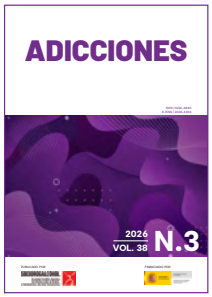
SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 3 ■ PÁGS. 185–198
www.adicciones.es



ORIGINAL

Resultados al año del tratamiento hospitalario del trastorno por consumo de alcohol: Un programa de siete semanas en la República Checa

One-year outcomes of inpatient treatment for alcohol use disorder: A seven-week programme in the Czech Republic

Tomáš Skorkovský*; Milan Beniš*; Jiří Podlipný*; Petr Hošek**; Michal Miovský***; Jan Vevera*,****.

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine in Pilsen, Charles University and University Hospital in Pilsen, Pilsen, Czech Republic.

** Biomedical Center, Faculty of Medicine in Pilsen, Charles University, Pilsen, Czech Republic.

*** Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Prague, Czech Republic.

**** Department of Psychiatry, Institute for Postgraduate Medical Education, Prague, Czech Republic.

Resumen

Los resultados a largo plazo del tratamiento hospitalario del trastorno por consumo de alcohol (TCA) siguen siendo insuficientemente estudiados en Europa Central y Oriental. Este estudio examinó los resultados a los 12 meses posteriores al tratamiento tras un programa psicoterapéutico hospitalario de siete semanas en el Hospital Universitario de Plzeň y analizó los factores asociados con la abstinencia y la recaída. Se evaluó una cohorte prospectiva de un solo grupo compuesta por 62 pacientes (41,9 % mujeres) diagnosticados con dependencia del alcohol o consumo perjudicial (CIE-10) mediante instrumentos estandarizados (WHOQOL-BREF, EuropASI), con seguimiento a los 6 y 12 meses y verificación colateral. Se observó abstinencia continua durante un año en 23 pacientes (37,1 %), mientras que otros 5 (8,1 %) informaron un único episodio puntual de consumo; la abstinencia puntual al cabo de un año fue del 56,5 %. Las recaídas ocurrieron predominantemente durante los primeros seis meses. El inicio de la atención de seguimiento en un programa hospitalario especializado dentro del primer mes tras el alta se asoció con resultados más favorables, mientras que una mayor gravedad inicial del consumo de alcohol se relacionó con una recaída más temprana. La calidad de vida, medida mediante el WHOQOL-BREF, mejoró con el tiempo, y una mayor calidad de vida en el seguimiento a los 6 meses se asoció con resultados de abstinencia más favorables. Estos hallazgos sugieren que el período temprano posterior al tratamiento representa una fase particularmente vulnerable de la recuperación y que la participación en cuidados de seguimiento, la gravedad de la dependencia y la calidad de vida pueden ser correlatos relevantes de los resultados del tratamiento.

Palabras clave: trastorno por consumo de alcohol, tratamiento hospitalario, abstinencia, recaída, calidad de vida, resultados del tratamiento

Abstract

Long-term outcomes of inpatient treatment for alcohol use disorder (AUD) remain insufficiently studied in Central and Eastern Europe. This study examined 12-month post-treatment outcomes following a seven-week inpatient psychotherapeutic programme at Pilsen University Hospital and analysed factors associated with abstinence and relapse. A single-group prospective cohort of 62 patients (41.9% women) diagnosed with alcohol dependence or harmful use (ICD-10) was assessed using standardised instruments (WHOQOL-BREF and EuropASI) and followed up at the 6-month and 12-month follow-ups, with collateral informant verification. Continuous one-year abstinence was observed in 23 patients (37.1%), with an additional 5 (8.1%) reporting a single lapse; point abstinence at one year was 56.5%. Relapse occurred predominantly during the first 6 months after discharge. Initiation of facility-based aftercare within one month after discharge was associated with more favourable outcomes, while higher baseline alcohol severity was associated with earlier relapse. Quality of life, as measured by the WHOQOL-BREF, improved over time, and higher quality of life at the 6-month follow-up was associated with more favourable abstinence outcomes. These findings suggest that the early post-treatment period represents a particularly vulnerable phase of recovery and that aftercare participation, dependence severity, and quality of life may be relevant correlates of treatment outcomes.

Keywords: alcohol use disorder, inpatient treatment, abstinence, relapse, quality of life, treatment outcomes

■ *Recibido: Octubre 2025; Aceptado: Junio 2026.*

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Tomáš Skorkovský. Department of Psychiatry, University Hospital in Pilsen, Alej Svobody 80, Pilsen, Czech Republic.
Tel: +420 604 285 318. E-mail: skorkovskyt@fnplzen.cz

Con un consumo anual per cápita de 13,3 litros de alcohol puro, la República Checa se encuentra entre los países con mayor consumo de alcohol de la Unión Europea, donde el promedio en 2019 fue de 11,0 litros (World Health Organization, 2023). Según la Encuesta Nacional de 2024, el 7,4 % de los adultos checos se encuentra en la categoría de consumo perjudicial de alcohol (Králíková et al., 2024). Además, el alcohol contribuye anualmente a entre 6.000 y 7.000 muertes, lo que representa aproximadamente el 6 % de la mortalidad por todas las causas en la República Checa (National Monitoring Centre for Drugs and Addiction, 2024).

La evidencia neurobiológica actual respalda la conceptualización de los trastornos por consumo de sustancias (TCS), incluido el trastorno por consumo de alcohol (TCA), como afecciones crónicas y recurrentes. En consecuencia, se concede cada vez mayor importancia a la atención continuada y a largo plazo (modelo de atención a enfermedades crónicas, *Chronic Care Model*), integrando el tratamiento de las afecciones mentales y físicas comórbidas (Volkow et al., 2017). Los hallazgos previos, incluidos los nuestros, indican que los pacientes con TCA presentan un mayor riesgo de recaída y mortalidad durante los primeros años posteriores al tratamiento en comparación con los consumidores de drogas ilegales (Dawson et al., 2007; Tibenská et al., 2016; Volkow et al., 2017). La calidad de vida se reconoce cada vez más como un resultado importante orientado a la recuperación (Laudet, 2011).

El sistema de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en la República Checa comprende atención ambulatoria, desintoxicación y atención hospitalaria, incluidas las comunidades terapéuticas. Estos servicios conforman una red integrada en la que los programas hospitalarios de duración media, que suelen prolongarse entre 5 y 14 semanas, desempeñan un papel fundamental (Miovský et al., 2013). A pesar de la amplia variedad de servicios disponibles, hasta el 93 % de las personas con TCA grave no recibe ningún tipo de tratamiento. Por tanto, la brecha de tratamiento continúa siendo extremadamente elevada (Kågström et al., 2019).

La evaluación sistemática de los resultados del tratamiento hospitalario del TCA en la República Checa sigue siendo limitada. Existen pocos estudios y presentan heterogeneidad metodológica, especialmente en lo relativo a las definiciones de abstinencia, los procedimientos de seguimiento y el manejo de las pérdidas durante el seguimiento (Skorkovský et al., 2023). A escala internacional se han observado limitaciones similares, en particular el reducido número de estudios, las elevadas tasas de abandono y la falta de uniformidad en los intervalos de seguimiento, tal como se puso de manifiesto en una revisión sistemática sobre la eficacia de las comunidades terapéuticas (Suárez-Castro et al., 2024).

La investigación internacional sugiere que los resultados posteriores al tratamiento del trastorno por consumo de alcohol se asocian principalmente con la gravedad inicial de los problemas relacionados con el alcohol, la continuidad asistencial tras el alta y un funcionamiento más amplio relacionado con la recuperación, incluida la calidad de vida. Una mayor gravedad clínica se ha asociado con un peor pronóstico y una recaída más temprana (López-Goñi et al., 2012; Stohs et al., 2019), mientras que la continuidad asistencial y una mayor retención en el tratamiento se asocian con resultados más favorables a largo plazo (Blevins et al., 2017; Dacosta-Sánchez et al., 2022; McKellar et al., 2003). También se ha prestado cada vez mayor atención a los indicadores de recuperación centrados en el paciente, en particular a la calidad de vida, que puede reflejar no solo el resultado del tratamiento, sino también la estabilidad de la remisión y la capacidad para mantener el cambio conductual a lo largo del tiempo (Carlon et al., 2022; Dayal et al., 2024; Laudet, 2011).

El objetivo del presente estudio prospectivo fue examinar los resultados a los 12 meses posteriores al tratamiento de pacientes con trastorno por consumo de alcohol tras su participación en un programa residencial especializado en la República Checa, prestando especial atención a los resultados relativos a la abstinencia, el momento de la recaída, la participación en los cuidados posteriores al tratamiento y la calidad de vida. Basándonos en investigaciones previas, planteamos las hipótesis de que: (1) el riesgo de recaída sería mayor durante los primeros 6 meses posteriores al tratamiento; (2) una mayor gravedad inicial del consumo de alcohol se asociaría con peores resultados; (3) la participación en el programa de cuidados posteriores proporcionado por el propio centro se asociaría con resultados más favorables en términos de abstinencia; y (4) la calidad de vida, medida mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, mejoraría durante el seguimiento y se asociaría con resultados más favorables en términos de abstinencia.

Método

Se llevó a cabo un estudio longitudinal de un solo grupo con diseño pretest-postest para examinar los resultados a los 12 meses tras un programa de tratamiento hospitalario de siete semanas. Los datos de seguimiento se recopilaron mediante entrevistas telefónicas con los pacientes y sus informantes colaterales en dos momentos: a los 6 y a los 12 meses. La tasa de respuesta para los datos de abstinencia fue del 96,8 %. Las principales medidas de resultado fueron la tasa de abstinencia y la calidad de vida. Utilizamos el término «consumo puntual» (*single lapse*) para referirnos a un único episodio de consumo de alcohol, limitado en el tiempo y seguido de un retorno a la abstinencia, mientras que «recaída» (*relapse*) hace referencia al consumo repetido o sostenido de alcohol más allá de un único episodio puntual. Se utilizó un diseño de

un solo grupo debido a restricciones éticas y organizativas. En este contexto sanitario, los tiempos de espera para recibir tratamiento hospitalario por trastorno por consumo de alcohol son considerablemente inferiores al periodo de seguimiento de 12 meses, lo que hace inviable utilizar un grupo de control en lista de espera. Además, no proporcionar o retrasar un tratamiento indicado con fines de investigación plantearía problemas éticos dada la morbilidad y mortalidad asociadas al trastorno por consumo de alcohol no tratado.

Participantes

El estudio incluyó a todos los pacientes adultos (≥ 18 años) que estuvieron hospitalizados durante ≥ 3 días en la Unidad de Tratamiento de Adicciones del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Pilsen entre marzo de 2022 y febrero de 2024 y que cumplían los criterios de la CIE-10 para F10.1 (consumo perjudicial de alcohol) o F10.2 (síndrome de dependencia del alcohol). Los pacientes que presentaban en ese momento consumo perjudicial o dependencia de otras sustancias (p. ej., estimulantes u opioides; F19.1/F19.2) no eran elegibles para su inclusión en el estudio, aunque podían ser ingresados en la unidad. Los pacientes con antecedentes de otros trastornos por consumo de sustancias que, en el momento del ingreso, únicamente cumplían los criterios diagnósticos de consumo perjudicial o dependencia del alcohol eran elegibles para su inclusión.

El 96,9 % de los pacientes elegibles a los que se propuso participar aceptaron hacerlo. No se aplicaron criterios de exclusión específicos del estudio.

La unidad aplica las contraindicaciones clínicas habituales para el ingreso en el programa psicoterapéutico hospitalario, entre ellas enfermedad física grave que requiera atención urgente, psicosis aguda (F2X.X según la CIE-10) que requiera tratamiento prioritario, trastornos cerebrales orgánicos (F01.X, F02.X, F03, F04 según la CIE-10) y discapacidad intelectual (F70.X según la CIE-10), dado que estas afecciones limitan la idoneidad para una psicoterapia grupal intensiva.

Los trastornos psiquiátricos comórbidos distintos de los trastornos psicóticos no constituyeron criterios de exclusión para el ingreso ni para la participación en el estudio y fueron evaluados como parte del examen psiquiátrico inicial.

Durante el periodo de estudio, ningún paciente que cumpliera los criterios de inclusión fue excluido de la participación, ni por motivos relacionados con el estudio ni debido a estas contraindicaciones clínicas.

Informantes colaterales

Casi todos los pacientes (90,3 %) identificaron a un informante colateral para verificar telefónicamente los datos de seguimiento. Por lo general, se trataba de familiares, principalmente parejas (50,8 %), progenitores (24,6 %) o hijos adultos (14,8 %); con menor frecuencia, eran familiares más lejanos o amigos cercanos (9,8 %). Si las circunstancias vitales de los pacientes cambiaban durante el seguimiento, el informante colateral podía ser sustituido por otra persona de contacto adecuada. Los informes de estos informantes se utilizaron como fuente alternativa de datos cuando no fue posible contactar con los pacientes o como medio para verificar la información autoinformada.

Recogida de datos durante la hospitalización

Durante la primera semana del programa de tratamiento, todos los pacientes incluidos fueron sometidos a una evaluación inicial mediante instrumentos estandarizados. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998), del que se obtuvo una puntuación global que reflejaba la calidad de vida percibida por los participantes.

La evaluación multidimensional de los problemas relacionados con el consumo de sustancias se realizó mediante el instrumento EuropASI (adaptación europea del *Addiction Severity Index*, 5.ª edición) (Kokkevi & Hartgers, 1995; Kubička & Csémy, 1998). Aunque el instrumento evalúa diversos ámbitos (estado médico, situación laboral/apoyo, consumo de alcohol, situación legal, relaciones familiares y sociales y estado psiquiátrico), el presente estudio se centró específicamente en el ámbito de consumo de alcohol. Para este ámbito se obtuvieron dos indicadores:

- *Puntuación compuesta (Composite Score, CS):* indicador cuantitativo de la gravedad en el ámbito correspondiente, calculado a partir de determinados ítems del cuestionario que combinan indicadores objetivos y la percepción subjetiva de los pacientes. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 1, y los valores más altos indican una mayor gravedad.
- *Valoración de gravedad del entrevistador (Interviewer Severity Rating, ISR):* valoración clínica de la gravedad en el ámbito correspondiente en una escala de 0 a 9, basada en una combinación de los datos recopilados durante la entrevista, la autoevaluación subjetiva del paciente y el juicio profesional del clínico.

La evaluación inicial también incluyó el análisis de los datos procedentes del examen psiquiátrico, centrándose en los antecedentes de consumo de sustancias, las intervenciones terapéuticas previas y la presencia de diagnósticos psiquiátricos comórbidos según la CIE-10.

Seguimiento

Tras el alta, se contactó telefónicamente con los pacientes en dos momentos de seguimiento: a los 6 y a los 12 meses. Se administró nuevamente el cuestionario WHOQOL-BREF, junto con un cuestionario estructurado que abordaba la abstinencia, la continuidad asistencial, el funcionamiento psicosocial y variables relacionadas con el tratamiento. Se eligió el formato telefónico para maximizar la tasa de respuesta y permitir aclarar las respuestas de los participantes. En los mismos momentos de seguimiento también se con-

tactó con los informantes colaterales, a quienes se pidió que cumplimentaran una versión abreviada del mismo cuestionario relativa a la abstinencia y la continuidad asistencial.

La abstinencia se definió como la ausencia completa de consumo de alcohol durante el periodo de seguimiento correspondiente, diferenciándose el consumo puntual de la recaída. La abstinencia puntual se definió como la abstinencia de alcohol durante al menos un mes (30 días) antes de las evaluaciones de seguimiento de los 6 y 12 meses. Siempre que fue posible, la abstinencia autoinformada se verificó mediante los informantes colaterales; en caso de discrepancia, se utilizó para el análisis la información menos favorable. No se realizó ninguna verificación biológica (p. ej., mediante biomarcadores); por tanto, los resultados relativos a la abstinencia se basan en autoinformes estructurados corroborados mediante información colateral.

Todas las entrevistas telefónicas de seguimiento fueron realizadas por el primer autor, un médico que participaba en el programa de tratamiento. El entrevistador conocía la información clínica inicial; no obstante, todas las evaluaciones se basaron en cuestionarios estructurados con una formulación estandarizada para minimizar el sesgo relacionado con el entrevistador. Los informantes colaterales no fueron informados de las respuestas de los pacientes y proporcionaron sus informes de manera independiente.

Descripción del centro

La Unidad de Tratamiento de Adicciones del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Pilsen ofrece un programa hospitalario de siete semanas destinado a hombres y mujeres diagnosticados de trastorno por consumo de alcohol (TCA), trastorno por consumo de sustancias (TCS) o juego patológico. Los pacientes ingresan después de haber realizado una desintoxicación en la unidad de desintoxicación del departamento o, con menor frecuencia, son derivados directamente a la unidad de tratamiento de adicciones si pueden acreditar un mínimo de tres semanas de abstinencia.

El programa se basa en psicoterapia grupal abierta, con especial énfasis en el plan terapéutico individual y en el trabajo sobre los objetivos personales de tratamiento del paciente. El tamaño óptimo del grupo es de diez pacientes. La modalidad principal consiste en un grupo de psicoterapia abierto (de incorporación continua), con una rotación semanal limitada (habitualmente entran o salen entre 0 y 2 pacientes por semana), lo que permite mantener la continuidad de los procesos grupales al tiempo que se conserva la flexibilidad en los ingresos. El enfoque terapéutico combina elementos de terapia cognitivo-conductual, técnicas motivacionales y el modelo de los 12 pasos (Alcoholics Anonymous World Services, 2001), complementados con sesiones familiares, entrenamiento en técnicas de relajación, terapia ocupacional, fisioterapia y, cuando está indicado, administración de medicación psiquiátrica (incluidos disulfiram y fármacos anticraving). Además de las sesiones grupales, los pacientes realizan una serie de tareas terapéuticas estructuradas (p. ej., formulación de una solicitud inicial de tratamiento, elaboración de una lista más detallada de problemas y objetivos terapéuticos, un ejercicio de balance motivacional, identificación de situaciones de alto riesgo y estrategias de afrontamiento y un contacto estructurado con una persona significativa, generalmente el familiar más cercano). En el programa se integran determinados elementos del enfoque de los 12 pasos (en particular, los pasos 1 y 4). Cuando resulta apropiado y se acuerda con el paciente, pueden utilizarse como componente opcional estrategias para el manejo del craving (incluida la exposición en imaginación).

El programa se caracteriza por un menor número de elementos estructurados basados en rutinas, en particular por la ausencia de un sistema de puntos y de sanciones colectivas, y pone el énfasis en la cooperación activa de los pacientes y en su motivación intrínseca. Cuando existe un contrato terapéutico individual claramente formulado, la duración del tratamiento puede ampliarse hasta diez semanas, con áreas objetivo y tareas previamente definidas.

En el contexto checo, el programa de siete semanas representa un formato hospitalario de corta duración en comparación con los programas de duración media, más habituales, que se prolongan aproximadamente entre 3 y 4 meses. En comparación con los modelos hospitalarios más tradicionalmente estructurados utilizados en la República Checa, el presente programa se caracteriza por un mayor énfasis en el trabajo psicoterapéutico y en el establecimiento de objetivos individuales, así como por una menor dependencia de elementos rígidos basados en el régimen institucional o de sistemas de sanciones.

Tras el alta, se anima a los pacientes a participar en los grupos de cuidados posteriores al tratamiento (*aftercare*) proporcionados por el mismo centro. Estos grupos se organizan como sesiones semanales de psicoterapia grupal dirigidas principalmente a pacientes abstinentes que han completado el programa hospitalario, aunque también pueden asistir pacientes que hayan completado un tratamiento hospitalario en otros centros. Antes de cada sesión, la abstinencia suele verificarse mediante una prueba de alcoholemia. El programa de cuidados posteriores constituye la modalidad de continuidad asistencial más habitual ofrecida por el departamento y tiene como objetivo favorecer el mantenimiento de la abstinencia, la prevención de recaídas y la continuidad del trabajo terapéutico tras finalizar el tratamiento hospitalario.

Aprobación ética

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Pilsen y la Facultad de Medicina de la Universidad Carolina en Pilsen (aprobación n.º 408/21; 4 de noviembre de 2021). Todos los participantes recibieron información oral y escrita sobre el estudio, y quienes aceptaron participar firmaron un consentimiento informado. Los par-

ticipantes también proporcionaron su consentimiento por escrito para la participación de los informantes colaterales.

Análisis estadístico

Como resultado principal del estudio, la abstinencia se evaluó de tres formas: 1) abstinencia continuada durante 12 meses (variable dicotómica): los pacientes permanecieron completamente abstinentes durante 12 meses o experimentaron una recaída (es decir, consumo de alcohol más allá de un único consumo puntual; los pacientes con un único consumo puntual fueron excluidos de este análisis); 2) tiempo hasta la primera recaída (análisis de tiempo hasta el evento, similar a un análisis de supervivencia, de la proporción de pacientes libres de recaída a lo largo del seguimiento): número de meses inmediatamente posteriores al alta durante los cuales el paciente permaneció continuamente abstinente (redondeado hacia abajo a meses completos; los intervalos expresados como 30 días o 4 semanas se consideraron equivalentes a 1 mes); y 3) abstinencia puntual en el seguimiento de los 12 meses (variable dicotómica): si el paciente había permanecido abstinente durante al menos un mes antes de la evaluación de seguimiento de los 12 meses. La abstinencia continuada y la abstinencia puntual se analizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney (en relación con variables cuantitativas, la mayoría de las cuales presentaban distribuciones no normales) y la prueba exacta de Fisher (en relación con variables categóricas y también para comparar las tasas de recaída entre la primera y la segunda mitad del periodo de seguimiento). El tiempo hasta la primera recaída se evaluó mediante métodos de análisis de supervivencia, concretamente un modelo univariable de riesgos proporcionales de Cox (variables continuas) y análisis de Kaplan-Meier con la prueba de Gehan-Wilcoxon para dos o múltiples muestras (variables categóricas).

Dado que los cuidados posteriores al tratamiento (*aftercare*; programa proporcionado por la Unidad de Tratamiento de Adicciones del Hospital Universitario de Pilsen) solo se inician tras el alta y que su inicio está intrínsecamente vinculado al mantenimiento de la abstinencia, un análisis de supervivencia simple destinado a evaluar su asociación con los resultados generaría un posible sesgo de tiempo inmortal (*immortal time bias*). Para evitarlo, se utilizó un enfoque de punto de referencia (*landmark approach*), estableciendo un periodo de un mes posterior al alta para el inicio de los cuidados posteriores y comenzando el análisis de supervivencia a partir de dicho punto de referencia (incluyendo únicamente a los pacientes que permanecían abstinentes en ese momento). No se exigió una participación regular en el programa de cuidados posteriores del centro para ser incluido en el grupo de «cuidados posteriores» (es decir, bastaba con haber iniciado dichos cuidados una sola vez), con el fin de reducir el sesgo derivado de la asociación intrínseca entre la abstinencia continuada y la participación constante en la continuidad asistencial. Los participantes que asistían a Alcohólicos Anónimos u otros programas externos de continuidad asistencial fueron excluidos de este análisis porque no se disponía del momento en que habían iniciado su participación, lo que impedía incluirlos en el diseño de punto de referencia.

El resultado secundario fue el cambio en la puntuación del WHOQOL-BREF, calculado restando la puntuación inicial de la obtenida en el seguimiento de los 12 meses. La comparación de la calidad de vida entre la evaluación inicial y los seguimientos de los 6 y 12 meses se realizó mediante la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas (sin corrección de Bonferroni para las dos pruebas).

Para explorar si la ausencia de datos era compatible con el supuesto MCAR (*missing completely at random*; datos completamente ausentes al azar), se crearon indicadores de ausencia de datos para cada variable con datos incompletos y se analizaron sus asociaciones con las características iniciales observadas en su totalidad mediante pruebas U de Mann-Whitney para las variables continuas y pruebas de chi-cuadrado o exacta de Fisher para las variables categóricas. Los datos ausentes se concentraron en las variables de seguimiento, especialmente en la puntuación del WHOQOL-BREF a los 12 meses (19,4 %) y a los 6 meses (17,7 %), y mostraron asociaciones con las características iniciales, particularmente con la gravedad de la dependencia, lo que sugiere que era poco probable que los datos estuvieran completamente ausentes al azar. Los datos ausentes se omitieron individualmente de cada prueba mediante eliminación por pares (*pairwise deletion*).

Para evaluar la tasa de falsos descubrimientos (FDR, *false discovery rate*), se aplicó el procedimiento de Benjamini-Hochberg al conjunto de todas las pruebas estadísticas realizadas durante el análisis de los datos. Con un nivel de significación inicial de $\alpha = 0{,}05$, la FDR estimada es del 26 % y, para alcanzar una FDR conservadora real del 5 %, el umbral de significación de cada prueba individual debe reducirse a 0,004.

Todos los valores de *p* presentados son bilaterales y el nivel de significación se estableció en $\alpha = 0{,}05$. El análisis estadístico se realizó mediante STATISTICA (versión 11Cz, TIBCO Software Inc., Palo Alto, CA, EE. UU.).

Resultados

Características de la muestra y completitud del seguimiento

La muestra del estudio estuvo compuesta por 62 pacientes. Se dispuso de datos sobre abstinencia de 60 participantes (96,8 %) gracias al uso de informantes colaterales. Cuatro pacientes (6,5 %) fallecieron durante el periodo de seguimiento, todos ellos tras haber recaído. Se dispuso de datos del WHOQOL-BREF del 90,3 % de los pacientes en el seguimiento de los 6 meses y del 88,7 % en el seguimiento de los 12 meses.

La muestra presentó una distribución equilibrada entre hombres y mujeres (41,9 % de mujeres), con una edad media de 47,8 años. El consumo medio diario de alcohol fue de 122,2 g/día, con una variabilidad considerable entre los participantes. Las características sociodemográficas y de consumo detalladas se presentan en las Tablas 1 y 2.

Las discrepancias entre los informes de los pacientes y los de los informantes colaterales fueron poco frecuentes (6,5 %), lo que sugiere una fiabilidad aceptable de los resultados autoinformados.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra (N = 62)

Variable	Valor
Número de pacientes	62
Género – hombre	36 (58,1%)
Género – mujer	26 (41,9%)
Media de edad (todos)	47,8 años
Rango de edad	23–71 años
Media de edad – hombre	47,9 años
Media de edad – mujer	47,6 años
Antecedentes familiares de consumo de alcohol (al menos uno de los padres)	35 (56,5%)
Duración del consumo excesivo de consumo de alcohol	Media 6 años
Número de pacientes con interrupción prematura del tratamiento	4 (6,5%)
Número de pacientes en el primer episodio de tratamiento	41 (66,1%)
Media de edad de los pacientes en el primer episodio de tratamiento	46,6 años
Número de pacientes con episodios de tratamiento previos	21 (33,9%)
Número medio de episodios de tratamiento (muestra completa)	1,76
Número máximo de episodios de tratamiento	8

Tabla 2
Consumo diario de alcohol (30 días antes del ingreso en tratamiento)

Consumo diario de alcohol	g/día
Media	122,2
Cota inferior de IC del 95%	97,7
Cota superior de IC 95%	146,8
Mediana	59,5
Mínimo	0,0
Máximo	390,0
>200 g/día (m) o >140 g/día (w)	15 (24,2%)
120–200 g/día (m) o 80–140 g/día (w)	20 (32,3%)
<120 g/día (m) o <80 g/día (w)	27 (43,5%)

Resultados de abstinencia, recaída y predictores

Se observó abstinencia continuada durante un año en 23 pacientes (37,1 %; IC del 95 %: 25,9–49,8 %), y otros 5 pacientes (8,1 %; IC del 95 %: 3,0–18,2 %) informaron de un único consumo puntual. El 56,5 % de los participantes alcanzó la abstinencia puntual en el seguimiento de los 12 meses (es decir, abstinencia mantenida durante al menos un mes en el momento del seguimiento al año).

De los 60 pacientes de los que se disponía de datos sobre abstinencia, 30 experimentaron una recaída durante los primeros 6 meses posteriores al tratamiento (50,0 %; IC del 95 %: 45,9–72,6 %), frente a solo 2 de los 30 pacientes restantes (6,7 %) durante el segundo periodo de 6 meses ($p < 0{,}001$; diferencia de proporciones: 43,3 puntos porcentuales; IC del 95 %: 24,2–56,5 %). Este patrón temporal también se refleja en el análisis de Kaplan-Meier, que muestra un pronunciado descenso inicial de la supervivencia libre de recaída (Fig. 1a).

Figura 1
Proporción de pacientes sin recaída tras el tratamiento. Se muestra para el conjunto de la muestra (a) y en función de la participación en los cuidados posteriores al tratamiento (grupos AOD = grupos de cuidados posteriores para trastornos por consumo de alcohol y otras drogas), iniciados durante el primer mes tras el alta (b)

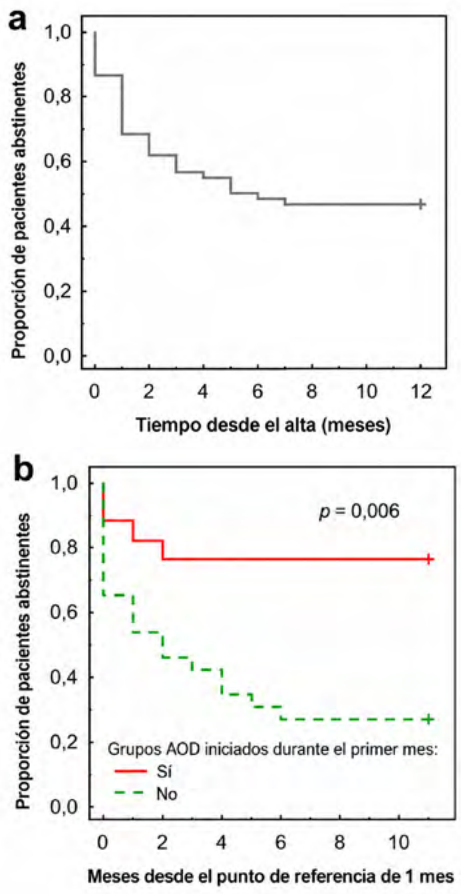


Figura 2
Puntuaciones del WHOQOL-BREF en las diferentes fases del estudio (a), puntuaciones del WHOQOL-BREF en el seguimiento de los 6 meses en función de la abstinencia continuada (b) y cambio en las puntuaciones del WHOQOL-BREF en el seguimiento de los 12 meses en función del número de episodios de tratamiento previos (c)

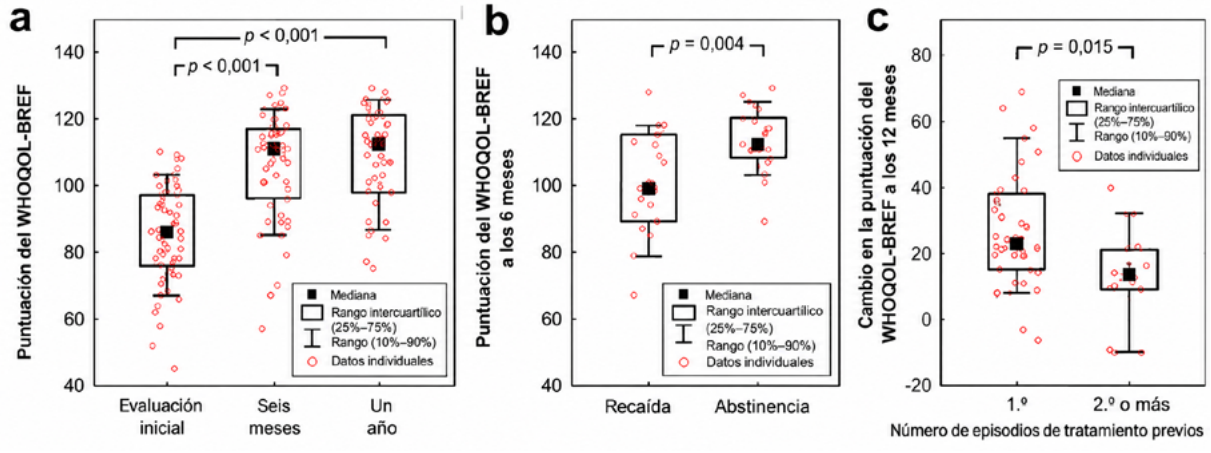


Figura 3
Relación entre la gravedad de la dependencia, medida mediante la ISR (EuropASI, dominio de Alcohol), y la abstinencia continuada durante 12 meses

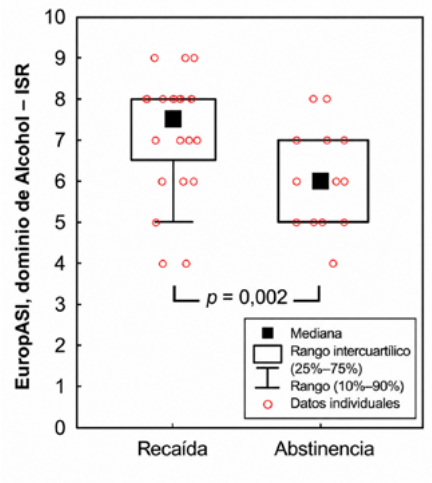
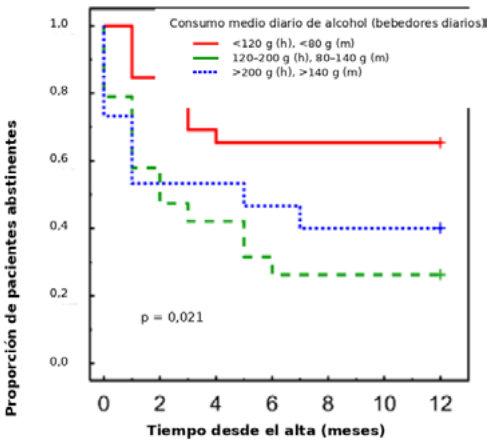


Figura 4
Proporción de pacientes sin recaída a lo largo del tiempo tras el alta en relación con el consumo medio diario de alcohol, categorizado según los umbrales individuales para hombres (h) y mujeres (m)



Una mayor gravedad inicial en el dominio de Alcohol del EuropASI, evaluada mediante la Valoración de Gravedad del Entrevistador (ISR), se asoció con un menor tiempo hasta la recaída (p = 0,001). Se observaron asociaciones similares para la abstinencia puntual y la abstinencia continuada durante 12 meses (p = 0,007 y p = 0,002, respectivamente; Fig. 3). Las asociaciones correspondientes a la Puntuación Compuesta mostraron una dirección similar, aunque fueron, en general, más débiles y menos consistentes entre los distintos resultados.

Un mayor consumo medio diario de alcohol se asoció débilmente con un menor tiempo hasta la recaída (p = 0,021; Fig. 4), mientras que la duración autoinformada del consumo excesivo de alcohol no se asoció con los resultados de abstinencia.

Los pacientes que iniciaron los cuidados posteriores al tratamiento (*aftercare*) durante el primer mes tras el alta (en el mismo centro de tratamiento) mostraron un tiempo significativamente mayor hasta la primera recaída que aquellos que no los iniciaron (p = 0,006; Fig. 1b). La abstinencia puntual en el seguimiento de los 12 meses también fue notablemente mayor en el grupo que recibió cuidados posteriores: 16/16 pacientes (100 %; IC del 95 %: 76,6–100 %) permanecieron abstinentes, frente a 8/23 pacientes (34,8 %; IC del 95 %: 18,5–55,6 %) que no iniciaron estos cuidados (p < 0,001; diferencia: 65,2 puntos porcentuales; IC del 95 %: 37,1–81,2). Los pacientes que recayeron durante el primer mes (n = 8) o que asistieron únicamente a programas externos (n = 11) fueron excluidos de este análisis. Los participantes que fallecieron durante el seguimiento (n = 4) se incluyeron únicamente en el análisis de supervivencia mediante el enfoque de punto de referencia (*landmark*).

Calidad de vida y su asociación con la abstinencia

La calidad de vida, medida mediante la puntuación total del WHOQOL-BREF, mejoró significativamente tanto en el seguimiento de los 6 meses como en el de los 12 meses

en comparación con la evaluación inicial (todos los valores de $p < 0{,}001$; Fig. 2a). Una mejor calidad de vida en el seguimiento de los 6 meses se asoció con un mayor tiempo hasta la primera recaída ($p = 0{,}009$; la ocurrencia de recaída disminuyó un 3,0 %; IC del 95 %: 0,8–5,3 %, por cada punto de incremento en la puntuación del WHO-QOL-BREF), así como con la abstinencia continuada durante todo el seguimiento de un año ($p = 0{,}004$; Fig. 2b) y con la abstinencia puntual en el seguimiento de los 12 meses ($p = 0{,}031$). No se observó dicha asociación para la calidad de vida evaluada en el seguimiento de los 12 meses. Los pacientes con múltiples episodios de tratamiento previos mostraron mejoras menores en la calidad de vida que los pacientes que recibían tratamiento por primera vez ($p = 0{,}015$; diferencia en el cambio mediano: 9,5 puntos; IC del 95 %: 0,5–21; Fig. 2c).

Discusión

Abstinencia continuada, riesgo de recaída temprana y mortalidad

En el seguimiento a los 12 meses, algo más de un tercio de los pacientes alcanzó la abstinencia continuada, mientras que casi la mitad permaneció abstinente cuando se incluyeron también los pacientes que informaron de un único consumo puntual durante el periodo de estudio. Estos hallazgos coinciden con los resultados de nuestro trabajo previo, en el que revisamos los estudios checos disponibles sobre la efectividad del tratamiento hospitalario de duración media para pacientes con dependencia del alcohol y encontramos tasas de abstinencia al año que oscilaban entre el 34 % y el 60 % (Skorkovský et al., 2023).

Dado que la mayoría de las recaídas observadas en este estudio se produjeron durante los primeros 6 meses tras el alta, este periodo puede considerarse una fase especialmente vulnerable de la recuperación. Esta asimetría temporal es coherente con los hallazgos de investigaciones previas (Dawson et al., 2007; Rolová et al., 2023; Tibenská et al., 2008) y probablemente refleja las dificultades a las que se enfrentan los pacientes al pasar de un entorno hospitalario protegido a contextos cotidianos asociados con señales condicionadas relacionadas con el alcohol, malestar y una menor estructura externa. Esta interpretación es coherente con la evidencia actual que muestra que la reactividad a las señales y el *craving* desempeñan un papel importante en el retorno al consumo de sustancias y en los procesos de recaída (Vafaie & Kober, 2022), así como con los hallazgos que indican que el *craving* de alcohol predice la recaída tras el tratamiento residencial (Stohs et al., 2019). Desde una perspectiva clínica, nuestros hallazgos respaldan la consideración de los primeros meses posteriores al alta como un periodo crítico para la intervención, que requiere una estrecha supervisión y un acceso rápido a la continuidad asistencial tras el alta.

Esta interpretación se ve respaldada, además, por la asociación observada entre el inicio temprano de los cuidados posteriores al tratamiento (*aftercare*) y unos resultados de abstinencia más favorables. Los pacientes que iniciaron estos cuidados durante el primer mes tras el alta mostraron un tiempo significativamente mayor hasta la recaída y tasas considerablemente más altas de abstinencia puntual en el seguimiento de los 12 meses en comparación con quienes no los iniciaron. Se han descrito hallazgos similares en estudios previos que destacan la importancia de la continuidad asistencial tras el tratamiento hospitalario, ya sea mediante grupos de cuidados posteriores, servicios especializados en adicciones, psicoterapia individual o grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos (Blevins et al., 2017; McKellar et al., 2003; Rolová et al., 2023; Tibenská et al., 2008). En el presente estudio, el análisis se centró específicamente en los grupos de cuidados posteriores proporcionados por el mismo centro de tratamiento, ya que esto permitió determinar con precisión si se había iniciado la participación y en qué momento. No obstante, solo alrededor de un tercio de los pacientes de nuestra muestra inició esta modalidad estructurada de cuidados posteriores, mientras que aproximadamente la mitad no participó en ningún tipo de continuidad asistencial tras el alta.

Aunque el enfoque de punto de referencia de un mes (*landmark approach*) utilizado en este análisis reduce el posible sesgo de tiempo inmortal al separar el periodo destinado al inicio de los cuidados posteriores del periodo posterior de observación de las recaídas, la asociación observada debe interpretarse con cautela. Los pacientes que inician los cuidados posteriores pueden diferir sistemáticamente de quienes no los inician, lo que podría contribuir en parte a su mayor probabilidad de alcanzar una abstinencia continuada. Las investigaciones previas sugieren que la implicación y la retención en el tratamiento están determinadas por una compleja interacción de factores motivacionales, clínicos y contextuales, entre ellos la disposición al cambio, la relevancia percibida del tratamiento, la estabilidad social y la calidad de la relación terapéutica (Brorson et al., 2013; Zemore et al., 2021). Por tanto, la asociación observada entre el inicio temprano de los cuidados posteriores y unos resultados más favorables no debe interpretarse en términos causales, sino como parte de un proceso más amplio de implicación en el tratamiento y recuperación.

La mortalidad observada durante el seguimiento subraya aún más la relevancia clínica de la recaída. En la presente muestra, cuatro pacientes (6,5 %) fallecieron durante el año posterior al tratamiento y, en todos los casos, el fallecimiento estuvo precedido por una recaída. Tibenská et al. (2016) comunicaron hallazgos similares en un seguimiento de cinco años de pacientes tras un tratamiento residencial, en el que se observaron 28 fallecimientos (13 % de la muestra), de los cuales solo dos no estuvieron precedidos por una recaída. Estas observaciones respaldan la idea de que la re-

caída no debe conceptualizarse simplemente como un fracaso en alcanzar la abstinencia continuada, sino como un acontecimiento clínicamente grave asociado con un riesgo para la salud considerablemente mayor y con la necesidad de una intervención oportuna.

Gravedad de la dependencia, calidad de vida y resultados relacionados con la recuperación

Nuestro análisis mostró que una mayor gravedad de los problemas relacionados con el alcohol, evaluada mediante el dominio de Alcohol del EuropASI, se asociaba con peores resultados posteriores al tratamiento. En particular, las puntuaciones más altas en la Valoración de Gravedad del Entrevistador (ISR) se asociaron significativamente con un menor tiempo hasta la primera recaída. Se observó una tendencia similar, aunque únicamente próxima a la significación estadística, para la Puntuación Compuesta (CS). También se obtuvieron resultados consistentes para los resultados categóricos de abstinencia, en los que una mayor gravedad se asoció con una menor probabilidad de abstinencia mantenida durante un año y de abstinencia puntual. Estos hallazgos son coherentes con estudios previos que indican que la gravedad evaluada clínicamente constituye un correlato importante de los resultados posteriores al tratamiento (López-Goñi et al., 2012; Stohs et al., 2019) y que las valoraciones de gravedad realizadas por el entrevistador pueden presentar una mayor validez predictiva que los indicadores compuestos por sí solos.

Por el contrario, la duración autoinformada del consumo excesivo de alcohol no se asoció con los resultados de abstinencia, lo que sugiere que las estimaciones retrospectivas de la historia de consumo pueden aportar menos información sobre el riesgo de recaída que una evaluación estructurada de la gravedad actual. Se observó una asociación débil entre un mayor consumo medio diario de alcohol y un menor tiempo hasta la recaída, lo que concuerda con los hallazgos previos, que han sido heterogéneos respecto al valor predictivo de los indicadores basados en el consumo (Blevins et al., 2017).

La calidad de vida, evaluada mediante el WHO-QOL-BREF, mejoró significativamente tanto en el seguimiento de los 6 meses como en el de los 12 meses en comparación con los niveles iniciales. Este hallazgo respalda la idea de que el tratamiento hospitalario se asocia no solo con cambios en la conducta de consumo de sustancias, sino también con mejoras más amplias en el bienestar subjetivo y el funcionamiento psicosocial. En consonancia con la literatura previa, estos resultados refuerzan la conceptualización de la calidad de vida como un resultado importante orientado a la recuperación en el trastorno por consumo de alcohol (Andersson & Nordfjærn, 2020; Carlon et al., 2022; Kirouac et al., 2017; LoCastro et al., 2009).

Es importante señalar que una mejor calidad de vida en el seguimiento de los 6 meses se asoció con resultados de abstinencia más favorables, entre ellos un mayor tiempo hasta la recaída y una mayor probabilidad de mantener la abstinencia durante el seguimiento de un año. Por el contrario, no se observaron asociaciones significativas entre la calidad de vida evaluada en el seguimiento de los 12 meses y los resultados de abstinencia. Una posible explicación es que la calidad de vida durante la fase temprana posterior al alta podría reflejar el grado de estabilización psicosocial y adaptación al funcionamiento cotidiano después del tratamiento hospitalario, lo que, a su vez, podría favorecer el mantenimiento de la abstinencia. Por el contrario, es más probable que la calidad de vida evaluada en el seguimiento de los 12 meses represente el resultado global del proceso de recuperación y no un predictor del riesgo posterior de recaída. No obstante, dado el carácter exploratorio de estos análisis y el reducido tamaño de la muestra, estas interpretaciones deben considerarse provisionales.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que la gravedad clínica inicial y la calidad de vida durante la fase temprana posterior al tratamiento pueden reflejar aspectos diferentes pero complementarios de las trayectorias de recuperación en el trastorno por consumo de alcohol. Mientras que la gravedad parece reflejar principalmente la vulnerabilidad a la recaída temprana, la calidad de vida podría estar más estrechamente relacionada con la estabilización psicosocial durante el periodo inicial de recuperación.

Naturaleza del programa de tratamiento y factores subjetivos de éxito

En la República Checa, el tratamiento hospitalario de las adicciones ha estado históricamente influido por modelos altamente estructurados y basados en un régimen institucional, caracterizados por una organización jerárquica del entorno terapéutico, rutinas fijas y sistemas de sanciones. En este contexto, el programa descrito representa un formato hospitalario relativamente breve, con un mayor énfasis en la psicoterapia, el establecimiento de objetivos individuales y la cooperación activa de los pacientes. En lugar de depender principalmente de la estructura externa y del control conductual, el programa pone un mayor énfasis en la motivación intrínseca, la implicación terapéutica y la planificación individualizada de la recuperación.

Esta distinción puede ser relevante a la hora de interpretar la retención en el tratamiento y los resultados de abstinencia. Investigaciones previas han mostrado de forma consistente que el abandono del tratamiento de las adicciones es frecuente y se asocia generalmente con peores resultados, aunque la magnitud de esta asociación varía entre los distintos contextos de tratamiento y las poblaciones con consumo de sustancias (Bottlender & Soyka, 2005; Brorson et al., 2013; Csémy et al., 2012; Haver et al., 2001; Lappan et al., 2019; Stark, 1992). Al mismo tiempo, la retención en el tratamiento por sí sola no debe interpretarse como un indicador suficiente de la efectividad del tratamiento,

ya que los resultados pueden reflejar en parte la retención selectiva de los pacientes con mayor capacidad o disposición para adaptarse a las exigencias del programa (Dacosta-Sánchez et al., 2022; Kubička & Skála, 1982; Skorkovský et al., 2023).

La investigación actual conceptualiza cada vez más el abandono no como un acontecimiento aislado, sino como un proceso multifactorial y dinámico determinado por la interacción de factores individuales, relacionados con el tratamiento y contextuales. Los hallazgos cualitativos sugieren que el abandono suele desarrollarse gradualmente a medida que los pacientes valoran las exigencias y la relevancia percibida del tratamiento frente a su carga psicológica, su motivación y sus circunstancias personales (Ormbostad et al., 2021). Este proceso puede implicar vías tanto más deliberadas como más impulsivas, dependiendo de las fluctuaciones en la motivación, los estresores situacionales y la calidad de la relación terapéutica (Cooper et al., 2023). Del mismo modo, modelos teóricos más amplios destacan el papel de factores modificables como la motivación, la relevancia percibida del tratamiento, las barreras estructurales y la alianza terapéutica, en lugar de centrarse únicamente en características estáticas de los pacientes (Csémy et al., 2012; Kubička & Skála, 1982; Sirvent-Ruiz et al., 2025).

Desde esta perspectiva, la participación en los cuidados posteriores al tratamiento puede representar una continuación de los mismos procesos motivacionales y relacionales que influyen en la retención durante la fase hospitalaria. Por tanto, los presentes hallazgos no deben interpretarse como evidencia de que un determinado modelo hospitalario sea universalmente superior. Más bien, sugieren que los resultados del tratamiento pueden depender del ajuste entre las características del programa, las necesidades del paciente y la continuidad asistencial tras el alta. En este contexto, la heterogeneidad de los programas hospitalarios puede facilitar la individualización de la atención, aunque al mismo tiempo limita la comparabilidad directa de los resultados entre distintos contextos de tratamiento. No obstante, el presente programa sugiere que un enfoque psicoterapéutico más breve y menos basado en un régimen institucional puede asociarse con resultados clínicamente relevantes en un grupo seleccionado de pacientes.

Fortalezas y limitaciones

Este estudio constituye uno de los pocos estudios observacionales prospectivos que examinan un programa de tratamiento residencial para el trastorno por consumo de alcohol en la República Checa. Entre sus principales fortalezas se encuentran la elevada tasa de seguimiento, favorecida por la utilización de informantes colaterales, y el uso de instrumentos validados para evaluar la abstinencia, la recaída y la calidad de vida (WHOQOL-BREF, EuropASI). Entre sus limitaciones se encuentran el tamaño relativamente reducido de la muestra, la ausencia de un grupo de control y el posible sesgo de selección relacionado con la participación voluntaria en el tratamiento. Otra limitación es el número relativamente elevado de análisis exploratorios en relación con el tamaño de la muestra, aunque varias variables de resultado representan operacionalizaciones alternativas de los mismos constructos subyacentes, en lugar de hipótesis independientes. En concreto, la abstinencia continuada, la abstinencia puntual y el tiempo hasta la recaída representan operacionalizaciones diferentes pero complementarias de la recuperación, más que resultados completamente independientes. Lo mismo se aplica al uso de múltiples indicadores de gravedad (ISR y CS) en el cuestionario EuropASI. Estos factores deben tenerse en cuenta al interpretar los hallazgos. No obstante, el estudio proporciona datos útiles para continuar evaluando y optimizando los programas de tratamiento hospitalario para el trastorno por consumo de alcohol.

Conclusión

Este estudio observacional prospectivo examinó los resultados a los 12 meses posteriores al tratamiento tras un programa residencial de siete semanas para el trastorno por consumo de alcohol. Se observó abstinencia continuada en el seguimiento de los 12 meses en el 37,1 % de los pacientes, porcentaje que aumentó hasta el 45,2 % cuando se incluyeron los consumos puntuales. Una menor gravedad inicial de los problemas relacionados con el alcohol, la participación en los cuidados posteriores al tratamiento y una mayor calidad de vida durante la fase temprana posterior al tratamiento se asociaron con resultados más favorables, mientras que la calidad de vida mejoró a lo largo del tiempo.

Los hallazgos ponen de manifiesto la naturaleza multifactorial de la recuperación en el trastorno por consumo de alcohol y la posible importancia de la continuidad asistencial y de una evaluación multidimensional de los resultados. Sin embargo, dado el diseño observacional y la ausencia de un grupo de control, no pueden establecerse interpretaciones causales.

Agradecimientos

Este trabajo recibió financiación de la Grant Agency of Charles University (GA UK, Proyecto n.º 452122); Specific University Research at Charles University (SVV 260631); el Cooperatio Programme (área de investigación SURG); EXCELES – National Institute for Cancer Research (NICR), Proyecto n.º LX22NPO5102, financiado por la Unión Europea – Next Generation EU; y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), proyecto «Application of Modern Technologies in Medicine and Industry» (CZ.02.1.01/0.0/0.0/17_048/0007280).

Conflictos de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses asociado con el presente estudio.

Contribuciones de los autores

Tomáš Skorkovský: Conceptualización, Metodología, Investigación, Curación de datos, Análisis formal, Redacción – borrador original, Visualización, Obtención de financiación.

Milan Beniš: Investigación, Recursos, Redacción – revisión y edición.

Jiří Podlipný: Metodología, Validación, Redacción – revisión y edición.

Petr Hošek: Análisis formal, Software, Visualización, Redacción – revisión y edición.

Michal Miovský: Conceptualización, Metodología, Validación, Redacción – revisión y edición, Obtención de financiación.

Jan Vevera: Conceptualización, Metodología, Supervisión, Validación, Redacción – revisión y edición.

Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial generativa

Las herramientas de inteligencia artificial se utilizaron exclusivamente como apoyo para la edición lingüística y el perfeccionamiento del manuscrito. El uso de estas herramientas se limitó a mejorar la claridad, la gramática, la redacción y la coherencia estilística de determinadas partes del manuscrito. La inteligencia artificial generativa no se utilizó para la generación de datos, el análisis estadístico, la interpretación de los resultados ni la formulación de conclusiones científicas. Todas las contribuciones realizadas con ayuda de inteligencia artificial fueron revisadas y editadas exhaustivamente por los autores, quienes asumen plena responsabilidad por el contenido final.

Referencias

Alcoholics Anonymous World Services. (2001). *Alcoholics anonymous: The story of how thousands of men and women have recovered from alcoholism* (4th ed.). Alcoholics Anonymous World Services.

Andersson, H. W., & Nordfjærn, T. (2020). Factors associated with quality of life trajectories among inpatients treated for alcohol use disorders: A prospective cohort study. *Addictive behaviors reports*, *12*, 100285. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100285

Blevins, C. E., Abrantes, A. M., Kurth, M. E., Gordon, A. L., & Stein, M. D. (2017). Alcohol treatment outcomes following discharge from a partial hospital program. *Journal of substance use*, *22*(6), 643–647. https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1296041

Bottlender, M., & Soyka, M. (2005). Impact of different personality dimensions (NEO Five-Factor Inventory) on the outcome of alcohol-dependent patients 6 and 12 months after treatment. *Psychiatry research*, *136*(1), 61–67. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.07.013

Brorson, 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

Carlon, H. A., Hurlocker, M. C., & Witkiewitz, K. (2022). Mechanisms of quality-of-life improvement in treatment for alcohol use disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, *90*(8), 601–612. https://doi.org/10.1037/ccp0000750

Cooper, A. A., Kline, A. C., Baier, A. L., & Feeny, N. C. (2023). Rethinking Research on Prediction and Prevention of Psychotherapy Dropout: A Mechanism-Oriented Approach. *Behavior modification*, *47*(6), 1195–1218. https://doi.org/10.1177/0145445518792251

Csémy, L., Pecinovská, O., Heller, J., Přikrylová, L., & Popov, P. (2012). Komplexní program léčby závislosti na alkoholu u žen v Apolináři: analýza výsledků léčby po 12 měsících a třech letech [Comprehensive treatment programme for alcohol dependent women in apolinarius clinic: Treatment outcome after twelve months and three years]. Alkoholizmus a drogové závislosti, 47(4), 195-204. https://www.adzpo.sk/images/articles/adzpo-2012-47-4-195-204.pdf

Dacosta-Sánchez, D., González-Ponce, B. M., Fernández-Calderón, F., Sánchez-García, M., & Lozano, O. M. (2022). Retention in treatment and therapeutic adherence: How are these associated with therapeutic success? An analysis using real-world data. International journal of methods in psychiatric research, 31(4), e1929. https://doi.org/10.1002/mpr.1929

Dawson, D. A., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *31*(12), 2036–2045. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00536.x

Dayal, P., & Kaloiya, G. S. (2024). Quality of Life in Alcohol Use Disorder: Exploration of Predictive Factors in a Cross-Sectional Study. *Psychiatry International*, *5*(1), 101-120. https://doi.org/10.3390/psychiatryint5010008

Haver, B., Dahlgren, L., & Willander, A. (2001). A 2-year follow-up of 120 Swedish female alcoholics treated early in their drinking career: prediction of drinking outcome. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *25*(11), 1586–1593. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02165.x

Kagstrom, A., Alexova, A., Tuskova, E., Csajbók, Z., Schomerus, G., Formanek, T., Mladá, K., Winkler, P., & Cermakova, P. (2019). The treatment gap for mental disorders and associated factors in the Czech Republic. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *59*, 37–43. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.04.003

Kirouac, M., Stein, E. R., Pearson, M. R., & Witkiewitz, K. (2017). Viability of the World Health Organization quality of life measure to assess changes in quality of life following treatment for alcohol use disorder. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, *26*(11), 2987–2997. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1631-4

Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *European Addiction Research, 1*, 208-210. https://doi.org/10.1159/000259089

Králíková, E., Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P., & Nechanská, B. (2024). *Národní výzkum užívání tabákových výrobků a alkoholu v České republice 2024* [National survey on tobacco and alcohol use in the Czech Republic 2024]. Státní zdravotní ústav. https://www.szu.cz/uploads/Epidemiologie/CHOPN/Narodni_vyzkum_uzivani_tabakovych_vyrobku_a_alkoholu_2024.pdf

Kubička, L., & Skála, J. (1982). *Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek* [Collection of studies on alcohol and other substance abuse]. Výzkumný ústav psychiatrický.

Kubička, L., & Csémy, L. (1998). Validita české verze EuropASI [Validity of the Czech version of the EuropASI]. *Alkoholizmus a drogové závislosti, 33*(5), 307–315. https://www.adzpo.sk/images/articles/adzpo-1998-33-5-307-315.pdf

Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, *115*(2), 201–217. https://doi.org/10.1111/add.14793

Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction Science & Clinical Practice, 6*(1), 44–55.

LoCastro, J. S., Youngblood, M., Cisler, R. A., Mattson, M. E., Zweben, A., Anton, R. F., & Donovan, D. M. (2009). Alcohol treatment effects on secondary nondrinking outcomes and quality of life: the COMBINE study. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *70*(2), 186–196. https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.186

López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Predictive validity of the EuropASI: clinical diagnosis or composite scoring?. *Journal of substance abuse treatment*, *42*(4), 392–399. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.09.011

McKellar, J., Stewart, E., & Humphreys, K. (2003). Alcoholics anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: cause, consequence, or just a correlate? A prospective 2-year study of 2,319 alcohol-dependent men. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*(2), 302–308. https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.2.302

Miovský, M. (Ed.). (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice (verze 4.7)* [The concept of a network of specialized addiction services in the Czech Republic (version 4.7)] [Teaching text]. Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP; Česká asociace adiktologů. https://www.adiktologie.cz/file/375/koncepce-siti-blok-online.pdf

National Monitoring Centre for Drugs and Addiction. (2024). *Summary of the report on alcohol in the Czech Republic 2024 (Annex 1 to the press release of 20 March 2025).* Office of the Government of the Czech Republic. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/35688/1352/TZ%202025-03-20_P%C5%98%C3%8DLOHA%2001_Souhrn%20Zpr%C3%A1vy%20o%20alkoholu%20v%20%C4%8CR%202024_fin.pdf

Ormbostad, H. A. K., Otterholt, E., & Stallvik, M. (2021). Investigating patients' perceptions of residential substance use treatment: Is drop out a deliberate or impulsive act? Journal of Social Work Practice in the Addictions, 21(3), 255–272. https://doi.org/10.1080/1533256X.2021.1933850

Rolová, G., Lukavská, K., Ghaisová Tibenská, A., Skorkovský, T., Miovský, M., Vevera, J., & Gabrhelik, R. (2023). Factors associated with abstinence in addiction inpatient treatment cohort: a five-year follow-up. *Journal of Substance Use*, *30*(1), 10–16. https://doi.org/10.1080/14659891.2023.2226204

Sanvisens, A., Zuluaga, P., Rubio, G., Short, A., Gual, A., Álvarez, F. J., Torrens, M., Rodríguez de Fonseca, F., Muga, R., & Estudio CohRTA, - (2020). DSM-5 in patients seeking their first treatment for alcohol use disorder. Sex differences in the multicenter CohRTA study. DSM-5 en pacientes que solicitan el primer tratamiento del trastorno por uso de alcohol. Diferencias de sexo en el estudio multicéntrico CohRTA. *Adicciones*, *32*(2), 136–144. https://doi.org/10.20882/adicciones.1177

Sirvent-Ruiz, C. M., Miranda, M., & Moral-Jiménez, M. V. (2025). Prediction of therapeutic dropout in patients with addictions: Development and validation of the Predictors of Dropout from Addiction Treatment (PDAT) scale. *PloS one*, *20*(6), e0326853. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0326853

Skorkovský, T., Vevera, J., Beniš, M., Miovský, M., & Popov, P. (2023). Evaluating and comparing success rates for inpatient treatment of alcohol addiction in the Czech Republic. Central European journal of public health, 31(3), 198–203. https://doi.org/10.21101/cejph.a7905

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

Stohs, M. E., Schneekloth, T. D., Geske, J. R., Biernacka, J. M., & Karpyak, V. M. (2019). Alcohol Craving Predicts Relapse After Residential Addiction Treatment. Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire), 54(2), 167–172. https://doi.org/10.1093/alcalc/agy093

Suárez-Castro, D., Moreira, D., Azeredo, A., & Dias, P. C. (2024). Relapse rates after treatment in Therapeutic Communities: A systematic review. Tasas de recaída tras un tratamiento en Comunidades Terapéuticas: Una revisión sistemática. *Adicciones*, *36*(4), 379–388. https://doi.org/10.20882/adicciones.1898

The WHOQOL Group (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological Medicine, 28*(3), 551–558. https://doi.org/10.1017/S0033291798006667

Tibenská, A., Čížek, J., Martinek, C., & Libiger, J. (2008). Katamnestické sledování účinnosti odvykací léčby [Catamnestic observation of the efficacy of substance dependence treatment program]. *Česká a slovenská psychiatrie*, *104*(5), 230-235. https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-psychiatrie/2008-5/katamnesticke-sledovani-ucinnosti-odvykaci-lecby-1055

Tibenská, A., Martinek, C., & Libiger, J. (2016). Katamnestické sledování pacientů se závislostí po 5 letech od ukončení odvykací léčby [The outcome of addiction treatment programme: 5 years follow-up]. *Česká a slovenská psychiatrie*, *112*(4), 159-164. https://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_4_159_164.pdf

Vafaie, N., & Kober, H. (2022). Association of Drug Cues and Craving With Drug Use and Relapse: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry, 79(7), 641–650. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1240

Volkow, N. D., Poznyak, V., Saxena, S., Gerra, G., & UNODC-WHO Informal International Scientific Network (2017). Drug use disorders: impact of a public health rather than a criminal justice approach. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *16*(2), 213–214. https://doi.org/10.1002/wps.20428

World Health Organization (1998). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science & Medicine, 46*(12), 1569–1585. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4

World Health Organization (2023). *Alcohol health warning labels: A public health perspective for Europe (fact sheet)*. In *Alcohol, health and policy response in the WHO European Region.* World Health Organization, Regional Office for Europe. https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/24-10-16_who-eur_factsheetonalcoholconsumption.pdf

Zemore, S. E., Ware, O. D., Gilbert, P. A., & Pinedo, M. (2021). Barriers to retention in substance use treatment: Validation of a new, theory-based scale. *Journal of substance abuse treatment*, *131*, 108422. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108422