

Original

Estadística y análisis de datos en el proceso de admisión a un dispositivo de salud mental

BERENICE RABADE, VERÓNICA GARGIULO, ANDREA VEGA DÍAZ, NADIA ALEJANDRA GIRÓN, MÁXIMO VON IFFLINGER, CAMILA STRAMBACH, LUCIANA NOEMÍ GARCÍA, FEDERICO PAVLOVSKY

BERENICE RABADE.
Dispositivo Pavlovsky.
Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina;
berenice.rabade@gmail.com
ORCID: 0000-0001-9077-2423

VERÓNICA GARGIULO.
Dispositivo Pavlovsky.
Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina;
veronica.a.gargiulo@gmail.com
ORCID: 0000-0002-7403-8242

ANDREA VEGA DÍAZ.
Dispositivo Pavlovsky.
Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina;
vega.andrea13@gmail.com

NADIA ALEJANDRA GIRÓN
Dispositivo Pavlovsky.
Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina;
nadiaagiron@gmail.com

MÁXIMO VON IFFLINGER.
Dispositivo Pavlovsky.
Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina;
maximovig2002@gmail.com

CAMILA STRAMBACH.
Dispositivo Pavlovsky.
Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina;
strambachcamila@gmail.com

LUCIANA NOEMÍ GARCÍA
CONICET. Instituto Multidisciplinario
de Investigaciones en
Patologías Pediátricas.
Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina;
binlugarcia@gmail.com
ORCID: 0000-0001-9837-2934

FEDERICO PAVLOVSKY.
Dispositivo Pavlovsky.
Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina;
fpavlovsky@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1928-2581

Correspondencia:
Luciana N. García;
binlugarcia@gmail.com

Introducción: la admisión en tratamientos ambulatorios para conductas problemáticas representa un gran desafío para la salud mental. **Objetivo:** analizar indicadores clínicos y sociodemográficos obtenidos durante la implementación de un esquema de evaluación rápida sin lista de espera en un dispositivo ambulatorio para tratamiento de conductas problemáticas en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. **Métodos:** encuesta de satisfacción y estudio descriptivo transversal retrospectivo en pacientes admitidos en 2023 que iniciaron tratamiento. **Resultados:** el 89 % de los consultantes se mostró conforme con la duración de la evaluación y el 67 % evaluó la experiencia como excelente o muy buena. Durante el año 2023, 88/166 (53 %) de los consultantes iniciaron un tratamiento. Aumentó la consulta por consumo de cocaína y por ludopatía. En la población de mujeres se evidenció un mayor porcentaje de antecedentes de relevancia. La tasa de abandono a los 12 meses fue del 35.2 % con una mediana de 82 días en tratamiento antes del abandono voluntario y a los 18 meses fue de 47.7 % con una mediana de 117 días, respectivamente. El resultado del tamizaje de sustancias al ingreso y la situación vincular de los consultantes se asoció al posterior abandono. **Conclusión:** innovar en la admisión mejora la respuesta clínica, protege el entorno terapéutico y favorece la retención del paciente en los dispositivos.

Palabras clave: Admisión voluntaria del paciente – Recopilación de datos – Trastornos relacionados con sustancias – Calidad de atención.

Statistical Analysis of Data from the Admission Process of a Mental Health Service

Introduction: Admission to outpatient treatments for problematic behaviors represents a major challenge for mental health services. **Objective:** To analyze clinical and sociodemographic indicators obtained during the implementation of a rapid admission process without a waiting list in an outpatient service for the treatment of problematic behaviors in Buenos Aires, Argentina. **Methods:** Customer satisfaction surveys and a retrospective, cross-sectional, descriptive analysis of patients admitted in 2023. **Results:** Overall, 89% of participants were satisfied with the duration of the assessment, and 67% rated their experience as excellent or very good. In 2023, 88 out of 166 (53%) participants initiated treatment, with an increase in consultations related to cocaine use and gambling disorder. A higher percentage of relevant background was observed among women. The dropout rate at 12 months was 35.2%, with a median of 82 days in treatment before voluntary withdrawal; at 18 months, the rate was 47.7%, with a median of 117 days. Substance screening results at admission and patients' relationship status were associated with subsequent dropout. **Conclusion:** Innovating in the admission process improves clinical response, protects the therapeutic environment, and enhances treatment retention.

Keywords: Voluntary Admission – Data Analysis – Substance Use Disorders – Care Quality.

Introducción

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) constituyen un importante desafío para la salud pública, mostrando una amplia variabilidad entre regiones y grupos demográficos. Desde el año 2022 en grandes ciudades ha aumentado la carga de la enfermedad impulsado por el incremento de TUS en adolescentes y adultos jóvenes [35]. A nivel mundial, las estimaciones indican que el trastorno por uso de alcohol presenta la mayor prevalencia, con 13.31 millones de casos, seguido por el trastorno por uso de cannabis (10.69 millones) y el de opiáceos (4.27 millones) [9]. En comparación con los otros países de América Latina, Argentina tiene una alta prevalencia de consumo de drogas [18]. La encuesta realizada por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), indica que en el año 2022 el 66.2 % de la población objetivo (personas de 16 a 75 años de 31 aglomerados urbanos), consumieron alguna bebida alcohólica y el 13.8 % consumió marihuana con fines terapéuticos o no [21].

No todas las personas con conductas problemáticas acceden a un tratamiento; post pandemia se vio un incremento en la voluntad de empezar un proceso terapéutico, pero no hubo aumento en la oferta de dispositivos de atención debido a que muchos debieron ser cerrados o limitados en su capacidad [33]. Las estadísticas internacionales muestran que menos de un 10 % de personas que necesitaron tratamiento por un problema de consumo, 5.7 % en el caso del alcohol, recibieron tratamiento en un centro especializado en abuso de sustancias y sólo una de cada cinco personas es mujer [20,30]. Una encuesta del OAD del 2024 mostró que cerca del 60 % de mujeres y 33 % de varones tuvieron preocupación por su consumo y sólo un 20 %, de los que llevaron a cabo alguna acción, realizó una consulta en una institución o a un profesional [22].

Existen diversas modalidades en la admisión de pacientes a tratamientos para

adicciones. En los tratamientos ambulatorios e internaciones voluntarias predomina la lista de espera, esta se debe a la falta de personal y suele ser percibida por los usuarios como una gran barrera de acceso al tratamiento [28]. Mientras que en los tratamientos de desintoxicación voluntaria predomina la admisión rápida (primeras 24 hs). Un estudio reciente mostró una preocupante diferencia en las técnicas de admisión en tratamientos residenciales por trastorno por uso de opioides con costes elevados, allí el reclutamiento activo de pacientes era más común: la admisión a menudo se ofrecía sin evaluación clínica y los tratamientos sustitutivos no eran priorizados [5]. En forma similar, muchos pacientes con trastorno por uso de alcohol experimentan una atención deficiente en servicios no especializados en estos sistemas [25]. Sin embargo, existen modalidades que, aunque menos frecuentes son percibidas por los usuarios como beneficiosas. Tales como, un esquema de evaluación sin lista de espera y la admisión en programas de extensión comunitaria [12,16,19].

La modalidad de acceso de los pacientes es un parámetro en la evaluación de la calidad de los servicios de salud mental y dimensiona el uso real que hace la población de estas prestaciones [29]. Ingresar a un dispositivo ambulatorio para adicciones implica una primera evaluación de las condiciones clínicas para el inicio de un tratamiento a corto plazo y además la opción de una oferta adecuada del tipo de programa terapéutico. Un buen diagnóstico situacional del consultante debe guiar la personalización del tratamiento. A partir de esta evaluación inicial, se procede a identificar tanto comorbilidades relevantes, como factores psicosociales y también el nivel de motivación del consultante; elementos que resultan cruciales para la elaboración de un plan terapéutico integral [23].

Nuestro grupo de investigación forma parte del equipo terapéutico de un dispositivo

para el tratamiento de los consumos problemáticos y/o conductas compulsivas con riesgo para la salud [8]. Recientemente, ha publicado diversos artículos sobre la evaluación multidimensional del programa, las causas de abandono del mismo y las intervenciones facilitadoras para subgrupos de pacientes [24,14,31,32,27]. A finales del 2022 este dispositivo innovó la admisión al tratamiento mediante la implementación de un esquema de evaluación sin lista de espera. El objetivo del presente trabajo es analizar los indicadores clínicos y sociodemográficos obtenidos durante la implementación de un esquema de evaluación para la admisión a dicho dispositivo de salud mental.

Materiales y métodos

Participantes

El presente trabajo incluyó una encuesta anónima realizada a los consultantes y sus acompañantes/familiares. Además, se realizó un estudio descriptivo transversal observacional retrospectivo en una población de 88 pacientes que formaron parte del proceso de admisión de un dispositivo ambulatorio privado en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina y que luego ingresaron a tratamiento. El análisis de los datos del estudio consistió en un análisis secundario de los datos de las historias clínicas y un análisis descriptivo de la encuesta anónima realizada conforme a las buenas prácticas clínicas y las regulaciones locales.

Instrumentos

Los datos corresponden a la información de la historia clínica de pacientes que se completó durante el proceso de evaluación para la admisión al mencionado dispositivo ambulatorio entre enero y diciembre del 2023, datos que fueron llevados a una base de datos anonimizada de pacientes a un dispositivo ambulatorio privado de la Ciudad de Buenos Aires Sobre la base de la población de pacientes admitidos se

consignaron datos demográficos, antecedentes personales y familiares relevantes para el tratamiento del consumo.

Durante el primer año de implementación del proceso de evaluación se realizó en forma anónima un cuestionario *online* auto-gestionado a pacientes y familiares/acompañantes para la evaluación interna de los cambios. Los formularios completos se encuentran en el anexo al final de este artículo. Brevemente indicamos que las preguntas hacen referencia a la experiencia, su opinión sobre la inclusión de los familiares en el proceso y la satisfacción vivenciada durante el proceso de evaluación. Se consignó un espacio para dejar comentarios, reclamos o críticas y para poder expresar una comparación con otros procesos vividos. A los familiares se les consultó su opinión sobre el costo asociado del proceso de evaluación y a los consultantes se les pidió que comparasen entre dicho costo y su gasto habitual en consumo. Esta última comparación tuvo como base el hecho que el registro del paciente del dinero ahorrado mostró en estudios previos de dicho dispositivo ser una herramienta motivacional eficiente [7].

Procedimientos

La población de este análisis son pacientes de Dispositivo Pavlovsky (DP), una propuesta privada de atención ambulatoria, multidisciplinaria e intensiva para el tratamiento de los consumos problemáticos de sustancias y adicciones comportamentales destinado a adolescentes y adultos. El dispositivo cuenta con cuatro propuestas terapéuticas, diseñadas para diferentes perfiles de usuarios: tratamiento ambulatorio intensivo (TAI); programa terapia dialéctico conductual y trastorno por uso de sustancias (DBT/TUS); programa de ciencias del comportamiento (PCC) y, finalmente, tiempo de análisis (TDA). Las características específicas del TAI y DBT/TUS se encuentran descritas en publicaciones previas [8,32]. Quienes solicitan

tratamiento pueden llegar a la institución de manera espontánea (enterados de la propuesta por redes sociales, por recomendaciones, entre otras vías) o derivados por profesionales de otras entidades. En la primera entrevista psiquiátrica se indica la realización de un tamizaje de drogas, y un esquema posterior semanal o aleatorio de nuevos tamizajes. El paciente que no acepta realizarlo se considera que está en consumo activo o que no desea evidenciar otros consumos.

Descripción del esquema de evaluación sin lista de espera

Para iniciar el tratamiento el consultante debe realizar un proceso de admisión y evaluación (PDE) solicitando el mismo a través de la página web de la institución, de lunes a domingo, los 365 días del año. Dicho proceso de admisión ha sido modificado a lo largo del tiempo. En los inicios este consistía en una única entrevista lo cual generaba dificultades para alcanzar los objetivos propios de dicho proceso. Es por ello que a partir del mes de junio del año 2022 se empezó a trabajar en el diseño de un proceso de evaluación de cuatro entrevistas (realizadas por un equipo interdisciplinario de psiquiatras y psicólogos de la institución).

Durante las entrevistas (ver tabla 1) se indaga y evalúan los motivos de consulta, datos relevantes sobre el consumo problemático, como por ejemplo: historia, modalidad del consumo, características del mismo, la historia de tratamientos, entre otros ítems; así como antecedentes clínicos personales y familiares. A su vez, se convoca a entrevistas exclusivas a familiares o personas con vínculos significativos del consultante con la finalidad de conformar una red de apoyo. Por último se da a conocer la propuesta terapéutica, la modalidad de tratamiento sugerida. Al finalizar el PDE se realiza un resumen de la evaluación del equipo en cuanto al diagnóstico situacional que se entrega al consultante.

El objetivo del PDE es conocer al consultante, evaluar su situación y las posibilidades de ingreso. Al mismo tiempo, dar lugar a que el consultante y su red conozcan, comprendan y decidan si aceptan las implicancias del tratamiento. Los criterios de admisión para iniciar a tratamiento ambulatorio son: 1) que el paciente se encuentre compensado psiquiátricamente, 2) que acepte voluntariamente iniciar tratamiento, 3) que no se encuentre en riesgo cierto e inminente de vida, 4) que no requiera en ese momento una internación para desintoxicación, 5) que el paciente cuente con una red de apoyo y contención y 6) en caso de egreso reciente de una internación que el paciente acepte la condición de vivir acompañado. Además de lo mencionado se tiene en cuenta las posibilidades del paciente de financiar económicamente el tratamiento a corto y mediano plazo.

De cumplirse estos criterios, el paciente es admitido, en conjunto con él se decidirá el programa que realizará, el equipo que lo tratará y la agenda terapéutica (terapia individual, grupal, talleres, etc.). En caso de que el consultante no esté en condiciones de ser admitido se entrega un resumen de la evaluación realizada y se realiza la orientación o sugerencia de tratamiento en otros servicios.

Las entrevistas del PDE se realizan de manera consecutiva siguiendo un encuadre y objetivos específicos explicitados en la tabla 1.

Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva para las características de los individuos y los resultados de la encuesta. Para examinar la distribución de las interrupciones del tratamiento en el periodo se aplicó el método de Kaplan-Meier expresando los valores en mediana e intervalo de confianza de 95 % (IC95%), mientras que para evaluar la significación estadística de la distribución

Tabla 1. Detalle de las entrevistas del proceso de evaluación para el ingreso

Orden de las entrevistas	Entrevistadores participantes	A quién va dirigida	Duración	Objetivos
Primera	Profesional del equipo (Psicólogo o Psiquiatra)	Consultante	50 minutos	Diagnosticar la situación. Indagar comorbilidades, antecedentes de salud mental, clínicos y sociolaborales. Registrar la existencia de variables relacionadas al mayor riesgo («preguntas alarma»)
Segunda	Mismo profesional que realizó la primera entrevista.	Persona significativa del entorno del consultante (posible red de apoyo)	50 minutos	Conocer la situación actual desde la perspectiva de la red. Indagar antecedentes familiares de salud mental y clínicos. Conocer las expectativas y si hay acuerdo con el tratamiento.
Tercera	Director de la institución	Consultante	50 minutos	Realizar una evaluación clínica. Dar a conocer al paciente quienes coordinan la institución y realizar un acercamiento a la propuesta terapéutica. Dar espacio para expresar las dudas, preguntas y sugerencias del consultante y su red.
Cuarta	Profesional coordinador del programa terapéutico indicado	Consultante y su red	50 minutos	Dar a conocer el programa terapéutico indicado. Explicar el encuadre de participación. Evaluar la disponibilidad del paciente y la familia (en términos motivaciones y logísticos) para iniciar.

de frecuencias entre dos muestras se utilizó la prueba de prueba χ^2 y para múltiples comparaciones se utilizó el test exacto de Fisher mediante el paquete estadístico *R* (Versión 4.4.1, *R Core Team*, 2022) considerando significativa una $p = .05$ y representando los valores en mediana y rango intercuartil (IQRs por sus siglas en inglés).

Resultados

Encuesta realizada a consultantes y acompañantes

En total se recibieron 69 respuestas, 36/69 (52 %) de consultantes y 33/69 (48 %) de acompañantes. La encuesta sirvió a propósitos internos para evaluar rápidamente los cambios. Incorporamos en este artículo un extracto de las preguntas realizadas. Dentro de los consultantes 6/36 (17 %) calificaron su experiencia como excelente, 18/36 (50 %) como muy buena y 11/36

(30 %) como buena. Sólo 1/36 (2.7 %) la calificó como mala. Dentro de los consultantes 34/36 (94 %) acordaron incluir acompañantes en las entrevistas y 2/36 (5 %) estuvieron en desacuerdo; en forma similar 32/36 (89 %) estuvieron conformes con el tiempo de respuesta desde el primer contacto y 4/36 (11 %) no lo estuvieron. Se les pidió que calificaran con qué frecuencia experimentaron diferentes estados durante las entrevistas. Las respuestas en porcentajes mostraron una mayor tendencia a sentir: contención (30/36 - 83 %), motivación (27/36 - 75 %), y esperanza (26/36 - 72 %) y una menor tendencia a sentir: ser juzgados (4/36 - 11 %), enojo (10/36 - 27 %) y confusión (17/36 - 47 %).

Dentro de las respuestas de los acompañantes, 12/33 (36 %) vivían con el consultante. En la mayoría de los casos 22/33 (66 %) se trató de familiares cercanos

(madre, padre, hermano/a), 8/33 (24 %) o de pareja o expareja del consultante; 2/33 (6 %) de amigos o compañeros de trabajo y 1 fue otro tipo de familiar (primo, pareja de un familiar). La calificación de la experiencia fue en 7/33 (21 %) considerada excelente, 16/33 (48 %) muy buena, en 8/33 (24 %) buena, 2/33 (6 %) regular y 32/33 (97 %) estuvieron de acuerdo con la inclusión de acompañantes en las entrevistas del proceso de evaluación. También 32/33 (97 %) estuvieron conformes con el tiempo de respuesta desde el primer contacto. En tanto, respecto a una pregunta que hacía referencia al aporte de información útil durante el proceso, se obtuvo que: 24/33 (73 %), recibieron información nueva, principalmente sobre cómo acompañar 14/33 (42 %), sobre la situación del consultante 7/33 (21 %) y 3/33 (9 %) sobre adicciones.

Dentro de los espacios para comentar diferencias con respecto a admisiones previas. Las respuestas de los consultantes 24/36 (66 %) y los acompañantes 21/33 (64 %) fueron comentarios positivos (ver el anexo al final). Otro eje evaluado fue la percepción sobre el costo del proceso de entrevistas, en el caso de consultantes se indagó sobre la relación del costo del consumo habitual semanal con respecto al costo del proceso de evaluación y en tanto que a los acompañantes se preguntó sobre el costo del mismo. Hubo 9/36 (25%) consultantes que no recordaban los valores, mientras que 19/36 (52%) consignaron valores más bajos en su consumo y 8/36 (22%) valores similares o superiores en su consumo. De los acompañantes, 24/33 (73 %) opinaron que el costo les pareció adecuado y 9/33 (27 %) consideraron que era elevado.

Características de los pacientes

Del total de consultas (166), 88 pacientes ingresaron a tratamiento. Todos los pacientes se identificaron como cisgénero. Las características principales de los consultantes que ingresaron a tratamiento se resumen en la tabla 2. La duración del pro-

Tabla 2. Características sociodemográficas y variables relacionadas con los consultantes (N=88) que ingresaron al tratamiento durante 2023

Característica	36 (27-48)	
Edad, mediana (rango intercuartil)	n	%
Sexo		
Hombre	59	67.0
Mujer	29	33.0
Consumo problemático		
Cocaína	30	34.0
Alcohol	21	24.0
Policonsumo	26	29.5
Cannabis	3	3.4
Ludopatía	2	2.3
Otros *	6	6.8
En relación de pareja		
Si	34	38.6
No	54	61.4
Hijos		
Si	38	43.2
No	50	56.8
Empleo		
Si	69	78.4
No	19	21.6
Estadio del cambio al ingreso		
Contemplativo	63	71.5
Precontemplativo	21	23.8
Preparación	1	1.2
Acción	2	2.3
Mantenimiento	1	1.2
Otras variables		
Intento de suicidio	11	12.5
Patología clínica con riesgo de vida	20	22.7
Internación de salud mental reciente (3 meses previos)	22	25
Antecedente de abuso sexual	27	30.6
Causas legales	12	13.6
Sobredosis	16	18.2
Accidente automovilístico (12 meses previo)	15	17.0
Antecedentes psiquiátricos (esquizofrenia, trastorno bipolar I y II, trastorno delirante)	12	13.6
Fuente de derivación		
Psiquiatra	31	35.2
Psicólogo	26	29.5
Otro paciente del dispositivo o familiar de paciente	5	5.7
Sitio de internación	3	3.4
Contacto por difusión en redes	3	3.4
Reingreso	15	17.0
Médico de otra especialidad	1	1.2
Juez	1	1.2
Otros (amigos, conocidos)	3	3.4

*Otros consumos: pornografía 1/6; psicofármacos 1/6; sedantes 2/6; trastorno de la conducta alimentaria 2/6.

ceso de evaluación (PDE) tuvo una mediana de 6 (IQRs: 4-8) días.

Otras características destacables: 35/88 (39.7 %) de los pacientes afirmaron que vivían solos al momento de iniciar la consulta y 4/88 (4.5 %) no pudieron designar una persona como red. En 67 de los ingresantes se evaluó presencia de síntomas del trastorno límite de la personalidad (TLP), de los cuales 31/67 (46.3 %) cumplieron con criterios diagnósticos. El porcentaje de mujeres ingresantes al tratamiento 29/88 (33 %) representa un incremento con respecto a estudios previos en los que representaban el 17 % y el 27 % de la cohorte [24, 31].

Se encontraron características distintivas entre ingresantes mujeres en comparación con varones: una mayor cantidad de abuso sexual en su historia previa (55.2 % versus 18.6 % $p= .0011$), y también mayor cantidad de antecedentes psiquiátricos (31 % versus 5.0 %, $p= .0026$), así como una menor proporción de estar en situación de pareja (17.2 % versus 49.1 %, $p= .007$).

La duración del PDE mostró una correlación positiva débil con la edad ($r= .21$, $p= .02$). Al graficar las variables, se observa que los pacientes de mayor edad tienden a períodos de evaluación más prolongados. Un caso notable es el de un paciente de 30 años, cuya duración del PDE fue superior al promedio (figura 1A). Este consultante tenía una red de contención escasa, era pareja de un paciente que se encontraba en tratamiento por TUS en el mismo dispositivo, quien financiaba su tratamiento. Durante el proceso de evaluación, suspendió dos veces las fechas de entrevistas. Antes de la tercera entrevista comunicó telefónicamente su deseo de no continuar con el proceso de admisión. Finalmente ingresó al programa DBT/TUS, llegó treinta minutos tarde a la entrevista de bienvenida y la duración total de su tratamiento en el programa fue inferior a treinta días.

Además de los cambios, antes mencionados en el proceso de admisión, se incorporó el registro de la percepción de los pacientes en su consumo de tecnología y el uso del celular como facilitador del consumo (figura 1B). En este último ítem, mientras 4 pacientes no respondieron, otros 44/84 (52 %) afirmaron usar el celular para acceder al consumo. El uso compulsivo de tecnología se vio relacionado principalmente a la sustancia/conducta problema en ludopatía y al policonsumo, en menor medida a la cocaína y otras sustancias, mientras que sólo 4/21 (19 %) al consumo de alcohol. Como características generales, la mayoría de ellos eran hombres ($n=20$) y consultantes asignados al programa DBT/TUS ($n=17$) con una mediana de edad de 31 años.

En la figura 1 el gráfico de puntos (A) se destaca en rojo los datos de un consultante. Las barras (B) representan las sustancias o conductas problemáticas de los ingresantes y se encuentran particionadas de acuerdo al antecedente del uso compulsivo de tecnología.

Evaluación del impacto del nuevo proceso de evaluación en variables relacionadas con el tratamiento

En una primera instancia evaluamos los cambios en las variables de tasa de abandono y días de permanencia. Los pacientes que interrumpieron la terapia tuvieron una mediana de 82 días en tratamiento (IC95%: 40-109), con una tasa de abandono en los 12 meses de evaluación de 31/88 (35.2 %). El porcentaje de permanencia de los pacientes durante el 2023 se encuentra graficado en la figura 2.

Integración de variables detectadas asociadas a la evolución del paciente

Se realizó a 44/88 (50 %) de los pacientes un *screening* de drogas en orina en la entrevista de admisión a su respectivo programa, la prueba tuvo un resultado positivo en 11/44 (25 %) de los pacientes

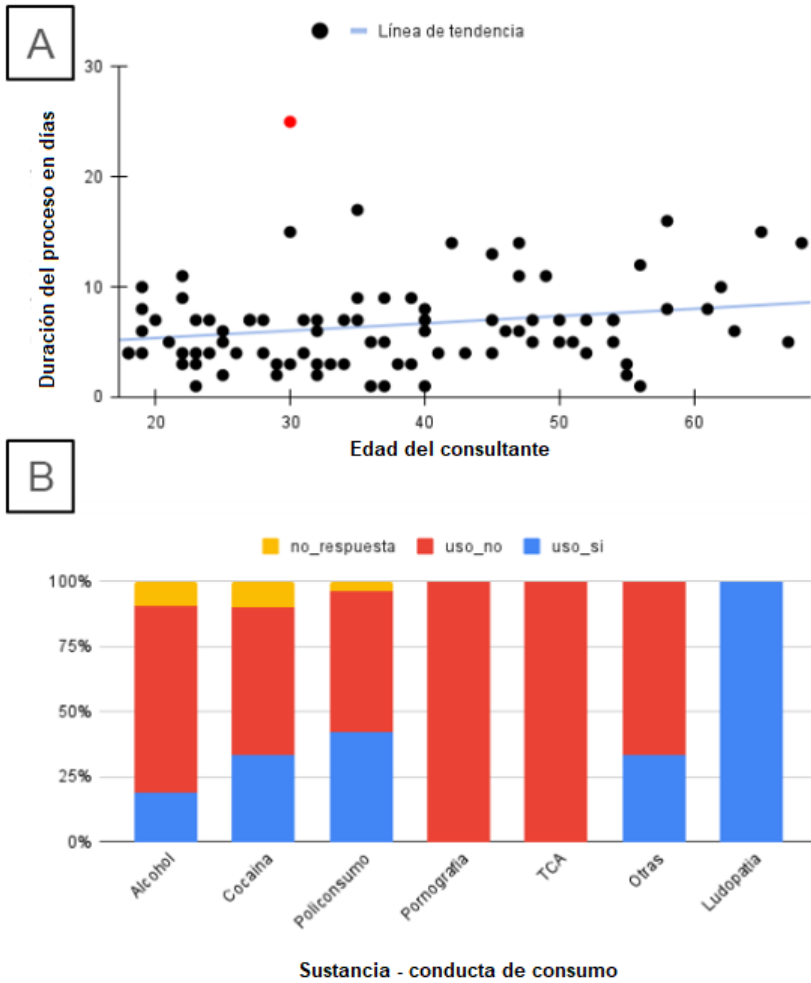


Figura 1. Duración del proceso de evaluación, edad del paciente al ingreso y vínculo entre la sustancia problema y el uso compulsivo de tecnología
TCA: trastorno de la conducta alimentaria

cribados. En ocho pacientes la cocaína se detectó como sustancia problema y en tres pacientes se determinó un policonsumo de sustancias. La positividad del *screening* inicial estuvo relacionada con la continuidad o no de la terapia propuesta en el seguimiento de los 12 meses ($p= .03$). Hubo un 4/6 (66 %) de abandonos-entre los pacientes positivos, y mientras que el 27/33 (81 %) de los pacientes negativos continuaron.

Articulación con los distintos programas
Como se comentó en la descripción del PDE, luego de la tercera entrevista se decide el programa que se adecua mejor al perfil del paciente y luego el coordinador del programa realiza la cuarta entrevista, en la que se explica la propuesta terapéutica.

Los programas principales de tratamiento, como ya se mencionó, son: a) tratamiento

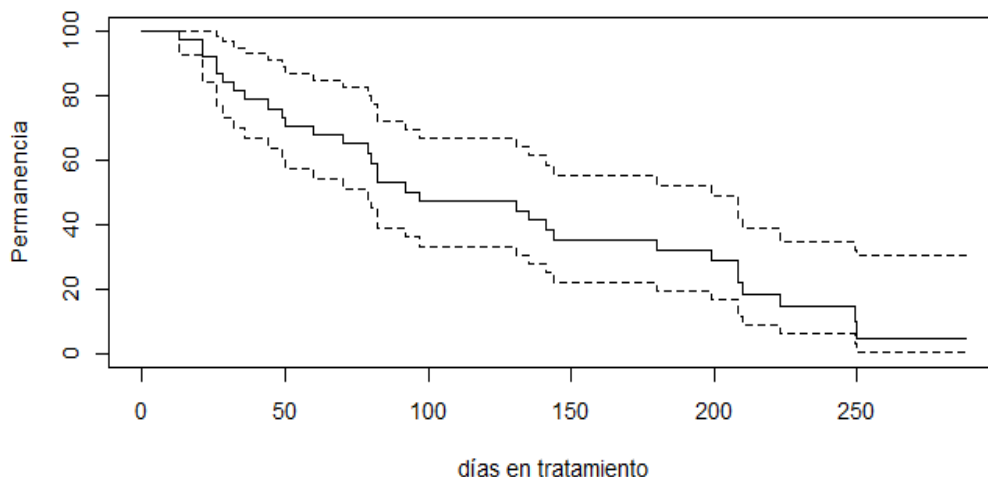


Figura 2: Curva de Kaplan-Meier que grafica la temporalidad de los abandonos del tratamiento en un seguimiento de 12 meses

ambulatorio intensivo (TAI): es un programa para pacientes con dependencia de sustancias en el que se ofrece alta frecuencia de asistencia (mínimo 7 horas/semana), trabajo individual, así como grupal y espacios terapéuticos para la familia; b) la terapia dialéctica conductual (DBT) para el trastorno por uso de sustancias (DBT/TUS): es un programa que utiliza en forma central la terapia DBT en una población específica de pacientes que presentan desregulación emocional, patología dual (TUS y TLP) y conductas problemáticas que incluyen el abuso de sustancias, entre otras; el objetivo del programa es el desarrollo de habilidades para la regulación emocional; c) tiempo de análisis (TDA): es una propuesta terapéutica pensada para el mantenimiento y mejora de la calidad de vida de aquellos pacientes que se encuentran en abstinencia del consumo de su sustancia problema, en la que el trabajo terapéutico se centra en la prevención de recaídas y otros aspectos de la vida por fuera del consumo.

Relación entre los programas y el uso de tecnologías de la comunicación

Entre los 88 consultantes incluidos, se observó que un 33 % (n=29) presentaba

uso compulsivo de tecnología, con mayor frecuencia quienes ingresaron al programa DBT/TUS (17/35 - 49 %), seguido por el programa TAI (10/39 - 26 %) y otros programas (2/14 -14 %). Por otro lado, la mitad de los participantes (44/88 - 50 %) refirió usar el teléfono como medio facilitador para el consumo, siendo esta práctica más frecuente en el programa TAI (23/39 - 59 %), en comparación con el DBT/TUS (17/35 - 49 %) y otros programas (4/14 - 29 %).

Programa TAI

Fue recibido por 39/88 (44,3 %) de los pacientes y es el programa de tratamiento sobre el que se han realizado mediciones e investigaciones previas [8, 24,14]. La tasa de abandono en este plan terapéutico fue de 11/39 (28,2 %), con una mediana de 79 (IQRs: 35-175) días de permanencia en los primeros 12 meses. En cuanto a quienes ingresaron, fueron 3 (7.69 %) mujeres, la mediana de edad en ellas fue de 67 (IQRs: 54-68) y la principal sustancia problema en este grupo fue el alcohol una mayor proporción de ingresantes varones: 36 (92.31 %) con una mediana de edad de 47 (IQR: 32-54),

siendo la principal sustancia problema en este grupo la cocaína.

Entre quienes ingresaron a este programa, hubo siete pacientes en los que durante el proceso de evaluación se detectaron síntomas de TLP. En estos pacientes se registró: un predominio del consumo de su sustancia problemática, un consumo crónico con la necesidad de orientación familiar y de los grupos terapéuticos del programa TAI, por lo cual no ingresaron al programa DBT/TUS.

Un aspecto importante es el incremento en el consumo de cocaína y derivados detectado en TAI como sustancia problema, que en cohortes previas representaba un 41.4 % de los pacientes [18] y actualmente se elevó a 51.2 % (20/39).

Pudimos evidenciar un mayor número de pacientes en estadio contemplativo ($p=0.00012$) entre los ingresantes al programa TAI en comparación con los que ingresaron al programa DBT/TUS (32/58 - 55 % versus 26/58 - 45 %), donde además el porcentaje de pacientes en estadio precontemplativo fue mayor (6/14 - 43 % programa TAI versus 8/14 - 57 % programa DBT/TUS) aunque sin significancia estadística ($p=0.347$).

Programa DBT/TUS

Este programa recibió 35/88 (40 %) de los ingresantes. La tasa de abandono en el mismo fue de 12/35 (34.3 %) pacientes, con una mediana de 133 (IQRs:50 - 208) días de permanencia en los primeros 12 meses. La característica más notoria es la relación mayor de mujeres respecto de los hombres: en el total de ingresos es de 0.49 y en este programa es de 2.5. Otra de las características principales es el porcentaje mayor de ingresantes con síntomas del TLP: en este programa fueron 21/31 (68 %) mientras que en el programa TAI fueron 7/31 (22 %). En cuanto a la sustancia problema, el policonsumo representa la primera causa de consulta en este grupo. Además, 17/35 (48 %) de los pacientes que ingresaron a este programa reportaron antecedentes de abuso sexual y 6/11 (54 %) antecedentes de intento de suicidio; lo que implica un porcentaje de consultantes mayor respecto al programa TAI.

Estas variables tienden a converger en las problemáticas de los ingresantes, en la figura 3 se puede visualizar la relación de las variables de este programa con respecto a TAI. La mediana de edad, 30 (IQRs: 24-37) años, también es significativamente menor ($p=0.013$) a la de los ingresantes al programa TAI con 47 (32-54) años.

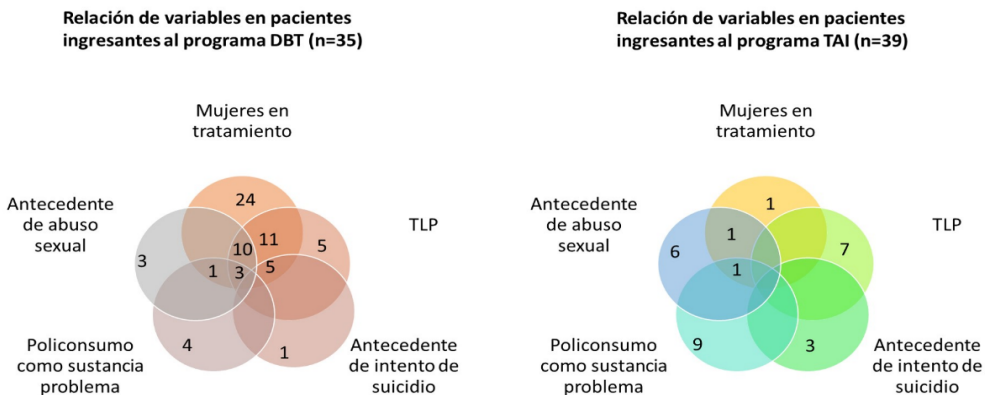


Figura 3. Diagramas de Venn que representan la integración de antecedentes relevantes en los pacientes que ingresaron a los programas DBT/TUS y TAI

Programa TDA

La característica más notoria de este programa es que los pacientes que ingresan deben tener al menos 6 meses de abstinencia de consumo de sus sustancias problema. Los mismos llegan a través de dos fuentes de derivación, por un lado, el proceso de evaluación: donde se recibió 3/88 (3.41 %) de los ingresantes y por otro lado las derivaciones internas de otros programas del dispositivo, las cuales representaron otros 12 pacientes ingresantes al programa. Estas derivaciones fueron 7 pacientes del programa TAI, 2 del programa DN y 3 de DBT/TUS. Todos los consultantes del PDE, fueron varones, con una mediana de edad de 45 (IQRs: 25-48) años. Los mismos se encontraban cursando al menos un año de abstinencia. Uno de ellos, sin embargo, tuvo una recaída cercana al ingreso al PDE. En cuanto a la sustancia problema se observó un mismo porcentaje entre el consumo de alcohol, de cocaína y el policonsumo de los pacientes ingresantes Solo uno de los pacientes encontraba en pareja. Otra de las características es que 1/3 (33.33 %) pacientes de los que ingresaron a este programa reportó antecedentes de abuso sexual y ninguno de los consultantes 0/3 reportó antecedentes de intento de suicidio y sobredosis.

De los 3 ingresantes solo uno alcanzó los 12 meses de tratamiento. En su proceso terapéutico este paciente pudo hacer hincapié en aspectos de su vida, más allá de su problemática de consumo, como sus vínculos sexo-afectivos, laborales, familiares y sus proyectos personales. El paciente que había presentado una recaída cercana al ingreso abandonó el tratamiento antes de los 90 días.

La situación de pareja en los ingresantes y la estrategia de terapia vincular-familiar y grupos de red del programa

La situación de pareja de los pacientes y su retención en el programa a los 12

meses demostró que mientras entre los que sí tenían pareja 16/39 (41 %) no continuaron, mientras que entre los que no la tenían el 23/39 (59 %) sí continuaron. Aunque esta tendencia no resultó significativa ($p = .06$), los pacientes con pareja que abandonaron voluntariamente el tratamiento tuvieron una mayor retención, expresada en una mayor mediana de días en tratamiento 135 (IQRs: 61-225) en comparación con los que no se encontraban en pareja 82 (IQRs: 35-190) ($p = .0001$).

La situación de estar en pareja también demostró una mayor proporción en los ingresantes al programa TAI donde 19/39 (49 %) pacientes se encontraban en pareja con respecto a 10/35 (28 %) en el programa DBT/TUS. Asimismo, la proporción de pacientes con hijos fue mayor en el TAI con 21/39 (54 %) contra 8/35 (23 %) en DBT/TUS ($p = .01$). Estos datos refuerzan la importancia del abordaje de la terapia vincular en el tratamiento para adicciones y la necesidad de incorporar a los familiares en los programas.

Al respecto, mencionamos en forma resumida, que el dispositivo comprende espacios de terapia y psicoeducación con familiares a través de dos estrategias: una consiste en los «encuentros de la red» semanales del programa TAI; o la «orientación a familiares» en el programa DBT/TUS, de frecuencia quincenal y modalidad virtual y el *workshop* psicoeducativo mensual del programa DBT/TUS. En los encuentros de la red, no solo intervienen personas de su propia familia, sino que pueden incorporarse amigos, compañeros de trabajo y referentes de distintos ámbitos, y tiene como objetivo el armado de una red de carácter operativo para el acompañamiento del paciente y el entrenamiento de las personas cercanas. Mientras que la Orientación a familiares está destinada a padres que necesiten aprender de las experiencias de otras familias, también sirve para la recepción de inquietudes y preguntas y para la contención emocional

y el diagnóstico situacional. La otra estrategia es el espacio de terapia vincular: se encuentra incluido en el programa (cuatro encuentros de orientación, con la posibilidad de continuidad) para el trabajo en un ámbito íntimo sobre los vínculos familiares y/o de pareja. Más detalles de esta descripción se encuentran en material suplementario de este artículo.

Seguimiento del programa a los 18 meses

Un seguimiento posterior de los ingresantes mostró una tasa de abandono de 42/88 (47.7 %) a los 18 meses y de derivación a internación en 13/88 (14.7 %) de los casos. En este seguimiento se observó mayor permanencia entre los pacientes que abandonaron con una mediana de 117

(IQRs: 55-208) días para todos los programas.

Particularmente para el programa TAI, pudimos comparar la retención en tratamiento con respecto a un análisis previo publicado recientemente [14]. En dicha publicación, centrada en las causas de interrupción de tratamiento, los pacientes permanecían en tratamiento una mediana de 113 días (IC95%:47- 255) antes del abandono; mientras que en esta cohorte de análisis la mediana fue de 117 días (IC95%: 55-208) en el seguimiento de 18 meses (figura 4). Lo que muestra una tendencia a la ralentización en los abandonos. El mayor cambio que sufrió el programa TAI entre la publicación previa y este análisis fue el proceso de admisión previa de los pacientes.

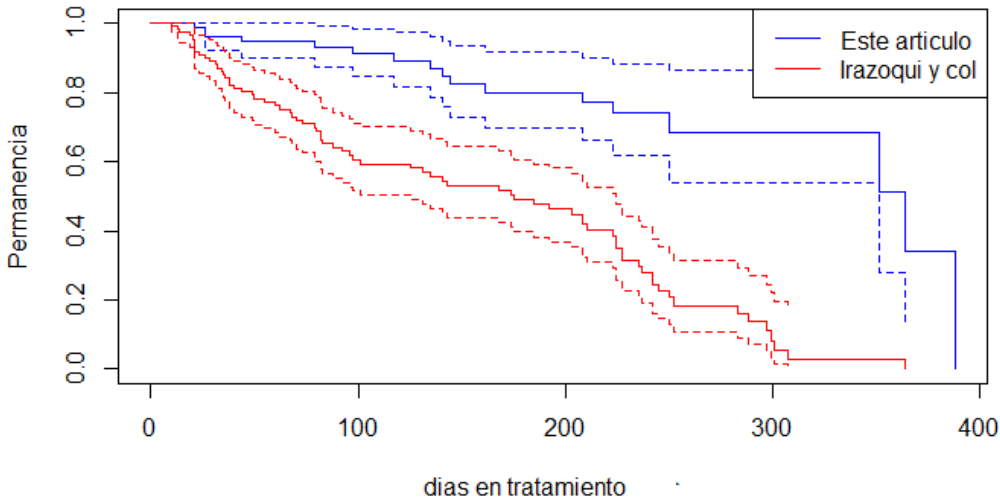


Figura 4. Curvas de Kaplan-Meier que grafican la proporción de pacientes en tratamiento durante 18 meses según los datos de la publicación de Irazoqui y colaboradores (en rojo) y este artículo (en azul)

Discusión

Los servicios de salud mental están orientados a la promoción, la prevención y al tratamiento de los padecimientos mentales, contribuyendo a mantener, mejorar y restablecer la salud integral de la población. En el presente artículo analizamos

diferentes indicadores durante la implementación de un esquema de evaluación para la admisión a un dispositivo de salud mental dedicado a conductas problemáticas y adicciones a sustancias. Dicho esquema consistió en un proceso de evaluación rápida, sin lista de espera y disponible todos

los días con un promedio de duración menor a una semana. Asimismo, se observó una relación entre la duración del proceso y la edad del consultante. Se realizó una encuesta de satisfacción cuyos resultados mostraron que el 89 % de los consultantes estuvo conforme con el tiempo transcurrido hasta el primer contacto, y el 67 % calificó su experiencia como excelente o muy buena. Además, se obtuvo una mayor tendencia a experimentar sentimientos de contención, motivación y esperanza a lo largo del proceso. Durante el período del año 2023, 88/166 (53 %) consultantes finalmente iniciaron un tratamiento. La tasa de abandono a los 12 meses fue del 35.2 % con una mediana de 82 días en tratamiento antes del abandono voluntario y a los 18 meses fue del 47.7 % con una mediana de 117 días, respectivamente. Entre los indicadores analizados, se evidencia un mayor porcentaje de antecedentes de relevancia en la población de mujeres, así como el uso del teléfono celular como facilitador del consumo. También se detectó una asociación entre el resultado del tamizaje de sustancias al ingreso, la situación vincular de los consultantes y el posterior abandono del dispositivo. En comparación con publicaciones previas de nuestro grupo, hubo un aumento de mujeres en el ingreso y una mayor diversificación en los motivos de consultas. Este estudio denotó, además de un mayor porcentaje de mujeres ingresantes al tratamiento, la asociación con mayor prevalencia de antecedentes de abuso sexual y otros diagnósticos psiquiátricos [31]. Pudimos observar la llegada de consultantes con otras conductas problemáticas como ludopatía, TCA y un aumento en la consulta por consumo de cocaína [24,14]. Estos cambios son acordes a los reportes actuales de ludopatía y apuestas online en población joven según la *Encuesta de Bienestar Digital* (EBID) en la Provincia de Buenos Aires; así como el aumento en la región del consumo de cocaína [18,11].

La personalización del tratamiento se fundamenta en un diagnóstico situacio-

nal riguroso, que integra datos clínicos y contextuales, orientando así la selección de estrategias terapéuticas acordes. En nuestro estudio se observaron diferencias importantes entre los diferentes programas en términos de perfil de los ingresantes y su estadio del cambio [26]. El TAI incorporó más varones de mayor edad y se registró un incremento en la prevalencia del consumo de cocaína mientras que el programa DBT/TUS agrupó una mayor proporción de mujeres, jóvenes y con síntomas compatibles con TLP. La tasa de abandono en el programa TAI fue del 28.2 % y el promedio de 79 días; mientras que en el programa DBT/TUS fue de 34.3 % y 133 días, respectivamente. Con respecto al TAI, estas cifras son similares a la reportadas previamente [24,14] y por otros investigadores [17]. La menor retención con respecto a DBT/TUS puede deberse a las características del programa intensivo TAI como lo han señalado otros autores [15], asimismo, resultados preliminares de una investigación reciente de nuestro grupo sugieren un impacto directo de estas características en las causas de abandono [14]. Dentro de la escasa literatura disponible, existen reportes de una tasa de abandono en terapia DBT del 37 % en personas con patología dual, similar a la reportada en este estudio [34]. Esto refuerza la necesidad de recabar, en forma previa, información acerca de las características clínicas y psicosociales de los consultantes a fin de indicar una propuesta terapéutica acorde.

En adiciones, a mayor duración del tratamiento mayor es el tiempo de mantenimiento de los resultados [6]. Reportes recientes, nuestros y de otros grupos, describen que los efectos del tratamiento son polifacéticos y las dimensiones mejoran en diferentes etapas [24, 3]. Es por ello, que la permanencia en tratamiento es un objetivo clave dentro de los programas terapéuticos para conductas problemáticas. En este estudio los ingresantes a tratamiento tuvieron una permanencia promedio de 82

y 117 días en la evaluación realizada a los 12 y 18 meses, respectivamente. Si bien la dinámica de los abandonos mostró una ralentización con respecto a los anteriores reportes de nuestro grupo, no obstante aún no se alcanza el período de tres meses en el que hay evidencias de efectos significativos en la reducción del consumo [24,14]. Sin embargo, dicho objetivo si se observó en la evaluación de los 18 meses. Como otros autores han reportado, el abandono y la retención son indicadores de proceso, cuyo valor se debe medir periódicamente dentro de la institución, en miras de mejorar en la calidad de los tratamientos [29]. Al ser este el primer reporte, queda pendiente la evaluación de los datos ya recabados durante el año 2024 para poder evidenciar el impacto del proceso de evaluación en estas variables.

En esta investigación se evaluó también el impacto de la tecnología en los consultantes, así se observó que el uso compulsivo de tecnología impacta en conductas problemáticas como ludopatía, policonsumo y consumo de cocaína. Casi el 50 % de los ingresantes al programa TAI afirmaron que el uso del teléfono es facilitador del consumo. La desintoxicación digital se está consolidando como un área de creciente interés en el contexto de la salud. La evidencia empírica sugiere que la implementación de períodos controlados de desconexión puede mejorar significativamente los indicadores de salud mental y reducir comportamientos adictivos relacionados con el uso excesivo de la tecnología [1]. En los tiempos actuales, una visión integral de un tratamiento requiere que se indague sobre el uso de las tecnologías y se incorporen medidas preventivas de bienestar digital, así como demanda evaluar medidas terapéuticas en pacientes que refieran sobreexposición a dispositivos [2].

El estudio aporta datos que muestran que la permanencia en el tratamiento se ve influenciada por la situación vincular del paciente. En relación con la permanencia, se observó una menor tasa de abandono

voluntario en pacientes con pareja. También se observan diferencias significativas entre programas terapéuticos respecto a estar en situación de parejas y a tener hijos. Estos datos subrayan la importancia de considerar los aspectos vinculares y familiares en el abordaje clínico, adaptando las intervenciones de pareja y vinculares según las características de cada programa y del contexto relacional de los pacientes. El involucramiento familiar en el tratamiento de las adicciones es una estrategia con amplio respaldo en evidencia que demuestra su eficacia tanto en adolescentes como en adultos [10,13]. Este enfoque reconoce que el consumo de sustancias afecta no solo al individuo sino también al funcionamiento familiar, y que la familia puede ser un agente clave en la motivación para el cambio, la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas [4]. De ahí la importancia de incorporar a la familia desde el proceso de evaluación, ya que la participación de la misma puede ser crucial para la detección temprana de recaídas, así como para el acceso a recursos de apoyo. Además, como evidencia la encuesta analizada en este estudio, esta medida contó con amplia aceptación por parte de los consultantes.

Los cambios implementados en el PDE intentan una mejora en la calidad de atención. Por ello, cumplimos con los indicadores propuestos como el que no existan listas de espera para la evaluación, el menor número de días de evaluación al consultante hasta su ingreso a un tratamiento, la satisfacción del mismo con la atención y el reconocimiento de su derecho al acceso a la información [29]. Además, en vista de estas mejoras, y teniendo en cuenta los resultados podemos plantear las siguientes modificaciones: dejar asentado que el ciclo de entrevistas debe transcurrir en los primeros 14 días desde el primer contacto e instaurar un proceso abreviado de dos entrevistas en aquellos consultantes que se determine no estar en condiciones para

iniciar el tratamiento ambulatorio. Creemos que, de esta forma, la respuesta clínica es más oportuna y evita un desgaste en la familia. Además, se sugiere ampliar la red de apoyo en aquellos pacientes que arrojen como resultado *screening* positivo, que no estén en pareja o que propongan un acompañamiento poco eficiente, a fin de aumentar la retención dentro del programa.

Conclusión

Los hallazgos de este estudio muestran que la incorporación y análisis de variables psicosociales y clínicas funcionan como predictores tanto de retención como de abandono, así como un análisis diferenciado por programas ofrece información valiosa para la toma de decisiones en salud mental. Creemos que una caracterización detallada de la población que accede al tratamiento, sirve para señalar áreas críticas para la intervención clínica y la planificación institucional. Por último, nuestra

experiencia es que la innovación en el proceso de evaluación constituye una estrategia integral para optimizar la respuesta clínica, resguardar el medioambiente terapéutico y fortalecer la retención en los programas.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen compromisos ni obligaciones financieras con agencias privadas o estatales que puedan afectar al contenido, resultados o conclusiones de la presente publicación. Berenice Rabade, Verónica Gargiulo, Andrea Vega Díaz, Federico Pavlovsky, Nadia Girón, Maximiliano Von Ifflinger y Camila Strambach desarrollan sus tareas en el Dispositivo Pavlovsky, sitio en el que se llevó a cabo el estudio. Luciana García no tiene conflictos de intereses que declarar.

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.

Referencias

1. Anandpara G, Kharadi A, Vidja P, Chauhan Y, Mahajan S, Patel J. A comprehensive review on digital detox: A newer health and wellness trend in the current era. *Cureus*. 2024;16(4):e58719. PMID: 38779255 DOI: 10.7759/cureus.58719
2. Ansari S, Iqbal N, Azeem A, Danyal K. Improving well-being through digital detox among social media users: A systematic review and meta-analysis. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2024;27(11):753-70. PMID: 39348315 DOI: 10.1089/cyber.2023.0742
3. Arias F, Sion A, Espinosa R, Jurado-Barba R, Marín M, Martínez Maldonado A, Rubio G. Fases de la recuperación psicológica en pacientes dependientes del alcohol tras un tratamiento intensivo: Un seguimiento de 4 años. *Adicciones*. 2023;35(1):21-32. PMID: 33768265 DOI: 10.20882/adicciones.1575
4. Bagley SM, Ventura AS, Lasser KE, Muench F. Engaging the family in the care of Young adults with substance use disorders. *Pediatrics*. 2021;147(Suppl 2):S215-9. PMID: 33386324 DOI:10.1542/peds.2020-023523C
5. Beetham T, Saloner B, Gaye M, Wake-man SE, Frank RG, Barnett ML. Admission practices and cost of care for opioid use disorder at residential addiction treatment programs in the US. *Health Aff (Millwood)*. 2021;40(2):317-25. PMID: 33523744 DOI: 10.1377/hlthaff.2020.00378
6. Bell J, Strang J. Medication treatment of opioid use disorder. *Biol Psychiatry*. 2020;87(1):82-8. PMID: 31420089 DOI: 10.1016/j.biopsych.2019.06.020

7. Berrio Cuartas DM, Cassinelli C, Garcia LN, Pavlovsky F. Acceptability of VloV, a mobile app developed in Latin America for people with substance use disorder among an intensive out patient treatment. *Actas Esp Psiquiatr.* 2025;53(2):304-14. PMID: 40071374 DOI: 10.62641/aep.v53i2.1701
8. Berrio Cuartas DM, Hurtado Márquez AK, Bovino T. Características de un dispositivo ambulatorio intensivo en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias. *Vertex (B Aires).* 2021;32(154):38-48. DOI: 10.53680/vertex.v32i154.114
9. Danpanichkul P, Duangsonk K, Díaz LA, Chen VL, Rangan P, Sukphutanan B, et al. The burden of alcohol and substance use disorders in adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend.* 2025;266:112495. PMID: 39603063 DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2024.112495
10. Esteban J, Suárez-Relinque C, Jiménez TI. Effects of family therapy for substance abuse: A systematic review of recent research. *Fam Process.* 2023;62(1):49-73. PMID: 36564902 DOI: 10.1111/famp.12841
11. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud. Informe de las Encuestas de Bienestar Digital (EBId). La Plata: Gobierno de la Provincia de Buenos Aires; 2024 Jul 5. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2024/07/Informe-sobre-EBId_1.pdf
12. Guerrero EG, Aarons GA, Grella CE, Garner BR, Cook B, Vega WA. Program capacity to eliminate outcome disparities in addiction health services. *Adm Policy Ment Health.* 2016;43(1):23-35. PMID: 25450596 DOI: 10.1007/s10488-014-0617-6
13. Hogue A, Schumm JA, MacLean A, Bobek M. Couple and family therapy for substance use disorders: Evidence-based update 2010-2019. *J Marital Fam Ther.* 2022;48(1):178-203. PMID: 34435387 DOI: 10.1111/jmft.12546
14. Irazoqui G, Groisman R, Gruccos I, Brady J, Cassinelli C, Cerviño X, et al. Causas de abandono de un tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno por uso de sustancias: Perspectiva hacia el diseño de programas. *Vertex (B Aires).* 2024;35(165):6-15. DOI: 10.53680/vertex.v35i165.655
15. Lappan SN, Brown AW, Hendricks PS. Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: A systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2020;115(2):201-17. PMID: 31454123 DOI: 10.1111/add.14793
16. Malla A, Iyer S, Shah J, Joober R, Boksa P, Lal S, et al. Canadian response to need for transformation of youth mental health services: ACCESS Open Minds (Esprits ouverts). *Early Interv Psychiatry.* 2019;13(3):697-706. PMID: 30556335 DOI: 10.1111/eip.12772
17. McKowen J, Carrellas N, Zulauf C, Ward EN, Fried R, Wilens T. Factors associated with attrition in substance-using patients enrolled in an intensive outpatient program. *Am J Addict.* 2017;26(8):780-7. PMID: 28921780 DOI: 10.1111/ajad.12619
18. Mitchell AE, Debortoli I. Consumo problemático de sustancias psicoactivas en Argentina en perspectiva global: Tendencias y formas de tratamiento. *Rev Cienc Soc Hum.* 2023;21(21):27-43. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/16159>
19. Mylonas N, Scoles LH, Priyam A, Butterworth C, Blood S, O'Donnell A, et al. Treatment engagement and health care utilization outcomes from a mixed method study of the implementation of alcohol assertive outreach in the North West of England. *Subst Use Misuse.* 2025;60(9):1266-75. PMID: 40323682 DOI: 10.1080/10826084.2025.2494807
20. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. 3rd ed. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2020. Available from: <https://nida.nih.gov/sites/default/files/podat-3rdEd-508-esp.pdf>
21. Observatorio Argentino de Drogas. Magnitud del consumo de sustancias psicoactivas: Encuesta Nacional de Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC). Buenos Aires: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRO-NAR); 2023. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/07/>

- oad_2023_magnitud_del_consumo_de_sustancias_psicoactivas_encoprac.pdf
22. Observatorio Argentino de Drogas. Prácticas de cuidado, preocupación por el consumo e itinerarios en la búsqueda de atención. Buenos Aires: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDROAR); 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/oad_2024_practicas_de_cuidado_en_poblacion_universitaria_final.pdf
 23. Pavlovsky F. Accesibilidad de los pacientes con consumo problemático al sistema de salud. En: Pavlovsky F, dir. El dispositivo Pavlovsky para el tratamiento de los consumos problemáticos: Manual de trabajo. Ciudad de Buenos Aires: Editorial Noveduc; 2020. p. 1-100.
 24. Pavlovsky F, Irazoqui G, Faur R, Groisman R, Sullivan Machado O, Gersberg L, et al. Evaluación multidimensional de un programa de tratamiento ambulatorio intensivo de 12 meses para el trastorno por uso de sustancias. Experiencia en Argentina. *Vertex (B Aires)*. 2023;34(161):6-17. Disponible en: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/481/415>
 25. Phillips T, Coleman R, Coulton S. Predictors of 30-day readmission among those treated with alcohol withdrawal in acute hospitals in England. *Alcohol Alcohol*. 2025;60(3):agaf022. PMID: 40344682 DOI: 10.1093/alcalc/agaf022
 26. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-5. PMID: 6863699 DOI: 10.1037/0022-006X.51.3.390
 27. Rabade B, Menéndez V, García L, Serritella J, Pavlovsky F. Programas de atención a los profesionales de la salud con trastornos por uso de sustancias: Idiosincrasias de los usuarios, barreras de accesibilidad y desafíos. *Vertex (B Aires)*. 2024;34(162):83-97. DOI: 10.53680/vertex.v34i162.505
 28. Redko C, Rapp RC, Carlson RG. Waiting time as a barrier to treatment entry: Perceptions of substance users. *J Drug Issues*. 2006;36(4):831-52. PMID: 18509514 DOI: 10.1177/002204260603600404
 29. Samartzis L, Talias MA. Assessing and improving the quality in mental health services. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;17(1):249. PMID: 31905840 DOI: 10.3390/ijerph17010249
 30. Stein DJ, Vigo DV, Harris MG, Kazdin AE, Viana MC, Hwang I, et al. Patterns and predictors of 12-month treatment of common anxiety, mood, and substance use disorders in the World Mental Health surveys: treatment in the context of perceived need. *Int J Ment Health Syst*. 2025;19(1):10. PMID: 40082956 DOI: 10.1186/s13033-025-00661-1
 31. Strambach C, Gargiulo V, García L, Pavlovsky F. Intervenciones facilitadoras para las mujeres en el tratamiento por consumos problemáticos desde un enfoque de género. *Rev Argent Salud Pública*. 2023;15:e100. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2023000100100
 32. Sullivan Machado O, Cimerman KV, Kritzer TD, Serritella J, García LN. Uso de la terapia dialéctico conductual en pacientes con trastorno por uso de sustancias. En: Fundación Aiglé. Enciclopedia Argentina de Salud Mental. 10a ed. Buenos Aires: Fundación Aiglé; 2023. Disponible en: <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=209&idtt=27>
 33. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2024: Harms of world drug problem continue to mount amid expansions in drug use and markets. Vienna: UNODC; 2024. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024_-harmsof-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html
 34. van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addict Behav*. 2002;27(6):911-23. PMID: 12369475 DOI: 10.1016/S0306-4603(02)00293-9
 35. Yu C, Chen J. Global burden of substance use disorders among adolescents during 1990–2021 and a forecast for 2022–2030.

Anexo

Cuestionarios

Cuestionario online autogestionado para los consultantes

Pregunta 1: ¿Cómo conociste el dispositivo Pavlovsky? Opciones: página web, profesional derivador/a, medios de comunicación o notas periodísticas, ex paciente, otra persona que no es profesional de la salud, ni ex-paciente.

Pregunta 2: ¿Hiciste el proceso en forma virtual? Opciones: Si/No

Pregunta 3: ¿Qué opinión tenés de la inclusión de familiares/amigos/pareja o «red» en el proceso de evaluación? Opciones: de acuerdo o en desacuerdo.

Pregunta 4: ¿Estás conforme con el tiempo de respuesta desde que se solicitó el proceso de evaluación? Opciones: Si/No.

Pregunta 5: Calificá del 1 al 5 si te sentiste de la siguiente manera durante el Proceso de Evaluación.

	1- Casi nunca	2- Pocas veces	3- En varias ocasiones	4- Frecuentemente	5- Casi siempre
contenido/a					
abrumado/a					
esperanzado/a					
motivado/a					
confuso/a					
juzgado/a					
enojado/a					

Pregunta 6: Usá este espacio si querés contarnos el porqué te sentiste de este modo:

Pregunta 7: ¿Cuál es la relación entre lo que gastas/gastabas en tu consumo semanal con respecto al costo del proceso de evaluación? Opciones

Mis gastos en consumo semanal son más bajos a los del proceso de evaluación

Mis gastos en consumo semanal son más altos a los del proceso de evaluación

Mis gastos en consumo semanal son más similares a los del proceso de evaluación

No recuerdo los valores

Pregunta 8: ¿Cómo culminó tu proceso? Opciones: ingreso al programa, derivación a otro dispositivo, internación, proceso interrumpido, otro.

Pregunta 9: ¿Cómo describirías el proceso y qué diferencias encuentras con experiencias anteriores en otros tratamientos?

Pregunta 10: ¿Tenés alguna sugerencia?

Cuestionario online autogestionado para los familiares/acompañantes

Pregunta 1: ¿Convivís con el consultante? Si/No.

Pregunta 2: ¿Cuál es el vínculo con la persona que consulta por el tratamiento? Opciones: familiar (madre, padre, hijo/a, hermano/a), otro familiar (otros, ej: primo, pareja actual de la madre, etc.); pareja o ex pareja; amiga/o, compañera/o laboral; acompañante terapéutico, otros.

Pregunta 3: ¿Cómo conociste el dispositivo Pavlovsky? Opciones: página web, profesional derivador/a, medios de comunicación o notas periodísticas, conocido, ex paciente, otra persona que no es profesional de la salud, ni ex-paciente.

Pregunta 4: ¿Cómo calificas tu experiencia en el proceso de evaluación? Malo, regular, bueno, muy bueno, excelente.

Pregunta 5: ¿Qué opinión tenés de la inclusión de familiares/amigos/pareja o «red» en el proceso de evaluación? Opciones: de acuerdo o en desacuerdo.

Pregunta 6: ¿Estás conforme con el tiempo de respuesta desde que se solicitó el proceso de evaluación? Opciones: Si/No.

Pregunta 7: Calificá del 1 al 5 si te sentiste de la siguiente manera durante el proceso de evaluación.

Pregunta 8: Usá este espacio si querés comentarnos el por qué te sentiste de este modo:

	1- Casi nunca	2- Pocas veces	3- En varias ocasiones	4- Frecuentemente	5- Casi siempre
contenido/a					
abrumado/a					
esperanzado/a					
motivado/a					
confuso/a					
juzgado/a					
enojado/a					

Pregunta 9: ¿Actualmente sos parte de la red en el tratamiento del dispositivo Pavlovsky? Opciones: Si, no, lo fuí pero ya no.

Pregunta 10: ¿Tu opinión con respecto al proceso de evaluación cambió una vez culminado? Opciones: Si/No.

Pregunta 11: ¿Cuál es tu opinión ahora con respecto al monto de las entrevistas del proceso de evaluación? Opciones: Elevado, adecuado, económico.

Pregunta 12: ¿Recibiste información nueva sobre adicciones, sobre tu rol de acompañante o sobre los diagnósticos de tu familiar que te resultó útil? Opciones: No; si, sobre adicciones; si, sobre cómo acompañar; si, sobre los diagnósticos/ pronósticos/particularidad es de los consultantes.

Pregunta 13: ¿Cómo describirías el proceso y qué diferencias encuentras con experiencias anteriores en otros tratamientos?

Pregunta 14: ¿Tenés alguna sugerencia?

Las respuestas obtenidas de los consultantes a la pregunta 9 y de los acompañantes con respecto a la pregunta 13 se cargaron en la página gratuita <https://tagcrowd.com/> en la que se realizó una nube de palabras que figura a continuación.



Figura A: Nube de palabras de las respuestas obtenidas por consultantes con respecto a la pregunta ¿Cómo describirías el proceso y qué diferencias encuentras con experiencias anteriores en otros tratamientos?



Figura B: Nube de palabras de las respuestas obtenidas por acompañantes con respecto a la pregunta ¿Cómo describirías el proceso y qué diferencias encuentras con experiencias anteriores en otros tratamientos?

Abordaje familiar y vincular en los programas TAI y DBT/TUS

- ¿En qué situaciones se recomienda no hacer participar a la familia o a determinados miembros?:

- Familias desligadas, que como tales mantienen escaso contacto entre sí y por lo tanto no es posible contar de manera estable y/o confiable con su participación y compromiso.
- Hermanos o hijos muy jóvenes
- Padres muy ancianos o enfermos.
- Miembros que posean una actitud conflictiva hacia el paciente y poco dispuestos a modificar su actitud a pesar de las intervenciones del equipo.

La otra estrategia es el espacio de terapia vincular que se encuentra incluido en el programa (4 encuentros de orientación, con la posibilidad de continuidad) para el trabajo en un ámbito íntimo sobre los vínculos familiares y/o pareja. Este espacio no solo está centrado en el paciente sino en la posibilidad de trabajar: la crisis actual, para repensar las relaciones. Es un ámbito para reflexionar acerca de cómo acompañar el proceso de recuperación, cuidando al mismo tiempo la propia salud mental. Los profesionales evalúan la necesidad de derivar al espacio y esto es sometido a discusión en el equipo tratante. Se intentan cubrir tres tipos de necesidades para los miembros de la red: a) información sobre los consumos problemáticos y sus consecuencias, b) herramientas de comunicación y resolución de problemas y c) apoyo. Motivos de derivación al espacio: 1) Aumento de tensiones y conflictos que se amplían a partir de la convivencia involuntaria del paciente con su familia. 2) Detección por parte del equipo tratante de conflictos familiares de tipo traumático que obstaculizan el avance en el proceso del tratamiento. 3) Conflicto relacional importante entre el/la consultante y otro miembro (pareja, hijo, padre, madre, hermano, etc.) que obstaculiza la adherencia al tratamiento 4) La detección de otros miembros en consumo.

Particularmente las derivaciones a terapia de pareja, han surgido en varios casos como pedido del/a mismo/a paciente, tanto por el conflicto agudo existente durante el tratamiento, como por la necesidad de modificar pautas relacionales y de comunicación ya instaladas en el vínculo. El segundo motivo de pedido de terapia de pareja suele darse a partir de que el/la paciente ha adquirido herramientas y recursos, percibiendo otras condiciones propias y del contexto vincular para abordar temáticas más bien evitadas en otro momento vital.