

Las comunidades terapéuticas como tratamiento para las drogodependencias: una revisión sistemática del seguimiento a corto plazo

Therapeutic communities as treatment for drug dependencies: a systematic review of short-term follow-up

Olatz Lopez-Fernandez; Emilio Roman-Jimenez, Naomi Castello-Cullell; Meritxell Garcia-Claver

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Enviar correspondencia a:

Olatz López-Fernández. Teléfono: 933125074. Correo electrónico: olatzlopez@ub.edu.
Dirección postal: Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Edificio Ponent. Campus Mundet. Passeig de la Vall d'Hebrón, nº 171. 08035 Barcelona.

Responsabilidades éticas:

Los autores firmantes declaran que: han tenido en cuenta las responsabilidades éticas incluidas en las *normas de publicación* de la revista Trastornos adictivos (<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/NormOrga/182normas.pdf>); no han disfrutado de ninguna beca o ayuda para realizar este trabajo; que cumplen los requisitos de autoría y que no existen conflictos de intereses y confirman su declaración de la sección "Additional Information" del EEES.

RESUMEN

Introducción: Las Comunidades Terapéuticas (CTs) constituyen uno de los tratamientos más extensos para las drogodependencias; sin embargo, su investigación es escasa.

Objetivo: Realizar una revisión sistemática para conocer los elementos metodológicos de los estudios de seguimiento a corto plazo y, a su vez, describir las consecuencias de las CTs.

Método: Se aplicó el “Preferred Reporting Items for Systematic reviews and meta-Analyses” (PRISMA) para la búsqueda en Medline, PsycINFO, PsycARTICLES y PsycCRITIQUES de estudios de seguimiento a corto plazo de CTs entre 1980 y 2010.

Resultados: El seguimiento consiste en un registro inicial y, al menos, otro al medio año de tratamiento; la muestra mínima contiene 60 usuarios con una mayor prevalencia de hombres solteros; el 50% continúa en seguimiento y/o alcanza la abstinencia.

Conclusiones: Las CTs parecen ser beneficiosas para el ajuste del consumo y otros aspectos psicosociales, aunque la falta información dificulta garantizar la comparabilidad de estos hallazgos.

Palabras clave: Comunidad terapéutica; drogodependencias; seguimiento a corto plazo; metodología, revisión sistemática.

ABSTRACT

Introduction: The Therapeutic Communities (TCs) constitute one of the most extensive treatments for the drug dependencies; however, its investigation is scarce.

Aim: To do a systematic review to know the methodological elements of the short term follow-up studies and, at the same time, describe the consequences of the TCs.

Method: It was applied the “Preferred Reporting Items for Systematic reviews and meta-Analyses” (PRISMA) for the search in Medline, PsycINFO, PsycARTICLES and PsycCRITIQUES, in order to locate short-term follow-up studies of TCs between 1980 and 2010.

Results: The follow-up consists in an initial register and, at least, another to half year of treatment; the minimum sample contains 60 users with a greater prevalence of single men; 50% continues in follow-up and/or reaches the abstinence.

Conclusions: The TCs seem to be beneficial for the adjustment of the consumption and other psychosocial aspects, although lacking information difficult the comparability of these findings.

Key words: Therapeutic community; drug dependencies; short-term follow-up, methodology, systematic review.

Introducción

Las Comunidades Terapéuticas (CTs, en adelante) constituyen un tratamiento enmarcado en una institución o residencia que enfatiza los factores sociales y medioambientales en la terapia y gestión de la rehabilitación de las drogodependencias. En este modelo de intervención el elemento esencial es la comunidad, que es utilizada como método para facilitar el cambio social y psicológico de sus usuarios a partir de la co-responsabilidad entre éstos y los profesionales de la CT¹.

La historia de la investigación de las CTs como tratamiento para las drogodependencias es extensa, pues parte desde la segunda guerra mundial, en cambio su producción científica es escasa a pesar de su popularidad y suele predominar el carácter descriptivo y cualitativo^{2,3,4}. En la última década se han publicado las primeras revisiones sistemáticas de este tipo de intervención para tratar de determinar su eficacia en las drogodependencias^{1,2,3,4,5,6}.

La primera revisión sistemática internacional exhaustiva fue realizada por Lees, Manning y Rawlings en 1999² y, posteriormente, descrita por Haigh³. Se llevó a cabo en el “Centre for Reviews and Dissemination” del “National Institute for Health Research” (NIHR) junto con la Universidad de York (Reino Unido) con el objetivo de conocer la efectividad de las CTs en relación a los usuarios con trastornos de personalidad y delincuentes con otros trastornos mentales^{2,3,4}. La búsqueda bibliográfica se realizó a través de bases de datos electrónicas desde 1946 a 1997, así como se revisaron otros documentos en papel (revistas, libros, etc.) desde 1974 (incluyendo literatura gris); de los 8160 documentos preliminares seleccionaron 294 que representaban 181 CT de 38 países, de los cuales sólo 29 trabajos hacían referencia a estudios controlados y de carácter numérico que permitieron la realización de un meta-análisis que confirmó la efectividad de las CTs para los trastornos estudiados^{2,3,4}.

En cambio, la revisión sistemática realizada por Smith, Gates y Foxcroft⁵ para comprobar si las CTs eran tratamientos más efectivos para los drogodependientes en comparación con otro tipo de intervenciones llegó a una conclusión opuesta; estos autores centraron la búsqueda en diversas bases de datos científicas, desde el inicio de dichas publicaciones hasta 2004; se seleccionaron 7 ensayos controlados al azar de CT y no CT, donde las CT incluían distintos tipos: las propias de las prisiones u otras alternativas fuera del ámbito penitenciario; en cambio, la alternativa eran otros tratamientos residenciales. Se concluyó que prácticamente no se observaba una eficacia mayor de las CTs.

Recientemente, Malivert, Fatséas, Denis, Langlois y Auriacombe⁶ han realizado una revisión sistemática con un objetivo similar: evaluar la efectividad de las CTs en términos de abstinencia y determinar la existencia de factores predictivos de la misma. El método de revisión tenía un diseño semejante al estudio anterior⁵, cuya principal diferencia radicaba en la ausencia del marco penitenciario y de la selección de ensayos controlados (como apuntaban Ferretier y Huband⁷); la efectividad era medida en términos de finalización y retención del tratamiento, así como del uso de la sustancia. A partir de Medline se recuperaron 321 estudios, de los que seleccionaron 12 cuyos resultados fueron considerados relevantes, disponibles en inglés y en francés hasta el 2011 inclusive, la mayor parte realizados en América; dichos estudios incluían a 61 CT y la sustancia predominante era la cocaína. Sus conclusiones, como las halladas por Smith et al.⁵ no muestran que las CTs ofrezcan un beneficio complementario pero, a diferencia del estudio anterior, sí que éstas representan una mejor opción para pacientes con problemas psicosociales severos, ya que producían un decremento de uso de la sustancia tras la salida, así como mostraba que el completar este tratamiento era el factor más predictivo para mantener la abstinencia, a pesar de que la recaída era muy variable.

Por último, Fiestas y Ponce¹ replican la revisión sistemática de Smith et al.⁵ para resumir la evidencia disponible respecto a la eficacia de las CTs en disminuir el consumo de drogas o sus consecuencias para los drogodependientes; consultan diversas bases de datos científicas para localizar estudios publicados entre 2004 y 2011, hallando 472 trabajos potenciales de los cuales seleccionan 5 que muestran relevancia dados los objetivos de la revisión y, a su vez, disponen de un diseño experimental de grupos al azar con grupo control; las limitaciones metodológicas imposibilitaron el meta-análisis. En este caso, no hallaron evidencias claras de que en general las CTs fueran superior a otros tratamientos, excepto en el contexto penitenciario.

Hasta el momento ninguna de las revisiones sistemáticas publicadas, desde el alcance del conocimiento de los autores, parece haber tratado directamente estudios longitudinales que pretendan conocer tanto la efectividad de las CTs como la permanencia de sus resultados a corto plazo, así como sus características metodológicas. En este sentido, cabe destacar la revisión sistemática realizada por Bravo, Gual y Gómez-Benito⁸ para analizar el diseño metodológico de los estudios longitudinales a largo plazo en el campo del alcoholismo tratado; se centraron en seguimientos prospectivos de al menos 8 años, publicados en inglés entre 1983 y 2009, de los cuales se seleccionaron 9 trabajos. Siguieron las reglas metodológicas básicas de los trabajos de investigación longitudinal en drogodependencias, cuyo diseño permite seguir a los pacientes durante un tiempo prolongado, evaluar múltiples facetas de sus vidas, incluyendo a su vez evaluaciones intermedias en estudios prospectivos con baja atrición (según Vaillant, 1983, citado en Bravo et al.⁸). No obstante, sugirieron posibles mejoras metodológicas: obtener un tamaño de muestra de al menos 100 pacientes (dada la mortalidad), realizar al menos 3 evaluaciones intermedias (con el fin de pronosticar y seguir la evolución de la drogodependencia), detallar la medición del consumo de droga y los patrones de uso de la misma, así como incluir otras medidas relacionadas con la

drogodependencia (morbilidad física, social y servicios de salud) y, finalmente, incluir un tratamiento estadístico de los datos de carácter longitudinal.

El presente trabajo constituye una revisión sistemática de las CTs como intervención para disminuir el consumo de drogas a corto plazo. Las preguntas de investigación planteadas al respecto tienen dos niveles: el metodológico y el clínico.

El primer nivel se centra en dos elementos metodológicos: las características de los estudios y de sus participantes. En relación a cada uno planteamos una pregunta con sus respectivas cuestiones a averiguar.

- Estudios: ¿En qué consiste el seguimiento a corto plazo de las CTs estudiadas? (qué duración tiene, qué tipo de diseño de investigación, qué registros emplea, qué instrumento de medida del consumo de droga utiliza y con qué tipo de informante).
- Participantes: ¿Cómo son los usuarios de las CTs estudiadas? (tamaño de muestra, existencia de grupos, edad, género, procedencia y estado civil)

El segundo nivel, en cambio, trataba cuestiones clínicas relativas a la CT como intervención para las drogodependencias. Del mismo modo, nos hicimos una pregunta que incluía una serie de cuestiones a observar.

- Intervención: ¿Qué tipo de consecuencias producen las CTs estudiadas? (tipo de CT, tipo de droga/s tratada/s, tipo/s de intervención/es clínica/s, tipo de medidas postest para valorar la eficiencia y/o eficacia de la intervención, entre otras observaciones).

De esta manera, los objetivos eran: conocer los elementos metodológicos (estudios y participantes) de estos seguimientos a corto plazo y describir el efecto producido por las CT en el consumo de la/s droga/s; dado que la finalidad era sintetizar y detallar la evidencia

científica sobre el efecto de dicha intervención teniendo en cuenta los elementos metodológicos.

Material y métodos

Siguiendo el modelo propuesto por la declaración PRISMA (“Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses”) descrito por Urrútia y Bonfill⁹, que constituye una actualización y ampliación de la declaración QUORUM (*Quality Of Reporting Of Meta-analysis*), se ha procedido a seguir, en la medida de los objetivos de investigación, las normas propuestas para garantizar la calidad de la revisión sistemática.

Selección de estudios

La presente revisión parte de artículos que fueron localizados a partir de una búsqueda bibliográfica realizada entre Octubre y Diciembre de 2011 en la Universidad de Barcelona (España). Dicha búsqueda fue efectuada sistemáticamente a través de las bases de datos científicas: Medline, PsycINFO, PsycARTICLES y PsycCRITIQUES. , a partir de las palabras clave que seguían el siguiente esquema: “*Therapeutic Community*” AND ((“*drug*” OR “*heroin*” OR “*cocaine*” OR “*alcohol*” OR “*tobacco*” OR “*cannabis*”) OR (“*addiction*” OR “*dependence*” OR “*substance abuse*” OR “*substance dependence*” OR “*drugs abuse*” OR “*drug dependence*”).

Los criterios de elegibilidad estaban basados en los objetivos específicos de carácter metodológico y clínico descritos. Se recuperaron inicialmente 116 resultados (aunque dos estaban repetidos, por tanto fueron 115) filtrados a partir de tres condiciones de la búsqueda avanzada: que fueran estudios de seguimiento y/o longitudinales, que estuvieran publicados

durante las tres últimas décadas (1980-2010) y fueran artículos de revistas académicas disponibles digitalmente; por lo que 68 referencias fueron identificadas como estudios relacionados con CTs, que fueron almacenadas en una base de datos con el programa de software de gestión bibliográfica JABREF.

Los criterios de inclusión fueron: a) Respecto a los estudios: debían ser prospectivos, de CTs genéricas (evitando CT específicas: como, por ejemplo, en prisiones) cuyo tema de investigación fuera el efecto de esta intervención, con una duración del seguimiento entre 6 y 24 meses y, por último, debía estar escrito en inglés o español; b) Respecto a los participantes: con población adulta, cuya dependencia principal debía ser a sustancias químicas (alcohol, heroína, cocaína, tabaco o cannabis) y la muestra fuera de como mínimo de 30 usuarios. Siguiendo la revisión sistemática de Malivert et al.⁶, como proponían Ferretier y Huband⁷, se contemplaron estudios controlados y no controlados, pues el énfasis estaba en las cuestiones metodológicas y clínicas descritas.

A partir de los criterios mencionados fueron 5 los estudios finalmente seleccionados^{10,11,12,13,14}, lo que constituye un 0,04% de la muestra inicial. Los estudios comprendían el intervalo de años entre 1982 y 2010, siendo su procedencia: dos de Estados Unidos de América (EUA) y el resto de Israel, Perú y España.

En función de los objetivos de la investigación se articulan los elementos a analizar de la muestra final de estudios seleccionados. En primer lugar, respecto al diseño metodológico, se describen, por un lado, los indicadores de seguimiento de estos estudios y, por otro lado, las características de sus participantes. En segundo lugar, en cuanto a la CT como intervención para las drogodependencias se detallan aquellos aspectos relacionados con el estudio de su efecto para disminuir y/o eliminar el uso de la/s droga/s.

Elementos metodológicos

Tipo de estudio de seguimiento a corto plazo

Los datos descriptivos del estudio hacen referencia a: la fecha de tratamiento, el número de años de seguimiento del estudio y el número de ocasiones de registro durante el estudio (que puede ser de tres tipos: “basal” es el registro inicial o pretest, es decir, antes de entrar o justamente a la entrada en la CT pero sin haber recibido intervención alguna; “intermedia” si se realiza dicho registro durante la estancia y, por consiguiente, durante el tratamiento en la CT; “final” si se realiza el registro al finalizar su residencia en la CT, pudiendo ser inmediatamente después o al cabo de unos meses o años; cabe aclarar que este último tipo de registro hace referencia a las medidas posttest, dado que son datos recogidos después de la intervención en la CT). Otros datos descriptivos fueron el instrumento de medición del consumo de la/s droga/s y el tipo de informante (que suele ser el usuario de la CT, aunque también otras personas relacionadas con él/ella).

Tipo de usuarios tratados en CTs

Los datos descriptivos de los usuarios son los referentes al: tamaño de muestra (número total de usuarios estudiados, independientemente de la atrición), número de grupos, edad, género, país y estado civil. El resto de posibles variables socio-demográficas fueron descartadas al no ser comunes a los estudios seleccionados.

Elementos clínicos

Tipo de consecuencias derivadas de las CTs

Las variables seleccionadas fueron: tipo de CT, tipo de droga/s tratada/s, tipo/s de tratamiento/s, tipo de registro posttest, porcentaje de retención (porcentaje de usuarios en seguimiento) y abstinencia (porcentaje de disminución y/o cese del consumo; se señala cómo se mide este concepto) y otros elementos para la medición de la eficiencia y/o eficacia de la CT.

Resultados

Elementos metodológicos

Tipo de estudio de seguimiento a corto plazo

TABLA 1

En la tabla 1 se pueden observar los datos descriptivos del tipo de estudios de seguimiento a corto plazo analizados, que abarcan tratamientos entre 1974 y 2004 que han tenido al menos un seguimiento de medio año realizado presencialmente por los investigadores, mediante la medición del consumo con baterías de tests psicométricos, índices de consumo de drogas y entrevistas. Excepto De Leon y Jainchil¹⁰, que tiene dos registros posttest (al año y a los dos años de salir de la CT) e incluye el análisis de orina; Dekel et al.¹² que hacen el seguimiento a los 15 meses por teléfono, por lo que valida la información mediante otros conocidos del usuario; López-Goñi et al.¹⁴ que realizan el seguimiento al año mediante entrevistas efectuadas por psicólogos clínicos entrenados en el lugar elegido por el usuario.

Tipo de usuarios tratados en CTs

TABLA 2

En la tabla 2 se pueden observar los datos descriptivos de los 1142 usuarios de los estudios revisados. La muestra inicial comprendía entre 66 y 509 usuarios, con una media (M) de 228.4 y una desviación típica (DT) de 177.5. En todos los casos existía un solo grupo de estudio con hombres y mujeres adultos con un promedio de 30 años (excepto Johnson et al.¹³ que sólo trabajó con hombres si tenemos en cuenta la muestra de usuarios de la CT y no la de los directores de éstas), aunque destacaba en mayor proporción los usuarios de género masculino. Apenas el 30% de los usuarios de la muestra estaban casados o tenían pareja (aunque dos estudios no informan de esta variable clásica en los estudios de seguimiento). Cabe mencionar que Dekel et al.¹² consideran como variable la convivencia en pareja, sin especificar si hay un estatus marital.

Elementos clínicos

Tipo de consecuencias derivadas de las CTs

La tabla 3 describe los principales resultados de los estudios en relación al tipo de CT y su tratamiento (si era pertinente), el consumo de droga/s tratada/s, las medidas de eficacia (como el porcentaje de seguimiento o abstinencia), así como otros indicadores de relacionados con el éxito de la CT (factores predictores, protectores o de riesgo; morbilidad física, psicológica o social; entre otros).

TABLA 3

El tipo de CT suele ser el modelo tradicional, en régimen de residencia donde el usuario convive con los profesionales que le proporcionan soporte a través de acciones terapéuticas

y socio-educativas propias del programa de intervención; aunque Guydish et al.¹¹ describen que la necesidad social de su área geográfica provocó la adaptación a las nuevas demandas de pacientes con riesgos urgentes que requerían intervención en “CT modificadas” (en el sentido de ajuste a las nuevas demandas sociales y no referentes a las penitenciarías; las cuales consistían en un tratamiento de día similar al residencial, con una orientación hacia la intervención breve, que ofrecía soporte terapéutico moderado de carácter inmediato). El resto de estudios no describen en detalle las fases del tratamiento residencial, excepto López-Goñi et al.¹⁴ que indican que su programa comprende tres fases de tratamiento (recepción, residencial y reinserción, donde la CT se situaría en la segunda y tendría como objetivo promover la adquisición de comportamientos para incrementar la independencia personal y resolver los problemas relacionados con el consumo para prevenir recaídas).

A continuación, dada la variabilidad de los datos relativos al consumo de drogas, su medición, y otros elementos de mejora, se analiza en detalle cada estudio de seguimiento.

De Leon y Jainchill¹⁰ contemplan adictos tanto a sustancias no opiáceas (52.6%: alcohol, marihuana y otras) como opiáceas (48.4%: heroína, metadona y derivados de la morfina) registradas durante los seguimientos. Utilizaron una batería de tests psicológicos, índices de cambio y el análisis de orina para detectar la existencia de consumo de la droga principal, así como otras no reportadas (pegamento, alucinógenos o hipnóticos). La tasa de éxito global estaba alrededor del 65%, aunque si se controlaban las diferencias de género en el pretest se obtenía un resultado más favorable para las mujeres; del mismo modo, el éxito en el cese del consumo era mayor en los opiáceos (54.4%) frente a los no opiáceos (20%), aunque este supuesto éxito enmascaraba que el ex consumidor de opiáceos seguía utilizando no opiáceos. En las escalas psicológicas, las mujeres puntuaban significativamente mejor en el 33%, aunque los hombres destacaban en dominancia y dependencia y ellas obtenían menor

autoestima. En el ámbito social, las mujeres tenían un mayor grado de auto-estigma, lo que puede explicar el gran cambio psicológico detectado frente a los hombres.

Guydish et al.¹¹ trabajan con una muestra de drogodependientes: la mitad (54%) de cocaína y el resto de otras drogas (17%: heroína; 14%: alcohol; 9%: anfetaminas, etc.). Recogen los datos con escalas de consumo: *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan, Luborsky, O'Brien y Woody, 1980; McLellan et al., 1985, que proporciona puntuaciones relacionadas con áreas médicas, de empleabilidad, legales, de alcohol, de otras drogas y sociales) y psicológicas: el *Beck Depression Inventory* (BDI: Beck, 1972), el *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R: Derogatis, 1983), el *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Diagnosis* (SCID: Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1990) y una medida de soporte social (Cohen, Mermelstein, Kamarck y Haberman, 1985), citadas en Guydish et al.¹¹ Los registros se realizaron en el seguimiento (6 meses después del tratamiento), excepto en el SCID. Concluyen que existe un decremento significativo en el ASI, concretamente en los ámbitos referidos a los problemas legales, de alcohol, de otras drogas y sociales; del mismo modo, en la evaluación final aparece menor sintomatología depresiva y psiquiátrica. Destaca el uso del concepto de retención, como el número de días que los usuarios permanecen activos en el programa, por lo que los resultados positivos hacen referencia al mayor tiempo de estancia en la CT.

Dekel et al.¹² estudian drogodependientes de la heroína, con medidas registradas a la entrada a la CT (datos demográficos), durante la estancia en ésta (datos psicológicos) y a su salida (a los 15 meses de tratamiento). Registra el uso de la droga con una entrevista de seguimiento, junto a medidas relacionadas con psicopatologías mediante el *Brief Symptom Inventory* (BSI: Derogatis, 1977), el *Locus of control* (Levenson, 1981) y la *Self-esteem* (Rosenberg, 1965), escalas citadas en Dekel et al.¹². El concepto de retención se refiere al número de meses que permanecen en el programa y el de abstinencia al cese de consumo (el "estar limpio"). Encuentran diferencias significativas en áreas psicológicas del BSI

referidas al decremento de los síntomas obsesivo-compulsivos y del psicoticismo en los usuarios abstinentes; así como un incremento significativo en dos subescalas del locus de control (referidas al poder de los otros y la suerte) y en la mejora de la autoestima.

Johnson et al.¹³ realizan un estudio con pacientes adictos a diferentes drogas (ordenadas por prevalencia de uso): ilegales, alcohol, PCB (derivado de la coca), cannabis y cocaína. Realizan un pretest con la muestra seleccionada (mediante el *Retrospective PreTest*, RPT diseñado ad hoc) y un posttest con la misma muestra y/o sus familiares (6 meses después de la CT), además de una comprobación complementaria basada en contrastar el *Drug Testing* con el auto-informe del uso de droga (con una submuestra al azar del 8% de los usuarios). Se observan mejoras significativas en las drogas estudiadas, del mismo modo se establece como predictor de éxito del tratamiento el tener fidelidad en completarlo, a pesar de presentar una baja autoestima según el RPT. Se constata la necesidad de realizar actividades de seguimiento para evitar el posible decremento de la autoestima, elemento que consideran básico en la calidad de vida de los pacientes.

Por último, López-Goñi et al.¹⁴ realizan un seguimiento a pacientes drogodependientes al (orden de mayor a menor prevalencia de consumo): policonsumo, cocaína, alcohol y otras drogas, heroína, alcohol solo, cannabis y alucinógenos. Se registra el pretest (en la entrada a la CT) y posttest en el seguimiento con el *EuropASI interview* (ASI: Kokkevi y Hartgers, 1995; para estimar las mejoras del usuario) y el *Reliable Change Index* (RCI: Bodin y Romelsjo, 2007; Currie, Hodgins, Crabtree, Jacobi y Armstrong, 2003) todos citados en López-Goñi et al.¹⁴. La mayoría finaliza el tratamiento *Proyecto Hombre*, aunque un 30.7% lo abandona; se observan diferencias significativas en áreas de la vida del usuario destacando el dominio del alcohol (66.7%), el económico (59.1%), la satisfacción laboral (46.1%), el uso de droga (39,8%) y los problemas legales (30.7%). En general, el empeoramiento, cuando existe, es inferior al 10% de los pacientes tratados.

Discusión

Esta revisión sistemática de seguimientos a corto plazo de las CTs en el tratamiento de las drogodependencias constituye la primera centrada en este tipo de metodología que utiliza el modelo PRISMA. En cuanto a los estudios revisados, se observa que la duración habitual suele ser entre el medio año y el año. El diseño de investigación se suele basar en la comparación pre-post, es decir, una evaluación basal seguida de una o dos medidas después de la intervención. En dos casos^{11,12} realizan lo que podría considerarse un seguimiento intermedio, pero con distinta finalidad: Guydish et al.¹¹ para observar el decremento del porcentaje de usuarios por semana de tratamiento y, en cambio, Dekel et al.¹² para observar el incremento del porcentaje de usuarios abstinentes por meses de tratamiento. Sin embargo, en ningún caso dichos registros hacen referencia a las variables dependientes del estudio medidas en el pretest o el posttest, tampoco estos registros eran descritos como seguimiento en el estudio, por ello no se han considerado como tales. Esta cuestión genera un probable debate metodológico conforme a su pertinencia como estudios longitudinales, al igual de que el hecho de no disponer de grupo comparación también podría cuestionar el estudio de la eficacia de la CT^{1,6}. En todo caso, como indican Lozano y Verdejo-García¹⁵, la metodología aplicada en el ámbito de las drogodependencias tiene su idiosincrasia, lo que promueve el desarrollo de estrategias metodológicas propias, entre las que cabría añadir un tratamiento específico para los diseños de investigación longitudinal en el estudio de las adicciones, dadas las peculiaridades del seguimiento de los usuarios tratados (por la atrición, instrumentos de medida propios, las técnicas de análisis de datos, etc.) cuya finalidad pueda ser la eficiencia y/o la eficacia (como apuntaba Seligman, 1995, citado en Lees et al., 1999²).

Referente a los instrumentos de medida, se puede constatar que existe una variabilidad considerable y que suelen ser contrastados mediante análisis de orina y/o entrevistas personales para garantizar la fiabilidad y validez de las medidas. La mejoría significativa se complementa con otros ámbitos de la vida del usuario como el: personal, social¹⁴, laboral, académico o legal^{10,14}. Se suele tratar de establecer qué tipo de cambios psicológicos se producen mediante la medición de constructos como: la autoestima, el locus de control o el auto-concepto^{10,12}. Así como se intenta establecer un diagnóstico psicopatológico, que puede contemplar la depresión y la ansiedad^{10,11}, la hostilidad, ideación paranoide, somatización, sensibilidad interpersonal, fobia, psicoticismo, obsesión y compulsividad¹² o esquizofrenia¹⁰.

Las fuentes de información suelen ser los usuarios, excepto dos estudios que incluyeron también a otros informantes: Johnson et al.¹³ que colaboran con familiares, mientras que Dekel et al.¹² contrastaron la información con conocidos del usuario. De esta manera se utilizaba esta estrategia de interrogar a otros informantes con dos finalidades: obtener datos de los pacientes no localizados (superar el problema de la atrición) y/o garantizar la consistencia de la información recogida.

Respecto a los participantes de este tipo de estudios de seguimiento a corto plazo, destaca una mayor prevalencia de hombres y un promedio de edad adulta, siendo poca la coincidencia de variables sociodemográficas registradas en los trabajos analizados, a excepción del estado civil. Por lo que también sería recomendable incluir este tipo de informaciones acerca de la muestra, dado que podrían ser predictores de la efectividad de las CTs. Por otro lado, la muestra suele ser de un tamaño suficiente como para evitar el efecto de la pérdida de sujetos, entendiendo ésta como tasa de atrición o porcentaje de usuarios fallecidos. Según el presente estudio parece que al menos 60 usuarios serían recomendables, no obstante, sería interesante se informara respecto al tipo de pérdida y sus causas. Sólo en un estudio¹⁰ se detallan las razones por las que el tamaño de muestra se

reduce de 288 a 214 participantes (47 no localizados, 19 rechazados, 14 fallecidos, 14 cambio de estado, 11 fugitivos, 8 encarcelados y 4 por otras causas) indicando que los fallecidos constituían el 3.5% de la muestra (aunque sin especificar la causa). En relación al resto de estudios, la mayoría sólo indican la pérdida de sujetos por razones diversas que no incluyen la proporción de fallecidos; por ejemplo, la no localización, el rechazo a la participación, la no finalización del tratamiento, la derivación a otros servicios u otras causas (como son la falta de contacto con familiares, exclusión social, etc.). Así que, de forma similar a Ledoux, Sizaret, Hassler y Choquet¹⁶, las tasas de atrición detectadas han sido más bien bajas, probablemente por ser estudios de corta duración, aunque no se ha detectado mención alguna a métodos para tratar de minimizar la tasa de los que no se pueden localizar (solo algunos estudios indicaban el pago de la participación en la investigación).

En síntesis, las CTs como intervención para las drogodependencias parecen considerar su efecto en términos de éxito (usuarios que completan el programa, retenidos en el seguimiento, recuperados del consumo y sin recaídas) o fracaso (por no finalización del programa, por mantenimiento del consumo o recaídas). En la mayoría de los estudios el resultado del tratamiento clínico consiste en la distribución de los usuarios en categorías favorables (remisión, abstinencia o consumo social) y desfavorables (abandono o recaída). Respecto a las drogodependencias tratadas, destaca la dependencia del alcohol, seguida de drogas opiáceas, concretamente la heroína y la cocaína, mientras que en última instancia aparece la dependencia de los cannabinoides u otras sustancias. No obstante, el estudio más actual¹⁴ apunta a una realidad cada vez más extendida, el policonsumo, lo que complica el estudio del consumo, al tener que tomar decisiones técnico-metodológicas y analítico-estadísticas respecto a su tratamiento. También cabe señalar, que pocos estudios^{11,14} proporcionaron información relativa al tipo de tratamiento para las drogodependencias, así como ninguno indicaba categorías de consumidores, esto es, los patrones de consumo de la/s droga/s antes y/o después de la CT. Sería recomendable especificar si el usuario es

consumidor de una droga o policonsumidor de varias drogas simultáneamente, en este último caso, sería interesante saber a qué drogas y/o comportamientos. Del mismo modo, sería interesante que en la introducción de este tipo de estudios se mencionara el tipo y fases del programa de intervención para el tratamiento de las drogodependencias, especificando, si es pertinente, a qué fase corresponde la CT, incluso el tipo de orientación psicológica empleada en la psicoterapia, así como si se utiliza alguna técnica específica como la entrevista motivacional.

Para concluir, entre los elementos positivos de las CTs se destacan: el completar el programa, el tiempo de permanencia en el mismo, el haber disminuido o cesado el consumo de droga/s, el mantener vínculos afectivos fuera de la CT, así como disminuir la conducta delictiva y mejorar los aspectos psicosociales. Parece extraerse un dato positivo relativo al éxito del efecto producido por las CT y es que aproximadamente un 50% de la muestra inicial de usuarios son retenidos o recuperados (aunque existe una variabilidad probablemente explicada por el tipo de CT, fases y tipos de intervención, tipo de usuario, tipo de droga, etc.).

No obstante, el presente trabajo ha tenido sus limitaciones, similares al resto de revisiones sistemáticas^{1,2,3,4,5,6,7,8}, como son: las dificultades para establecer la comparabilidad de los resultados del efecto de las CTs y la falta de estudios manipulativos seleccionados al permitir tener tanto estudios controlados como no controlados⁷. Esta última limitación podría solventarse en futuras revisiones sistemáticas mediante la selección de estudios de cohortes para valorar la eficiencia de la CT y/o estudios experimentales o cuasi-experimentales para determinar la eficacia. Otro aspecto a mejorar sería el ampliar la búsqueda a otras bases de datos científicas, así como el periodo de tiempo, los idiomas y las palabras clave relativas a tipos de CT distintas, drogas emergentes o incluso usuarios específicos (como mujeres o como adolescentes). Asimismo, faltarían estudios con muestras más heterogéneas en cuanto a género⁸, categorías de consumidores respecto a su grado de severidad de la

dependencia, patología dual y habría que trabajar en la línea de establecer parámetros comunes a nivel metodológico para realizar estudios de seguimiento que permitan una mayor comparabilidad en sus hallazgos.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación alguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fiestas F, Ponce J. Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*. 2012;29(1):12-20.
2. Lees J, Manning N, Rawlings B. Therapeutic Community Effectiveness: A Systematic International Review of Therapeutic Community Treatment for People with Personality Disorders and Mentally Disordered Offenders. CRD Report 17. York: The University of York, NHS Centre for Reviews & Dissemination, School of Sociology & Social policy, Nottingham; 1999 [consultado 21 Enero 2013]. Disponible en: http://www.york.ac.uk/inst/crd/CRD_Reports/crdreport17.pdf .
3. Haigh R. Therapeutic community research: Past, present and future. *Psychiatric Bulletin*. 2002;26(2),65-8.
4. Lees J, Manning N, Rawlings B. A Culture of Enquiry: Research Evidence and the Therapeutic Community. *Psychiatric Quarterly*. 2004;75(3):279-94.
5. Smith L, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, (1), CD005338. 2006.
6. Malivert M, Fatséas M, Denis C, Langlois E, Auriacombe M. Effectiveness of Therapeutic Communities: A Systematic Review. *European Addiction Research*. 2012;18(1):1-11.

7. Ferriter M, Huband N. Does the non-randomized controlled study have a place in the systematic review? A pilot study. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*. 2005;15(2):111-20.
8. Bravo F, Gual A, Gómez-Benito J. Investigación longitudinal del alcoholismo tratado: Una revisión sistemática de los seguimientos a largo plazo. *Adicciones*. 2010;22(3):267-74.
9. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica* 2010;135(11):507-11.
10. De Leon G, Jainchill N. Male and female drug abusers: social and psychological status 2 years after treatment in a therapeutic community. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*. 1981;8(4):465-97.
11. Guydish J, Werdegar D, Sorensen J, Clark W, Acampora A. A day treatment program in a therapeutic community setting: six-month outcomes. *The Walden House Day Treatment Program. Journal Of Substance Abuse Treatment*. 1995;12(6):441-47.
12. Dekel R, Benbenishty R, Amram Y. Therapeutic communities for drug addicts: Prediction of long-term outcomes. *Addictive Behaviors*. 2004;29(9):1833-7.
13. Johnson K, Pan Z, Young L, Vanderhoff J, Shamblen S, Browne T, et al. Therapeutic community drug treatment success in Peru: A follow-up outcome study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, And Policy*. 2008;3:26.
14. López-Goñi J, Fernández-Montalvo J, Menéndez J, Yudego F, García A, Esarte S. Group and individual change in the treatment of drug addictions: a follow-up study in therapeutic communities. *The Spanish Journal Of Psychology*. 2010;13(2):906-13.
15. Lozano OM, Verdejo-García A. El rol de la metodología en el estudio de las adicciones. *Trastornos adictivos*. 2012;14(2):34-6.
16. Ledoux S; Sizaret A; Hassler C; Choquet M. Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Análisis de los estudios de cohorte. *Adicciones*. 2000;12(2):255-79.

Tabla 1. Datos descriptivos de los estudios

ESTUDIO (Referencia)	Fecha de tratamiento	Año/s de seguimiento	Ocasiones de registro	Instrumento medición	Informante/s
De Leon y Jainchill, 1981	1974	2 años	Basal, final	<i>DrugDX / Análisis orina</i>	Usuario y conocidos
Guydish et al., 1995	s.d.	½ año	Basal, final	<i>Addiction Severity Index</i>	Usuario
Dekel, Benbenishty y Amram, 2004	s.d.	1 año y 3 meses	Basal, intermedia, final	Entrevista de uso de droga	Usuario y conocidos
Johnson et al., 2008	2003-2004	½ año	Basal, final	<i>Drug testing, Retrospective PreTest EuropASI interview,</i>	Usuario y familia
López et al., 2010	2005	1 año	Basal, final	<i>Reliable Change Index</i>	Usuario

Nota: s.d. hace referencia a “sin datos”.

Tabla 2. Datos descriptivos de los pacientes

ESTUDIO (Referencia)	N (inicial)	Grupos (n)	Edad (M-DT)	Mujeres (n)	País	Casados/Pareja* (n, %)
De Leon y						
Jainchill, 1981	288	1	s.d.	74	EUA	s.d.
Guydish et al., 1995						
	66	1	33,1- 8,2	12	EUA	s.d.
Dekel et al., 2004						
	167	1	31,5- 5,2	27	Israel	50(30)*
Johnson et al., 2008						
	509	1	34 –s.d.	0	Perú	114(23)
López et al., 2010						
	112	1	33,9- 7,2	14	España	20(18)

Nota: s.d. hace referencia a “sin datos”.

Tabla 3. Datos descriptivos de las consecuencias de las CT

ESTUDIO (Referencia)	Tipo de CT	Tipo de droga/s	% seguimiento % abstinencia	Otras medidas de resultado de la CT
De Leon y Jainchill, 1981	Residencial	Opiáceos y no opiáceos	Seg. 1: 67.1%; Seg. 2: 62.6%	Éxito y ajuste psicosocial en uso de drogas según género.
Guydish et al., 1995	Residencial y no residencial	Cocaína, heroína, alcohol y otras	Seg.: 58%	Decremento problemas legales, sociales, drogas y psiquiátricos (depresión).
Dekel et al., 2004	Residencial	Heroína	Abs.: 49.7% del total (90% de los que completaron el programa)	Factores protectores: pareja y completar programa; Factores riesgo: robar y síntomas psiquiátricos; Mejora autoestima.
Johnson et al., 2008	Residencial	Alcohol, cannabis y cocaína	Seg.: 56%	Factor predictor: tener fidelidad en completar el tratamiento.
López et al., 2010	Residencial	Alcohol, cocaína, heroína y otras	Seg.: 69.7%	Factor protector: completar tratamiento (médico, drogas, social).

Nota: Seguimiento se ha especificado como "Seg." y abstinencia como "Abs."