

En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica.

Fernando Pérez del Río. Doctor en Psicología.

Oficinas: **Proyecto Hombre Burgos. C/ Pedro Poveda Castroverde nº 3 BURGOS**

Teléfono: **947 48 10 77**

Fax: **947 48 10 78**

Correo: **fernando@proyectohombreburgos.com**

Página Web: **<http://www.proyectohombreburgos.eu>**

Resumen:

Introducción. El objetivo de este estudio es evidenciar en qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la Comunidad Terapéutica (CT).

Material y método. Se aplicaron siete pruebas diagnosticas al primer mes y a los seis meses de tratamiento, diseño *pre test* y *post test*. Los cuestionarios fueron:

Cuestionario de Psicopatología (SCL-90-R). Cuestionario de Agresión (AQ). Trastornos de Personalidad (IPDE). Cuestionario de Autoeficacia (SES). Escala de Evaluación del Cambio (URICA). Inventario de Procesos de Cambio (PCQ). Cuestionario de Balance Decisional (CBD).

Se evalúa a 76 pacientes ingresados en (CT) diagnosticados de dependencia a sustancias. La edad media de los participantes es de 33 años (rango: 22-56 años).

Se tipificaron en puntuaciones Z las variables dependientes y después se realizaron análisis de varianzas con medidas repetidas (ANOVA).

Resultados y conclusiones. Se cumplen los requisitos para sostener que se dan cambios significativos en las siguientes variables estudiadas: a) no consumen sustancias; b) avanzan a la fase de Acción; c) se dan cambios en el Balance Decisional; d) aumentan en Autoeficacia; e) se dan cambios en la variable Hostilidad; f) aumentan en cinco Procesos de Cambio.

Palabras clave: Drogodependientes. Adictos. Tratamientos. Comunidad Terapéutica. Evaluación.

Introducción.

Se analizó cómo estaban los pacientes en el primer mes y qué cambios se dieron al medio año de tratamiento en relación a las variables registradas.

Se analizan las diferencias existentes en una serie de variables, en primer lugar los llamados: a) *procesos de cambio* (aumento de la concienciación, relieve dramático, contracondicionamiento, liberación social, reevaluación ambiental, manejo de contingencias, autoliberación, relaciones de ayuda y control de estímulos); b) sin cambiar de escenario, también se mide y compara el *balance decisional* que son los *pros* y *contras* de consumir sustancias psicoactivas; c) en tercer lugar se coteja el cambio a los seis meses de las expectativas de *autoeficacia* (tentación de consumir y confianza en no consumir); d) en cuarto lugar se mide la variable *agresión* en cuatro formas (agresión física, agresión psicológica, hostilidad e irascibilidad); e) y por último se aplica un cuestionario de *evaluación del cambio* donde se advierte en qué etapa de cambio están los usuarios en el momento de la evaluación.

Material y método.

En cuanto a la obtención de los participantes se seleccionaron todos los usuarios mayores de 21 años que ingresaron en la CT. Todas las personas fueron diagnosticadas según los criterios del *DSM IV-TR* (1) y todos dieron su consentimiento para su participación en el estudio. Se contó con 76 personas participantes, que son las que a los seis meses llegaron a realizar la segunda evaluación en la Comunidad Terapéutica. La edad media de los participantes es de 33 años (rango: 22-56 años).

En la primera fase los instrumentos de evaluación aplicados fueron los siguientes:

- *SCL-90-R* (2). *Baltimore Clinical Psychometric Research*, es un Inventario de Evaluación Clínica de síntomas de Psicopatología.

- *Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE)* (3).

- *Escala de Evaluación del Cambio* de la Universidad de *Rhode Island (URICA)*. Es un autoinforme destinado a evaluar el estado de cambio respecto a la modificación de cualquier conducta problema.

- *Inventario de Procesos de Cambio* (4), versión genérica: drogas. El objetivo de este inventario es tratar de identificar qué procesos de cambio (estrategias cognitivo conductuales) ha desarrollado un determinado paciente. Procesos de cambio según el modelo Transteórico (5).

- *Cuestionario de Balance Decisional* (6), versión genérica: drogas. Es un autoinforme que fue diseñado con el objetivo de evaluar el "posible conflicto" ante el abandono de la adicción a los opiáceos.

- *Cuestionario de Autoeficacia* – situaciones de riesgo (tentación/autoeficacia) (7). Este cuestionario plantea una serie de situaciones de riesgo de consumo y las respuestas ante tales situaciones.

- *Cuestionario de Agresión (AQ)* (8). Este autoinforme ha sido avalado para medir la agresión en cuatro subescalas denominadas: a) agresividad verbal; b) agresividad física; c) la ira; d) la hostilidad.

La segunda fase de aplicación de cuestionarios se establece cuando el usuario lleva seis meses de tratamiento en la CT, en esta segunda fase se aplican cinco protocolos de evaluación, dos de los anteriores cuestionarios, el *SCL-90* y el cuestionario *IPDE*, no se aplican en esta segunda vuelta. Asimismo debemos tener en cuenta la variable "consumos de sustancias psicoactivas" ya que también se registró si los pacientes evaluados consumían o no en el momento de la evaluación.

Tras recuperar todos los cuestionarios correctamente rellenados por los pacientes y tras haber corregido todos los cuestionarios, se procedió a introducir los datos en el programa informático *SPSS*, todos los análisis estadísticos se realizaron con dicho programa. Se realizan los siguientes análisis: se tipificaron en puntuaciones Z las variables dependientes, después se realizaron algunos análisis de varianzas con medidas repetidas, (ANOVA).

Resultados.

En cuanto a la variable consumo de sustancias ninguno de los 76 entrevistados consumía sustancias en el momento de la evaluación.

a) *Cuestionario Balance Decisional (CBD)*. En el cuestionario se pregunta al paciente por los *pros* y *contras* del consumo de la sustancia con la que tiene problemas. La subescala de los *pros* consta de diez ítems que recogen lo positivo de las drogas o de su consumo. En cuanto a los *pros* [$F(1,75) = 118, p \leq 0,001$] vemos que hay una disminución a los seis meses de tratamiento, así que se propone de manifiesto que los usuarios encuentran menos razones para dejar de consumir. La segunda subescala de cuestionario (*CBD*) consta de otros diez ítems que plantean las consecuencias indeseables y perjudiciales del consumo de drogas. Se evidencia que a los seis meses de tratamiento también hay menos "*contras*", [$F(1,75) = 2569, p \leq 0,001$].

b) *Cuestionario de Autoeficacia, Tentación y Confianza (SES)*. Las puntuaciones en la variable *tentación* de consumo de sustancias son significativas [$F(1,72) = 32, p \leq 0,001$]. Es decir los usuarios tienen mucha menos tentación de consumir, por ejemplo es frecuente que cuando un usuario se siente enfadado o deprimido recurra al consumo, pero a los seis meses de tratamiento esto cambiaría considerablemente. Lo mismo ocurre con la *confianza*, que a los seis meses es mucho mayor [$F(1,73) = 1440, p \leq 0,001$]. Se pone de manifiesto que el modelo de Comunidad Terapéutica es adecuado para aumentar esta variable (autoeficacia).

c) *Estadios de evaluación del cambio (URICA)*. A los seis meses de tratamiento la fase que aumenta es la etapa de acción [$F(1,75) = 11970, p \leq 0,001$], o es la única que aumenta de todos los estadios (precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento etc.).

d) *Inventario de Procesos de cambio (IPQ)*. De todos los procesos mencionaremos los significativos. En primer lugar la variable dependiente *liberación social* consiste, en la liberación emocional de lo que se dice (compartir con otras personas lo que está realizando). En relación a esta variable encontramos que hay un aumento considerable [F (1,75) = 2200, $p \leq 0,001$]. Por otro lado no sólo comparten sino que muestran un aumento en los compromisos que van adquiriendo, se responsabilizan de las decisiones que van expresando. A los seis meses la variable *re-evaluación ambiental* también aumenta [F (1,75) = 4725, $p \leq 0,001$]. Esto quiere decir que el adicto sigue realizando una evaluación de la situación, de sus relaciones, y continua evaluando las consecuencias de seguir con la conducta adictiva y el beneficio de cambiarlo en relación a sus relaciones interpersonales, familiares, personas allegadas. En definitiva valoran más cómo afectan sus problemas a los demás.

En relación a la variable *contracondicionamiento*, vemos que aumenta significativamente a los seis meses muy considerablemente, efectivamente el paciente genera actividades alternativas a la conductas que son un problema para las persona. A los seis meses de tratamiento la persona ha comenzado actividades alternativas [F (1,75) = 388, $p \leq 0,001$] a la conducta problema, por ejemplo hacer deporte.

El *control de estímulos* es una variable que aumenta considerablemente a los seis meses [F (1,75) = 384, $p \leq 0,001$]. Recordamos que el control de estímulos es modificar o controlar el ambiente para no encontrarse frente a situaciones de riesgo. No se trata de irse a vivir a otra ciudad, no se trata de evitar el problema, se trata de modificar el ambiente con la intención ganar confianza y esto dadas las evidencias sí se consigue.

En cuanto a la variable *relaciones de ayuda*. La diferencia encontrada es significativa estadísticamente [F (1,75) = 1195, $p \leq 0,001$] y también estos resultados poseen una significación clínica.

e) *Cuestionario de agresión AQ*. El dato más destacable de todo lo relacionado con la agresividad es el significativo aumento de la *hostilidad* [F (1,75) = 1461, $p < 0,001$].

Discusión.

Antes de nada resulta necesario revisar la literatura científica de la Comunidad Terapéutica, esta nos subraya determinados aspectos muchos de ellos en principio obvios por ejemplo qué es mejor seguir un tratamiento de rehabilitación que no seguir ningún tratamiento o no hacer nada. O que, “existe relación entre acudir a grupos de terapia y mejorar” (9). Pero en esta ocasión, la motivación es encontrar algunas variables que estén implicadas en el cambio y en la recuperación terapéutica positiva de los usuarios.

Una de las cuestiones a precisar, no siendo un tema baladí, es recordar nuevamente que la adicción está lejos de ser un hecho dicotómico de todo o nada, “presente” o “no presente”, siendo más bien una cuestión que oscila en un *continuum*. Dicho esto, lo que resulta en principio más dificultoso en algunas ocasiones es determinar cuál es el punto de corte a la hora de tomar diferentes decisiones, tomemos

como ejemplo el debate sobre qué criterios se han de apuntalar para dar a un usuario un alta terapéutica, podríamos apelar a un criterio temporal y decir que a los 12 meses de tratamiento una persona ha realizado el suficiente trabajo -terapéutico educativo- para que podamos considerarlo un “alta terapéutica” en CT. Pero también podemos encontrar otros criterios para da un alta, como haber conseguido unos objetivos pactados al inicio por parte del usuario o por el programa, o por ambos, independientemente del tiempo que estuviera en la CT. Posiblemente este no habrá sido el ejemplo más ilustrativo, pero se desea subrayar, que los cambios, no son dicotómicos o polarizados, son más bien una cuestión de grado. Cuestión que habrá que tener en cuenta en los análisis a la hora de ofrecer explicaciones y tomar diferentes decisiones.

En cuanto a la variable de consumo: a los seis meses nadie de los 76 encuestados consume ningún tipo de drogas salvo tabaco.

Otros estudios también han verificado el cese de consumo de drogas, tras realizar un análisis de los estudios de eficacia en Proyecto Hombre, como conclusión general se puede afirmar que el programa educativo terapéutico de Proyecto Hombre cumple sus objetivos. Los datos de las personas que obtuvieron el alta indican que la mayoría de las mismas están abstinentes del consumo de drogas ilegales y no consumen o lo hacen de manea moderada alcohol (10).

En cuanto al *Balance Decisional (CBD)*, *pros y contras*, a los seis meses encontramos menos *pros* y menos *contras*. Como decíamos, este cuestionario mide el *conflicto decisional* relacionado con el abandono del consumo de sustancias; al inicio las posturas son más “extremas” y podemos interpretar que los seis meses las posturas se “suavizan”, más esta explicación no aclara del todo este hallazgo.

Desde la experiencia de la clínica diaria se considera que esto puede tener otra explicación, el esclarecimiento a este hecho es que la terapia se enfoca a las dificultades de la persona y no únicamente a los *pros* y *contras* de consumir sustancias. Cuando un usuario entra en tratamiento suele identificar y afirmar que la sustancia es el problema; la causa de su problema es la adicción a una sustancia determinada, es decir el usuario forja una atribución de su problema a la “droga”, lo atribuye a algo externo. Pero ya, desde la primera entrevista se suele recomendar no focalizar el problema únicamente en las drogas (11). En esta misma línea y con el transcurrir de la terapia, el paciente se va dando cuenta que el problema no reside exclusivamente en la sustancia. El usuario, finalmente llega a entender que la droga es la excusa, la última consecuencia de sus dificultades y así el paciente va entendiendo que el problema de consumo recae por ejemplo en las inadecuadas pautas que ha utilizado en su vida, el problema no es tanto la droga como la persona. La gran proliferación de terapias y modelos que se ha producido en los últimos años nos ha ayudado a realizar un abordaje más comprensivo de las personas que han desarrollado problemas con sustancias. Entender las adicciones desde un ángulo bio-psico-social también ha supuesto un gran avance. Sabemos más sobre el potencial adictivo de cada droga y sus nada halagüeñas consecuencias, incluso deducir los ciclos y recaídas se ha vuelto algo cotidiano. Pero en terapia sigue siendo fundamental entender qué función domina al síntoma. Es decir por qué una persona

hace lo que hace, por qué una persona se droga y eso es lo que también el usuario llega a entender en la terapia; qué función cumple el síntoma “adicción”.

“En la lingüística actual, ‘síntoma’ se utiliza a veces como sinónimo de una de las funciones del lenguaje que Bühler, en 1918, denominó *Kundgabe* o función ‘expresiva’, esto es, la que permite al hablante expresar su estado psíquico” (12). Expuesto lo anterior resulta comprensible que los *pros* y *contras* de consumir pierdan “y deban perder” importancia frente a las otras muchas áreas que se trabajan con los usuarios, en este sentido no centrar la terapia exclusivamente en la sustancia se esboza como una variable positiva en el éxito terapéutico.

Otra de las conclusiones más significativas la encontramos en la variable, *autoeficacia* (*tentación y confianza*). De una forma muy evidente observamos que la tentación baja muy significativamente y por otro lado la confianza aumenta considerablemente. Esto quiere decir que a los seis meses de tratamiento se amplía significativamente *la variable autoeficacia*.

Encontramos estudios que nos muestran en relación al tratamiento, que “las personas que siguen terapia para dejar la adicción mejoran sus habilidades de afrontamiento y autoeficacia” (13). Sin duda la autoeficacia ha mostrado ser un constructo de elevada utilidad clínica en las drogodependencias (14, 15). También se ha encontrado una relación significativa entre las evaluaciones de autoeficacia y el mantenimiento exitoso del abandono del tabaco (16). Dada la literatura revisada se concluye que una mayor autoeficacia es un buen indicador de menores consumos de sustancias y de menores futuras recaídas en usuarios ya tratadas. “la expectativa de autoeficacia permanece baja en la precontemplación y contemplación, y aumenta conforme el drogodependiente pasa hacia el estadio de acción y alcanzan su máxima expresión en la etapa de mantenimiento” (17). Sin duda la autoeficacia es una variable que resulta determinante en situaciones complicadas.

Otros resultados obtenidos evidencian que a los seis meses la única fase que aumenta es la *fase de acción*. Es fácil encontrar estudios que muestren por ejemplo que el 51,7% de la muestra se ubique en el estadio de acción a los seis meses de tratamiento (16). Para el paciente es el momento de modificar conductas, el momento esperado donde se han puesto las expectativas de cambio, en general creen en su propia autonomía para cambiar sus vidas, utilizan con éxito técnicas como el contracondicionamiento y el control de estímulos, y confían en el apoyo y la comprensión de familiares y amigos (19).

En cuanto a los procesos de cambio, los que aumentan a los seis meses de tratamiento son: *la liberación social, la reevaluación ambiental, el contracondicionamiento, el control de estímulos y las relaciones de ayuda*.

A poco que se ojee, encontramos otros estudios que nos recomiendan diferentes aspectos por ejemplo, al inicio de la terapia cuando el paciente suele estar en la fase de *contemplación*, es cuando se requiere intensificar de forma importante el aumento de la concienciación, el relieve dramático y la

reevaluación ambiental (20). También sabemos que a mayor antigüedad en el consumo y más años de abuso de la sustancia se produce mayor deterioro psicosocial y menor utilización de los recursos de apoyo (*relaciones de ayuda*). Un mayor historial de abuso provoca mayores dificultades para evitar situaciones de riesgo de consumo y un mayor déficit en los mecanismos de control de impulsos (21).

En el presente trabajo destacamos sobre todo el aumento del *control de estímulos* y el *contracondicionamiento* y, según Trujols y Tejero, 1994 (22), serían precisamente el control de estímulos y el contracondicionamiento los procesos más determinantes en el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas. A continuación pasamos a exponer los cinco procesos de cambio que aumentan a los seis meses de tratamiento.

a) contracondicionamiento

En primer lugar ponemos de relieve que el aumento de la variable *contracondicionamiento* no se debe exclusivamente al efecto de la psicoterapia, recalamos que esta sería por añadidura una consecuencia en mayor medida debida al trabajo educativo. El resultado de organizar diferentes actividades de ocio y tiempo libre en una Comunidad Terapéutica motiva a los usuarios a seguir realizando esas actividades incluso en mayor cantidad y también a desarrollar actividades que nunca habían hecho (23). Según un resumen de los estudios hechos en Proyecto Hombre, en la mayoría de los casos, se da una mejoría en la relación familiar, en la satisfacción en el trabajo y con el uso del tiempo libre. Además se reduce drásticamente la obtención de dinero por fuentes ilegales. [...] De ahí que se pueda hablar más de adquisición de estilos de vida que no de simple cesación del consumo para el tratamiento de drogodependencias (24).

b) control de estímulos

En cuanto al *control de estímulos* nuevamente la parte psico-educativa sería la mayor responsable de este aumento, por ejemplo en los diferentes talleres impartidos se aborda la recaída, cómo afrontar los estados de ansiedad, etcétera, aunque no podemos obviar que también estas temáticas son tratadas en los grupos de seguimiento terapéutico, puesto que muchos *medios* de los que se autoaplican los usuarios para cumplir sus objetivos tienen que ver con el control de estímulos.

c) liberación social

En cuanto al aumento significativo de la *liberación social* (apostar por un compromiso y responsabilizarse de dicho compromiso) los resultados son coherentes con el método y la terapia aplicada. Hay grupos de terapia donde el usuario puede expresar lo que siente, pero también se pide que las personas se responsabilicen de lo que dicen y proponen, y esto sería de máxima importancia y prioridad en la terapia. Que un paciente llegue a la consulta pidiendo una receta farmacológica o psicológica que le dé una solución más o menos inmediata a su problema, está dentro de los lógicos parámetros de la clínica. También es frecuente llegar a la consulta afirmando que no se es conocedor de

lo subjetivo de la queja. Pero lo diferente hoy en día, y con lo que nos encontramos con más frecuencia, es que el paciente no se suele sentir *responsable* de lo que le ocurre en relación a su malestar (25). El dolor emocional, es algo que se externaliza en otros, se atribuye por ejemplo a la sociedad, al sistema, a la familia, al secreto alcoholismo del abuelo, a la educación, a los malos profesores, ¡A la pareja!, y cada día con más frecuencia; a la biología y la genética. “Ese hurto de la responsabilidad, ese empeño en disociar el *pathos* y el *ethos* de los antiguos, culminó en un nihilismo terapéutico, tanto más recalcitrante, cuanto que se privó al propio sujeto de hacerse cargo de inventar alguna solución para su desdicha” (26). En terapia es fundamental responsabilizarse de lo bueno y de lo malo, uno empieza a dejar de ser víctima cuando comienza a responsabilizarse y como consecuencia empieza a generar control, competencia y a crear alternativas. Asumir el compromiso “responsabilizarse”, se ha considerado desde siempre un factor de primer orden a la hora de valorar el éxito del proceso terapéutico.

d) re-evaluación ambiental

En cuanto a la reevaluación ambiental, la persona valora qué efectos acarrea el consumo de drogas no sólo en él mismo sino también en las relaciones interpersonales, a sus amigos y familiares. De igual forma este sería otro efecto claro de la terapia ya que desde el primer momento se pide la colaboración de las figuras de apego tanto de familiares como de amigos.

e) relaciones de ayuda

El usuario desarrolla las relaciones personales que puedan ser de ayuda en su proceso de recuperación; intenta mejorar los apoyos sociales (familiares, amigos) que pueden facilitar el cambio. Esto implica que también mejoran las habilidades para mantener, recuperar o iniciar estos apoyos. Hay que subrayar que en la CT se entrenan continuamente estas habilidades dado que están en un ambiente de interacción con los demás donde los usuarios se necesitan recíprocamente.

f) cuestionario de agresión

En relación a la agresividad vemos que la variable *hostilidad* aumenta considerablemente, esto lo podemos interpretar de varias formas, la primera explicación a esta evidencia es un efecto del tratamiento, puesto que aprenden a sacar fuera de ellos el conflicto. En el momento actual de tratamiento el usuario ya no se agrada a sí mismo, es decir la agresividad que supone el hacerse daño con las drogas es “canalizada” o dirigida de otra forma. La escala de agresividad *física* es un buen pronosticador de un mayor número de comportamientos agresivos (27) y vemos como en nuestro estudio la agresividad física no aumenta. Según Felsen y Hill 1999 (28), las puntuaciones altas en la escala de hostilidad están asociadas de forma significativa con un mayor nivel de ira en respuesta al maltrato personal. Esto quiere decir que a los seis meses de tratamiento los pacientes aumentan la hostilidad en respuesta al maltrato personal, es decir un efecto de la terapia es aprender a defenderse y protegerse de

la agresión externa, del maltrato ajeno (29). Pero a parte de las teorías anteriormente expuestas, debemos remitirnos al resultado de los ítems que se aplican a la variable “*hostilidad*” en el cuestionario AQ, en este sentido la explicación más lógica a este resultado es que el paciente es más consciente de su situación y suele sentir que se ha “*malgastado*”. Se debe apuntar que la hostilidad no es lo mismo que la agresividad física o verbal, es una respuesta que en principio no debe calificarse como negativa sino más bien como una respuesta adaptativa al momento de cambio y a la fase de acción que esta viviendo el paciente en ese momento y es un resultado esperado por los terapeutas y coherente con el momento del proceso.

Conclusiones.

Como hemos comprobado en el estudio se cumplen todos los requisitos para sostener que se dan cambios significativos en las variables estudiadas a causa del efecto de seis meses de tratamiento en la Comunidad Terapéutica, destacamos las siguientes conclusiones:

En relación a la *variable consumo*: a los seis meses nadie de los 76 encuestados consume ningún tipo de drogas salvo tabaco.

Las evidencias extraídas de los diferentes análisis son, entre otras, que la terapia se enfoca a las dificultades de la persona y no únicamente a los *pros* y *contras* de consumir sustancias. Así los *pros* y *contras* de dejar las drogas, así como las drogas en general, cada vez tendrán mucha menos relevancia, es decir, el motivo inicial por el que llegó a pedir tratamiento tiene menos importancia.

Una de las conclusiones más significativas clínicamente es que a los seis meses de tratamiento aumenta significativamente la *variable autoeficacia*. Sin duda, la autoeficacia es una variable que tiene que ver con el éxito terapéutico.

En cuanto a los *estadios* de Prochaska y DiClemente, vemos que a los seis meses la única fase que aumenta es la acción, las demás fases bajan. Es decir, a los seis meses de tratamiento los pacientes están envueltos en dicha fase. Nos indica que se acompaña correctamente a los usuarios a evolucionar y pasar de estados iniciales precontemplativos a la fase de acción.

En cuanto a los procesos de cambio, los que aumentan a los seis meses son:

a) *contracondicionamiento*, el usuario genera respuestas alternativas (tanto a nivel cognitivo, afectivo o conductual) a los estímulos condicionados generados por las drogas y por la conducta adictiva. La terapia ayuda a desarrollar actividades que son alternativas conductuales a la conducta problema;

b) *control de estímulos*, otra de las consecuencias de la terapia es que el usuario aprende a modificar el ambiente en la medida que sea posible. Y sabe cómo controlar los estímulos asociados al problema o evita las situaciones que él mismo identifica de riesgo;

c) *liberación social*, en cuanto al aumento de la liberación social (apostar por un compromiso y responsabilizarse del mismo) los resultados son coherentes con el método y la terapia aplicada a los seis meses de tratamiento. Asumir el compromiso “responsabilizarse”, lo consideramos un factor de primer orden a la hora de valorar el éxito en el proceso terapéutico y así lo verifica este estudio;

d) *reevaluación ambiental*, en cuanto a la reevaluación ambiental, la persona valora qué efectos acarrea el consumo de drogas no sólo en él mismo, sino en las relaciones interpersonales, cómo afecta a sus amigos y familiares;

e) *relaciones de ayuda* el usuario desarrolla las relaciones (familiares, amigos) y apoyos sociales que puedan ser de ayuda en su proceso de recuperación y que pueden facilitar el cambio. Tenemos que destacar en este punto que el tratamiento en la Comunidad Terapéutica es fundamentalmente una dinámica de autoayuda, el usuario aprende a establecer relaciones de ayuda de forma constante y en interacción con los demás en un clima de ayuda mutua. Esto implica que también mejoran las habilidades para mantener, recuperar o iniciar estos apoyos.

En relación al aumento de la hostilidad. A parte de las teorías anteriormente expuestas, debemos remitirnos al resultado de los ítems que se aplican a la variable “*hostilidad*” en el cuestionario AQ, en este sentido la explicación más lógica a este resultado es que el paciente es más consciente de su situación personal.

Bibliografía.

- (1) DSM-IV. (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- (2) Derogatis, L. R. (1975). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas [SCL-90-R. Ninety Symptoms. Questionnaire.]* Madrid: TEA Ediciones.
- (3) Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahal, A., Diekstra, R. F., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C. y Reiger, D. (1994). The world Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224. Adaptado en España por: López-Ibor, J. J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los Trastornos de la personalidad*. (IPDE). Madrid: Meditor.
- (4) Tejero, A. y Trujols, J. (1994). Evaluación cognitivo conductual y psicodiagnóstica del trastorno por dependencia de opiáceos. En Becoña, E., Rodríguez, A., Salazar, I., (eds.), *Drogodependencias. I Introducción*. (pp.163-208). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

(5) Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico del cambio de conductas adictivas. En E. Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 56-85). Barcelona: Ediciones de neurociencias.

(6) Tejero, A. y Trujols, J. (1994). Evaluación cognitivo conductual y psicodiagnóstica del trastorno por dependencia de opiáceos. En Becoña, E., Rodríguez, A., Salazar, I., (eds.), *Drogodependencias. I Introducción*. (pp.163-208). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

(7) Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S. y Show, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111, 23-41.

(8) Buss, A. H. y Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.

(9) Emrick, C. (1978). Alcoholics Anonymous: Affiliation processes and effectiveness as treatment. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*. 11. 416-23.

(10) Deben, O., Fernández, M^a. C., López-Goñi, J. J., Illescas, C. y Santos, J. R. (2004). *La Evaluación de la eficacia en Proyecto Hombre*. En AAVV *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

(11) Miller, R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

(12) Álvarez, J. M., Esteban, R. y Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.

(13) Oiumette, P., Finney, J. W. y Moss, R. H. (1977). Twelve-step and cognitive – behavioural treatment for substance abuse: a comparison of treatment effectiveness. *Journal consulting Psychology*, 65, 230-40.

(14) Burling, T. A., Reilly, P. M., Moltzen, J. O. y Ziff, D. C. (1989). Self-efficacy and relapse among impatient drug and alcohol abuses: *A predictor outcome*. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 354-360.

(15) Gossop, M., Green, L., Phillips, G. y Bradley, B. (1990). Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 209-216.

(16) DiClemente, C. C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviours. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4,302-315.

(17) *Ídem*

(18) Santos, P. (2001). Estadios de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones Vol. 13. Nº 2.* 147-152.

(19) Martín, F. (1997). Redes y programas para el tratamiento de las drogodependencias. *Estudios de Juventud, 40,* 79-93.

(20) Días, J. (2001). El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de psicología, 5.* 21-35

(21) Sánchez-Hervás, E., Grandolí, T. y Bou, M. (2002). Proceso de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones. Vol 14. Nº 3.* 337-344.

(22) Trujols, J. y Tejero, A. (1994). Evaluación cognitivo conductual y psicodiagnóstica del trastorno por dependencia de opiáceos. En Becoña, E., Rodríguez, A., Salazar, I., (eds.), *Drogodependencias. I Introducción.* (pp.163-208). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

(23) Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2009). Ocio y tiempo libre en drogodependientes. *Infad. Revista de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1,* 93-102

(24) Deben, O., Fernández, M^a. C., López-Goñi, J. J., Illescas, C. y Santos, J. R. (2004). *La Evaluación de la eficacia en Proyecto Hombre. En AAVV Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias.* Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

(25) Pérez, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?* Guadalajara: Ediciones Intermedio.

(26) Álvarez, J, M. (2008). La angustia entre goce y deseo. *Análisis, 16,* 29-43.

(27) Bushman, B. J. y Well, G. L. (1998). Trait aggressiveness and hockey penalties: Predicting hot tempers on the ice. *Journal of Applied Psychology, 83,* 969-974.

(28) Felsen, G. y Hill, V. (1999). Aggression Questionnaire hostility scale predicts anger in response to mistreatment. *Behaviour research and therapy, 37,* 87-97.

(29) *Idem*