

Evaluación de resultados del tratamiento de adicciones en usuarios de una comunidad terapéutica.

*Evaluation Of Results Of Addiction Treatment In
A Therapeutic Community Users*

María del Carmen Gogearcoechea-Trejo¹
Patricia Pavón-León²
María Sobeida Leticia Blázquez-Morales²
Alejandro Sánchez Solís³

Resumen

Introducción. El constante incremento en el consumo de drogas entre la población joven requiere de servicios eficaces; para ello, es necesario evaluar los resultados del tratamiento que se brinda a los usuarios de sustancias adictivas, empleando metodologías apropiadas.

Objetivo. Evaluar los resultados del tratamiento en adicciones entre los residentes de una comunidad terapéutica.

Métodos. Estudio de seguimiento en un período de 12 meses después del tratamiento residencial en una comunidad terapéutica. Variables consideradas: consumo o abstinencia del uso de drogas, salud física, salud psíquica, aspectos socio-familiares, condiciones laborales-escolares, conducta delictiva-antisocial, situaciones de riesgo relacionadas con el consumo de drogas, y sentido de vida.

Resultados. Al término del tratamiento proporcionado a 34 residentes, se procedió a su seguimiento; 12 consumieron alguna droga, y seis más, después de tres meses. El análisis de supervivencia reporta que la probabilidad de no consumir se reduce en 18% después de tres meses del egreso de la comunidad terapéutica, cifra que resulta baja, comparada con la reducción total de 69% luego de doce meses. El factor relativo al pronóstico significativo en el modelo de riesgos proporcionales, es la conducta delictiva-antisocial de moderada a muy gravemente afectada.

¹Dra. en Ciencias de la Salud adscrita al Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana. Autora de correspondencia. Av. Luis Castelazo Ayala s/n, Xalapa, Ver, México. Correo electrónico: cgogearcoechea@uv.mx, mcgogear@hotmail.com

²Investigadora del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana.

³ PhD, Becario CONACYT en estancia Postdoctoral, adscrito al Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana.

tada, que aumenta el peligro de consumo en aproximadamente seis veces ($p=0.023$, $HR=5.8$), comparado con los residentes con una conducta delictiva-antisocial leve.

Conclusión. Los resultados muestran que, mientras más tiempo transcurrido desde que los residentes egresan del tratamiento, menor es la probabilidad de consumir nuevamente. Por ello, es necesario insistir en el post tratamiento a través de diferentes modalidades terapéuticas profesionales y grupos de ayuda mutua. Asimismo, es indispensable poner énfasis, en el ámbito del tratamiento, en los aspectos de la conducta delictiva-antisocial. Esta investigación constituye un precedente para futuros estudios que sienten las bases para fortalecer la evidencia científica de los resultados de los diversos modelos de tratamiento de las adicciones en México.

Palabras clave: Evaluación, resultados, comunidad terapéutica, programa de tratamiento, adicciones.

Abstract

Introduction. The steady increase of drug use among youths creates the need to evaluate the results of different types of addiction treatments available in the country through appropriate methodologies.

Objective. Evaluate the results of addiction treatment in users coming from a therapeutic community.

Methods. Follow-up study over a period of twelve months after participants left residential treatment in a therapeutic commu-

nity. The variables considered were: drug consumption or abstention, physical health, mental health, socio-family factors, educational and labor factors, criminal-antisocial behavior and situational risks related to drug use, and meaning of life.

Results. Out of the 34 residents who were followed after treatment, 12 consumed drugs, including six who consumed after three months of leaving. As a result, a survival analysis reveals that the probability of not consuming drugs decreases by 18 percent in the three months following the treatment at the therapeutic community, which is low when compared with the total reduction of 69 % at twelve months. The significant prognostic factor in the proportional hazards model was the criminal-antisocial behavior, ranging from moderate to severe, which increased the risk of consumption by approximately 6 times ($p=0.023$, $HR=5.8$) compared with residents with a slight criminal-antisocial behavior.

Conclusion. The results show that the longer residents exited treatment, they are less likely to use again. Therefore, the post treatment period should be emphasized through various professional therapeutic modalities and self-help groups. It is also necessary to emphasize on aspects of criminal-antisocial behavior during the treatment. This research represents a precedent for future studies, to lay the foundation to strengthen scientific evidence of the results of the various models of addiction treatment in Mexico.

Key words: Evaluation, results therapeutic community, treatment program, addiction.

Introducción

Las adicciones constituyen un problema de salud con una prevalencia considerable. El constante incremento en el consumo de drogas ilegales, aunado al uso nocivo de alcohol y al consumo de tabaco entre las poblaciones jóvenes, así como el incremento del abuso de alcohol entre las mujeres, requieren de servicios eficaces. Para ello, es necesario evaluar los resultados de los diferentes tipos de tratamiento que se brindan en nuestro país a la población consumidora de sustancias adictivas mediante metodologías apropiadas, con el objetivo de avanzar en la definición de políticas públicas que apoyen las medidas terapéuticas selectivamente, con criterios de beneficio y efectividad.

Las necesidades de esta situación, a nivel mundial, han ocasionado que en los últimos años se enfatice en la importancia de la evaluación de los programas de tratamiento en esta área (Fernández y Secades, 1999).

Toda organización que aspire a la excelencia, debe comprometerse a evaluar de manera regular sus resultados en cada uno de los ámbitos considerados, entre ellos, en los propios usuarios. Probablemente el método con mayores estudios sobre evaluación de programas de tratamiento en adicciones, basados en evidencia científica, tanto en Europa como en EUA, es el correspondiente a las comunidades terapéuticas, cuyas principales conclusiones mencionan que el programa cumple con sus objetivos en el área de salud personal y socio-laboral, y que es posible generalizar los resultados, siempre

y cuando se tengan en cuenta los contextos sociales. Asimismo, se reporta una disminución significativa en las mediciones del consumo de drogas, mismas que se relacionan con el tiempo de permanencia en tratamiento (García-Llaneza, 2009a; García-Llaneza, 2009b; De León, 2010; Pitts y Rowdy, 2010; Rowdy, 2010).

No obstante su notable desarrollo en EUA, y en diversos países de Europa y de América Latina, los estudios longitudinales son escasos debido a la complejidad del seguimiento. López-Durán y cols., en 2008, analizaron la evolución de personas con dependencia de la cocaína a después de 24 meses de haber recibido tratamiento en centros públicos de España. El tamaño de la muestra se redujo en 33% respecto a la medición inicial, y los resultados mostraron una evolución positiva que se reflejó tanto en las altas tasas de abstinencia como en el buen ajuste social, en la disminución del malestar psicológico percibido, y en la escasa presencia de problemas judiciales. Por su parte, López-Fernández y cols., en 2011, efectuaron un estudio para evaluar los efectos a corto, mediano y largo plazos, del tratamiento de la adicción al alcohol o a la cocaína en una comunidad terapéutica, cuyos resultados mostraron que 48.9% de los usuarios no había recaído, y que manifestaron una mejoría en los aspectos de la salud, la familia, la violencia y las problemáticas derivadas del consumo. En México, los estudios de evaluación de resultados de tratamiento son insuficientes. Uno de ellos es el llevado a cabo en los Centros de Integración Juvenil, que evaluó las condiciones del ajuste psicosocial de los usuarios atendido, a través

de un seguimiento; los resultados mostraron una mejoría en el desempeño psicosocial y una reducción, y en algunos casos, la erradicación del uso de sustancias psicoactivas y del policonsumo (Guerrero, García, Balanzario y Díaz, 2002). Adicionalmente, se cuenta con el estudio realizado por Pavón y cols., en un Centro Residencial de Ayuda Mutua, cuyos resultados mostraron que, de una población de 94 individuos, 40 no aceptaron participar en la investigación; de los 54 restantes, 27 desertaron antes del tiempo establecido de tres meses, y no fue posible llevar a cabo el seguimiento de los que concluyeron el período residencial (Pavón y cols., 2014). Por otra parte, no se encontraron estudios similares efectuados en comunidades terapéuticas.

Las comunidades terapéuticas (CT) para el tratamiento de las adicciones a sustancias psicoactivas adictivas, han existido desde hace más de 50 años. Surgen como una alternativa a la asistencia hospitalaria para el abordaje terapéutico del alcoholismo y la drogodependencia, conceptualizando a éstos como enfermedades de recuperación continua, que pretende alcanzar la abstinencia total y mejorar la calidad de vida del usuario. Este modelo hace hincapié en la autoayuda y en la ayuda mutua, de tal manera que todos trabajan en conjunto para ayudarse a ellos mismos y a los demás (Rodríguez, 2009). Generalmente, las CT constituyen ambientes residenciales libres de drogas, que emplean un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan gradualmente niveles de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre pares, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para

ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y a desarrollar habilidades sociales más eficaces. Es un modelo fuertemente orientado hacia la ayuda mutua, organizado a partir de un método que busca el cambio cognitivo y conductual de la persona que ha desarrollado los procesos adictivos, en el que la terapia grupal es fundamental. Este modelo, actualizado constantemente, hace del usuario un actor esencial en el trabajo comunitario y, a través de protocolos y etapas pre-establecidas, lo guía hacia procesos de socialización, encuentro y reparación de los daños. La CT pretende como objetivo final la reinserción plena de las personas en la sociedad. (De León, 2004).

La Comunidad Terapéutica seleccionada para este estudio, es un espacio residencial para el tratamiento y la rehabilitación integral de personas del sexo masculino dependientes de las drogas ilegales y del alcohol. El modelo que se aplica corresponde al de una comunidad terapéutica modificada, especialmente por el tiempo de estancia, comparado con el de otras CT, y por la participación importante de los profesionales de la salud.

Objetivo

En el presente estudio se evaluaron los resultados del programa de tratamiento de adicciones en usuarios de la comunidad terapéutica, a través de un seguimiento durante los 12 meses posteriores al egreso.

Métodos

Estudio longitudinal efectuado en un período de 12 meses después del tratamiento residencial en una comunidad terapéutica, con mediciones cada tres meses.

Sujetos

La población de estudio se conformó por 34 sujetos de sexo masculino, con problemas de adicción, usuarios del tratamiento residencial de la comunidad terapéutica, que concluyeron el tratamiento, y cuya edad osciló en un rango entre los 15 y 63 años de edad; la mediana fue de 28 años con un rango intercuartílico de 20 - 38.

Sede

La Comunidad Terapéutica seleccionada para este estudio se ubica en un espacio residencial para el tratamiento y la rehabilitación integral de personas del sexo masculino, dependientes de drogas ilegales y de alcohol, ubicado en una localidad del estado de Veracruz, México.

Modelo de tratamiento

El tratamiento completo tiene una duración de aproximadamente dos años; el tratamiento residencial es de cuatro meses en promedio; después del egreso, se continúa con una etapa de post tratamiento ambulatorio, que consiste en la participación en sesiones individuales y grupales, que dura aproximadamente un año y seis meses. El equipo multidisciplinario que colabora en este programa se integra por psicólogos, médicos, terapeutas de familia, trabajadores sociales, un psiquiatra para interconsultas, y los llamados "educadores", que suelen ser perso-

nas rehabilitadas de la adicción que brindan servicios de acompañamiento y supervisión conductual las 24 horas del día. Todo el personal, sea o no profesional, requiere estar familiarizado con el modelo de tratamiento y estar en sintonía con éste. La actividad terapéutica privilegiada es la terapia de grupo en diferentes modalidades, aunque también se incluyen la consejería individual y la terapia multifamiliar y familiar.

Variables

1. Las variables consideradas en este estudio son: edad, escolaridad, consumo de drogas (reporte de consumo de drogas legales e ilegales, droga de impacto y edad de inicio), salud física (ausencia de signos y síntomas de enfermedad), salud psíquica (equilibrio emocional del individuo), aspectos socio-familiares (condición de las relaciones sociales y familiares), condiciones laborales-escolares (integración en las actividades labores y/o escolares), conducta delictiva o antisocial (acciones contra el entorno, personas y propiedades), situaciones de riesgo relacionado con el consumo de drogas (percepción del individuo respecto al riesgo de reincidir en el consumo drogas), y sentido de vida (presencia o ausencia de metas y sentido de vida).

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos para la recolección de la información:

1. Cuestionario de evaluación de resultados de tratamiento, elaborado de acuerdo con los objetivos del programa terapéutico, incluyendo la opinión

de expertos que llevaron a cabo la validación del contenido y del constructo. Este instrumento contiene los siguientes indicadores: salud física, salud psíquica, aspectos socio-familiares, factores laborales-escolares, conducta delictiva o antisocial, situaciones de riesgo relacionado con el consumo de drogas, y consumo de drogas. Con excepción del consumo de drogas, cada indicador contiene 10 ítems con opciones de respuesta en escala tipo Likert con valores de cero a cuatro. Para evaluar cada indicador, dependiendo del puntaje obtenido, se utilizó una escala de leve (0 a 10), moderado (11 a 20), grave (21 a 30), y muy grave (31 a 40). La confiabilidad del instrumento se midió a través de la prueba Alpha de Cronbach, que reportó como resultado 0.898, lo que define al instrumento como adecuado.

2. Test de sentido de vida (PIL), elaborado por Crumbaugh y Maholick en 1969, que evalúa el sentido de la vida y el vacío existencial del ser humano. Éste fue aplicado mediante una entrevista personal estructurada. Consta de 20 ítems con una escala tipo Likert, que se puntúan de 1 al 7; para obtener la puntuación total, se suman los valores numéricos seleccionados por el sujeto. Las puntuaciones pueden oscilar entre 20 y 140 puntos, siendo posible distinguir diversos niveles: inferiores a 92 indican falta de sentido y metas, entre 92 y 112 indican nivel intermedio respecto al sentido

de la vida, y superiores a 112 indican la presencia de metas y sentido de vida definidos. Esta prueba fue aplicada para identificar la recuperación del sentido de vida como resultado del tratamiento, y ha sido utilizada en diferentes investigaciones sobre el consumo de drogas. (Banderas y cols., 2010; Manrique, 2011; Pavón y cols., 2014). La confiabilidad de este instrumento se evaluó con la prueba Alpha de Cronbach, con un resultado de 0.913, que se interpreta como excelente.

Procedimiento

Los residentes fueron localizados a través de visitas domiciliarias, efectuadas cada tres meses, para la aplicación de los instrumentos mediante una entrevista cara a cara; igualmente para la identificación del consumo de drogas después del egreso de la comunidad terapéutica. Lo anterior, mediante la información proporcionada por el usuario sobre el consumo de alcohol, y una prueba de orina para la determinación del uso de seis tipos de drogas (barbitúricos, cannabinoides, anfetaminas, metanfetaminas, cocaína y opiáceos).

Análisis de datos

Se realizó un análisis de supervivencia, en el que la variable “respuesta” corresponde al tiempo transcurrido desde el término del tratamiento hasta la ocurrencia del evento, en este caso el consumo de alguna droga. La variable “censura” fue definida por los residentes que no presentaron consumo dentro del período de estudio, y como elemento de censura, la pérdida del residente durante el seguimiento.

Para evaluar el efecto de cada uno de los factores pronósticos para el consumo, se realizaron comparaciones univariadas entre los grupos que determinan las categorías de éstos; para ello, se utilizó la prueba de Log-Rank, considerando un valor de significancia $p=0.05$, así como el método Kaplan–Meier, que proporciona una manera gráfica de presentarlas.

Posteriormente, se utilizó el modelo de riesgos proporcionales para evaluar el impacto del factor pronóstico en el consumo entre los residentes.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el estudio se considera como de riesgo mínimo. La participación fue voluntaria; antes de la aplicación de los instrumentos y de la realización de los procedimientos, se solicitó a los participantes la firma de la carta de consentimiento informado en la que se aseguró la confidencialidad de la información y la privacidad de los participantes.

Resultados

Después del tratamiento, se procedió al seguimiento de 34 residentes; de éstos, 12 consumieron alguna droga, seis de ellos luego de tres meses. Las sustancias consumidas son: alcohol, marihuana (THC) y cocaína.

Cabe señalar que de los 12 residentes que consumieron alguna droga, cinco se encontraban en la fase de seguimiento ambulatorio mediante diferentes modalidades como terapia grupal, y grupos de AA, y siete lo habían abandonado.

El análisis de supervivencia dio como resultado que la probabilidad de no consumir se reduce en 18% durante los tres meses posteriores al egreso de la comunidad terapéutica, cantidad que resulta baja, comparada con la reducción total de 69% luego de doce meses. (Tabla 1)

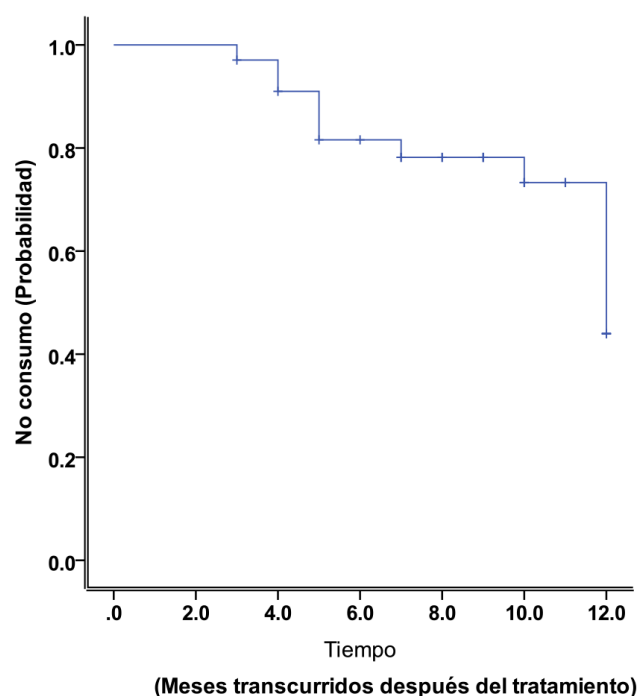
Tabla 1. Consumo de drogas

Intervalo (Meses)	Sin consumo	Censura	Expuestos	Consumo	% que consumió	No consumo acumulado
0 - 3	34	3	32.5	6	.18	.82
3 - 6	25	5	22.5	1	.04	.78
6 - 9	19	8	15.0	1	.07	.73
9 - 12	10	6	7.0	4	.57	.31

► Fuente: Cuestionario de evaluación de resultados de tratamiento

En la figura 1 se observa el rápido decrecimiento de la probabilidad de no consumo durante los tres primeros meses posteriores al tratamiento; en los meses siguientes se muestra una caída en el no consumo más lenta.

Figura 1. Curva de probabilidad de consumo de drogas en los meses transcurridos después del tratamiento



Fuente: Cuestionario de evaluación de resultados de tratamiento.

En la tabla 2 se observa el efecto de los factores pronósticos para el consumo de drogas, mediante comparaciones univariadas entre los grupos que determinan las categorías de esos factores. La mayoría de los sujetos con escolaridad de preparatoria y más, así como los que tenían hijos, reportaron menor consumo. En la variable “salud psíquica”, aun cuando ésta se encontraba afectada levemente, los sujetos reportaron consumo. Asimismo, en los sujetos que no consumieron, las variables “salud física”, “aspectos socio-familiares”, y “ámbito laboral-escolar”, se encontraban en su mayoría leve, moderada, y gravemente afectadas, en relación con los que sí consumieron.

La prueba de Log-Rank mostró diferencias significativas ($p= 0.009$) en la conducta delictiva antisocial y el consumo de drogas; 75% de los residentes que consumían presentó una conducta antisocial de moderada a muy gravemente afectada, en contraste con los que no consumieron, que se registró en 30% de los residentes.

En la variable “sentido de vida”, la mayoría de los sujetos que reportaron no consumo expresaron tanto falta de sentido y metas como presencia de las mismas.

	Consumo	Si	No	Total	Valor de p*
Variable	Frec	%*	Frec	%	
Edad					
14 a 21 años	4	36.4	7	63.6	p= 0.5
22 a 66 años	8	34.8	15	65.2	
Edad de inicio droga de impacto					
6 a 17 años	9	34.6	17	65.4	p= 0.7
18 a 34 años	3	37.5	5	62.5	
Escolaridad					
Secundaria y menos	9	50.0	9	50.0	p= 0.2
Preparatoria y más	3	18.8	13	91.3	
Tiene Hijos					
No	7	43.8	9	56.3	p=0. 7
Si	5	27.8	13	72.2	
Droga de impacto					
Alcohol	3	30.0	7	70.0	p= 0.9
Marihuana	7	46.7	8	53.3	
Otras drogas ilegales	2	22.2	7	77.8	
Salud física					
Levemente afectada	3	25.0	9	75.0	p= 0.2
Moderada a gravemente afectada	9	40.9	13	59.1	
Salud psíquica					
Levemente afectada	8	44.4	10	55.6	p= 0.5
Moderada a gravemente afectada	4	25.0	12	75.0	
Aspectos socio-familiares					
Levemente afectada	3	23.1	10	76.9	p= 0.4
Moderadamente afectada	5	45.5	6	54.5	
Grave a muy gravemente afectada	4	40.0	6	60.0	
Laboral-escolar					
Levemente afectada	5	35.7	9	64.3	p= 0.6
Moderadamente afectada	3	25.0	9	75.0	
Grave a muy gravemente afectada	4	50.0	4	50.0	
Conducta delictiva o antisocial					
Levemente afectada	9	30.0	21	70.0	p= 0.009
Moderada a muy gravemente afectada	3	75.0	1	25.0	
Riesgo por consumo de drogas					
Levemente afectada	3	23.1	10	76.9	p= 0.1
Moderada a gravemente afectada	9	42.9	12	57.1	
Sentido de vida					
Falta de sentido y metas a nivel intermedio	3	27.3	8	72.7	p= 0.7
Presencia de metas y sentido de vida definidos	9	39.1	14	60.9	

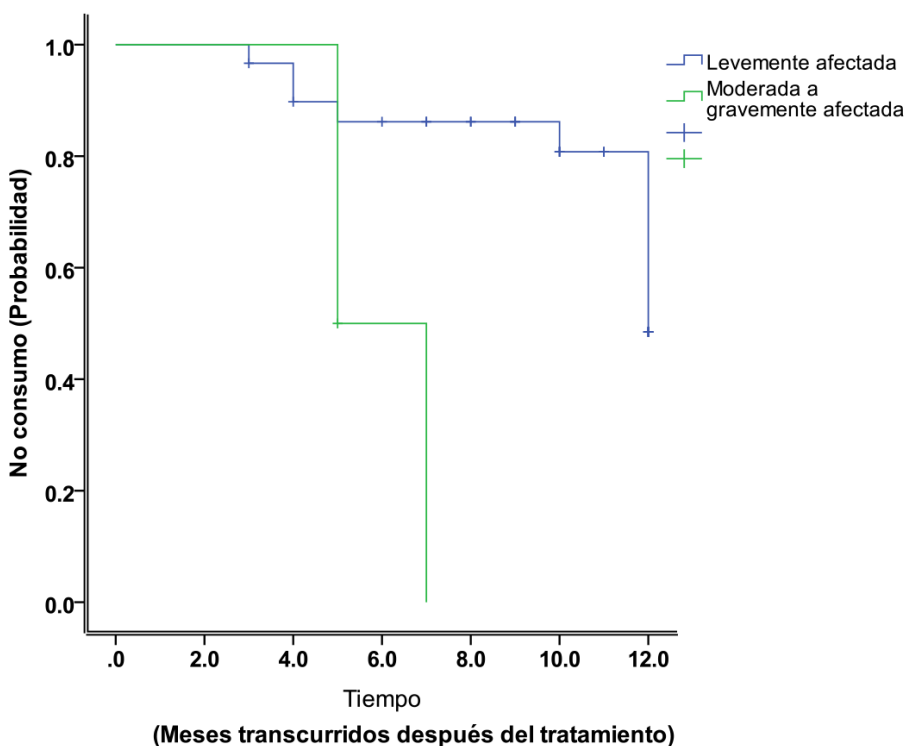
Tabla 2. Factores pronósticos para el consumo de drogas en el seguimiento a los residentes

Fuente: Cuestionario de evaluación de resultados de tratamiento y test de sentido de vida.

* Método Kaplan–Meier + Prueba de Log-Rank

En la figura 2, se observan las dos curvas sobre el consumo de alguna droga. En el grupo de individuos con una conducta delictiva o antisocial moderada o gravemente afectada, la probabilidad de no consumo decrece rápidamente durante los primeros seis meses, a diferencia del grupo con una conducta delictiva o antisocial levemente afectada.

Figura 2. Curva de probabilidad de consumo de drogas en los meses transcurridos después del tratamiento, de acuerdo con la conducta delictiva o antisocial



► Fuente: Cuestionario de evaluación de resultados de tratamiento.

En la evaluación del efecto individual de los factores sobre el consumo de alguna droga, se encontró significativo sólo uno en el modelo de riesgos proporcionales: la conducta delictiva o antisocial. Es decir, el hecho de mostrar una conducta moderada a muy gravemente afectada aumenta el riesgo de consumir aproximadamente seis veces ($p=0.023$, Hazard Ratio= 5.8), comparado con los residentes que reportaron una conducta delictiva antisocial leve. (Tabla 3).

Tabla 3. Modelo de riesgos proporcionales

Variable	P valor	HR*	IC 95%
Conducta delictiva antisocial			
Levemente afectada		1.00 ⁺	
Moderada a muy gravemente afectada	0.023	5.8	1.3 – 26.8

Fuente: Cuestionario de evaluación de resultados de tratamiento.

HR: Hazard Ratio

* Razón de riesgos del MRP, ajustada por las variables incluidas en el modelo

+ Categoría de referencia

Discusión y conclusiones

En el presente estudio se logró llevar a cabo el seguimiento post-residencial a 34 sujetos, de una muestra inicial de 60 residentes que finalizaron el tratamiento. Lo anterior se debió a la dificultad para localizar los domicilios proporcionados, cambio en el lugar de residencia, o a que vivían fuera de la ciudad. Al respecto, López-Duran y cols. (2006), en su estudio de seguimiento a personas con dependencia de la cocaína, señalan que después de seis meses se mantenía contacto con 71.6% de los sujetos, y en la publicación del seguimiento, luego de 24 meses fue posible evaluar a 33% de la muestra inicial (López y cols., 2008).

Los resultados muestran que, a mayor tiempo transcurrido desde que los residentes egresaron del tratamiento, existe menor probabilidad de volver a consumir. Por lo tanto, es fundamental insistir en el post tratamiento a través de diferentes modalidades terapéuticas profesionales y grupos de ayuda mutua (terapia grupal, terapia individual,

grupos de AA). De igual manera, el apoyo familiar es indispensable para lograr un mejor resultado, principalmente en el mantenimiento de la abstinencia.

Algunos autores como Marlatt (1985, 1996), y posteriormente Miller (1996), refieren que durante el tratamiento puede presentarse un primer consumo después de un período de abstinencia, llamado “lapso”, “desliz” o “caída temporal”; asimismo, establecieron una definición conceptual de recaída como el retorno de la conducta que se había intentado modificar. Es recomendable que, en estudios futuros que evalúen resultados de tratamiento, se incluyan como variables el desliz y la recaída, tomando en consideración estos conceptos. Por otro lado, en estudios longitudinales de largo plazo, podrían considerarse también a los sujetos que regresan a tratamiento, sobre la premisa claramente establecida por el National Institute on Drug Abuse (NIDA), de que es frecuente la utilización de diversas rondas de tratamiento, lo que implica descartar los enfoques sobre la rehabilitación en “blanco y negro”, y situarlos como los procesos dinámicos y complejos que son.

La mejoría o la evolución positiva en las variables salud física, aspectos socio-familiares, ámbito laboral-escolar, conducta delictiva o antisocial, y riesgo relacionadas con el consumo de drogas entre los sujetos que no habían consumido, refleja el impacto multidimensional de los procesos de rehabilitación del modelo de tratamiento de la comunidad terapéutica, tanto en el individuo como en la familia.

Finalmente, un hallazgo sobre el que debe profundizarse es la conducta delictiva o antisocial de moderada, a muy gravemente afectada, como factor pronóstico para el consumo de drogas, lo que hace necesario poner énfasis en esos aspectos en el marco del tratamiento.

Una limitación de la presente investigación, que debe considerarse para futuros estudios de esta naturaleza, es la localización de los sujetos que viven en otras ciudades. Por lo tanto, es indispensable contar con recursos para viáticos y otros gastos inherentes al seguimiento, y que no fueron cubiertos en este caso. En virtud de lo anterior, el número de sujetos estudiados fue reducido; no obstante, se lograron resultados significativos para los objetivos del estudio. Adicionalmente, para la realización de investigaciones posteriores, es necesario incluir un tamaño de muestra mayor. Sin embargo, a pesar de los obstáculos, el presente análisis representa sin duda un precedente importante que sienta las bases para fortalecer la evidencia científica de los resultados de los diversos modelos de tratamiento de las adicciones en México.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece al Dr. Jorge Sánchez Mejorada Fernández, y al Dr. Roberto Meyer Gómez, por su apoyo profesional y por las facilidades otorgadas para la realización del estudio.

A la Licenciada en Estadística Otilia Martínez Galán, por su apoyo para el análisis estadístico de los datos.

Por último, y muy especialmente, a los residentes participantes por su disposición para proporcionar la información.

Referencias

1. Banderas Rodríguez CR, Martínez Chacón AJ, Romo González T. (2010). Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. *Acta Colombiana de Psicología*, 13 (2), 19-33.
2. Crumbaugh, J. y Maholick, L. (1969). *Manual of instructions for the purpose in life test*. Saratoga: Viktor Frankl Institute.
3. De León G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
4. De Leon G. (2010). Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says? *International Journal of Therapeutic Communities*, 31 (2), 104-128.
5. Fernández-Hermida JR, Secades-Villa R. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema* 11 (2), 279-291.
6. García-Llaneza JA. (2009a). Evaluación de resultados de un programa de comunidad terapéutica con mantenimiento de metadona. *LiberAddictus* 105.
7. García-Llaneza JA. (2009b). Estado de la cuestión e implicaciones metodológicas de las evaluaciones realizadas en los programas y comunidades terapéuticas para la rehabilitación de toxicómanos. *LiberAddictus* 106.
8. Guerrero Huesca JA, García Aurrecoechea VR, Balanzario Lorenzana MC, Díaz Negrete DB. (2002). *Evaluación de resultados del tratamiento del consumo de drogas en Centros de Integración Juvenil, evaluación comparativa de ajuste psicosocial entre el ingreso, el egreso de tratamiento y un primer seguimiento*. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 02-02. México.

9. López-Durán A, Becoña-Iglesias E, García-Janeiro JM, Senra-Comesaña A, Cancelo-Martínez J, et. al. (2006). ¿Cómo evolucionan las personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento? Estudio a los tres y seis meses. *Adicciones* 18 (4), 327-335.
10. López A, Becoña E, Vieitez I, Cancelo J, Sobrado J, García JM, Senra A, Casete L, Lage MT. (2008) ¿Qué ocurre a los 24 meses del inicio del tratamiento en una muestra de personas con dependencia a la cocaína? *Adicciones* 20 (4), 347-355.
11. López-Fernández O, Ferrer-Pérez X, Lafarga-Lebey S, Honrubia-Serrano ML, Tudela-Mari M. (2011). Seguimiento de dependientes del alcohol y/o de la cocaína después de su salida de una Comunidad Terapéutica: estudio piloto. *Adicciones* 23 (4), 289-298.
12. Manrique Tisnés H. (2011). Descripción del sentido de la vida en adolescentes infractores de la ciudad de Medellín. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales* 2 (2), 113-138.
13. Marlatt GA. (1985). *Relapse prevention*. Nueva York: The Guilford Press.
14. Marlatt GA. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* 91 (suppl), 37-50.
15. Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ y Tonigan JS. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 91 (suppl), 155-172.
16. Pavón-León P, Gogiascoechea-Trejo MC, Blázquez-Morales MSL, Sánchez Mejorada Fernández J, Meyer Gómez R. (2014). Resultados del tratamiento en usuarios con trastorno adictivo en un centro residencial de ayuda mutua. *Rev. Med UV* 14 (1), 6-13.
17. Pitts J, Rowdy Y. (2010). Cost benefits of therapeutic community programming results of a self-funded survey. *International Journal of Therapeutic Communities* 31 (2), 129-144.
18. Rodríguez AC. (2009). Aspectos teórico-metodológicos de las Comunidades Terapéuticas para la asistencia de la drogodependencia: sus comienzos. *Cuadernos FHycS-UNJu* 37, 317-327.
19. Rowdy Y. (2010). Recovery we can afford: an analysis of a sample of comparative, cost-based studies. *International Journal of Therapeutic Communities* 31 (2), 145-156.