



REVISIÓN

La comunidad terapéutica para los trastornos por uso de sustancias en adolescentes

A. Robert*; J. M. Illa y M. E. Navarro

Unidad de Crisis de Adolescentes. Hospital Benito Menni, CASM. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. España.

Recibido el 16 de octubre de 2012; aceptado el 18 de septiembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Comunidad terapéutica;
Trastornos por uso de sustancias;
Adolescentes;
Tratamiento residencial

Resumen El campo del tratamiento residencial del abuso de drogas entre adolescentes es un terreno por explorar en profundidad. Los pocos estudios con que se cuenta hasta la fecha provienen de muestras con unas características muy concretas, y que no permiten la generalización de resultados. Se pretende actualizar el conocimiento sobre el tratamiento en comunidad terapéutica y su efectividad, teniendo en cuenta el perfil de los jóvenes que acceden al mismo. Para ello se ha realizado una búsqueda en las bases de datos Medline, Psycinfo y Cochrane, incorporando, en una segunda fase, las referencias más relevantes. A pesar de las limitaciones metodológicas de los estudios, la comunidad terapéutica resulta eficaz en el tratamiento de adolescentes con problemas moderados o severos de consumo, que requieren una intervención intensiva, integral y prolongada. Para mantener los efectos beneficiosos al alta, y prevenir futuras recaídas, la continuidad asistencial resulta fundamental.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Therapeutic community;
Substance-related disorders;
Adolescents;
Residential treatment

The therapeutic community for substance use disorders among adolescents

Abstract The residential treatment of adolescent substance abuse is a growing interest area to explore in depth. Most of the few studies conducted to date have used very specific samples, so that the generalization of results is not possible. The aim of this study is to update knowledge about therapeutic communities and its effectiveness, taking into account the profile of young people admitted to treatment. A systematic review was conducted using Medline, PsycINFO and Cochrane Library databases. Additional references from the bibliographies of selected articles were also included to review. Despite the methodological limitations of the studies, the therapeutic community is effective in treating adolescents with moderate/severe drug consumption, who need an intensive, comprehensive and time-sustained intervention. To preserve the post-treatment benefits, and so as to prevent future relapses in drug use, continuity of care in community services is crucial.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SET. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arobert@hospitalbenitomeni.org (A. Robert).

Introducción

El modelo de comunidad terapéutica (CT) para el tratamiento de los problemas de drogas en adultos cuenta ya con más de 40 años de historia, sin embargo poco se sabe sobre los programas de tratamiento en CT para adolescentes.

La CT constituye un espacio residencial libre de drogas donde las personas atraviesan por una serie de etapas en su tratamiento de creciente responsabilidad social y personal¹. El modelo tradicional de CT busca rehabilitar o habilitar, en la mayoría de los casos, al hombre adulto consumidor de heroína², utilizando la “comunidad” como agente de cambio. Más allá de este modelo, en la actualidad las CT ofrecen programas de rehabilitación para perfiles de usuarios muy heterogéneos, y prestan atención a los problemas de consumo de una o más sustancias, sin desatender los posibles trastornos mentales comórbidos que dichos usuarios pueden presentar.

La mayoría de los programas de tratamiento en CT para jóvenes proceden de adaptaciones de programas para adultos, con modificaciones³. La CT para adolescentes pretende apartar al joven de su entorno de consumo, para recibir un tratamiento intensivo, de unos 6-12 meses de duración, con los objetivos de: parar la conducta adictiva; promover el cambio emocional, cognitivo, y conductual; y prevenir recaídas a través del aprendizaje de habilidades y del apoyo durante y postratamiento^{4,5}.

Comparadas con las CT de adultos, las CT para adolescentes suelen ser de menor tamaño, cuentan con una menor jerarquía, y un mayor grado de profesionalización del equipo terapéutico, son más flexibles, proporcionan un tratamiento más individualizado y con mayor atención a las características particulares de cada joven, y utilizan con mayor frecuencia técnicas de modificación de conducta —incluidas las acciones disciplinarias—, frente a la confrontación, que es más habitual en el tratamiento de adultos³. En un sentido parecido, se apunta que las CT de adolescentes priorizan el componente educativo, las actividades recreativas, y una mayor involucración de la familia en el tratamiento^{4,7}. El hecho de que los días estén muy organizados, con rutinas y actividades programadas en cada momento, parece ayudar a los jóvenes que provienen de entornos caóticos a ganar en estructura externa e interna, y a participar en un estilo de vida más prosocial que se espera que puedan generalizar a su vida fuera de la CT^{4,5,8}.

De manera general, la tendencia de los últimos años es tratar los problemas de drogas a nivel ambulatorio, en detrimento del ámbito residencial⁹, pero parece que un ambiente altamente estructurado y supervisado como la CT puede beneficiar a los jóvenes con problemas severos de drogas⁷. De la misma forma que en población adulta, el perfil del paciente tratado en una CT es el de una persona policonsumidora, con problemas de salud mental, con escaso apoyo familiar y social, y con problemas legales¹⁰; el perfil en adolescentes es el de chicos con un alto grado de problemática socio-familiar, con una mayor severidad de la adicción a sustancias, y en los cuales otras modalidades previas de tratamiento se han mostrado ineficaces⁴.

Hasta la fecha, los escasos estudios rigurosos sobre tratamiento de drogas en CT para adolescentes son cautos en

cuanto a su eficacia a largo plazo, y constatan la necesidad de continuar con un plan terapéutico al alta de la CT^{6,11}. Si no se ofrece un seguimiento formal de apoyo, es poco realista esperar que los cambios acaecidos se mantengan una vez el joven retorna a su comunidad, ya que debe enfrentarse a la presencia de múltiples factores de riesgo para la recaída. McLellan⁹ cuestiona la evaluación de resultados de eficacia con diseños de una o dos medidas repetidas, argumentando que los problemas de drogas pueden ser considerados enfermedades crónicas, y deben ser evaluados por el terapeuta a lo largo de las sesiones, con el fin de tomar decisiones acerca del tratamiento (“monitorización simultánea de la recuperación”).

El presente estudio procura aportar una visión integrada del tratamiento de adolescentes en régimen de CT, a partir del conocimiento científico que aportan los estudios cuantitativos publicados en los últimos 15 años. A nivel más específico, se pretende describir el perfil típico del adolescente que ingresa en una CT, incluidas las variables relacionadas con un buen pronóstico; así como evaluar la eficacia a corto y largo plazo de las intervenciones terapéuticas en estos jóvenes.

Método

Materiales

Las unidades de análisis con las que se ha elaborado el presente trabajo han sido artículos originales de investigación, de revisión narrativa, así como una revisión sistemática sobre el tratamiento en comunidad terapéutica para los trastornos relacionados con el uso de sustancias¹⁰; excluyéndose libros, capítulos de libros, y actas de congresos, entre otros.

Procedimiento

Se han consultado los artículos publicados en las bases de datos: Biblioteca Cochrane Plus, MEDLINE, y Psycinfo. En todas las consultas se han fijado como límites: la edad (adolescentes de 13 a 17-18 años); el período de consulta (de febrero de 1996 a febrero del 2013); y el idioma de publicación (inglés o español).

La estrategia de búsqueda en la Biblioteca Cochrane Plus (“residential treatment”# AND # “treatment outcomes”# AND #adolescents# AND # “substance-related disorders”#), ha dado lugar a un único resultado¹⁰.

En MEDLINE, la búsqueda “Therapeutic Community”[Mesh] AND “Substance-Related Disorders”[Mesh] AND (“adolescent”[Mesh Terms] AND (“1996/02[PDAT] : “2013/02” [PDAT])) ha dado lugar a 40 resultados.

En Psycinfo se han obtenido 45 artículos tras ajustar la búsqueda a “todas las revistas especializadas” con los siguientes términos: “Substance abuse treatment” AND “therapeutic community”.

Análisis de datos

Los criterios de inclusión para la selección de artículos han sido: intervención integral en CT como tema principal, y adecuación a la población objeto de estudio (adolescentes y adultos jóvenes ≤ 21 años). Se han considerado como cri-

terios de exclusión: otras temáticas como tema principal, estudios en que toda la muestra recibe tratamiento por orden judicial, y estudios centrados en exclusiva en la eficacia de uno o más fármacos.

Tras la lectura detallada de los resúmenes de manera independiente por los tres autores, se han seleccionado aquellos estudios en que al menos dos de los autores han coincidido en lo siguiente: que son relevantes respecto a la temática de interés (tratamiento residencial de los problemas de drogas de adolescentes y/o adultos jóvenes), que son pertinentes respecto a los criterios de inclusión/exclusión, que han demostrado un adecuado rigor metodológico en su planteamiento (preferiblemente meta-análisis y ensayos clínicos), y que resultan aportaciones recientes o novedosas, cronológicamente, para el conocimiento sobre el tema. La selección final cuenta con 9 estudios: 3 de Medline, 1 de la Biblioteca Cochrane y 5 de Psycinfo.

Debido al reducido número de estos trabajos, y para ofrecer una revisión más profunda sobre el tema, en una segunda fase el autor principal ha seleccionado —de manera consensuada con el resto de los autores— aquellos documentos que, además de aparecer citados en la bibliografía de los 9 estudios iniciales, se han adecuado a los criterios de inclusión comentados al inicio de este apartado. Esta segunda fase ha añadido 12 documentos más a la selección inicial: 9 artículos, 2 publicaciones del *National Institute of Drug Abuse*^{2,7}, y 1 capítulo de libro⁴.

Resultados

Características socio-demográficas

Los estudios con adolescentes suelen incluir chicos de los 12 hasta los 17 años⁶, aunque algunos autores incluyen también grupos de adultos jóvenes de los 18 hasta los 24 años¹²⁻¹⁴.

Las muestras son predominantemente masculinas, con un porcentaje de chicos que oscilan entre el 69 % y el 86 % del total^{4,11,13,14}.

La situación escolar en estos jóvenes acostumbra a ser problemática, con absentismo en más de un tercio (38 %) de los casos, y un muy escaso compromiso escolar. Y por lo que respecta a la situación legal, hasta un 83 % están en supervisión por parte del sistema judicial¹³.

Características en relación al consumo

Entre un 31 % y un 40 % de los adolescentes que ingresan en una CT por sus problemas de drogas han recibido tratamiento anteriormente bajo otras modalidades de asistencia (ambulancia, hospitalización breve, grupos de autoayuda, etc.) que no resultaron efectivas^{11,12}.

Estos jóvenes se inician muy pronto en el consumo de sustancias^{4,11,13}, y en un 89 % de los casos admiten haber probado el alcohol y otras drogas antes de los 15 años de edad. La edad del primer consumo se sitúa entorno los 12,5 años^{6,15}. Se ha encontrado una relación significativa entre la edad cuando se inicia el consumo, y la severidad de los problemas de drogas, siendo los más afectados los que empiezan antes a consumir¹¹. Este patrón suele darse también en las muestras de población adulta¹⁰.

Las sustancias que comúnmente suscitan la entrada en CT son el cannabis y el alcohol^{5,8}, seguidas por los alucinógenos o anfetaminas —según el estudio—, la cocaína o crack, y otras^{11,14}. Entre el 85 % y el 95 % de los admitidos a tratamiento consumen cannabis de manera habitual^{13,14}, y lo mismo sucede con el alcohol¹⁴, siendo frecuente (32,4 %) el policonsumo en las muestras¹².

El diagnóstico, según DSM, de abuso o dependencia varía mucho de un estudio a otro y en función de las características de la muestra. Se encuentra que desde un 23 % a un 78 % de los jóvenes cumplen con criterios al ingreso de abuso de sustancia/s, y que desde un 10 % hasta un 60 % cumplen con criterios de dependencia^{6,11}. Esta variabilidad puede asociarse a deficiencias metodológicas en la recogida de datos, y/o a la especificidad de las distintas muestras y de los distintos programas de tratamiento en CT.

Comorbilidad

Entre el 65 y el 82 % de los adolescentes en tratamiento con problemas de drogas presentan simultáneamente otro trastorno mental, siendo los más comunes por orden decreciente: los trastornos de conducta, los afectivos (depresión), y el THDA^{13,15,16}. Sobre si la drogodependencia es causa o consecuencia de las alteraciones de conducta frecuentes (60 %), parece que en más de las tres cuartas partes de los casos los problemas de comportamiento fueron previos al inicio del consumo¹⁵.

Se ha hipotetizado la importancia del aprendizaje por observación o modelado, junto a la influencia de los genes, y a la interacción entre ambas para explicar la elevada presencia (66 %) de consumo de drogas en uno o dos de los padres de los adolescentes ingresados¹⁶. Son los padres de adolescentes con patología comórbida los que suelen abusar en mayor medida de las sustancias en comparación con los padres de adolescentes sin comorbilidad¹³. Otras variables que se han relacionado con la presencia de patología dual en los adolescentes han sido la mayor severidad de la adicción, el inicio precoz en el consumo de sustancias, un mayor número de intentos previos de tratamiento, y más problemas a nivel familiar, escolar, y de relación con los iguales^{13,15}.

En cuanto a las diferencias de género, su estudio es difícil ya que algunas comunidades no admiten chicas, y en los programas mixtos la prevalencia de mujeres es baja⁴. Entre los chicos, la comorbilidad más frecuente en CT es la del trastorno de conducta con el consumo de cannabis. Entre las chicas, el diagnóstico de trastorno depresivo es mucho más frecuente que entre los chicos (OR: 0,44; CI: 0,30-0,66; $p < 0,001$); y son los adolescentes deprimidos los que tienen mayor tendencia a la dependencia del alcohol (OR: 1,71; CI: 1,15-2,54; $p < 0,01$), a tener problemas familiares (OR: 1,14; CI: 1,001-1,30; $p: 0,05$), y a tener antecedentes de abuso físico o sexual (OR: 2,06; CI: 1,38-3,06; $p < 0,001$)¹³. De manera general, sin distinción de género, la prevalencia de abusos sexuales en los adolescentes en CT se sitúa alrededor del 10,5 %, dato que debe ser tenido en cuenta para el posible diseño de intervenciones específicas¹².

Según Hser¹⁵, los jóvenes con un diagnóstico dual que acceden a una CT muestran mejores resultados postratamiento que los jóvenes sin comorbilidad en una serie de variables: menor uso de alcohol y consumo de drogas, menor prevalencia de ideas de suicidio, disminución de la hostilidad, mejora en la autoestima percibida, mayor in-

volucración escolar, y ausencia de detenciones al seguimiento.

Características del tratamiento residencial

Duración del tratamiento

La duración recomendada de los programas varía, y viene determinada tanto por las posibilidades económicas de las familias a la hora de pagar el tratamiento, como por consideraciones clínicas tanto del adolescente como de la posible distocia en su entorno familiar^{4,5}. Se acostumbra a recomendar una duración entre 6 y 12 meses, aunque en casos de severa disfunción familiar se recomiendan duraciones superiores al año.

Se ha hallado interacción significativa entre el tiempo de tratamiento y los resultados¹⁵. A más tiempo de tratamiento mayor compromiso escolar y mejor autoestima, y menor prevalencia de: abuso de alcohol, alucinógenos y estimulantes, pensamientos suicidas, hostilidad, problemas familiares y número de arrestos posteriores.

Etapas en el tratamiento

En un primer momento la transición del domicilio/calle a la CT suele producir en los adolescentes una variedad de reacciones. La más frecuente es el deseo de marcharse de la CT, ya que en contraposición a lo que opinan los adultos, ellos no creen tener un problema. Pese a que, como ya se ha comentado, la mayoría de los jóvenes que ingresan en CT, tienen antecedentes de otros tratamientos previos para abandonar el consumo de drogas, hasta un 60 % afirman no tener problemas con estas en el momento de ingresar¹¹ y, por tanto, niegan la necesidad de tratamiento. En muchas ocasiones muestran actitudes de rechazo activo o pasivo (oposicionismo, negativismo) hacia el tratamiento, compatibles con sus trastornos de conducta de base. En consistencia con esto, los primeros 30 días del ingreso en CT es cuando se produce una mayor tasa de abandonos¹. Como el grado de motivación para el tratamiento, y el apoyo social percibido se han relacionado con la retención en la CT¹⁷, el equipo asistencial debe priorizar su promoción desde un primer momento.

A medida que transcurren los días en la CT, se constata un cambio en el adolescente en cuanto a la motivación por el tratamiento, con un aumento de implicación en las actividades de la CT y una actitud general más proactiva¹. En paralelo al proceso de internalización de normas y funcionamiento de la comunidad, aparece un aumento del compromiso con el tratamiento y con el grupo. El apoyo del personal y de los iguales supone un incentivo para permanecer en el tratamiento y para comprometerse con el cambio. La asistencia escolar, además de una experiencia educativa, constituye una actividad terapéutica fundamental para la recuperación del adolescente en la CT, conjuntamente con el ejercicio físico^{4,5}.

La transición entre etapas del tratamiento en CT requiere dar muestras de progreso cognitivo-conductual, emocional, y madurativo; y va acompañada tanto de un aumento de las responsabilidades, como de los privilegios.

Una vez el adolescente ha adquirido una serie de habilidades y aprendizajes, y está preparado para abandonar la comunidad, la mayoría de los programas recogen el paso a recurso de tratamiento intensivo diurno, previo paso al retorno completo al domicilio⁵.

Rol de los implicados

Los adolescentes en CT son vistos como miembros activos y responsables de la comunidad^{1,14}. Dentro de esta deben ser responsables de cumplir con su agenda diaria programada, controlando su comportamiento y las respuestas impulsivas, y tolerando el discomfort⁴.

El impacto de la influencia de las relaciones entre iguales adolescentes ha sido escasamente estudiado en profundidad¹⁸. A la hora de relacionarse, convergen, de manera ambivalente, la amistad y apoyo, con la ira, la frustración, los conflictos y celos. Y a pesar de que las relaciones sexuales no están permitidas resultan ser frecuentes, y en muchos casos dan lugar a tensión y conflictos¹⁸.

A diferencia de lo que sucede en las CT de adultos, en las de adolescentes el equipo terapéutico tiene un peso muy importante, en especial a la hora de supervisar actividades y tratamiento. El equipo terapéutico suele estar formado por personal titulado y no titulado. El personal no titulado tiene funciones de consultoría y monitorización, y a menudo está formado por exconsumidores que sirven como un modelo de recuperación para los jóvenes ingresados. El personal titulado lo conforman: enfermeras, profesores, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc. Los médicos especialistas y el dentista suelen acudir previa programación. Dependiendo del tipo de CT también forman parte del personal: administrativos, empleados de mantenimiento, y nutricionistas⁴.

La aceptación, el apoyo, la autoridad, y la estructura son las cualidades primarias que los jóvenes más aprecian en el personal de la CT¹⁴. Entre los trabajadores suele haber expacientes, que una vez convertidos en agentes de salud aprovechan su experiencia para apoyar y motivar a los adolescentes. A menudo las relaciones que los jóvenes establecen con el personal terapéutico reproducen la dinámica de sus antes difíciles relaciones familiares, pero como novedad les permiten incorporar de manera positiva la figura autoritaria del adulto, y la relación fraternal con los iguales^{4,5}.

La familia de origen de los adolescentes es tenida en cuenta en el tratamiento, sin embargo, el hecho de que muchos jóvenes provengan de hogares desestructurados o caóticos⁴, dificulta su participación.

Tipo de tratamiento ofrecido

Individual

El tratamiento de primera opción para los problemas de drogas es la psicoterapia. Las técnicas motivacionales, que se utilizan sobre todo en las primeras fases del tratamiento en CT, se basan en el acercamiento empático y en la escucha reflexiva. Pretenden, tanto esclarecer la ambivalencia frente al consumo a través del diálogo entre los pros y los contras de este, como aumentar la motivación para el cambio explorando las propias metas y objetivos.

Las estrategias cognitivo-conductuales se orientan a la adquisición de habilidades diversas, y a la preparación para el estilo de vida abstinentes. Entre las habilidades a adquirir en CT se encuentran: el afrontamiento del deseo de consumir y de las situaciones de riesgo para el uso de drogas, y la promoción y refuerzo de habilidades sociales y conductas compatibles con la abstinencia. Las técnicas de reestructuración cognitiva pretenden ayudar al adolescente a contrastar sus creencias y actitudes hacia las drogas y la adicción, con el fin de producir cambios en los hábitos de consumo.

Grupal

Los “grupos de encuentro” son la base del tratamiento en CT y suponen espacios terapéuticos para confrontar actitudes y comportamientos negativos, a la vez que sirven para reforzar los cambios positivos. En las CT es frecuente realizar un primer grupo matinal antes o después del desayuno, otro por la tarde en formato de seminario, y un último encuentro después de cenar^{5,8}.

Familiar

El tratamiento ideal del joven pasa por el abordaje integral de la familia. Las familias deben participar en diversas actividades: la orientación, que procura dar a conocer la filosofía y la estructura de la CT; los grupos de soporte para padres; las sesiones de terapia familiar; los grupos multifamiliares; y los grupos para la prevención de recaídas.

Por lo que respecta a las sesiones de terapia familiar paciente-familia, y con el fin de mejorar las relaciones familiares y la comunicación funcional entre sus miembros, se realizan sesiones de carácter sistémico bajo diversas modalidades: terapia familiar funcional, terapia de ecosistemas estructurales, estratégica, multisistémica, y multidimensional. No queda claro qué tipo de enfoque resulta más efectivo que otro, y para qué paciente, por lo que se requiere más investigación al respecto⁵.

Extrafamiliar

Ampliando el foco de intervención de la familia a otros sistemas externos, se recomienda considerar el entorno del barrio, la escuela, la comunidad de iguales, etc. para entender con mayor profundidad el problema de drogas específico que presenta el adolescente, así como intervenir de manera integrada sobre ese entorno a lo largo del tratamiento residencial⁵.

Efectividad

En adultos, se cuenta con pocas pruebas de que las CT ofrezcan beneficios significativos en comparación con otras modalidades de tratamiento residencial, o que exista un tipo de CT más efectiva que otra¹⁰.

En adolescentes, la efectividad de los programas residenciales se suele examinar a partir de estudios observacionales que comparan el uso de drogas —y otras conductas problema— antes del ingreso en la CT y tras el alta^{6,8}.

Se han estudiado diferencias entre géneros a la hora de acceder y de responder al tratamiento, encontrándose que a pesar de que las chicas tienden a abandonar más el tratamiento, las que lo finalizan obtienen mejores respuestas que los chicos^{8,13}. Jainchill⁵ considera que los programas de tratamiento deben recoger aquellas cuestiones de género que pueden predisponer al consumo de drogas y a otras situaciones de riesgo para el menor.

Aunque la investigación hasta la fecha apunta a que disminuyen el consumo de sustancias y otros problemas psicológicos al año del tratamiento en CT^{5,6,16}, en la mayoría de los estudios no se han controlado o ajustado las diferencias previas entre grupo de tratamiento y grupo control^{19,20}, con excepción de los trabajos de Edelen¹¹ y Winters¹⁶.

A largo plazo, parece que los posibles beneficios del tratamiento no se mantienen. No se observa mejoría en cuanto al consumo de drogas, la actividad criminal, la institucionali-

zación, el funcionamiento psicológico y/o el funcionamiento general¹¹.

Discusión

El ingreso residencial de un adolescente con problemas de drogas es una opción terapéutica indicada para aquellos casos en los que convergen múltiples variables que ponen al menor en una situación de riesgo y/o que no son posibles de abordar a nivel ambulatorio: fracaso de tratamientos previos, gravedad moderada o severa de la adicción, policonsumo, comorbilidad psiquiátrica, elevada problemática sociofamiliar y escolar^{4,5}. Separar al adolescente de su entorno relacional y de sus vínculos con la comunidad es una medida extrema, que afecta en mayor o menor medida a la consolidación de la personalidad y de la identidad del joven, por lo que es responsabilidad del clínico ayudar a todos los implicados a reflexionar sobre la idoneidad o no del ingreso, y facilitar este en caso de ser necesario.

En la medida en que en España, a nivel legal, el ingreso psiquiátrico de un menor que no se encuentra en condiciones de decidir se realiza siempre de manera involuntaria —con autorización judicial—²¹, y que a nivel experiencial, dicho ingreso suele ser vivido por el adolescente como “contrario a su voluntad”; se debe procurar evitar la internación si no está claramente indicada y, en caso de llevarse a cabo, intentar que el adolescente la viva de la manera más participativa posible: escuchándolo e incluyéndolo en el diseño del programa terapéutico. La implicación del joven en las primeras fases del ingreso favorece el sentimiento de pertenencia activa a la comunidad y la responsabilidad para con ella^{1,14}.

Se recoge en la literatura que la justificación principal del ingreso en CT es que el tratamiento intensivo, integral, y prolongado ofrece una mejoría a corto plazo, similar a la observada con adultos²², con reducción del consumo de drogas y de las conductas delictivas^{5,8}. Sin embargo, en los estudios de eficacia del tratamiento a más largo plazo, los efectos beneficiosos de la intervención no permanecen^{10,11}. Si se entiende que el tratamiento de los problemas de drogas es un proceso acumulativo en la vida de la persona¹², la continuidad de cuidados al alta se convierte en uno de los puntos claves a mejorar para conseguir un ingreso-egreso exitoso. Sobre este punto, los ingresos residenciales deben ayudar al joven a que salga progresivamente —bajo el amparo y seguridad que ofrece la CT— y a que se vincule a actividades —formativas, sociales, laborales, lúdicas, etc.— libres de drogas en su entorno comunitario próximo. Sin un programa individual e intensivo de rehabilitación comunitaria parece difícil que los adolescentes puedan mantener los logros alcanzados en la CT una vez hayan sido dados de alta y vuelvan a su ambiente de referencia.

Los estudios revisados en el presente artículo presentan una serie de limitaciones. La primera, que la mayoría de los programas evaluados se han llevado a cabo en CT de Estados Unidos y/o Canadá. La segunda limitación es que tienen en cuenta a los adolescentes que finalizan tratamiento en CT, pero no aquellos que abandonan. La tercera de las limitaciones a comentar es el alto porcentaje (más del 50 % en muchos casos) de tratamientos por orden judicial, lo cual puede estar influyendo en la motivación del adolescente por

seguir tratamiento y en la tasa de recaídas al alta. La cuarta limitación se refiere a las diferencias de género en las muestras de adolescentes. Cada vez más se sugiere que la patogénesis del abuso de drogas puede tener orígenes diversos y manifestaciones distintas entre chicos y chicas, por lo que parece recomendable que en futuras investigaciones se tenga en cuenta esto a la hora de evaluar los resultados del tratamiento^{5,8,16}. La quinta de las limitaciones es la falta de aleatorización de las muestras. Los estudios incluyen datos longitudinales sobre los efectos del tratamiento a largo plazo, pero estos datos no se pueden desligar de las características iniciales de la muestra (gravedad de la adicción, problemática socio-familiar, antecedentes penales, escasa motivación por el tratamiento, dificultades escolares, etc.). La ausencia de un grupo control equivalente con el que comparar la efectividad del tratamiento residencial frente a otras modalidades terapéuticas es un obstáculo metodológico de difícil solución^{16,19}. La última de las limitaciones hace referencia al método de recogida de datos, mediante entrevistas semiestructuradas o autoinformes. No parece extraño pensar que los jóvenes en tratamiento por orden judicial tiendan a minimizar el consumo previo de drogas y las posibles consecuencias de éste, a la vez que sobrevaloren los resultados del tratamiento cuando se les pregunta de manera directa o semidirecta.

Estas limitaciones deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados, ya que estos no serán generalizables a poblaciones distintas de las estudiadas. A la vez sugiere la necesidad de realizar estudios rigurosos y sistemáticos que permitan describir el perfil de jóvenes que reciben tratamiento en CT, las características de su consumo de drogas, y la efectividad a corto y a largo plazo del tratamiento en modalidad residencial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- De Leon G, Hawke J, Jainchill N, Melnick G. Therapeutic communities. Enhancing retention in treatment using "Senior Professor" staff. *J Subst Abuse Treat*. 2000;19(4):375-82.
- Jainchill N, Bhattacharya G, Yagelka J. Therapeutic communities for adolescents. *NIDA Res Monogr*. 1995;156:190-217.
- Dye MH, Ducharme LJ, Johnson JA, Knudsen HK, Roman PM. Modified therapeutic communities and adherence to traditional elements. *J Psychoactive Drugs*. 2009;41(3):275-83.
- Jainchill N. Therapeutic communities for adolescents: The same and not the same. En: De Leon G, editor. *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. Westport, CT: Praeger; 1997. p. 161-77.
- Jainchill N. Substance dependency treatment for adolescents: practice and research. *Subst Use Misuse*. 2000;35(12-14):2031-60.
- Morrall AR, McCaffrey DF, Ridgeway G. Effectiveness of community-based treatment for substance-abusing adolescents: 12-month outcomes of youths entering phoenix academy or alternative probation dispositions. *Psychol Addict Behav*. 2004;18(3):257-68.
- National Institute on Drug Abuse, NIDA. Serie de reportes de investigación. La comunidad terapéutica [Internet]. NIH Publicación: 04-4877(S) [impreso 12/2003; consultado 09/06/2012]. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/researchreports/terapeutica/terapeutica.html>
- Jainchill N, Hawke J, Messina M. Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment. *Subst Use Misuse*. 2005;40(7):975-96.
- McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*. 2005;100(4):447-58.
- Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD005338.
- Edelen MO, Slaughter ME, McCaffrey DF, Becker K, Morrall AR. Long-term effect of community-based treatment: evidence from the Adolescent Outcomes Project. *Drug Alcohol Depend*. 2010;107(1):62-8.
- Chan KS, Wenzel S, Orlando M, Montagnet C, Mandell W, Becker K, et al. How important are client characteristics to understanding treatment process in the therapeutic community? *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004;30(4):871-91.
- Grella CE, Hser YI, Joshi V, Rounds-Bryant J. Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(6):384-92.
- Hedges Duroy T, Schmidt SL, Perry PD. Adolescents' and 'young adults' perspectives on a continuum of care in a three year drug treatment program. *J Drug Issues*. 2003;33(4):801-32.
- Hser YI, Grella CE, Collins C, Teruya C. Drug-use initiation and conduct disorder among adolescents in drug treatment. *J Adolesc*. 2003;26(3):331-45.
- Winters KC, Stinchfield RD, Opland E, Weller C, Latimer WW. The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction*. 2000;95(4):601-12.
- Soyez V, De Leon G, Broekaert E, Rosseel Y. The impact of a social network intervention on retention in Belgian therapeutic communities: a quasi-experimental study. *Addiction*. 2006;101(7):1027-34.
- Nathan S, Foster M, Ferry M. Peer and sexual relationships in the experience of drug-dependent adolescents in a therapeutic community. *Drug Alcohol Rev*. 2011;30(4):419-27.
- Catalano RF, Hawkins JD, Wells EA, Miller J, Brewer D. Evaluation of the Effectiveness of Adolescent Drug Abuse Treatment, Assessment of Risks for Relapse, and Promising Approaches for Relapse Prevention. *Subst Use Misuse*. 1991;25(9):1085-140.
- Williams RJ, Chang SY. A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *Clin Psychol (New York)*. 2000;7:138-66.
- Ley 1/1996, de 15 de Enero, Orgánica de Protección Jurídica del Menor. (BOE, n.º. 15, de 17 de enero de 1996).
- Messina NP, Wish ED, Nemes S. Therapeutic community treatment for substance abusers with antisocial personality disorder. *J Subst Abuse Treat* 1999 Jul-Sep;17(1-2):121-8.