



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

ADICCIONES

2024 ■ VOL. 36 ■ N. 4 ■ PÁGS. 379-388

www.adicciones.es

ADICCIONES



ORIGINAL

Tasas de recaída tras un tratamiento en Comunidades Terapéuticas: Una revisión sistemática

Relapse rates after treatment in Therapeutic Communities: A systematic review

DANIEL SUÁREZ-CASTRO^{*}; DIANA MOREIRA^{**}, ^{***}, ^{****}, ^{*****}; ANDREIA AZEREDO^{***}, ^{*****}; PAULO C. DIAS^{**}.

^{*} Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España.

^{**} Universidade Católica Portuguesa, Faculty of Philosophy and Social Sciences, Centre for Philosophical and Humanistic Studies, Braga, Portugal.

^{***} University of Porto, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Laboratory of Neuropsychophysiology, Porto, Portugal.

^{****} Centro de Solidariedade de Braga/Projecto Homem, Braga, Portugal.

^{*****} Institute of Psychology and Neuropsychology of Porto – IPNP Health, Porto, Portugal.

^{*****} Centro de Solidariedade de Braga/Projecto Homem, Braga, Portugal.

Resumen

Las Comunidades Terapéuticas (CT) son entornos residenciales que brindan rehabilitación psicosocial a las personas que consumen sustancias. En general, estas han demostrado su eficacia, aunque gran parte de la evidencia proviene de estudios con limitaciones metodológicas. Por tanto, el objetivo de la presente revisión sistemática fue evaluar los resultados de las CT en relación con las tasas de recaída. La búsqueda se realizó en EBSCO, PubMed y Web of Science con fecha límite del 29 de julio de 2021 y se basó en la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). De los 94 estudios encontrados, ocho cumplieron los criterios de selección, con un total de 2064 participantes de 40 CT. De los ocho estudios, siete eran estudios de cohortes y uno era un ensayo controlado aleatorizado. Los resultados revelan que las CT eran efectivas para reducir el consumo de sustancias, aunque persiste cierta incertidumbre con respecto a la persistencia a largo plazo. Se necesita más investigación que evalúe las tasas de recaída tras finalizar el tratamiento en las CT.

Palabras clave: comunidades terapéuticas, tasas de recaída, tratamiento por consumo de sustancias, trastornos relacionados con sustancias, programas en comunidades terapéuticas

Abstract

Therapeutic Communities (TC) are residential settings that provide psychosocial rehabilitation for substance-using individuals. In general, TCs have been proven effective, although a large part of the evidence is from studies with methodological shortcomings. Therefore, the aim of this systematic review was to evaluate the effectiveness of TCs in terms of relapse rates. The search used EBSCO, PubMed, and Web of Science up to July 29, 2021 and was based on the international Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement. Of the 94 studies, eight met selection criteria including a total of 2,064 participants from 40 TCs. Of the eight studies, seven were cohort studies and one was a randomized controlled trial (RCT). Findings reveal that TCs were effective in reducing substance use, although some uncertainty remains regarding the long-term persistence of the improvements. Thus, further research is necessary to compare relapse rates in TC programs for substance-related disorders.

Keywords: therapeutic communities, relapse rates, substance use treatment, substance-related disorders, TC programs

■ Recibido: Noviembre 2022; Aceptado: Abril 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Dr. Paulo C. Dias. Universidade Católica Portuguesa, Faculty of Philosophy and Social Sciences, Centre for Philosophical and Humanistic Studies, Praça da Faculdade, 1, 4710-297, Braga, Portugal. E-mail: pcdias@ucp.pt

Cuando se tratan los Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS), un problema grave y duradero que surge a menudo es la recaída (Tims y Leukefeld, 1986), definida como la recurrencia de los síntomas de TCS tras un período de consumo reducido o inexistente (Dawson et al., 2007; Hendershot et al., 2011; Witkiewitz y Marlatt, 2007). De hecho, es frecuente que las personas reanuden el consumo de alcohol u otras drogas tras iniciar el proceso de abstinencia (Bradizza et al., 2006; Suter et al., 2011). Las tasas de recaída pueden variar según diferentes factores como son la definición del concepto, las poblaciones evaluadas en los estudios y el tiempo transcurrido desde el tratamiento. Algunos estudios realizados en Europa muestran tasas de recaída entre el 40 y el 75% para la heroína y otras drogas ilícitas (Alterman et al., 2000; Pasareanu et al., 2016). Dado que los costes del tratamiento de los TCS son significativamente elevados, tener que repetir el tratamiento se convierte en un problema importante y de gran relevancia (Gerwe, 2000).

Actualmente, la terapia ambulatoria es la modalidad de tratamiento más común en el campo de las adicciones (Vanderplasschen et al., 2013). Sin embargo, muchas personas asisten a otros tipos de tratamientos, como son los servicios residenciales de tratamiento por consumo de sustancias, donde se incluyen las comunidades terapéuticas (CT). Las CT son centros residenciales abiertos 24 horas que brindan apoyo y tratamiento intensivos a personas con TCS (Reif et al., 2014). Las intervenciones de tratamiento varían dependiendo de las CT, las cuales pueden incluir apoyo psicológico en grupo o individual, autoayuda mutua y entre pares, y reintegración en la comunidad (de Andrade et al., 2019). Las CT se consideran modelos de tratamiento residencial a largo plazo cuya duración varía de 6 a 12 meses (De Leon, 2000).

Es muy importante resaltar que no todos los centros residenciales para tratamiento por uso de sustancias son CT. Según De Leon y Unterrainer (2020), la teoría de las CT se basa en un enfoque específico: «la comunidad como método». De hecho, el uso de «la comunidad» como agente de cambio hace que las CT sean diferentes de otros tratamientos (Malvert et al., 2012). El paradigma de la CT está compuesto por cuatro definiciones interconectadas del TCS, el individuo, el proceso de recuperación y la vida saludable. Según este paradigma, el TCS podría verse como un síntoma y considerarse un trastorno integral que afecta a la persona en su totalidad (Griffiths, 2005). El individuo es considerado como una «persona completa» y la principal característica de una CT es trabajar con la «persona completa» dentro de la multintervención (De Leon y Unterrainer, 2020; Malvert et al., 2012). Así, los objetivos de las CT involucran la abstinencia, además del desarrollo de valores sociales positivos y un comportamiento adecuado.

La literatura sobre la efectividad de las CT es escasa. De Andrade et al. (2019) realizaron una revisión sistemática

sobre la base de evidencia para el tratamiento residencial de los TCS, incluidas las CT. En esta revisión, solo tres estudios de los 23 incluidos en la revisión informaron tasas de abstinencia en las CT, siendo estas del 80% o más a los 12 meses de seguimiento (King et al., 2016; Šefrānek y Miovský, 2017; Šefrānek y Miovský, 2017b). Respecto de las tasas de recaída en las CT, Malivert et al. (2012) concluyeron que las recaídas eran frecuentes tras pasar por una CT, siendo estas más del 30% a los 6 meses de seguimiento.

A pesar de la gran disponibilidad de las CT para los TCS, Smith et al. (2006) destacaron que la literatura sobre las CT tiene algunas limitaciones metodológicas y que la evidencia de los ensayos controlados aleatorizados no se han revisado de manera sistemática recientemente. Algunos estudios informan evidencia de las CT, pero no han mostrado las tasas de recaída (De Leon, 2000; Reif et al., 2014). Por tanto, este estudio tiene como objetivo añadir y actualizar la información existente en la literatura sobre las tasas de recaída después del tratamiento en las CT por consumo de sustancias. Así, esta revisión sistemática pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las tasas de recaída después del tratamiento por consumo de sustancias en una CT?

Método

Estrategia de búsqueda

Esta revisión sistemática sigue las recomendaciones para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA) (Page et al., 2021) y el protocolo de revisión se registró en PROSPERO (CRD42021293676), una base de datos internacional para el registro de revisiones sistemáticas en el campo de la salud. Las búsquedas se hicieron en las bases de datos EBSCO, PubMed y Web of Science. Se incluyeron estudios publicados en inglés, portugués y español, y todos los años disponibles hasta la fecha límite el 29 de julio de 2021. La estrategia de búsqueda, los términos y la lista de verificación de los criterios PRISMA se describen e incluyen como material suplementario.

Características del estudio

La Tabla 1 describe los criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron los estudios que cumplieran con: (a) tipo de publicación (estudios experimentales [ensayos controlados aleatorizado, ensayos cuasialeatorizados, ensayos clínicos controlados], estudios cuasiexperimentales [series temporales interrumpidas, estudios de antes y después], estudios observacionales [estudios de cohortes, estudios de casos y controles y serie de casos] y protocolos de investigación); (b) tener 18 años o más; (c) intervención por TCS en CT. Los estudios incluidos fueron aquellos que examinaron la recaída después de una intervención en CT, que se definen como centros residenciales que brindan rehabilitación psicossocial para personas que consumen sustancias (Malivert

Tabla 1
Criterios de inclusión y exclusión

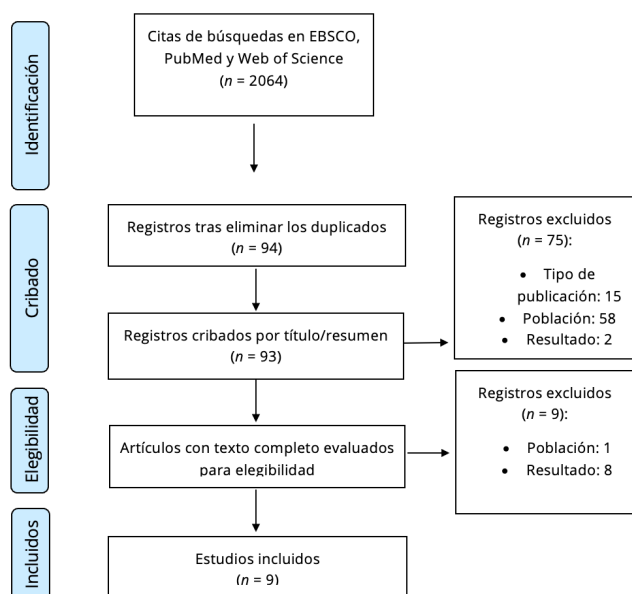
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|---|
| a) Estudios experimentales, cuasiexperimentales y observacionales | a) No se informa de seguimiento tras el tratamiento por consumo de sustancias en una CT |
| b) Población de 18 años o más | b) Estudios no limitados a adultos |
| c) Intervención TUS en una CT | c) Estudios de revisión |
| d) Evaluación de la recaída después de una intervención en una CT | d) Estudios cualitativos |

et al., 2012). Los estudios excluidos fueron aquellos en los que no hubo seguimiento después de un tratamiento por consumo de sustancias en una CT, estudios no limitados a adultos, estudios cualitativos y estudios de revisión.

Selección de estudios

En primer lugar, los títulos y resúmenes encontrados se exportaron a un software de gestión de referencias (Rayyan) para eliminar los duplicados y realizar el proceso de cribado. Después, los revisores DM y AA revisaron los títulos y resúmenes de forma independiente. Estos revisores discutieron los desacuerdos y el otro revisor (PCD) participó en caso de no acordar una decisión. Ambos revisores (DM y AA) realizaron de forma independiente el cribado del texto completo y la extracción de datos. La información extraída incluyó: información general del estudio, objetivos del estudio, muestra, tipo de tratamiento, hallazgos principales, definición operativa de recaída, casos de recaída, tasas de recaída, tipo de sustancia, nivel de estudios, empleo, estado civil y notas. Los estudios excluidos, con las razones, pueden verse en el diagrama de flujo PRISMA (Fig. 1).

Figura 1
Diagrama de flujo PRISMA



Calidad y riesgo de sesgo de los estudios cuantitativos

Dos revisores (DM y DSC) evaluaron la calidad de los estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad para esta revisión. La evaluación de la calidad se realizó utilizando la herramienta de Evaluación de la Calidad del Proyecto de Práctica Efectiva de Salud Pública (EPHPP). La herramienta EPHPP evalúa seis dominios: (a) sesgo de selección, (b) diseño del estudio, (c) variables de confusión, (d) enmascaramiento, (e) método de recopilación de datos, y (f) abandonos (Armijo-Olivo et al., 2012). Una vez que evaluados los dominios específicos (alta, moderada o débil), a cada estudio se le asignó una puntuación de calidad global.

Resultados

Se examinaron un total de 94 estudios después de eliminar los duplicados. De estos, 76 fueron excluidos después de la revisión de títulos y resúmenes. En la segunda fase, se leyó el texto completo de 18 artículos. Después de la evaluación del informe completo, se excluyeron 10 estudios. Ningún estudio requirió decisiones consensuadas. Por último, 8 artículos se incluyeron en esta revisión.

Características del estudio

La Tabla 2 resume las características de los estudios. De los ocho estudios incluidos, cuatro se realizaron en España (Barreno et al., 2019; Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008), dos en Estados Unidos (McCusker et al., 1995; Mooney et al., 2014), uno en Reino Unido (Gossop et al., 2002) y uno en Barbados (Griffith y Ross, 2019). Respecto del tipo de estudio, siete eran estudios de cohortes (Barreno et al., 2019; Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008; Gossop et al., 2002; Griffith y Ross, 2019; Mooney et al., 2014; Stevens et al., 2015) y uno era un ensayo controlado aleatorizado (McCusker et al., 1995). Los estudios incluyeron evaluaciones de seguimiento que oscilaron entre 30 días y 13 años.

Tabla 2
Resumen de las características de los estudios

| Identificación del estudio | Objetivos | Muestra | | Tipo de tratamiento | | Seguimiento | Hallazgos principales |
|----------------------------------|--|-----------------|------------------------|---------------------|---|------------------------|---|
| | | Tipo de muestra | Edad (M/SD) | % hombre | Comunidad Terapéutica | | |
| Barreno et al. (2019) | Examinar la relación longitudinal entre el desempeño inicial en varias medidas de impulsividad y la retención y recaída al final del tratamiento. | N = 68 | M = 37,4 SD = 11,33 | 92,6 | Tres CT en Andalucía (España) | 289 días | La capacidad de toma de decisiones de acuerdo con los resultados a largo plazo ayuda a lograr los objetivos del tratamiento. Por el contrario, una propensión a las reacciones rápidas y las emociones poco positivas son un factor de riesgo para la recaída. |
| Fernández-Hermida et al. (2002) | Evaluar si los datos obtenidos durante el seguimiento en el grupo revelaron mejoras ($p < .05$) en comparación con los datos registrados al ingreso al programa. | N = 249 | M = 26 | 80,32 | Proyecto Hombre | 3 años y 4 meses | Las personas que no completaron el tratamiento tuvieron recaídas más graves y más tempranas, después de abandonar el programa, y permanecieron en abstinencia por períodos temporales más cortos en comparación con aquellos que completaron el tratamiento. |
| Fernández-Montalvo et al. (2008) | Realizar una evaluación de seguimiento a largo plazo de un tratamiento de una CT para adicciones en Navarra (España) y una comparación entre quienes completaron el programa y quienes lo abandonaron. | N = 155 | M = 28 SD = 4,7 | 69 | Proyecto Hombre | 30 meses | Se encontraron diferencias significativas en los resultados entre los pacientes con recaídas y sin recaídas. |
| Gossop et al. (2002) | Examinar los factores asociados a la abstinencia, el lapso o la recaída en consumidores de heroína, tras su participación en un tratamiento residencial. | N = 242 | M = 29,4 SD = 6,2 | 78 | 23 programas residenciales (15 de rehabilitación y ocho especializados en tratamiento hospitalario para las drogodependencias). | 12 meses | Individuos que no recayeron por completo en el consumo de heroína (grupos de abstinencia y de recaída) consistentemente utilizaron más estrategias de afrontamiento cognitivas, de evitación y de distracción en el seguimiento más que en la admisión. Los grupos de lapso y recaída, en comparación con el grupo abstinentemente, exhibieron tasas más altas de uso de drogas ilícitas además de la heroína después del tratamiento que el grupo abstinentemente. En general, la finalización del tratamiento se asoció con mejores resultados. |
| Griffith y Ross (2019) | Examinar los resultados del tratamiento de los pacientes que terminaron con éxito un programa residencial de 90 días en Verdun House. | N = 114 | M = 46,1 SD = 11,2 | 100 | Verdun House | 90 días | La mitad de los participantes permanecieron sobrios y abstinentes durante un largo período temporal, cinco años o más, y la mitad informó participar en los programas de 12 pasos, así como en eventos en el centro de tratamiento. |
| Mooney et al. (2014) | Aplicar un programa de 28 días usando prácticas basadas en evidencia y principios de Alcohólicos/Narcóticos Anónimos. | N = 108 | M = 30,7 SD = 8,3 | 79 | Centro de Tratamiento Residencial (CTR) Dwight D. Eisenhower Army Medical Center | 30, 90, 180 y 360 días | Una gran mayoría de los miembros del servicio (87%) iniciaron con éxito el programa, observándose sobriedad continua en más del 50% de los miembros del servicio 6 meses después. En el hito de 1 año, las tasas de recaída eran similares a las de otros programas de tratamiento de dependencia de alcohol. |
| Stevens et al. (2015) | Examinar si poseer patrones de toma de decisiones desventajosos pondría a los pacientes dependientes de cocaína (PDC) en mayor riesgo de abandono del tratamiento. | N = 150 | M = 36,3 SD = 8,2 | 93 | Seis CT diferentes ubicados en la región de Andalucía (España): Cartaya, Almonte, Mijas, Los Palacios, La Línea, y Tarifa. | [Datos no disponibles] | Los PDC que abandonaron prematuramente la CT no establecieron un patrón de respuesta consistente y apropiado en el IGT y exhibieron una menor capacidad para seleccionar el resultado más probable en el CGT. No se encontraron diferencias de grupo en el comportamiento de apuestas. |

Nota. TCC = terapia cognitivo-conductual; PDC = pacientes dependientes de cocaína; CTR = centro de tratamiento residencial; CT = Comunidades Terapéuticas.

Tabla 3
Calificaciones de calidad metodológica según la herramienta EPHHP

| | Sesgo de selección | Diseño de estudio | Factores de confusión | Enmascaramiento | Recogida de datos | Abandonos | Calificación global |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|-----------------|-------------------|-----------|---------------------|
| Barreno et al. (2019) | Alta | Moderada | Débil | Moderada | Alta | Moderada | Moderada |
| Fernández-Hermida et al. (2002) | Moderada | Moderada | Alta | Moderada | Alta | Alta | Alta |
| Fernández-Montalvo et al. (2008) | Alta | Moderada | Alta | Moderada | Alta | Alta | Alta |
| Gossop et al. (2002) | Alta | Moderada | Alta | Moderada | Alta | Moderada | Alta |
| Griffith y Ross (2019) | Alta | Moderada | Alta | Moderada | Alta | Alta | Alta |
| McCusker et al. (1995) | Alta | Alta | Débil | Moderada | Alta | Moderada | Moderada |
| Mooney et al. (2014) | Alta | Moderada | Débil | Moderada | Alta | Débil | Débil |
| Stevens et al. (2015) | Alta | Moderada | Alta | Moderada | Alta | Alta | Alta |

Tabla 4
Resultados principales de la recaída

| Identificación del estudio | Definición operativa de recaída | Retención | Finalización del tratamiento | Casos de recaída | Tasa de recaída |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| Barreno et al. (2019) | Los participantes con resultados positivos de drogas en al menos dos análisis se consideraron como «recaídas». | ----- | 71% | N = 30 | 44% a los 289 días de seguimiento. Consumo de heroína: 13,3%; consumo de cocaína: 86,7%; consumo de alcohol: 56,7; consumo de cannabis: 50%. |
| Fernández-Hermida et al. (2002) | Tres ocasiones de consumo de drogas en un plazo máximo de 2 meses. | Abstinentes: 89,7% Recaídos: 10,3% | ----- | N = 55 | En el grupo de «tratamiento completado» era del 10,3% a los 8 años. En el grupo de los que no completaron el tratamiento era del 63,6% a los 8 años. La mayoría de las recaídas son por consumo de heroína (60%), seguido de cannabis (32,7%), cocaína (18,1%), drogas sintéticas (3,6%) y benzodiazepinas (1,8%). |
| Fernández-Montalvo et al. (2008) | Tres ocasiones de consumo de drogas en un plazo máximo de 2 meses. | 51,2% | 72% | N = 42 | 46,5% a los 6 años. La mayoría de las recaídas involucraron consumo de cannabis (37,4%), seguido de cocaína (31,6%), heroína (18,7%), y benzodiazepinas (15,5%). |
| Gossop et al. (2002) | Uso de heroína después de salir del tratamiento y continuación del uso regular (en más de un tercio de los días desde el primer uso hasta el seguimiento). | ----- | Abstinentes: 44% Caídas: 21% Recaídos: 25% | N = 75 | El 31% consumía heroína a los 12 meses de seguimiento. Además, de las recaídas, el 46,7% usó metadona; el 50,7% usaba benzodiazepinas; el 49,3% consumía crack; el 14,7% cocaína en polvo; el 20% anfetaminas; el 20% con consumo excesivo de alcohol. |
| Griffith & Ross (2019) | Los participantes habían consumido alguna sustancia desde que abandonaron el tratamiento. | ----- | ----- | N = 51 | 45% a los 5 años. No hay información sobre la sustancia específica en el período de seguimiento. |
| McCusker et al. (1995) | Autoinforme de cualquier uso de drogas desde la salida del tratamiento. | El 65% completaron el seguimiento a los 6 meses. | 66% | 3 meses N = 223 6 meses N = 221 | El 71% usó heroína a los 6 meses. |
| Mooney et al. (2014) | Cualquier evidencia documentada de uso de sustancias. | Día 30: 28% abandono Día 90: 31% abandono Día 180: 51% abandono Día 360: 72% abandono | ----- | 30 meses N = 68 90 meses N = 66 180 meses N = 47 360 meses N = 27 | 30 meses 14,7% 90 meses 28,8% 180 meses 44,7% 360 meses 77,8% No hay información sobre la sustancia específica en el período de seguimiento. |
| Stevens et al. (2015) | Cualquier uso de una sustancia ilícita durante el período de seguimiento. | ----- | Abstinentes: 39,45% Recaídos: 28,23% | N = 84 | 56% a los 2 años. No hay información sobre la sustancia específica. |

Evaluación de la calidad metodológica

Según la herramienta EPHPP, cinco de los estudios obtuvieron una puntuación de calidad alta (Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008; Gossop et al., 2002; Griffith y Ross, 2019; Stevens et al., 2015), dos una puntuación de calidad moderada (Barreno et al., 2019; McCusker et al., 1995) y uno la puntuación de calidad débil (Mooney et al., 2014). El sesgo de selección y la recopilación de datos fueron las principales fortalezas de los estudios, mientras que los abandonos fueron la principal debilidad. En cuanto al componente de análisis, la unidad de análisis y asignación fueron individuos y todos los estudios utilizaron métodos estadísticos apropiados. Además, hubo consenso al evaluar todos los estudios mediante la herramienta EPHPP. La Tabla 3 muestra las puntuaciones de calidad metodológica específicas y globales de cada estudio.

Principales resultados de recaída

La Tabla 4 resume los principales resultados de recaída. Respecto al ensayo controlado aleatorizado (McCusker et al., 1995), no se encontraron diferencias significativas en las tasas de recaída entre diferentes programas con distinta duración. En cuanto a los estudios sobre la Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre (Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008), se observaron diferencias significativas entre quienes terminaron el tratamiento y quienes lo abandonaron. Específicamente, las personas que no terminaron el tratamiento recayeron más a menudo y antes en comparación con las personas que completaron el tratamiento. La tasa de recaída en el grupo de «tratamiento completado» era del 10,3% y en los que no completaron el tratamiento fue del 63,6% en el seguimiento (rango de 73 días a 8 años) (Fernández-Hermida et al., 2002). Fernández-Montalvo et al. (2008) informaron que el 83,3% de los abandonos recayeron frente al 32,7% de los que completaron el tratamiento, según el seguimiento (rango de 6 meses a 13 años).

De los estudios de cohortes restantes, dos estudios informaron tasas de recaída similares (Barreno et al., 2019; Griffith y Ross, 2019), alrededor del 45%, mientras que Gossop et al. (2002) informaron una tasa de recaída del 31% y Stevens et al. (2015) informaron tasas de recaída del 56%. Por último, Mooney et al. (2014) informaron que el 77,8% de los participantes tuvieron una recaída al año de seguimiento.

Discusión

Se revisaron un total de ocho estudios sobre las tasas de recaída después del tratamiento por consumo de sustancias en una Comunidad Terapéutica (CT). En general, las tasas de recaída en las CT eran similares en todos los estudios, los cuales mostraron tasas de recaída altas. Al revisar los

estudios de cohortes, las tasas de recaída variaron entre 10,7 y 77,8% (Barreno et al., 2019; Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008; Gossop et al., 2002; Griffith y Ross, 2019; Mooney et al., 2014; Stevens et al., 2015). Al examinar el ensayo controlado aleatorizado (McCusker et al., 1995), las tasas de recaída fueron del 71% a los 6 meses de seguimiento. Estos resultados son coherentes con estudios previos que mostraron tasas de recaída altas en las CT (King et al., 2016; Malivert et al., 2012). La mayoría de los estudios indican que la sustancia consumida con mayor frecuencia tras la recaída era la heroína. Sin embargo, esto es difícil de confirmar ya que algunos estudios no muestran las sustancias que se consumen cuando ocurre la recaída.

Al considerar la calidad metodológica de los estudios, cinco estudios recibieron una calificación de calidad alta (Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008; Gossop et al., 2002; Griffith y Ross, 2019; Stevens et al., 2015), dos una puntuación de calidad moderada (Barreno et al., 2019; McCusker et al., 1995) y uno la puntuación de calidad débil (Mooney et al., 2014).

En cuanto a las tasas de finalización y retención del tratamiento, dos estudios mostraron que las tasas de recaída en las personas que completaron el tratamiento fueron más bajas que en el grupo de personas que no lo completaron (Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008). Estas mejoras son comparables a los resultados hallados en las CT en toda Europa (Broekaert et al., 1999; Fernández-Hermida et al., 2002; Gossop et al., 1999) y Estados Unidos (Hubbard et al., 1989; Simpson y Sells, 1982). De manera similar, McCusker et al. (1995) concluyeron que la duración planificada del tratamiento mostró tener poco efecto sobre las tasas de retención a largo plazo y, en consecuencia, los programas más duraderos tendrán tasas de finalización más bajas.

Cabe añadir que existen factores podrían afectar los resultados de esta revisión sistemática. Primero, la definición de recaída fue diferente en cada estudio incluido. Por ejemplo, Barreno et al. (2019) consideraron como recaídas dos resultados positivos de consumo en al menos dos análisis mientras que McCusker et al. (1995) consideraron recaída el autoinforme de cualquier consumo desde la salida del tratamiento. Segundo, el tiempo de seguimiento varió mucho entre estudios. Así, el periodo de seguimiento fue desde los 90 días (Griffith y Ross, 2019) hasta los tres años (Fernández-Hermida et al., 2002). Por último, el tipo y la duración de los tratamientos varía mucho en cada CT. Desde programas de 28 días (Mooney et al., 2014) hasta programas a gran escala desarrollados en unas CT establecidas (Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008).

Algunos de los estudios incluidos en esta revisión mostraron factores asociados con la abstinencia y la recaída. Gossop et al. (2002) mostraron que los pacientes que no re-

cayeron exhibieron en el seguimiento un uso más consistente de estrategias de afrontamiento cognitivas, de evitación y de distracción, en comparación con los que recayeron. Dos investigaciones se centraron en los déficits neurocognitivos en los TUS. Stevens et al. (2015) indicaron que los sujetos que abandonaron el tratamiento no mantuvieron patrones de respuesta consistentes y apropiados en el Iowa Gambling Task (IGT) y revelaron una peor capacidad para seleccionar el resultado más probable en el Cambridge Gambling Task (CGT). Barreno et al. (2019) sugirieron que las personas que abandonaron el tratamiento tendieron a mostrar una peor toma de decisiones en el IGT, mientras que las personas con tasas más altas de recaída cometieron más errores en la prueba Afectiva Go/No Go. Este vínculo entre la toma de decisiones y la retención del tratamiento respalda la idea de que tener la capacidad de percibir los beneficios a largo plazo del tratamiento es un factor esencial para completar con éxito los programas de las CT. La toma de decisiones difiere de otros tipos de impulsividades, ya que implica una valoración subjetiva de distintas opciones de respuesta (en oposición a la asignación de recursos a una sola respuesta, p. ej., atención selectiva e inhibición de respuesta) y requiere sopesar recompensas y castigos (a la inversa de elegir entre dos recompensas, p. ej., descuento demorado) (Verdejo-García et al., 2018). Por otro lado, hubo una asociación entre la inhibición de la respuesta y el descuento demorado con la retención del tratamiento en contextos a corto plazo (Barreno et al., 2019; Stevens et al., 2015). Como tal, la capacidad de tomar decisiones en función de los resultados a largo plazo ayuda a los pacientes a participar en las actividades del tratamiento, superar los contratiempos y, así, lograr mejor los objetivos del tratamiento (Volkow et al., 2016). Alternativamente, la propensión a reacciones rápidas e impulsivas puede dificultar la capacidad de los pacientes para permanecer en tratamiento, especialmente cuando surgen problemas, además de ser un factor de riesgo de recaída.

Esta revisión tiene algunas limitaciones. Primero, los estudios que evalúan la recaída en las CT son limitados. Segundo, los seguimientos se realizaron en diferentes momentos y, además, hubo muchos abandonos en los diferentes estudios, lo que debe tenerse en cuenta al generalizar los resultados. Tercero, de los ocho estudios incluidos en esta revisión, solo uno es un ensayo controlado aleatorizado. Cuarto, es imposible acceder a los datos no publicados de las CT. A pesar de las limitaciones, este estudio describe y sigue la declaración internacional PRISMA y repasa la investigación disponible sobre las tasas de recaída después de la CT.

Respecto de vías para la investigación futura, estas deben intentar identificar los factores de riesgo de recaída, así como los programas de intervención que pueden reducir de manera eficaz las tasas de recaída. También sería importante identificar los períodos críticos en el proceso de recuperación y las características de la intervención posterior

que ayudarían a mantener la abstinencia. Además, se debe prestar atención a examinar la presencia de trastornos de salud mental entre las personas que buscaron tratamiento por uso de sustancias, así como a desarrollar y fortalecer la prevención de recaídas y las habilidades de afrontamiento de recaídas en estas personas. Por ejemplo, el estudio propuesto por Kelly et al. (2020) responderá a las llamadas en la literatura académica para el análisis de las intervenciones de atención continua para usuarios de sustancias (Blodgett et al., 2014; Lenaerts et al., 2014; McKay, 2009) y proporcionará datos relevantes sobre la efectividad, tanto clínica como en términos económicos, de intervenciones de atención continua vía telefónica. Se espera que este estudio demuestre que las intervenciones de atención continua por teléfono sean de bajo costo y efectivas para apoyar a las personas que dejan la atención residencial (Kelly et al., 2020).

En resumen, las tasas de recaída después de tratamiento en una CT son altas y deberían desarrollarse y fortalecerse aún más las habilidades de prevención de recaídas y afrontamiento de recaídas. De hecho, reducir enormemente las tasas de recaída es una de las principales prioridades del tratamiento por consumo de sustancias.

Referencias

- Alterman, A., McKay, J., Mulvaney, F., Cnaan, A., Cacciola, J., Tourian, K., Rutherford, M. y Merikle, E. (2000). Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 215–221. [http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00124-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00124-6)
- Armijo-Olivo, S., Stiles, C. R., Hagen, N. A., Biondo, P. D. y Cummings, G. G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: A comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: Methodological research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 12–18. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01516.x>
- Barreno, E. M., Domínguez-Salas, S., Díaz-Batanero, C., Lozano, Ó. M., Marín, J. A. L. y Verdejo-García, A. (2019). Specific aspects of cognitive impulsivity are longitudinally associated with lower treatment retention and greater relapse in therapeutic community treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 96, 33–38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2018.10.004>
- Blodgett, J., Maisel, N., Fuh, I., Willbourne, P. y Finney, J. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 87–97. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.022>
- Bradizza, C., Stasiewicz, P. y Paas, N. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders:

- A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 162–178. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.005>
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. y Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: An overview. *European Addiction Research*, 5, 21–35. <http://dx.doi.org/10.1159/000018960>
- Dawson, D., Goldstein, R. y Grant, B. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: A 3-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 2036–2045. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00536.x>
- de Andrade, D., Elphinston, R. A., Quinn, C., Allan, J. y Hides, L. (2019). The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 201, 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.031>
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826116673>
- De Leon, G. y 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>
- Fernández-Hermida, J.-R., Secades-Villa, R., Fernández-Ludeña, J.-J. y Marina-González, P.A. (2002). Effectiveness of a Therapeutic Community treatment in Spain: A long-term follow-up study. *European Addiction Research*, 8, 22–29. <http://dx.doi.org/10.1159/000049484>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J., Illescas, C., Landa, N. y Lorea, I. (2008). Evaluation of a Therapeutic Community Treatment Program: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse*, 43, 1362–1377. <http://dx.doi.org/10.1080/10826080801922231>
- Gerwe, C. (2000). Chronic addiction relapse treatment: A study of the effectiveness of the high-risk identification and prediction treatment model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 415–427. [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(00\)00136-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00136-7)
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Rolfe, A. (1999). Treatment retention and one-year outcomes for residential programs in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89–98.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. y Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: Protective effect of coping responses. *Addiction*, 97, 1259–1267. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00227.x>
- Griffiths, M. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Griffith, J. y Ross, C. (2019). Treatment outcomes of substance abusing males: A 90-day residential treatment programme in Barbados. *Caribbean Journal of Psychology*, 11, 80–96.
- Hendershot, C., Witkiewitz, K., George, W. y Marlatt, G. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 17. <http://dx.doi.org/10.1186/1747-597x-6-17>
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R. y Ginzburg, H. M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. University of North Carolina Press.
- Kelly, P., Deane, F., Baker, A., Byrne, G., Degan, T., Osborne, B., Townsend, C., McKay, J., Robinson, L., Oldmeadow, C., Lawson, K., Searles, A. y Lunn, J. (2020). Study protocol the Continuing Care Project: A randomised controlled trial of a continuing care telephone intervention following residential substance dependence treatment. *BMC Public Health*, 20. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-8206-y>
- King, J., Dow, J. y Stevenson, B. (2016). Measuring outcomes for TC clients: Higher ground drug rehabilitation trust. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 37, 121–130. <https://doi.org/10.1108/tc-01-2016-0003>
- Lenaerts, E., Mathei, C., Matthys, F., Zeeuws, D., Pas, L., Anderson, P. y Aertgeerts, B. (2014). Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 135, 9–21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.030>
- Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E. y Auria-combe, M. (2012). Effectiveness of therapeutic communities: A systematic review. *European addiction research*, 18, 1–11. <https://doi.org/10.1159/000331007>
- McCusker, J., Vickers-Lahti, M., Stoddard, A., Hindin, R., Bigelow, C., Zorn, M., Garfield, F., Frost, R., Love, C. y Lewis, B. (1995). The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. *American Journal of Public Health*, 85, 1426–1429. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.85.10.1426>
- McKay, J. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 131–145. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.004>
- Mooney, S. R., Horton, P. A., Trakowski, J. H., Lenard, J. H., Barron, M. R., Nave, P. V., Gautreaux, M., S. y Lott, H. D. (2014). Military inpatient residential treatment of substance abuse disorders: The Eisenhower Army Medical Center Experience. *Military Medicine*, 179, 674–678. <http://dx.doi.org/10.7205/milmed-d-13-00308>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T.,

- Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A.,... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pasareanu, A., Vederhus, J., Opsal, A., Kristensen, Ø. y Clausen, T. (2016). Improved drug-use patterns at 6 months post-discharge from inpatient substance use disorder treatment: Results from compulsorily and voluntarily admitted patients. *BMC Health Services Research*, 16, 291. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1548-6>
- Reif, S., George, P., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S. y Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Residential treatment for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65, 301–312. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300242>
- Šefránek, M. y Mioviský, M. (2017). Treatment outcome evaluation in therapeutic communities in the Czech Republic: Changes in methamphetamine use and related problems one year after discharge. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12, 68-85. <https://doi.org/10.1080/1556035x.2017.1280718>
- Šefránek, M. y Mioviský, M. (2017b). Treatment outcome evaluation in therapeutic communities in the Czech Republic: Alcohol consumption and other results one year after discharge. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 36, 54-71. <https://doi.org/10.1080/07347324.2017.1387036>
- Simpson, D. D. y Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 7–29. http://dx.doi.org/10.1300/J251v02n01_02
- Smith, L. A., Gates, S. y Foxcroft, D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1, CD005338. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005338.pub2>
- Stevens, L., Goudriaan, A. E., Verdejo-García, A., Dom, G., Roeyers, H. y Vanderplasschen, W. (2015). Impulsive choice predicts short-term relapse in substance-dependent individuals attending an in-patient detoxification programme. *Psychological Medicine*, 45, 2083–2093. <http://dx.doi.org/10.1017/S003329171500001X>
- Suter, M., Strik, W. y Moggi, F. (2011). Depressive symptoms as a predictor of alcohol relapse after residential treatment programs for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 225–232. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.03.005>
- Tims, F. y Leukefeld, C. (Eds.). (1986). *Relapse and recovery in drug abuse* (NIDA Monograph 72). Department of Health and Human Services.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E. y Vandavelde, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: A Review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, 1–22. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>
- Verdejo-Garcia, A., Alcazar-Corcoles, M. y Albein-Urios, N. (2018). Neuropsychological interventions for decision-making in addiction: A systematic review. *Neuropsychology Review*, 29, 79–92. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9384-6>
- Volkow, N., Koob, G. F. y McLellan, T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *The New England Journal of Medicine*, 374, 363–371. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr1511480>
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G. (2007). Modeling the complexity of post-treatment drinking: It's a rocky road to relapse. *Clinical Psychology Review*, 27, 724–738. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.002>

Anexo

EBSCO

AB relapse rates AND TX (“substance abuse treatment” OR “addiction treatment” OR “addictions” OR “addiction” OR drug addiction OR drug dependence) AND TX (“therapeutic community” OR “therapeutic communities” OR tc)

PubMed

((relapse rates[Title/Abstract]) AND (“substance abuse treatment” OR “addiction treatment” OR “addictions” OR “addiction” OR drug addiction OR drug dependence)) AND (“therapeutic community” OR “therapeutic communities” OR tc)

Web of Science

AB=relapse rates AND TX=(“substance abuse treatment” OR “addiction treatment” OR “addictions” OR “addiction” OR drug addiction OR drug dependence) AND TX=(“therapeutic community” OR “therapeutic communities” OR tc)

