	0.46 (0.2)	0.9116 ²
Consumo de alcohol	0.28 (0.3)	0.15 (0.1)	0.4736 ²
Consumo de drogas	0.11 (0.1)	0.17 (0.1)	0.0628 ²
Problemas legales	0.07 (0.1)	0.17 (0.2)	0.0436 ² *
Relaciones sociales y familiares	0.44 (0.2)	0.30 (0.2)	0.0306 ² *
Problemas psicológicos	0.35 (0.2)	0.42 (0.2)	0.2007 ²
Puntajes WHOQOL-Bref			
Salud física	23.96 (5.3)	24.95 (4.7)	0.5381 ²
Salud psicológica	27.69 (4.7)	19.18 (4.9)	0.9116 ²
Relaciones Sociales	8.74 (2.7)	10.00 (2.9)	0.1034 ²
Entorno	29.89 (4.3)	31.00 (4.0)	0.3475 ²

1: Prueba de Fisher; 2: prueba de Mann Whitney; *p < 0.005

puntajes de ASI, los dos parámetros que mostraron diferencias significativas fueron los problemas legales y las relaciones familiares/sociales. La calidad de vida resultó estadísticamente similar entre quienes completaron y quienes no (ver Tabla 4).

Seguimiento post-alta

De los 27 participantes que concluyeron el programa de 12 meses, 15 pudieron ser contactados seis meses después de terminar el tratamiento y aceptaron ser evaluados con las escalas ASI y WHOQOL-Bref. Con la excepción de la dimensión que evalúa problemas psicológicos de la escala ASI, el resto de las dimensiones de esta escala y las cuatro dimensiones de la escala WHOQOL-Bref no mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación con los valores obtenidos al concluir el tratamiento. La dimensión de problemas psicológicos mostró un ligero agravamiento (0.097 ± 0.13 vs 0.176 ± 0.15 en los valores a 12 meses y post-alta respectivamente, $p = 0.04$, prueba t Student para muestras pareadas).

Discusión

Nuestro estudio empleó un abordaje multidimensional para evaluar la eficacia de un programa de tratamiento ambulatorio intensivo para el TUS. Para cumplir con este propósito medimos, al momento de la admisión y cada tres meses a lo largo de un año, la severidad de la adicción mediante la prueba ASI. Esta evalúa tanto la severidad en el consumo de alcohol y drogas como la medida en que están afectadas otras cinco dimensiones problemáticas: la salud física (nombrada como problemas médicos), las relaciones familiares/sociales, el sostén económico/empleo, los problemas legales, y los problemas psicológicos. Por otro lado, para comparar la calidad de vida a la admisión con la percibida por los participantes al final del programa se empleó el cuestionario WHOQOL-Bref. Finalmente, para explorar los factores que podrían estar relacionados con la deserción, se llevó a cabo una comparación de las variables registradas entre los participantes que completaron el tratamiento y aquellos que no.

El 34% de los participantes no completó el tratamiento. El 66% restante experimentó una mejoría general a lo largo de los 12 meses de tratamiento. Resulta interesante señalar que los puntajes en el consumo de alcohol y drogas mejoraron antes que los problemas médicos, psicológicos o de los vínculos socio/familiares. No observamos cambios en el sostén económico/empleo ni en la dimensión legal. La calidad de vida también mejoró como resultado del programa ya que

todas las dimensiones puntuaron significativamente más altas hacia el final del tratamiento. Finalmente, solo dos puntajes compuestos del ASI, la severidad de los problemas legales y las dificultades en las relaciones socio/familiares, difirieron significativamente entre los participantes que completaron y los que abandonaron prematuramente el programa. Curiosamente, los pacientes con relaciones familiares menos conflictivas estaban en mayor riesgo de dejar el tratamiento en comparación con aquellos que tenían un puntaje menor en esta dimensión de la escala ASI.

El abandono temprano es un impedimento para la recuperación (Palmer et al., 2009). De hecho, algunos estudios sugieren que los pacientes que permanecen en tratamiento por tres o más meses exhiben significativamente mejores resultados (medidos estos en una variedad de aspectos) que quienes abandonan prematuramente, y los resultados post-tratamiento continúan mejorando cuanto más tiempo han permanecido en el programa (Hubbard et al., 2003). En nuestro estudio, 27 de los 41 participantes completaron un año de tratamiento, lo que representa una tasa de abandono del 34%. Según la revisión de Lappan y cols. (2019) las tasas de abandono son de aproximadamente el 30% cuando se consideran los diversos dispositivos terapéuticos disponibles. Los estudios que investigan la permanencia específicamente en TAI revelan un rango de abandono que va del 30% (McKowen et al., 2017; Veach et al., 2000) al 80.4% (Ghosh et al., 2020). Hasta donde sabemos hay pocos estudios sobre este punto llevados a cabo en Latinoamérica. Un estudio que investiga la satisfacción de los pacientes en comunidades terapéuticas en distintos países latinoamericanos (Gómez-Restrepo et al., 2017) demostró una tasa media de abandono del 42%. Otros autores que exploraron predictores de abandono temprano en Colombia reportaron un abandono del 59% (García Valencia & Méndez Villanueva, 2014). Por lo tanto, nuestros resultados son similares a los obtenidos en países desarrollados y parecen reflejar menores tasas que las pocas reportadas en escenarios de nuestra región. Las causas de estas aparentes diferencias no están claras.

Los distintos estudios publicados acerca de la eficacia de los TAI son difíciles de comparar entre sí, debido a que los programas de tratamiento, su extensión, los instrumentos empleados para medir la eficacia y el diseño experimental (estudios naturalísticos versus controlados) son muy variados.

Con todas estas diferencias en mente, es evidente que una comparación entre nuestros resultados y

los publicados previamente debe realizarse con precaución. De nuestro estudio surge que el programa aplicado redujo el consumo de sustancias y/o alcohol dentro de los 3 meses, lo que resulta comparable con lo informado previamente, tanto por autores que emplearon la escala ASI (Guydish et al., 1999; Schneider et al., 1996; Tiet et al., 2007; Witbrodt et al., 2007) como por otros que miden la abstinencia mediante auto-reportes (Rychtarik et al., 2000). En nuestro estudio estos beneficios persisten a lo largo de todo el año y son seguidos por mejorías en otras dimensiones como los problemas médicos, los psicológicos, las relaciones socio/familiares, resultados todos ellos que se asemejan a algunos publicados previamente en mediciones transversales (Guydish et al., 1999; Tiet et al., 2007). Es interesante señalar que la reducción en la severidad del consumo propiamente dicho antecede a la que se detecta en el resto de las dimensiones. Esto indicaría, aunque con el método empleado en este estudio no se puede afirmar, que la mejoría en este aspecto es condición para la mejoría en el resto de los parámetros.

No hemos hallado cambios en los puntajes que miden la severidad de los problemas legales, lo que puede ser atribuido a que la misma era extremadamente baja en la muestra incluida en nuestro trabajo.

Tampoco hallamos cambios significativos en la dimensión que evalúa sostén económico/empleo. Desde nuestra perspectiva, la falta de efectos detectables en esta última dimensión puede deberse a diversas causas, entre las cuales debemos señalar el contexto pandémico en el que llevó a cabo gran parte del estudio. Durante la emergencia sanitaria el empleo se vio severamente afectado no solo para las personas con alguna afectación de su salud mental sino también para la población general. Además, en el grupo de participantes que completó el programa había un número de sujetos que ya se había jubilado al momento de la admisión y varios estudiantes que no estaban buscando trabajo (N=9). Entre el resto de los participantes que completaron el tratamiento, 13 tenían trabajo al momento de la admisión y no cambiaron su situación a lo largo del programa, y sólo 5 estaban desempleados. Aunque todas estas características particulares y contextuales podrían explicar en parte la ausencia de efectos del programa en este aspecto de la funcionalidad de los participantes, la falta de eficacia de TAI sobre esta área problemática ha sido previamente reportada por Guydish y cols. (1995) en una aproximación investigativa bastante similar a la nuestra. Por otro lado, como muestra una investigación realizada entre veteranos

de guerra de los Estados Unidos, en la que la mayoría de los participantes presentaba abuso de alcohol o sustancias, los cambios a nivel laboral requirieron de intervenciones específicas como, por ejemplo, rehabilitación vocacional (Abraham et al., 2021).

Aun cuando la expectativa de un tratamiento exitoso del TUS incluye una mejoría en la calidad de vida, esta dimensión no suele ser incluida entre las evaluadas en los estudios de eficacia terapéutica de los TAI. En nuestro estudio, observamos una mejoría significativa en los puntajes de las cuatro dimensiones medidas por la escala validada WHOQOL-Bref, lo que parece confirmar los resultados hallados en una revisión sistemática reciente que incluyó estudios sobre la eficacia de distintos programas de tratamiento, con abordajes tanto residenciales como ambulatorias (Tiffany et al., 2012).

A pesar de la importancia que reviste el abandono del tratamiento, tanto como condicionante del éxito terapéutico cuanto como factor a través del cual se suelen medir los resultados, son muy pocos los trabajos que hayan propuesto y evaluado factores predictores de interrupción prematura. Al considerar aspectos demográficos, algunos autores propusieron que los pacientes más jóvenes estaban en más riesgo de abandonar el tratamiento (Brorson et al., 2013; Calvo et al., 2018; Fishman et al., 1999; Vuoristo-Mylly et al., 2013). Con respecto al género/sexo, varios investigadores señalaron que los hombres están en más riesgo de abandono que las mujeres (Ghosh et al., 2020; López-Goñi, Fernández-Montalvo, & Arteaga, 2012; Simpson, Joe, & Rowan-Szal, 1997). En contradicción con este aparente consenso, Calvo y cols. (2018) plantearon que eran las mujeres las que mostraban mayores tasas de abandono. Por otro lado, y continuando con parámetros demográficos, la educación y el estado civil no fueron asociados a una deserción temprana (Ghosh et al., 2020; López-Goñi et al., 2012; Simpson et al., 1997). Los resultados de investigaciones publicadas muestran resultados contradictorios en lo concerniente al valor predictivo del empleo ya que mientras algunos estudios indican que el desempleo es un predictor de abandono (Veach et al., 2000) otros no hallaron dicha relación (Bottlender & Soyka, 2005).

En nuestro trabajo ninguno de los factores demográficos explorados se asoció al abandono prematuro del tratamiento. Sólo dos parámetros obtenidos en la admisión fueron significativamente diferentes entre los participantes que completaron el programa y aquellos que no: los problemas en los vínculos socia-

les/familiares y los problemas legales. López-Goñi y cols. (2012), quienes emplearon un abordaje similar al nuestro al evaluar factores predictores de abandono (puntajes en la escala ASI al momento de la admisión) observaron puntajes más altos en el consumo de alcohol, en los problemas de sostén económico/empleo y en las dificultades socio/familiares en los participantes que completaron el programa al ser comparados con quienes no. En nuestro estudio las dos primeras dimensiones no discriminaron entre participantes que abandonaron y quienes concluyeron el programa. En cambio, si bien nosotros también encontramos una diferencia en el puntaje que evalúa las dificultades en las relaciones socio/familiares entre ambos grupos, la diferencia fue opuesta a la informada por López-Goñi y col., ya que quienes abandonaron el programa tenían menor puntaje en la escala ASI en este indicador. Nuestra interpretación para este hecho es que, paradójicamente, los pacientes que presentan mejores vínculos socio/familiares (y menor puntaje ASI en este ítem) pueden estar menos motivados para apoyarse en el programa que aquellos que tienen relaciones conflictivas con su entorno. No obstante, a efectos de entender más claramente este fenómeno, y sobre todo teniendo en cuenta que la muestra en la que basamos estas observaciones es pequeña, pensamos que debería llevarse a cabo un estudio más extenso, que idealmente debería incluir un abordaje cualitativo con entrevistas a pacientes y familiares.

Finalmente, observamos que los puntajes que medían los problemas legales eran más altos entre los participantes que abandonaron el tratamiento frente a los que lo completaron. Esta observación, que también fue diferente a los reportes de López-Goñi y cols. y que no ha sido explorada en forma sistemática por otros autores, merecería también una evaluación más detallada.

La comparación de los puntajes obtenidos en la WHOQOL-Bref entre quienes terminaron y quienes abandonaron el tratamiento no mostró diferencias significativas. Hasta donde sabemos este es el primer trabajo que buscó determinar si las dimensiones medidas por esta escala de calidad de vida pueden predecir el abandono del tratamiento. Tal como señalamos para los demás aspectos de esta comparación, contar con una muestra más grande y, eventualmente, agregar un abordaje cualitativo podría resultar muy informativo.

Otros aspectos a los que otros autores les adjudicaron valor predictivo para anticipar el abandono prematuro no fueron incluidos en nuestro trabajo. Es el caso de la motivación (Simpson et al., 1997), los rasgos de personalidad, disfunciones cognitivas, la solidez de la alianza terapéutica (Brorson et al., 2013), la habilidad

para lidiar con el craving (Vuoristo-Myllys et al., 2013) o el diagnóstico de patología dual (Ghosh et al., 2020).

Resulta interesante señalar que en los pocos pacientes que pudieron ser contactados seis meses luego del alta, salvo la dimensión del ASI que mide problemas psicológicos, el resto de las dimensiones evaluadas permanecía en valores similares a los observados al concluir el tratamiento. Este dato, aunque alentador porque parecería expresar que no se registraron recaídas luego del alta (un fenómeno frecuente en el TUS), debe ser interpretados con cautela ya que bien podría estar mostrando un sesgo consistente en que solo los participantes que no recayeron o que conservaron los beneficios del programa aceptaron ser evaluados.

En conclusión, en este estudio, uno de los pocos realizados en Latinoamérica, concierne a la eficacia de un programa ambulatorio intensivo de 12 meses de duración destinado al tratamiento del TUS, demostramos una mejoría en cinco de las siete dimensiones de la escala ASI así como en las cuatro categorías del cuestionario WHOQOL-Bref, con lo que demostramos la hipótesis puesta a prueba. Resulta interesante destacar que la adherencia al tratamiento fue de más del 60%.

Nuestra investigación tiene algunas limitaciones, siendo la más relevante el tamaño de la muestra y el contexto pandémico en el que gran parte fue desarrollada. Sin embargo, dado que falta evidencia acerca de la eficacia de los abordajes terapéuticos para TUS en nuestra región, las coincidencias y diferencias entre nuestros hallazgos y los publicados por otros autores en países desarrollados parecen sumar al conocimiento sobre el tema.

Finalmente, nos gustaría enfatizar el efecto que el proceso de investigación en sí mismo tuvo en el equipo tratante. Los resultados que se fueron obteniendo a lo largo del año de seguimiento motivaron la reflexión de los profesionales acerca de la práctica asistencial que estaban desarrollando e, incluso, en no pocas ocasiones los orientó a perfeccionar el tratamiento ofrecido para ajustarlo con más precisión a las necesidades de cada participante.

Conflictos de interés: FP, GI, RF, RG, OSM, LG, MM, VG, BR, MH, DMBC y LG desarrollan sus tareas en el Dispositivo Pavlovsky, sitio en el que se llevó a cabo el estudio. En vista de esta condición, podría darse un conflicto de intereses. Sin embargo, declaran que el interés por conocer los alcances y las limitaciones del tratamiento que proporcionan es genuino y en consecuencia los datos fueron obtenidos y analizados con objetividad. SW no tiene conflictos de intereses que declarar.

Agradecimientos y fuentes de financiamiento: los autores agradecen a los participantes en el estudio. SW reconoce los siguientes recursos de financiamiento PICT Start-UP 2018-0902 (ANPCyT, Argentina), PIP # 11220200102369CO (CONICET, Argentina), UBA-CYT 20020170100017BA (Universidad de Buenos Aires, Argentina).

Referencias bibliográficas

- Abraham, K.M., Chang, M.U.M., Van, T., Resnick, S.G., & Zivin, K. (2021). Employment after Vocational Rehabilitation Predicts Decreased Health Care Utilization in Veterans with Mental Health Diagnoses. *Military Medicine*, 186(9), 850–857. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab113>
- Bottlender, M., & Soyka, M. (2005). Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: Predictors of outcome 6 months after treatment. *European Addiction Research*, 11(3), 132–137. <https://doi.org/10.1159/000085548>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C., & Ramirez, M. (2018). Early drop-outs and retentions in substance abuse outpatient clinics: a cross-sectional comparative study of factors that increase or decrease adherence. *Atencion Primaria*, 50(8), 477–485. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.006>
- Center for Substance Abuse Treatment. (2006). Substance Abuse : Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment. Treatment Improvement Protocol Series 47. Rockville, MD, US: DHHS.
- de Moura, A. P., e Sousa, H. F. P., Dinis, M. A. P., Ferros, L. L., Jongelen, I., & Negreiros, J. (2021). Outpatient Drug and Alcohol Treatment Programs: Predictors of Treatment Effectiveness. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(5), 1452–1467. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00235-x>
- Dunigan, R., Acevedo, A., Campbell, K., Garnick, D., Horgan, C., Huber, A., ... Ritter, G. (2014). Engagement in outpatient substance abuse treatment and employment outcomes. *J Behav Health Serv Res*, 41(1). <https://doi.org/doi:10.1007/s11414-013-9334-2>
- Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., ... Swain, K. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), 185–196. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.185>
- Faur, R., Irazoqui, G., Pavlovsky, F., & Wikinski, S. (2021). Expanding accessibility: Outpatient intensive treatment for substance use disorder during covid-19 pandemic. *Drug and Alcohol Dependence*, 218(September 2020), 108359. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108359>
- Ferrando, I., Bobes, J., Gilbert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). MINI International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. Retrieved from <http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquiatriaInternacional.pdf>
- Finnerty, A. (2020). Spanish-Argentinian-WHOQOL-BREF. Retrieved from <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/spanish-argentinian-whoqol-bref>
- Fishman, J., Reynolds, T., & Riedel, E. (1999). A retrospective investigation of an intensive outpatient substance abuse treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(2), 185–196. <https://doi.org/10.1081/ADA-100101854>
- García Valencia, J., & Méndez Villanueva, M. P. (2014). Factores asociados al abandono temprano del tratamiento de trastornos por uso de sustancias en una institución de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 7–17. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)70037-X](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)70037-X)
- Ghosh, A., Sharma, N., Subodh, B. N., Basu, D., Mattoo, S. K., & Pillai, R. R. (2020). Predictors of Dropout from an Outpatient Treatment Program for Substance Use Disorders in India: a Retrospective Cohort Study of Patients Registered over a 10-Year Period (2009–2018). *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00417-7>
- Gómez-Restrepo, C., Maldonado, P., Rodríguez, N., Ruiz-Gaviria, R., Escalante, M. Á., Gómez, R. Á., ... Blitchtein-Winicki, D. (2017). Quality measurers of therapeutic communities for substance dependence: An international collaborative study survey in Latin America. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0129-y>
- Greenfeld, S., Brooks, A., Gordon, S., Green, C., Cropp, F., McHugh, R., ... Miele, G. (2007). Substance Abuse Treatment Entry, retention and Outcome in Women: a Review of the Literature. *Drug Alcohol Depend*, 86(1), 1–21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>
- Guydish, J., Sorensen, J., Chan, M., Bostrom, A., Werdegar, D., & Acampora, A. (1999). A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 428–434. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.428>
- Guydish, Joseph, Werdegar, D., Sorensen, J. L., Clark, W., & Acampora, A. (1995). A day treatment program in a therapeutic community setting: six-month Outcomes. The Walden House Day Treatment Program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(6), 441–447. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(95\)02021-7](https://doi.org/10.1016/0740-5472(95)02021-7)
- 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)
- International Narcotics Control Board. (2017). Report 2017. Retrieved from <https://www.perennia.ca/wp-content/uploads/2018/11/Industry-Report-2017.pdf>
- Krampe, H., Spies, C. D., & Ehrenreich, H. (2007). Outpatient long-term intensive therapy for alcoholics (OLITA): a successful biopsychosocial approach to the treatment of alcoholism. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9(4), 399–412. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01519.x>
- 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>
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics. *American Journal on Addictions*, 21(1), 78–85. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x>
- Manning, V., Garfield, J. B. B., Lam, T., Allsop, S., Berends, L., Best, D., ... Lubman, D. I. (2019). Improved Quality of Life Following Addiction Treatment Is Associated with Reductions in Substance Use. *Journal of Clinical Medicine*, 8(9), 1407. <https://doi.org/10.3390/jcm8091407>
- McKay, J. R., Van Horn, D., Rennett, L., Drapkin, M., Ivey, M., & Koppenhaver, J. (2013). Factors in sustained recovery from cocaine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(2), 163–172. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.02.007>
- 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. *American Journal on Addictions*, 26(8), 780–787. <https://doi.org/10.1111/ajad.12619>
- McLellan, A., Grissom, G., Zanis, D., Randall, M., Brill, P., & O'Brien, C. (1997). Problem-Service "Matching" in addiction treatment. A prospective Study in 4 Programs. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 730–735.

- McLellan, A., Kushner, H., & Meetzger, D. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat*, 9(3), 199–213.
- Mee-Lee, D., Shulman, G.D., Callahan, J. F., Fishman, M., Gastfriend, D., & Hartman, R.d Hunsicker, R. . E. (2001). *Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders* (2nd ed.). American Society of Addiction Medicine.
- Palmer, R., Murphy, M., Piselli, A., & Ball, S. (2009). Substance abuse treatment drop-out from client and clinician perspectives. *Substance Use Misuse*, 44(7), 1021–1038. <https://doi.org/10.1080/10826080802495237.Substance>
- Rychtarik, R. G., Connors, G. J., Whitney, R. B., McGillicuddy, N. B., Fitterling, J. M., & Wirtz, P. W. (2000). Treatment settings for persons with alcoholism: Evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 277–289. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.277>
- Schneider, R., Mittelmeier, C., & Gadish, D. (1996). Day versus inpatient treatment for cocaine dependence: An experimental comparison. *The Journal of Mental Health Administration*, 23(2), 234–245. <https://doi.org/10.1007/bf02519114>
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997a). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 47(3), 227–235. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(97\)00099-9](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(97)00099-9)
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997b). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes 1. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 227–235. Retrieved from www.ibr.tcu.edu
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93–116. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90092-M](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90092-M)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2017. Data on Substance Abuse Treatment Facilities. Retrieved from <http://oas.samhsa.gov/nssats2k7/nssats2k7toc.cfm>
- Tiet, Q. Q., Ilgen, M. A., Byrnes, H. F., Harris, A. H. S., & Finney, J. W. (2007). Treatment setting and baseline substance use severity interact to predict patients' outcomes. *Addiction*, 102(3), 432–440. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01717.x>
- Tiffany, S., Friedman, L., Greenfield, S., Hasin, D., & Jackson, R. (2012). Beyond Drug Use: a Systematic Consideration of Other Outcomes in Evaluations of Treatments for Substance Use Disorders. *Addiction*, 107(4), 709–718. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03581.x.Beyond>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/UNODC-WHO_International_Treatment_Standards_Spanish.pdf
- Veach, L. J., Remley, T. P., Sola, M., Kippers, M. E., & Sorg, J. D. (2000). Retention Predictors Related to Intensive Outpatient Programs for Substance Use Disorders. *Am. J. Drug and Alcohol Abuse*, 26(3), 417–428. Retrieved from www.dekker.com
- Vigo, D., Jones, L., Thornicroft, G., & Atun, R. (2020). Burden of Mental, Neurological, Substance Use Disorders and Self-Harm in North America: A Comparative Epidemiology of Canada, Mexico, and the United States. *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(2), 87–98. <https://doi.org/10.1177/0706743719890169>
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Vuoristo-Myllys, S., Lahti, J., Alho, H., & Julkunen, J. (2013). Predictors of Dropout in an Outpatient Treatment for Problem Drinkers Including Cognitive-Behavioral Therapy, and the Opioid Antagonist Naltrexone. *J Stud Alcohol Drugs*, 74, 894–901.
- Witbrodt, J., Bond, J., Kaskutas, L. A., Weisner, C., Jaeger, G., Pating, D., & Moore, C. (2007). Day Hospital and Residential Addiction Treatment: Randomized and Nonrandomized Managed Care Clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 947–959. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.947>