

¿Qué variables facilitan el alta terapéutica en servicios residenciales de tratamiento de las drogodependencias? Estudio en dos comunidades terapéuticas en Cataluña
What variables facilitate therapeutic discharge in residential drug treatment services? A study in two therapeutic communities in Catalonia

Fran Calvo^{*,**}, Cristina Nafría^{*}, Antoni Solanas^{***}, María González^{*}, Clara Tresserras^{*}, Grupo de trabajo de evaluación del tratamiento de FSC^{*} y Xavier Ferrer^{*}

^{*}Dirección Técnica, Fundación Salud y Comunidad, Barcelona

^{**}Serra Húnter Fellow, Departament de Pedagogia, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida, Universitat de Girona

^{***}Departamento de Psicología Cuantitativa, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona

ORCID Fran Calvo: <https://orcid.org/0000-0002-0300-8548>

ORCID Cristina Nafría: <https://orcid.org/0000-0001-9298-9271>

ORCID Antoni Solanas: <https://orcid.org/0000-0003-3356-2205>

ORCID María González: <https://orcid.org/0000-0001-8361-4865>

ORCID Clara Tresserras: <https://orcid.org/0000-0002-5668-5753>

ORCID Xavier Ferrer: <https://orcid.org/0000-0003-4985-7366>

Recibido: 28/10/2021 · Aceptado: 20/05/2022

Cómo citar este artículo/citation: Calvo, F., Nafría, C., Solanas, A., González, M., Tresserras, C., Ferrer X. y Grupo de trabajo de evaluación del tratamiento de FSC (2022). ¿Qué variables facilitan el alta terapéutica en servicios residenciales de tratamiento de las drogodependencias? Estudio en dos comunidades terapéuticas en Cataluña. *Revista Española de Drogodependencias*, 47(2), 56-72. <https://doi.org/10.54108/red.10018>

— Correspondencia: _____
Xavier Ferrer
Email: xavier.ferrer@syc.org



Resumen

La retención en el tratamiento residencial de drogodependencias es el mejor predictor del éxito terapéutico. Quienes finalizan sus tratamientos con una alta terapéutica (AT) presentan una mejor evolución en su tratamiento integral que quienes no lo hacen. El objetivo de este estudio fue analizar las variables relacionadas con el alta terapéutica (u otros motivos no deseados de salida precoz del tratamiento) en dos comunidades terapéuticas (CT) profesionales en Cataluña. La muestra estuvo conformada por las personas que iniciaron tratamiento en las CT entre marzo de 2018 y marzo de 2020. Para ello se hicieron comparaciones de medias, varianzas y tablas de contingencia. Se ajustó un modelo de regresión logística binaria para determinar variables predictoras relacionadas con el AT. De 223 pacientes, un 32,8% consiguieron AT. Los dependientes de cocaína y de heroína presentaron un menor número de AT, contrariamente a los consumidores exclusivos de alcohol. Quienes tenían antecedentes de tratamientos previos presentaron un mayor riesgo de abandono. Las personas que refirieron peor estado de salud general, peor calidad de vida, mayor ansiedad, peor estado de ánimo, mayor puntuación en STAI (rasgo o estado), mayor puntuación en el inventario de depresión de Beck o mayor impulsividad obtuvieron menos AT. En conclusión, se identificaron algunas variables capaces de pronosticar una mayor posibilidad de altas terapéuticas en el tratamiento residencial de las adicciones. Los días en tratamiento, la percepción de la calidad de vida y el diagnóstico exclusivo de dependencia de alcohol resultaron las variables que mejor predijeron, de forma independiente, el AT.

Palabras clave

Drogodependencias, comunidad terapéutica, salud mental, tratamiento de las drogodependencias, adicción.

Abstract

Retention is the best predictor of therapeutic success in community-based substance abuse treatment. Those that finalize the treatment having therapeutic discharge (TD) have best results after the treatment than those who don't get the TD. The objective of this study was analysed variables related with TD (or another drop-off reasons) in two professionalized therapeutic communities (TC) in Catalonia (Spain). The sample included people who started treatment in the TC between March 2018 and March 2020. Median and variances comparison and contingency tables were performed. A logistic regression was adjusted to determine variables with capacity to predict TD. 223 patients were included and the 32,8% had TD. Patients with exclusively alcohol-dependence diagnose had more TD than patients with diagnoses of cocaine-dependence and heroin-dependence. Those who had previous experiences of treatment were riskier of drop-off. Patients who referred worst health status and quality of live, more anxiety, worst mood situation, more punctuation in the STAI test, more punctuation in the Beck depression inventor or more impulsivity, had less TD. In conclusion some variables with capacity to predict high probability of TD in community-based substance abuse treatment were identified. The time spent under treatment, perception of quality of live and the diagnose of alcohol-dependence exclusively were independent variables that predict better the TD.

Palabras clave

Drug dependence, therapeutic community, mental health, drug-dependence treatment, addiction.



INTRODUCCIÓN

Las comunidades terapéuticas son servicios residenciales de atención psicosocial y socioeducativa dirigidos al tratamiento intensivo de la dependencia de las drogas. El tratamiento en una comunidad terapéutica (CT) tiene una duración media de entre 9 y 15 meses (de Leon, 2015) y presenta beneficios potenciales en prácticamente todas las áreas de las personas atendidas, tanto a nivel individual (psicológico, orgánico, relacional) como también a nivel sociocomunitario, reduciendo el impacto de los factores legales, económicos, laborales y familiares de las adicciones (Scaduto et al., 2015). Los tratamientos llevados a cabo en una CT son eficaces y rentables para atender a las personas drogodependientes, especialmente de aquellas con una severidad sintomatológica más elevada (de Leon et al., 2021).

Debido a la multiplicidad de elementos que definen cada propuesta de tratamiento en una CT, tales como el tipo de centro (público o privado, orientación terapéutica, profesionales que trabajan), el plan de intervención, las características de los sujetos (incluyendo el tipo de dependencia a tratar y la comorbilidad psiquiátrica) y el tipo de derivación, se da una gran disparidad de criterios a la hora de evaluar su efectividad (Malivert et al., 2012). Pese a ello, existe un cierto acuerdo alrededor de que la retención en el tratamiento es el elemento que mejor predice el éxito terapéutico y, por ende, las mejoras atribuidas al proceso de deshabituación, siendo con periodos de entre tres y doce meses de ingreso en CT cuando se dan las mejoras más sustanciales (George De Leon et al., 2021; Secades y Fernández, 2000).

El alta terapéutica (AT) tras un programa en una CT se considera como la finalización exitosa del tratamiento, en contraposición a la salida no deseada, que aglutina diferentes formas de finalización no exitosa (alta voluntaria, abandono, cese, cambio a otro tipo de tratamiento). La falta de una definición consensuada de estos conceptos añade dificultad al proceso de evaluación de resultados (De Leon et al., 2021; de Leon & Unterrainer, 2020; Fernandez-Montalvo y López-Goñi, 2010; López-Goñi et al., 2008). Por lo tanto, mayoritariamente el grado de eficacia de un programa de tratamiento puede medirse en término de porcentaje de altas terapéuticas.

Aunque esta falta de encuentro conceptual se percibe en los amplios rangos publicados en la literatura (por ejemplo, la tasa de salida no deseada de recursos residenciales se establece entre el 91% y el 21,9%) (Malivert et al., 2012) existe un punto de confluencia en la consideración del tiempo en tratamiento como un factor de influencia destacable. Así, aunque si bien se ha comprobado que las personas que finalizan sus tratamientos con una AT tienen mejores resultados que aquellos que acaban con cualquier otro tipo de salida (Secades y Fernández, 2000), diversos estudios también han demostrado que independientemente de dicha consecución, cuanto más se incrementa el tiempo de tratamiento el resultado es más favorable (Fernández et al., 2008; Guydish et al., 1999; Mccusker et al., 1997; Nemes et al., 1999; Secades y Magdalena, 2000).

Siendo pues tanto la consecución del AT como el tiempo que transcurre el paciente en tratamiento determinantes para la obtención de mejores resultados, la retención en el tratamiento y/o la prevención de una



salida no deseada del recurso tiene una gran importancia para garantizar los beneficios de los tratamientos intensivos en drogodependencias (de Leon y Unterrainer, 2020). Así, el objetivo de este estudio fue analizar las variables relacionadas con el alta terapéutica u otros motivos no deseados de salida precoz del tratamiento de las adicciones a drogas, en dos comunidades terapéuticas profesionales en Cataluña entre los meses de marzo de 2018 y marzo de 2020.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Estudio transversal, observacional y analítico.

Población y muestra

La muestra estuvo conformada por la totalidad de las personas atendidas en dos comunidades terapéuticas de Fundación Salud y Comunidad (FSC), que iniciaron tratamiento entre los meses de marzo de 2018 y marzo de 2020 (24 meses en total).

Procedimiento

Las comunidades terapéuticas incluidas en el estudio forman parte de la red de tratamiento residencial de la Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de Dia de Catalunya (Coordinadrog, 2021), y la Federació Catalana de Drogodependències (FCD, 2021). Se trata de dos CT de titularidad privada, con una mayoría de disponibilidad de plazas para las que la administración pública subvenciona una parte del coste cuando el paciente está vinculado a un centro ambulatorio público,

que es el principal agente derivador. El tiempo de tratamiento oscila entre los tres y los doce meses, dependiendo de las necesidades de la persona atendida.

Así, tras su ingreso en la CT, generalmente unos días después para evitar el impacto y la confusión subsiguientes al proceso de incorporación, y como máximo dos semanas desde su llegada, se procedió a la primera administración de los instrumentos diagnósticos y de valoración. Una vez que el paciente terminó su tratamiento y el equipo terapéutico de cada centro hubo determinado y registrado el tipo de alta, se analizó la información recogida según el tipo de salida del recurso, en relación con las variables incluidas en el estudio a su ingreso.

Los tipos de salida del recurso posibles fueron:

- Alta terapéutica: El paciente adquirió de forma óptima los elementos terapéuticos incluidos en su plan terapéutico individualizado (PTI) y el equipo profesional del servicio consideró que su proceso finalizó con una incorporación exitosa de los mismos.
- Alta voluntaria: El paciente decidió cesar su tratamiento de forma unilateral antes de que el equipo de tratamiento considerara que había incorporado todos los elementos de su PTI.
- Cese: El tratamiento cesó por decisión del equipo terapéutico. Generalmente esto ocurre cuando existe un incumplimiento reiterado o grave de las normativas de los servicios, o la baja motivación del paciente dificulta su proceso terapéutico.
- Cambio de proceso: El equipo terapéutico consideró que el servicio no podía cubrir las necesidades del paciente y se



propuso un cambio hacia otro servicio que pudiera atenderle mejor.

- Fuerza mayor: el tratamiento se interrumpió por razones ajenas a la voluntad del paciente y equipo, como la necesidad de ocuparse de familiares dependientes (personas mayores, hijos/as) o traslado a zonas lejanas de residencia.

Una vez recogida la información, los datos de los pacientes fueron incluidos en una hoja de cálculo para, siempre de forma anónima y confidencial, ser analizados.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Cuestionario *ad hoc* sobre el tratamiento recibido (centro de ingreso, modalidad de tratamiento, tiempo en tratamiento, tipo de alta recibida).
- Historia toxicológica y comorbilidad psiquiátrica (droga o drogas de las que se realiza tratamiento, dependencia múltiple, comorbilidad psiquiátrica diagnosticada, tiempo de abstinencia).
- Cuestionario *ad hoc* sobre relaciones interpersonales, familiares, violencia intrafamiliar, empleabilidad, integración social y otras variables psicosociales. Se recoge la información referida al momento actual y a los tres meses antes.
- Cuestionario *ad hoc* sobre salud (salud general, estado anímico y ansiedad autopercebidos. Escalas Likert de 1 a 7, donde 1 es menor intensidad en el ítem y 7 es máxima intensidad). Se recoge la información referida al momento actual y a los tres meses antes.
- Escala Abreviada de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQoL) (WHO, 2019). La versión abreviada de la WHOQoL consta de 26 preguntas de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta (desde 1: *Nada* a 5: *Totalmente*), agrupadas en 4 dominios relacionados con la calidad de vida: físico, psicológico, social y del entorno. La adaptación de la escala en población de habla hispana determinó unos valores del alpha de Cronbach $\alpha > 0,70$ para todas las dimensiones y un $\alpha = 0,895$ global, lo que indica una consistencia alta del instrumento en población española (López Huerta et al., 2017). Con ella se obtiene una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos y se considera que, a mayor puntuación, mayor calidad de vida.
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI E/R) (Spielberger et al., 1970). Es un cuestionario autoadministrado que mide la ansiedad-estado que siente la persona ante momentos o situaciones específicas, y la ansiedad-rasgo relacionada con su personalidad y su predisposición a presentar síntomas ansiosos. Tanto la escala estado como la escala rasgo tienen 20 ítems cada una, que se puntúan en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3). Su efectividad ha sido contrastada recientemente para la población drogodependiente y presenta una buena consistencia interna en la adaptación española, entre 0.9 y 0.93 en la ansiedad/estado y entre 0.84 y 0.87 en ansiedad/rasgo (Olvera et al., 2018).
- Escala de Autoestima (Rosemberg, 1965). Escala de 10 ítems tipo Likert, que se responden en una escala de cuatro puntos (desde 1 = *muuy de acuerdo*



a 4 = *totalmente en desacuerdo*) y cuya finalidad es la medida de la autoestima global a partir de la percepción de los sentimientos positivos y negativos hacia uno mismo. En relación a la consistencia interna, el co-eficiente alpha de Cronbach es de $\alpha = 0,87$ (Vázquez Mozejón et al., 2004).

- Inventario de depresión de Beck (Beck et al., 1996). Se trata de un instrumento compuesto de 21 ítems, según una escala Likert de cuatro puntos (0-3) en los que la persona escoge la alternativa que mejor se aproxima a su estado promedio durante las últimas semanas. La escala presenta un alfa de Cronbach de 0,93 (Pachas, 2019) y se ha utilizado extensamente en la población drogodependiente (Hunter et al., 2012; Watkins et al., 2011).
- Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11). Cuestionario autoadministrado diseñado para evaluar el constructo de impulsividad en la personalidad/comportamiento. Distingue tres tipos de impulsividad: la cognitiva, la motora y la no planificada. Es el instrumento más citado para la evaluación de este constructo (Patton et al., 1995). Se compone de 30 ítems tipo Likert sobre la frecuencia de diferentes conductas (desde 1: *raramente o nunca*, hasta 4: *siempre o casi siempre*). El rango de puntuación total varía entre 30 a 120 y la consistencia interna es de un alpha de Cronbach de $\alpha = 0,78$ (Martínez-Loredo et al., 2015).

Análisis estadístico

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para la descripción de las variables cuantitativas, y frecuencias absolu-

tas y relativas en el caso de las cualitativas. Se utilizaron los estadísticos t de Student o U de Mann-Whitney para la comparación de medias, el ANOVA o prueba de Kruskal-Wallis para la comparación de varianzas, según normalidad de variables y el estadístico ji cuadrado para el análisis de variables categóricas. Se ajustó un modelo de regresión logística binaria con la variable dependiente dicotómica “alta terapéutica” (sí/no) para determinar variables predictoras relacionadas.

Para el análisis, se utilizó el paquete estadístico SPSS® en su versión 25 para Mac.

Aspectos éticos

El procedimiento de recogida de datos y posterior análisis siguió las recomendaciones establecidas en la Declaración de Helsinki de 1975 en su versión más actual. El procedimiento respetó en todo momento la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD), bajo la supervisión de un comité de expertos en protección de datos de carácter personal y especialmente sensibles.

RESULTADOS

Descriptivos

Inicialmente fueron incluidos 271 pacientes, de los que se excluyeron 48 casos que no habían concluido el tratamiento en el momento del análisis. De los 223 restantes, un 32,8% consiguieron un alta terapéutica ($n = 89$), un 23,6% abandonaron el recurso por alta voluntaria ($n = 64$), un 17,0% fueron expulsados ($n = 46$), un 4,4% cambiaron de proceso de tratamiento ($n = 12$) y un



4,4% (n = 12) interrumpieron el tratamiento por causas de fuerza mayor.

Los participantes tenían una media de edad de 39,9 años (DE = 9,8). El 79,4% fueron hombres (n = 177) y el 20,6% mujeres (n = 46) y la media de días en tratamiento fue de 133,8 (DE = 75,6).

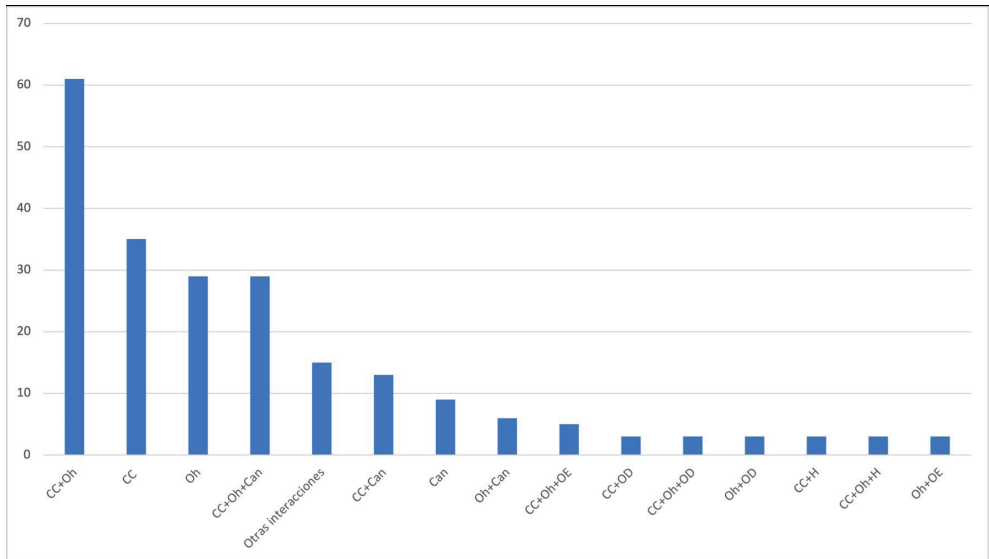
Los pacientes presentaron una media de 29,2 días de abstinencia previa al ingreso (DE = 37,5).

Considerando que la dependencia y motivo de demanda podían referirse a más de una droga por persona, un 73,1% (n = 163) iniciaron tratamiento por adicción a cocaína, un 64,6% (n = 144) al alcohol, un 29,6% (n = 66) al cannabis, un 6,7% (n = 15) a la heroína, un 6,7% (n = 15), a otros estimulantes y un 5,4% (n = 12), a otros depresores. Un

46,6% (n = 104) presentaron un diagnóstico por dependencia a la cocaína en simultaneidad a un diagnóstico por dependencia al alcohol (independientemente de presentar o no un tercer o más diagnósticos por dependencia de drogas). Un 27,4% de los pacientes (n = 61) presentaron un diagnóstico por dependencia a cocaína y al alcohol exclusivamente, un 15,7% (n = 35) a la cocaína exclusivamente y un 13,0% (n = 29) al alcohol exclusivamente. Ver Figura 1.

El 40,8% de los pacientes (n = 91) presentaron un diagnóstico de patología dual previo, siendo los diagnósticos de comorbilidad psiquiátrica más comunes el trastorno límite de la personalidad (n = 29; 12,2%), la depresión mayor (n = 23; 9,2%), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (n = 16; 6,3%), el trastorno

Figura 1. Frecuencia de casos según droga/s cuya dependencia es motivo del ingreso (CC = Cocaína, Oh = Alcohol, Can = Cannabis, H = Heroína, OE = Otros estimulantes, OD = Otros depresores)





bipolar ($n = 12$; 4,8%) y la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos ($n = 11$; 4,0%). El 84,3% de las personas con diagnóstico dual estaban compensadas a nivel de sintomatología ($n = 70$).

El 87% tenía experiencia previa de tratamiento de las adicciones ($n = 188$), con una media de 1,6 (DE = 1,3) tratamientos previos realizados. El 49,8% ($n = 135$) fueron derivados de centros ambulatorios de tratamiento de las drogodependencias.

Sobre las relaciones familiares, un 48,9% ($n = 109$) de los pacientes tenían pareja y un 43,9% hijos ($n = 98$). Por otro lado, un 23,3% ($n = 52$) no tenían relación con su padre o había fallecido, un 8,5% ($n = 19$) no tenían relación con su madre o esta había fallecido y un 5,9% ($n = 16$) eran huérfanos.

Análisis bivariado

Los participantes cuya salida de los recursos fue el AT, permanecieron más días de tratamiento que aquellos cuya salida fue alguna otra salida no deseada ($M_e = 181,5$ vs. 90,5 días; U de Mann-Whitney = 1.893,5; $p < 0,001$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas según género ($X^2 = 1,288$; $gl = 1$; $p = 0,256$) o edad (U de Mann-Whitney = 5.758,5; $p = 0,665$) respecto el tipo de salida.

Las personas con dependencia de la cocaína ($X^2 = 4,731$; $gl = 1$; $p = 0,03$) y de heroína ($X^2 = 4,737$; $gl = 1$; $p = 0,03$) presentaron un menor número de AT. En cambio, los pacientes consumidores exclusivamente de alcohol obtuvieron un mayor número de estas ($X^2 = 6,825$; $gl = 1$; $p = 0,009$).

Quienes efectuaron otros tratamientos previos presentaron un mayor riesgo de no concluir adecuadamente el tratamiento (X^2

= 9,642; $gl = 1$; $p = 0,039$), así como quienes procedían de centros externos, cuya probabilidad de obtener el AT fue inferior a los que procedían del propio circuito interno de FSC ($p = 0,002$).

Sobre las medidas de autopercepción de su estado tres meses antes del ingreso, las personas que refirieron tener peor estado de salud general tuvieron menos AT (U de Mann-Whitney = 4.927,05; $p = 0,025$) del mismo modo que las personas con peor calidad de vida (U de Mann-Whitney = 4.967,5; $p < 0,031$) o mayor ansiedad (U de Mann-Whitney = 4.785,0; $p = 0,011$).

Respecto a las medidas tomadas en el momento del ingreso, las personas con un mejor estado de ánimo (U de Mann-Whitney = 5.010,5; $p = 0,032$) o un menor estado de ansiedad (U de Mann-Whitney = 4.597,0; $p = 0,002$) obtuvieron más AT. Asimismo, obtuvieron más AT los pacientes con una mayor puntuación en calidad de vida (WHOQoL) (U de Mann-Whitney = 4.304,0; $p = 0,006$), menor puntuación en STAI rasgo (U de Mann-Whitney = 5.002,5; $p = 0,042$) o STAI estado (U de Mann-Whitney = 4.775,5; $p = 0,012$), menor puntuación en el inventario de depresión de Beck (U de Mann-Whitney = 4.837,5; $p = 0,021$) o menor impulsividad (global o en cualquiera de sus subescalas). Ver tablas 1, 2 y 3.

El ajuste de regresión logística binaria (Cox y Snell = 0,297; Nagelkerke = 0,401) que se muestra en la Tabla 4, arrojó como variables predictoras de alta terapéutica el diagnóstico exclusivo en dependencia al alcohol (OR = 3,426; IC 95% = 1,134-4,326), una mejor percepción de calidad de vida antes del ingreso al recurso (OR = 1,388; IC 95% = 1,095-1,796) y un mayor número de días en tratamiento (OR = 1,017; IC 95% = 1,001-1,021).

Tabla 1. Descripción de datos sociodemográficos y resultados totales de variables cuantitativas

Variables	Total		
	M (DE)	IC 95%	M _e (P ₂₅ -P ₇₅)
Edad	39,9 (9,8)	39,4-45,3	39,8 (32,9-45,8)
Días en tratamiento	133,8 (75,6)	111,5-175,5	134,0 (80,0-186,0)
Días de abstinencia	29,2 (37,5)	24,6-33,7	20,0 (10,0-34,0)
Tratamientos previos	1,6 (1,3)	1,1-1,8	1,0 (1,0-2,0)
Medidas 3 meses antes			
Estado de salud	3,4 (1,5)	2,9-4,1	4,0 (2,0-5,0)
Estado de ánimo	2,6 (1,40)	1,9-3,0	3,0 (1,0-4,0)
Ansiedad	2,8 (1,7)	2,3-3,5	3,0 (1,0-4,0)
Calidad de vida	2,7 (1,4)	2,1-3,1	2,0 (2,0-4,0)
Medidas salud al ingreso (Rango escala)			
Estado de salud (1-7)	4,6 (1,1)	4,2-4,9	5,0 (4,0-5,0)
Estado de ánimo (1-7)	4,2 (1,1)	3,8-4,7	4,0 (4,0-5,0)
Ansiedad (1-7)	4,2 (1,3)	3,6-4,7	4,0 (4,0-5,0)
Calidad de vida (1-7)	4,6 (1,5)	4,3-5,4	5,0 (3,7-5,0)
WHOQoL (23-130)	82,8 (16,4)	81,7-92,0	83,0 (74,0-93,0)
STAI Estado (0-60)	25,3 (11,1)	21,5-31,0	25,0 (17,0-33,0)
STAI Rasgo (0-60)	29,3 (9,4)	25,5-33,0	29,0 (23,0-35,0)
Autoestima (10-40)	27,5 (5,6)	24,5-29,1	27,0 (24,0-31,0)
Beck (0-63)	15,9 (9,7)	9,9-18,3	15,0 (8,7-21,0)
BIS II			
Impulsividad cognitiva (0-32)	17,3 (5,4)	13,7-19,0	17,0 (13,0-22,0)
Impulsividad motora (0-44)	20,5 (7,6)	16,7-22,3	20,5 (15,0-26,0)
Impulsividad no planeada (0-44)	21,1 (6,5)	16,7-21,8	21,0 (17,0-25,0)
Impulsividad total (0-120)	58,9 (15,6)	48,6-62,0	60,0 (47,5-70,0)
Satisfacción relaciones familiares (1-5) ^a			
Relación pareja	2,9 (1,2)	2,1-3,1	3,0 (2,0-4,0)
Relación hijos	3,3 (1,2)	2,8-3,7	3,0 (3,0-4,0)
Relación padre	2,9 (1,2)	2,6-3,5	3,0 (2,0-4,0)
Relación madre	3,1 (1,2)	2,6-3,4	3,0 (2,0-4,0)
Satisfacción relaciones familiares (1-5) ^b			
Relación pareja	3,3 (1,3)	3,0-4,0	3,0 (2,0-4,0)
Relación hijos	3,7 (1,3)	3,5-4,4	4,0 (3,0-5,0)
Relación padre	3,4 (1,1)	3,1-3,9	4,0 (3,0-4,0)
Relación madre	3,6 (1,1)	3,2-4,1	4,0 (3,0-4,0)
^a 3 meses antes del ingreso	M = Media		
^b En el momento del ingreso	Me = Mediana		



Tabla 2. Descripción y comparación de promedios según el tipo de salida de las comunidades terapéuticas

Variables	Ata terapéutica		Tipo finalización tratamiento		Ata terapéutica		Otro tipo de alta		U	p
	M (DE)	IC 95%	M (DE)	IC 95%	M _e (P ₂₅ -P ₇₅)	M _e (P ₂₅ -P ₇₅)	M _e (P ₂₅ -P ₇₅)	M _e (P ₂₅ -P ₇₅)		
Edad	40,1 (10,7)	37,9-44,1	39,4 (9,0)	38,4-48,7	40,0 (33,1-46,7)	39,5 (32,8-45,3)	5,758,5	0,665		
Días en tratamiento	174,7 (39,7)	147,1-183,2	106,5 (81,7)	65,2-184,3	181,5 (135,7-200,0)	90,5 (53,7-142,2)	1,893,5	<0,001		
Días de abstinencia	27,1 (42,1)	18,1-36,2	27,2 (33,2)	21,4-32,9	20,0 (10,0-39,2)	17,0 (9,0-30,0)	5,271,0	0,508		
Tratamientos previos	1,6 (1,2)	0,9-1,9	1,7 (1,4)	0,9-2,1	1,0 (1,0-1,5)	1,0 (1,0-2,0)	3,843,5	0,422		
Medidas 3 meses antes										
Estado de salud	3,6 (1,5)	3,6-4,7	3,3 (1,4)	2,0-3,8	4,0 (2,0-5,0)	3,0 (2,0-4,0)	4,927,0	0,025		
Estado de ánimo	2,9 (1,4)	1,8-3,3	2,5 (1,4)	1,6-3,2	3,0 (1,0-4,0)	2,0 (1,0-4,0)	5,138,5	0,069		
Ansiedad	3,1 (1,5)	2,4-4,2	2,6 (1,4)	1,7-3,1	3,0 (2,0-4,0)	2,0 (1,0-4,0)	4,785,0	0,011		
Calidad de vida	2,9 (1,4)	2,3-3,7	2,5 (1,4)	1,6-3,0	3,0 (2,0-5,0)	2,0 (1,0-4,0)	4,967,5	0,031		
Medidas salud al ingreso (Rango escala)										
Estado de salud (1-7)	4,7 (1,1)	4,4-5,3	4,5 (1,1)	3,8-4,9	5,0 (4,0-5,0)	5,0 (4,0-5,0)	5,206,0	0,093		
Estado de ánimo (1-7)	4,4 (1,1)	4,0-4,9	4,1 (1,1)	3,4-4,8	4,0 (4,0-5,0)	4,0 (4,0-5,0)	5,010,5	0,032		
Ansiedad (1-7)	4,5 (1,1)	3,6-5,2	4,0 (1,1)	3,1-4,8	4,0 (4,0-5,0)	4,0 (4,0-5,0)	4,597,0	0,002		
Calidad de vida (1-7)	4,5 (1,5)	4,3-6,3	4,5 (1,5)	3,7-5,2	5,0 (4,0-6,0)	5,0 (3,0-5,0)	5,429,0	0,304		
WHOQoL (23-130)	87,4 (15,7)	84,6-96,7	80,8 (17,3)	75,3-91,9	85,5 (74,0-93,7)	82,0 (73,0-92,0)	4,304,0	0,006		
STAI Estado (0-60)	23,1 (9,9)	18,8-30,9	26,8 (11,8)	19,6-35,2	23,0 (16,2-31,0)	15,0 (17,0-35,2)	5,002,5	0,042		
STAI Rasgo (0-60)	26,9 (8,9)	23,3-33,6	30,0 (9,5)	24,0-36,0	28,0 (22,0-35,0)	29,5 (24,0-35,2)	4,775,5	0,012		
Aroestrina (10-40)	28,0 (5,1)	25,0-31,7	27,3 (5,5)	22,1-28,7	27,0 (24,0-31,0)	28,0 (23,0-31,0)	5,416,0	0,348		
Beck (0-63)	13,7 (8,8)	7,5-15,7	16,6 (10,0)	9,0-23,5	13,0 (8,0-21,0)	16,0 (9,0-22,0)	4,837,5	0,021		
BIS II										
Impulsividad cognitiva (0-32)	16,3 (5,2)	12,9-21,2	17,6 (5,7)	11,9-19,5	16,0 (13,0-21,0)	18,0 (13,0-22,0)	4,936,0	0,036		
Impulsividad motora (0-44)	18,3 (7,4)	16,3-22,9	21,4 (7,4)	14,6-24,2	19,0 (14,0-26,0)	22,0 (17,0-26,0)	4,510,0	0,003		
Impulsividad no planeada (0-44)	20,0 (6,7)	15,3-22,0	21,8 (6,2)	15,5-23,2	21,0 (15,0-24,7)	23,0 (18,0-26,0)	4,885,0	0,027		
Impulsividad total (0-120)	54,7 (15,0)	48,5-63,2	60,6 (15,7)	43,2-66,5	58,0 (45,0-70,0)	61,5 (51,0-70,0)	4,526,0	0,004		
Satisfacción relaciones familiares (1-5) ^a										
Relación pareja	2,9 (1,3)	1,5-3,3	3,0 (1,1)	2,3-3,7	3,0 (2,0-4,0)	3,0 (2,0-4,0)	1,703,5	0,743		
Relación hijos	3,0 (1,0)	2,9-4,1	3,2 (1,3)	2,4-3,8	3,0 (3,0-4,0)	3,0 (3,0-4,0)	1,002,0	0,845		
Relación padres	3,3 (1,0)	3,0-3,8	2,8 (1,3)	1,9-3,4	3,0 (2,0-4,0)	3,0 (2,0-4,0)	2,875,5	0,464		
Relación madre	3,1 (1,1)	2,2-3,6	3,1 (1,2)	2,5-3,8	3,0 (2,0-4,0)	3,0 (2,0-4,0)	4,706,0	0,988		
Satisfacción relaciones familiares (1-5) ^b										
Relación pareja	3,4 (1,3)	2,8-4,1	3,3 (1,3)	2,8-4,3	3,5 (3,0-4,0)	3,5 (2,0-4,0)	970,5	0,651		
Relación hijos	3,8 (1,34)	3,6-4,7	3,6 (1,3)	3,0-4,8	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	925,0	0,365		
Relación padres	3,4 (1,0)	3,2-4,2	3,4 (1,2)	2,7-4,1	4,0 (3,0-4,0)	4,0 (3,0-4,0)	2,882,5	0,616		
Relación madre	3,6 (1,1)	2,8-4,3	3,6 (1,1)	3,1-4,3	4,0 (3,0-4,0)	4,0 (3,0-4,0)	4,574,0	0,841		

M = Media, Me = Mediana

^a 3 meses antes del ingreso, ^b En el momento del ingreso



Tabla 3. Descripción de tablas de contingencia según tipo de alta

Variables ^b	Total		Tipo de salida ^a				Valores		
			Alta terapéutica		Otros motivos de salida		X ²	gl	p
Género	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%			
Hombres	177 (79,4)	55,6-81,3	74 (83,1)	75,2-91,1	103 (76,9)	69,6-84,1	1,288	1	0,256
Mujeres	46 (20,6)	18,2-23,8	15 (16,9)	8,9-24,8	31 (23,1)	15,9-30,4			
Comorbilidad psiquiátrica									
Patología dual (PD)	91 (40,8)	34,2-47,3	30 (33,7)	23,7-43,7	61 (45,5)	36,9-54,1	3,090	1	0,079
PD Compensada	70 (84,3)	82,7-96,1	25 (89,3)	77,1-101,4	45 (81,8)	71,3-92,3	0,783	1	0,376
Droga principal									
Alcohol	144 (64,6)	58,2-70,9	60 (67,4)	41,4-80,0	84 (62,7)	48,6-75,1	0,523	1	0,470
Cocaína	163 (73,1)	67,2-78,9	58 (65,2)	49,4-86,3	105 (78,4)	73,5-93,7	4,731	1	0,030
Alcohol y cocaína	104 (46,6)	40,0-53,2	36 (34,6)	16,8-54,6	68 (65,4)	40,9-68,1	2,278	1	0,131
Heroína	15 (6,7)	3,4-10,1	2 (2,2)	-3,7-16,9	13 (9,7)	2,4-19,4	4,737	1	0,030
Cannabis	66 (29,6)	23,6-35,6	24 (27,0)	49,4-86,3	42 (31,3)	24,9-51,4	0,492	1	0,483
Otros estimulantes	15 (6,7)	3,4-10	9 (10,1)	-1,5-22,9	6 (4,5)	0,2-14,3	2,706	1	0,100
Otros depresores	12 (5,4)	2,4-8,4	5 (5,6)	-3,0-17,3	7 (5,2)	2,4-19,4	-	-	0,562
Exclusivamente alcohol	29 (13,0)	8,5-17,4	18 (20,2)	5,2-37,4	11 (8,2)	-1,4-8,7	6,825	1	0,009
Exclusivamente cocaína	35 (15,7)	10,9-20,5	14 (15,7)	5,1-37,6	21 (15,7)	2,4-19,4	0,000	1	0,991
Exclusivamente alcohol y cocaína	61 (27,4)	21,5-33,2	22 (24,7)	5,3-37,5	39 (29,1)	12,1-35,2	0,518	1	0,472
Experiencia previa de tratamiento	188 (87,0)	76,1-90,3	69 (81,2)	71,2-89,9	119 (90,8)	86,5-96,9	4,267	1	0,039
Relación con red de tratamiento									
Derivado centro interno	5 (2,6)	0,9-5,6	2 (2,6)	-0,1-6,7	3 (2,6)	0,4-6,6	-	-	0,664
Derivado de centro externo ^c	100 (53,2)	58,1-78,3	30 (39,5)	28,7-51,9	70 (62,5)	54,1-72,5	9,642	1	0,002
Relaciones familiares al ingreso									
Sin pareja	114 (51,1)	43,3-64,9	45 (50,6)	36,8-60,4	69 (51,5)	41,8-60,9	0,019	1	0,892
Con pareja pero sin relación	17 (7,6)	2,3-14,2	6 (6,8)	0,9-12,9	11 (10,2)	3,6-14,7	0,164	1	0,686
Sin hijos	125 (56,1)	48,1-69,5	51 (57,3)	45,2-68,7	74 (55,2)	46,5-65,4	0,094	1	0,759
Tiene hijos pero sin relación	5 (2,2)	0,9-5,6	1 (1,1)	-0,1-4,1	4 (3,0)	-1,7-4,4	-	-	0,336
Sin padre	52 (23,3)	17,4-36,7	25 (28,1)	18,4-39,9	27 (20,1)	11,9-26,8	1,886	1	0,170
Tiene padre pero sin relación	11 (4,9)	0,7-10,9	3 (4,4)	1,1-6,6	8 (6,6)	2,4-12,3	-	-	0,293
Sin madre	19 (8,5)	2,3-14,2	12 (13,5)	6,7-23,8	7 (5,2)	0,6-8,5	4,681	1	0,031
Tiene madre pero sin relación	5 (2,2)	0,9-5,6	2 (2,0)	1,2-6,7	3 (3,0)	-0,3-5,8	-	-	0,664
Orfandad	12 (5,4)	2,3-8,3	7 (7,9)	1,8-14,8	5 (3,7)	0,1-7,2	-	-	0,150
^a Porcentaje sobre el total de la variable excluyendo casos perdidos en cada caso ^b Los casos no notificados son casos perdidos ^c Centro de Atención y Seguimiento de las Drogodependencias ^d Tres meses antes del ingreso ^e Dos semanas después del ingreso									



Tabla 4. Regresión logística binaria. Variable Dependiente: Alta terapéutica (Sí/No)

Variables	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp (B)
Constante	-3,317	0,673	24,261	1	<0,001	0,036
Sólo alcohol	1,231	0,619	3,958	1	0,047	3,426
Calidad de vida 3m antes	0,328	0,137	5,778	1	0,016	1,388
Días en tratamiento	0,017	0,003	26,923	1	<0,001	1,017

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar las variables asociadas al alta terapéutica en una muestra de pacientes de dos comunidades terapéuticas de tratamiento de las adicciones a drogas. Los principales hallazgos indicaron que tres de cada diez pacientes finalizaron el proceso con alta terapéutica. Más días en tratamiento, una mejor percepción del estado de salud general, menor ansiedad y mayor percepción de calidad de vida tres meses antes de la admisión, así como una mejor percepción del estado de ánimo, la ansiedad y la calidad de vida en el momento del ingreso, estuvieron relacionadas con el AT. La dependencia de heroína y cocaína estuvo relacionada con una menor probabilidad de conseguir alta terapéutica, al contrario que las personas exclusivamente dependientes del alcohol, que acabaron en más ocasiones su tratamiento con éxito. El hecho de ingresar para tratar exclusivamente la adicción al alcohol, una percepción de tener una mayor calidad de vida tres meses antes del ingreso y una cantidad mayor de días en tratamiento fueron las variables que mejor predijeron el AT.

La tasa de altas terapéuticas obtenida se comprendió entre el 9 y el 77,1% que se recoge en la literatura, y dependía mayori-

tariamente de la duración del tratamiento (De Leon et al., 2021; De Leon y Unterrainer, 2020; Fernández-Montalvo et al., 2008; Guydish et al., 1999; Mccusker et al., 1997; Nemes et al., 1999; Secades y Benavente, 2000). Cabe destacar que esta relación entre duración de la propuesta terapéutica, que determina el concepto de alta terapéutica, no deja de ser una valoración no estandarizada de un proceso temporal del sujeto en tratamiento. En nuestro análisis se ha encontrado que, en coherencia con otros estudios, un mayor número de días en tratamiento, también es una variable predictora de un mayor número de AT (Fernández Pérez y Asociación Betania, 2018). Pese a la lógica intrínseca detrás de esta relación, en la que más tiempo en tratamiento deriva en más altas terapéuticas, cabe destacar que los beneficios asociados al tiempo de permanencia en una CT no siempre están relacionados con lo que el centro denomina como éxito del tratamiento o AT (Malivert et al., 2012). Así, es presumible que un mayor número de días en tratamiento se relacione con una mayor adquisición de determinados elementos terapéuticos parciales independientemente de si se consigue el AT o no se consigue. Esta diferenciación es importante, puesto que el tiempo en tratamiento puede ser beneficioso en sí



mismo y esto podría orientar el enfoque de programas de tratamiento por fases u objetivos intermedios para pacientes con un alto riesgo de abandono.

Los pacientes que tuvieron mejores puntuaciones en su percepción de salud, tanto en los tres meses antes del ingreso como en el momento de ingresar, obtuvieron un mayor número de AT. Sucedió lo mismo con la calidad de vida, por lo que también en este caso la percepción de una mejor calidad de vida 3 meses antes de ingresar fue un buen predictor del AT. Ambos constructos, calidad de vida y percepción de la propia salud están fuertemente relacionados (Skevington y McCrate, 2012). Las personas diagnosticadas de dependencia de las drogas ven afectadas gravemente su salud y, por lo tanto, su percepción de esta y la de su calidad de vida (Lozano et al., 2017). Esta percepción negativa de la propia salud y calidad de vida es pues un indicador de deterioro en personas con trastornos por dependencia a drogas (Wan et al., 2011) y, por el contrario, en el caso de una percepción más positiva, se convierte en un factor de protección que facilita el AT. Como aquí se trata de una autopercepción del paciente y no de una valoración objetiva, debería también estudiarse la relación de esta apreciación con la sintomatología depresiva presente.

Por otro lado, los pacientes que presentaron unos menores índices de ansiedad tanto a los tres meses antes del ingreso como en el momento de ingresar, obtuvieron más AT. Respecto al estado del ánimo, la diferencia entre personas que obtuvieron un AT respecto las que no la obtuvieron, se dio únicamente en la valoración en el momento de ingresar. En este caso, las personas con una menor

puntuación en depresión obtuvieron más AT. De esta forma, una menor puntuación en las escalas de ansiedad y depresión favorecieron el AT. La influencia de estos dos constructos en relación con el AT, indican que un mejor estado en salud mental no relacionada con drogas presume una mayor capacidad de acabar el proceso terapéutico, mientras que ansiedad y depresión interfieren los aprendizajes a realizar, la vinculación al proceso, al equipo y a los compañeros de estancia, aumentan la percepción de ineficacia personal y las profecías autocumplidas de fracaso. La patología dual, por presentar una mayor complicación y severidad que los trastornos por uso de sustancias como único diagnóstico, es uno de los elementos más influyentes a la hora de enfocar el trabajo terapéutico residencial.

En estudios previos se ha relacionado la ansiedad con la probabilidad de padecer recaídas, pero también con una mayor retención en el tratamiento (Kokkevi et al., 1998). Por otro lado, los trastornos depresivos se han relacionado con una peor previsión y mayor severidad y consecuencias en el trastorno adictivo (Conner et al., 2008, 2009). Sin embargo, En este sentido, cabe destacar que a pesar de que la presencia de patología dual se ha relacionado con peor pronóstico en la literatura, en nuestra muestra de pacientes no estuvo relacionada con la salida del recurso por AT.

Adicionalmente, tipo de droga (o drogas) cuya dependencia había generado la demanda estuvo relacionada con la consecución del alta terapéutica. Así, los consumidores de heroína y cocaína tuvieron más riesgo de abandonar prematuramente el proceso, independientemente de la interacción con otras drogas, en coherencia



con otros trabajos de similares resultados (Secades-Villa y Magdalena-Benavente, 2000). En cambio, los pacientes con un diagnóstico de dependencia exclusivamente de alcohol tuvieron mayor probabilidad de éxito, siendo esta a su vez la variable predictora de AT más importante del modelo ajustado. Ambas cuestiones, el diagnóstico de dependencia al alcohol y la exclusividad diagnóstica (monoconsumo frente a policonsumo) son elementos favorecedores de una mayor probabilidad de obtener AT (Fernández y Asociación Betania, 2018). Nemes et al. también hallaron que los casos con una única dependencia completan el tratamiento con mayor frecuencia con respecto a los que combinan más de una adicción. (Nemes et al., 1999).

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, el análisis se ha elaborado con una muestra relativamente pequeña, por lo que será necesario seguir recabando datos con el fin de seguir estudiando el fenómeno. Además, al realizar tantas comparaciones entre las distintas variables, si ya es aconsejable realizar réplicas de las investigaciones, en este caso está más que justificado. En segundo lugar, algunas de las escalas empleadas fueron diseñadas ad hoc, por lo que su validez no está contrastada. En tercer lugar, el análisis tuvo lugar en dos CT diferentes, por lo que no se pudieron controlar diversos aspectos incluidos en la literatura como relevantes, tales como la conformación del equipo terapéutico, el entorno, o el proyecto terapéutico en sí mismo. Será una vía de investigación futura la de comparar ya no el tratamiento en CT considerado como un ente generalista, sino los elementos concretos de cada tipo de programa para detectar

aquellos elementos más adecuados para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

En conclusión, este estudio pone en relieve algunas variables con capacidad de pronosticar una mayor posibilidad de altas terapéuticas en el tratamiento residencial de las adicciones a drogas. Aunque las puntuaciones en ansiedad, percepción de la propia salud y estado de ánimo estuvieron relacionadas con mayor probabilidad de AT, fueron los días en tratamiento, la percepción de la calidad de vida y el diagnóstico de dependencia de alcohol los que mejor predicen, de forma independiente, el AT. Todos estos elementos proporcionan información relevante con capacidad para elaborar perfiles dentro del tratamiento residencial y seguir trabajando e investigando para mejorar la prevención del abandono.

Reconocimientos

El grupo de trabajo de evaluación del tratamiento de Fundación Salud y Comunidad (FSC) lo forman o han formado a lo largo de este proceso Toni Garín, Marta Álvarez, Gemma Maudes, Andrea Valls, Jordi Morillo, Marta Llorca, Sandra Gasca, Laura Sangüesa, Alicia Clotet, Lidia Jiménez, Maite Tudela, Jaume Aspa, Laura Portugués y Eugènia Campeny.

Queremos también expresar nuestro agradecimiento a todos los profesionales de los centros terapéuticos que han participado en la recogida e introducción de los datos, y a todos los pacientes cuyos datos nos han permitido realizar este análisis, orientado en definitiva a mejorar la atención a quienes reciban con posterioridad este tipo de asistencia.



Conflicto de intereses

Todos los autores, excepto el Dr. Antoni Solanas, forman parte de FSC, institución de la que dependen los centros que se han incluido en esta investigación.

REFERENCIAS

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Conner, K. R., Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2008). Meta-analysis of depression and substance use and impairment among intravenous drug users (IDUs). *Addiction, 103*(4), 524–534. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02118.x>
- Conner, K. R., Pinquart, M., & Gamble, S. A. (2009). Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*(2), 127–137. <https://doi.org/10.1016/j.jat.2008.11.007>
- Coordinadrog. (2021). *Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de Dia de Catalunya*. <http://coordinadrog.org/cas/quienes-somos/>
- De Leon, G. (2015). Therapeutic communities. In M. Galanter, H. D. Kleber, & K. T. Brady (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (pp. 511–530). American Psychiatric Publishing. <https://psycnet.apa.org/record/2015-18397-035>
- De Leon, George, Perfas, F. B., Joseph, A., & Bunt, G. (2021). Therapeutic communities for addictions: essential elements, cultural, and current issues. In *Textbook of Addiction Treatment* (pp. 697–707). Springer. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_52
- de Leon, George, & Unterrainer, H. F. (2020). The therapeutic community: a unique social psychological approach to the treatment of addictions and related disorders. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 786. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00786>
- FCD. (2021). *Federació Catalana de Drogodependències*. <http://www.fcd.cat/>
- Fernandez-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research & Theory, 18*(4), 433–441. <https://doi.org/10.3109/16066350903324826>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N. N., & Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment of addictions: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse, 43*(10), 1362–1377. <https://doi.org/10.1080/10826080801922231>
- Fernández Pérez, M. I., & Asociación Beta-nia. (2018). Influencia del diagnóstico de trastorno de personalidad en el éxito de un tratamiento para la adicción al alcohol y a la cocaína en una comunidad terapéutica. *Health and Addictions, 18*(2), 121–132.
- Guydish, J., Sorensen, J. L., Chan, M., Bostrom, A., Werdegard, D., & Acampora, A. (1999). A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psycho-*



- logy, 67(3), 428–434. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.428>
- Hunter, S. B., Witkiewitz, K., Watkins, K. E., Paddock, S. M., & Hepner, K. A. (2012). The moderating effects of group cognitive-behavioral therapy for depression among substance users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(4), 906–916. <https://doi.org/10.1037/a0028158>
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, 23(6), 841–853. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00071-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00071-9)
- López-Goñi, J. L., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, E. (2008). Razones para el abandono en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 104–111. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)74552-5](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)74552-5)
- López Huerta, J. A., González Romo, R. A., & Tejada Tayabas, J. M. (2017). Propiedades psicométricas de la versión en español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una muestra de adultos mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(44), 105–115. <https://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.09>
- Lozano, Ó. M., Rojas, A. J., & Fernández Calderón, F. (2017). Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *Journal of Mental Health*, 26(2), 119–126. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1177771>
- Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., & Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of therapeutic communities: A systematic review. *European Addiction Research*, 18, 1–11. <https://doi.org/10.1159/000331007>
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, S., Carballo, J. L., & García-Rodríguez, O. (2015). Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 274–282. www.elsevier.es/ijchp
- Mccusker, J., Bigelow, C., Frost, R., Garfield, F., Hindin, R., Vickers-Lahti, M., & Lewis, B. (1997). The effects of planned duration of residential drug abuse treatment on recovery and HIV risk behavior. *Addiction*, 92(11), 1467–1478.
- Nemes, S., Wish, E. D., & Messina, N. (1999). Comparing the Impact of Standard and Abbreviated Treatment in a Therapeutic Community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(4), 339–347. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00009-4)
- Olvera, F. J. del R., Santamaría, F. C., García, M. A. C., & Vela, J. A. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): Análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.caer>
- Pachas, D. V. B. S. (2019). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación En Psicología*, 22(1), 39–52. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>



- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*(6), 768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-I)
- Rosemberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* (Princeton). Princeton University Press.
- Scaduto, A. A., Barbieri, V., & Santos, M. A. dos. (2015). Adesão aos princípios da comunidade terapêutica e processo de mudança ao longo do tratamento. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35*(3), 781–796. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000792013>
- Secades-Villa, R., & Fernández-Hermida, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones, 12*(3), 353–364.
- Secades, R., & Fernández, J. R. (2000). Como mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones, 12*(3), 353–363. <https://doi.org/10.20882/adicciones.646>
- Secades Villa, R., & Magdalena Benavente, Y. (2000). Predictores de la retención en una comunidad terapéutica para drogodependientes. *Adicciones, 12*(3), 365–371.
- Skevington, S. M., & McCrate, F. M. (2012). Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health Expectations, 15*(1), 49–62. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00650.x>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buela-Casal, G., Guillén, A., Nicolás, R., & Cubero, S. (1970). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación española*. TEA Ediciones.
- Vázquez Morejón, A. J., García-Bóveda, J., & Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Diabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología, 22*(2), 247–255.
- Wan, C., Fang, J., Jiang, R., Shen, J., Jiang, D., Tu, X., Messing, S., & Tang, W. (2011). Development and validation of a quality of life instrument for patients with drug dependence: Comparisons with SF-36 and WHOQOL-100. *International Journal of Nursing Studies, 48*(9), 1080–1095. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.012>
- Watkins, K. E., Hunter, S. B., Hepner, K. A., Paddock, S. M., De La Cruz, E., Zhou, A. J., & Gilmore, J. (2011). An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Archives of General Psychiatry, 68*(6), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.53>
- WHO. (2019). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). In WHO. World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/