

FACTORES PSICOSOCIALES, COGNITIVOS Y DE
PERSONALIDAD ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Psychosocial factors, cognitive and
personality associated with adherence
to treatment in therapeutic communities

Miguel Ángel Hernández Serrano*

Nora Helena Londoño**

Universidad de San Buenaventura (Colombia)

Resumen

Diferentes investigaciones han relacionado la adherencia al tratamiento con el éxito y no éxito en la terapia, junto con características tales como el tiempo de permanencia, la motivación previa y estilos de afrontamiento más eficaces. Este estudio identificó factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas en Colombia. *Muestra:* 443 participantes (373 hombres y 70 mujeres), edad media de 18 años (D.E. 5.9; rango 11-50 años). *Instrumentos:* Escala de adherencia

* Magíster en Psicología. Universidad de San Buenaventura. miguepoeta@hotmail.com

** Docente investigadora, Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín (Colombia). nora.londono@usbmed.edu.co

Correspondencia: Universidad de San Buenaventura, Carrera 56C # 51 - 90, Barrio San Benito, Medellín (Colombia).

CMRS, Escala de acontecimientos vitales, Cuestionario de esquema YSQ, Cuestionario de creencias de trastornos de la personalidad CCE-TP, Escala de estrategias de afrontamiento EEC-M, Cuadro Toxicológico. *Procedimiento:* para el análisis estadístico se dividió el grupo en dos: alta adherencia y menor adherencia. *Resultados:* alta asociación de adherencia y tiempo de permanencia. La función discriminante predictora para alta adherencia estuvo compuesta por las siguientes variables: estrategia de búsqueda de apoyo profesional, personalidad obsesivo-compulsiva, reevaluación positiva, la edad, vulnerabilidad al daño y la enfermedad, solución de problemas y de manera negativa la autonomía. El porcentaje de pronóstico de la función discriminante fue del 67,72%.

Palabras clave: adherencia, comunidad terapéutica, terapia cognitiva, estrategias de afrontamiento, personalidad, esquemas.

Abstract

Different studies have related adherence to treatment with success or failure in therapy, along with features such as length of stay, prior motivation and facing more effective coping styles. This study indentified psychosocial, cognitive and personality factors associated with adherence to treatment in therapeutic communities in Colombia. *Sample:* 443 participants (373 men and 70 women), mean age 18 (DE 5.9, range 11-50 years). *Instruments:* CMRS adhesion, Life Events Scale, YSQ Young Schema Questionnaire, Questionnaire of beliefs about personality disorders CCE-TP, Coping Strategies Scale CS-M, Toxicology Chart. *Procedure:* For the statistical analysis the group was divided into two: high adhesion and lower adhesion. *Results:* A high association of adherence and length of stay. The discriminatory function predictor for high adhesion was composed by the following variables: search for professional support strategy, obsessive-compulsive personality, positive re-evaluation, and age as a demographic variable, vulnerability to injury and disease, and negatively, autonomy and troubleshooting. The prognostic rate of the discriminatory function was 67.72%.

Keywords: adherence, therapeutic communities, cognitive therapy, coping, personality, schema.

Fecha de recepción: 11 de julio de 2011

Fecha de aceptación: 23 de febrero de 2012

INTRODUCCIÓN

A partir de 1970 las Comunidades Terapéuticas (CT) se han convertido en uno de los medios principales para el tratamiento de la drogodependencia (De Leon & Wexler, 2009; Perfes & Spross, 2007). Estas son definidas como una modalidad de tratamiento de carácter residencial y vivencial para la rehabilitación de drogodependientes cuyo objetivo es cambiar los patrones negativos de conducta mediante el cambio de un estilo de vida responsable y libre de drogas (Arroyave, 2006; De León, 2000). La adherencia al tratamiento se define como la medida en que una persona asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito (Carroll, 1997; Ingaramo & Bendersky, 2001; Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de los Estados Unidos de América, 2003; Jones, 1953).

Diferentes investigaciones han asociado características que favorecen la adherencia al tratamiento (Martínez & Trujillo, 2005; Meier, Barrowclough & Donmall, 2005; Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill & Kressel, 1997), la adherencia con el éxito y no éxito en la terapia (Castaño et al., 1993; De Weert-Van Oene, Schippers, De Jong & Schrijvers, 2002; D'ippoliti, Davoli, Perucci, Pasqualini & Bargagli, 1998; Hubbard, Rachal, Craddock & Cavanaugh, 1984; Molina, Moreno, Villoria, Morales & Robio, 1997). Los estudios son coincidentes en señalar que cuando se completa el tratamiento prescrito en la Comunidad Terapéutica, al cabo de un año de haber dejado el tratamiento se disminuye significativamente la probabilidad del consumo de drogas (o al menos no se consumen opiáceos), se propician pautas de conducta aceptadas por la comunidad en la que viven (Comas et al. 1986; García, 1994; Glaser, 1971; Goti, 1990; González, 1980; Grandinetti, 1978), disminuyen significativamente los problemas de conducta principalmente conductas criminales (Jainchill, Hawke & Messina, 2005) y las conductas impulsivas (Bankston et al., 2009). La tasa de éxito se incrementa a un 10% si el cliente permanece un tratamiento de 30 a 80 días, al 30% si se queda de 180 a 360 días y al 70% si se permanece en tratamiento más de 360 días (Havassy, Hall & Wasserman, 1991).

Dentro de las características que favorecen la adherencia al tratamiento se citan las habilidades cognitivas (Katz et al., 2005), estilos de afrontamiento al estrés, autoeficacia y rasgos de personalidad como extroversión (Navarro et al., 2001). Los índices de éxito son mayores con aquellos pacientes que permanecen más tiempo en el centro (De León, 1991, 2000; De León & Jainchill, 1986; De León, Melnick & Kressel, 1997). La motivación previa se encuentra muy relacionada con la retención y la medida de la buena disposición al tratamiento es el mejor predictor en todas las modalidades de tratamiento por encima de variables sociodemográficas, de las drogas usadas y otras variables (Joe, Simpson y Broome, 1998; Neff & Zule, 2002). La relación entre procesos de tratamiento y características personales han sido relacionadas con la reincidencia al tratamientos y con historia de arrestos judiciales recientes (Chan, Wenzel, Orlando, Montagnet, Mandell, Becker et al., 2004).

Algunos estudios indican que el abandono temprano del programa revela una mayor disfunción psicológica si se mide con los test psicológicos estándar (Comas et al., 1986). De León (2000) encontró puntuaciones psicopatológicas más bajas en los MMPI pasados a los residentes con permanencia superior a 6 meses, en comparación con los que estuvieron menos de 6 meses. Las puntuaciones del MMPI diferenciaban significativamente los grupos que permanecieron menos o más de 20 días en el tratamiento, pero no podían predecir variaciones de retención más precisas; así como tampoco, ofrecieron caracterizaciones sobre los residentes fuera del marco psicopatológico (Comas et al., 1986).

Si bien existen estudios sobre características que favorecen la retención (Roldán, 2003; Secades & Fernández, 2000; Secades & Magdalena, 2000; Simpson, 1984; Soyez, De León, Rosseel & Broekaert, 2006), no se ha realizado un estudio sobre el perfil cognitivo y los factores psicosociales conjuntamente asociados a la adherencia al tratamiento. Beck et al. (1995, 2004; 1999) establecieron, conforme a todo el planteamiento teórico de la terapia cognitiva, que es posible obtener un perfil distintivo de cada uno de los trastornos sobre la base de sus rasgos típicos cognitivos, afectivos y conductuales; Young ha realizado aportes sobre los esquemas tempranos relacionados con problemas emocionales y de personalidad (Young, 1999; Young & Klosko, 2001). Esta investigación

pretende establecer el estilo cognitivo asociado con la alta adherencia a los tratamientos de las CTs.

MÉTODO

Participantes

Para esta investigación se contó con el 100% de los usuarios de las Comunidades Terapéuticas Amigonianas de Colombia. La muestra final estuvo conformada por 443 participantes, 373 hombres y 70 mujeres, con una edad media de 18 años (DE 5,9, rango 11 – 50 años) (tabla 1).

Tabla 1.
Descriptivos de las variables sociodemográficas

VARIABLE	Valores	%	
Ciudad y Comunidad Terapéutica	Bogotá	COTECOL	8.4
		Luz de Vida	8.4
		San Gregorio	31.8
		Vive	28
	Manizales	Nuevo Amanecer	9.3
	Medellín	Luis Amigó	12.6
		San José	14.9
Popayán	Éxodo	8.4	
Sexo	Masculino	84.2	
	Femenino	15.8	
Grupos de edades en años cumplidos	Preadolescentes (11-14 años)	9.7	
	Adolescentes (15-18 años)	73.2	
	Adulto joven (19-25 años)	8.6	
	Adulto medio (26 a 39 años)	6.7	
	Adulto mayor (40 a 55)	2	
Estado civil	Soltero	88.7	
	Casado o en convivencia	8.8	
	Separado	2.3	
	Viudo	0.2	
Número de hijos	Sin hijos	86.2	
	Con un hijo	10.8	
	Más de un hijo	2.9	
Estrato socioeconómico categorizado	Bajo	62.1	
	Medio	35.7	
	Alto	2.3	

Instrumentos

- ***Escala de Adherencia a tratamiento*** (De León, Melnick, Kressel & Jainchill, 1994). Es un cuestionario auto-administrado por parte del usuario, con 18 ítems tipo Likert. Está compuesta por los siguientes componentes: *Circunstancias 1*: influencias externas que posibilitan la decisión de ingresar al tratamiento; *Circunstancias 2*: influencias externas que contribuyen con la decisión de permanecer dentro del proceso terapéutico; *Motivación*: reconocimiento personal de la necesidad de cambio, conciencia de la necesidad de cambiar el estilo de vida; *Disposición - Estar listo*: Capacidad para admitir la necesidad de un proceso de tratamiento y asumir las disposiciones y requisitos del mismo.
- ***Instrumento de Registro de las Comunidades Terapéuticas Amigonianas*** (Hernández & Montoya, 2005). Formato de encuesta estructurada, recoge la información sobre las variables sociodemográficas, cuadro toxicológico, evolución en etapas del proceso terapéutico y acontecimientos vitales relevantes del usuario.
- ***Young Schema Questionnaire (YSQ)*** (Young, 1990). Con propiedades psicométricas para Colombia en población normal (Castrillón et al., 2005). Evalúa los siguientes esquemas maladaptativos tempranos: abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza/abuso, privación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, autosacrificio, estándares inflexibles (1)/autoexigencia, estándares inflexibles (2)/perfeccionismo, inhibición emocional, derecho y apego.
- ***Creencias centrales de los trastornos de la personalidad (CCE-TP)*** (Londoño et al., 2007). Consta de 65 ítems y evalúa las siguientes creencias de los trastornos de la personalidad CCE-TP: paranoide, esquizoide, antisocial, límite (límite/esquizoide), histriónico (dimensiones auto exaltación y dependencia emocional), narcisista, por evitación (dimensiones hipersensible y auto percepción negativa), por dependencia, obsesivo-compulsivo (dimensiones perfeccionista y crítico) y pasivo-agresivo (dimensiones crítico a la autoridad y resistencia a la autoridad).

- ***Estrategias de Coping Modificado (EEC-M)*** (Londoño et al., 2006). Consta de 69 preguntas, evalúa 12 estrategias de afrontamiento al estrés: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, espera, religión, evitación emocional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negociación, autonomía.

Procedimiento

El trabajo de campo tuvo una duración de seis meses aproximadamente, se coordinó con todas las sedes de la Congregación de Religiosos Tercerarios Capuchinos (1999) de Colombia para realizar el trabajo de campo con el 100% de la población. Los cuestionarios fueron entregados y, luego de la aceptación del consentimiento informado, los participantes los contestaron. La actividad se realizó de manera grupal en un tiempo promedio de una hora; fue coordinado por los investigadores principales, quienes estuvieron atentos a responder cualquier inquietud en el tiempo de administración de los cuestionarios. El diseño de la investigación fue de corte para dos grupos de análisis: Alta adherencia (Media más una desviación estándar) y Menor adherencia (El resto de la muestra). Los análisis estadísticos para las variables cualitativas fueron Chi cuadrado y regresión probabilística y para las variables cuantitativas la U de Mann-Whitney, procesado con el paquete estadístico SPSS versión 20.

RESULTADOS

La tabla 2 muestra las variables que reportaron diferencias significativas al comparar los grupos. Los esquemas maladaptativos que representan más al grupo de alta adherencia fueron: desconfianza/abuso ($U=10879,500$, $p=.038$), vulnerabilidad al daño y a la enfermedad ($U=9932,000$, $p=.002$) y estándares inflexibles 2/ perfeccionismo ($U=10706,000$, $p=.024$); las creencias centrales de los trastornos de la personalidad obsesivo compulsivo/perfeccionista ($U=9367,500$, $p=.000$); y las estrategias de afrontamiento al estrés solución de problemas ($U=9985,500$, $p=.003$), búsqueda de apoyo profesional ($U=8407,500$, $p=.000$), reevaluación positiva ($U=9773,000$, $p=.001$). La única variable que reportó me-

nores puntajes en el grupo adherente fue la estrategia de autonomía ($U=9738,500, p=.001$).

Tabla 2.

Diferencias significativas entre los grupos con relación los esquemas creencias de personalidad y estrategias de afrontamiento

VARIABLE	Menor Adherencia <i>n</i> = 374	Alta Adherencia <i>n</i> = 69	<i>U</i>
	Medias (D.E.)	Media (D.E.)	
Abuso	18.80 (5.5)	20.41 (5.76)	10879.500*
Vulnerabilidad	17.35 (4.8)	19.09 (4.46)	9932.000**
Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo)	11.64 (3.68)	12.59 (4)	10706.000*
Creencias obsesivo-compulsivo/perfeccionista	15.30 (4.3)	17.28 (4.8)	9367.500**
Solución de problemas	33.39 (8.7)	36.55 (9)	9985.500**
Búsqueda de apoyo profesional	15.88 (6.8)	20.42 (7.3)	8407.500**
Reevaluación positiva	18.52 (5.6)	20.96 (5.9)	9773.000**
Autonomía	6.32 (2.76)	5.22 (2.8)	9738.500**

* $p<.05$; ** $p<.010$; U: U de Mann-Whitney

La tabla 3 muestra las variables sociodemográficas y acontecimientos asociadas a la adherencia. Se identificó el ejercicio de la prostitución (X^2 21,111, $p=.000$), presenciar muertes violentas (X^2 3,390, $p=.043$), vida en calle (X^2 6,599, $p=.009$) y violencia intrafamiliar (X^2 6,201, $p=.009$) como las más representativas para el grupo con adherencia.

Tabla 3.
Pruebas factor de riesgo acontecimientos vitales para adherencia

VARIABLE	X ²	Menor adherencia	Alta adherencia	OR	Intervalo de confianza del 95%
Ejercicio de la prostitución	21.111**	11.8%	33.3%	3.750	(2.076 – 6.773)
Presenciar muertes violentas	3.390*	50.3%	62.3%	31.636	(.966 – 2.773)
Vida en calle	6.599**	43.9%	52.2%	1.987	(1.169 – 3.375)
Violencia intrafamiliar	6.201**	40.4%	56.5%	1.920	(1.143– .226)

* $p < .05$; ** $p < .010$ X²: Chi cuadrado; OR: Riesgo

La tabla 4 muestra las diferencias significativas con relación a las variables sociodemográfica, reportándose la edad ($U=10548,500$, $p = .001$) y el tiempo en el proceso ($U=9821,000$, $p=.015$) como las representativas, con valores de la media superior para el grupo adherente.

Tabla 4.
Diferencias significativas entre los grupos de las variables sociodemográficas

VARIABLE	Menor Adherencia n= 374	Alta Adherencia n= 69	U	p
	Media (DE)	Media (DE)		
Edad	17.7 (5.3)	20.2 (8.1)	10548.500	.001**
Tiempo en proceso	5.5 (4.7)	7.1 (5.5)	9821.000	.015*

* $p < .05$; ** $p < .010$; U: U de Mann-Whitney

La tabla 5 presenta los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas (con los cuales se arma la función discriminante) y la matriz de estructura que prioriza las variables predictoras en cuanto al tamaño de correlación con la función (ver tabla 6). Se reportó la M de Box con un valor de 74,003, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula asumida de que las covarianzas del grupo de Menor adherencia son iguales a las covarianzas del grupo Alta adherencia. Los resultados

de la clasificación advierten un porcentaje de pronóstico de la función discriminante del 67,72%, es decir, una tendencia a cubrir la mayoría de las variables predictoras para explicar el fenómeno.

Tabla 5.
Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes y matriz de estructura.

Variable	Coeficientes estandarizados	Matriz de estructura
Búsqueda de apoyo profesional	.494	.686
Obsesivo – compulsivo / perfeccionista	.224	.468
Reevaluación positiva	.238	.447
Edad	.379	.437
Autonomía	-.320	-.418
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	.204	.381
Solución de problemas	-.155	.375
Tiempo en el proceso en número de meses	.197	.353
Desconfianza / abuso	.170	.301
Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo)	.037	.267

M de Box = 74.003; F = 1.273; gl1 = 55; gl2 = 48404.442; Lambda de Wilks = 0.890; Chi cuadrado = 50.778; gl = 10 Valor p = 0.000

DISCUSIÓN

El propósito del estudio fue establecer el perfil cognitivo y sociodemográfico que favorece la adherencia al tratamiento en adicciones en las CTs. Los resultados confirman la relación de variables cognitivas con la adherencia al tratamiento, y el tiempo de permanencia. Las estructuras cognitivas de abuso, vulnerabilidad, perfeccionismo y las estrategias de solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional y reevaluación positiva, y de manera negativa la autonomía, se constituyen en las variables cognitivas adherentes al tratamiento en CTs además de la edad y el tiempo en el proceso. Los acontecimientos vitales relacionados con violencia intrafamiliar, vida en la calle, historia de prostitución y presen-

ciar muertes violentas también se constituyen en variables que favorecen la adherencia al tratamiento cuando se ingresa a una CT.

Las implicaciones de la prioridad de la estrategia búsqueda de apoyo profesional se advierten también en el cuestionario de adherencia (De León & Jainchill, 1986), cuyos ítems respecto a la disposición de aceptar un tratamiento dejan de lado la posibilidad de salir del abuso de sustancias con la ayuda de amigos, familia o religión, así como la necesidad de reconocer que es difícil detener la adicción por su propia cuenta y que se necesita un tratamiento especializado. Quien decide ingresar y luego no abandonar un programa especializado de tratamiento, ha reconocido que necesita ayuda profesional para enfrentar su problema de adicciones en el que la experiencia le ha confirmado que no bastan buenos consejos, ni oraciones, ni fuerza de voluntad para doblegar su impulso irrefrenable por consumir (*craving*) (Beck et al., 1999; Llorente del Pozo & Fernández, 1999). Para las personas con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas es clave para su nivel de adherencia la comprobación con su experiencia de la imposibilidad de salir de las drogas por su propia cuenta (Beck et al., 1999).

La reevaluación positiva referida por Fernández-Abascal y Palmero (1999) como una estrategia activa, conduce a que la persona se dinamice, tome parte actuando conciente y proactivamente para enfrentar la dificultad, y se enfoque en crear un nuevo significado de la situación del problema, intentando sacar todo lo positivo que tenga la situación.

La experiencia y los estudios de Navarro et al. (2001) confirman la autonomía y asumir el grado de responsabilidad frente a las dificultades y circunstancias como uno de los objetivos procurados desde la CT en sus usuarios con miras al empoderamiento de sus decisiones, buscando que no deleguen su responsabilidad a terceros, y asuman siempre las consecuencias de sus actos, aprendiendo a preverlas (Galanter & Kleber, 1997). Sin embargo, no se puede dejar de lado que los resultados arrojan una proporcionalidad inversa, precisamente porque, contrario a las necesidades de los esquemas de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y desconfianza/abuso, el reconocerse autónomo y capacitado para enfrentar las dificultades y circunstancias diezma la vinculación

con un sistema que garantiza la protección y separa temporalmente de las circunstancias que inducían al usuario al consumo. Para iniciar un programa de CT, una elevada autonomía puede frenar el necesario reconocimiento de la necesidad de ayuda (contrario a la estrategia de búsqueda de apoyo profesional).

La solución de problemas, también identificada por los estudios de Navarro et al. (2001) y caracterizada por Fernández-Abascal y Palmero (1999) como la decisión de realizar una acción directa y racional con el fin de solucionar las situaciones del problema, es una de las estrategias que favorece la adaptación y disminuye la perpetuación de alteraciones emocionales. Desde los ítems correspondientes al “estar listo” de la escala de adherencia utilizada, se advierte la importancia que tiene para la retención de un usuario tomar la decisión de afrontar su problema de drogas, incluso, aunque el afrontamiento no dependa exclusivamente de él; en este caso la acción directa y racional con el fin de solucionar un problema es, precisamente, el acercarse a pedir ayuda en el programa.

Finalmente es importante resaltar que las variables propias del estilo cognitivo adherente al tratamiento en drogodependencias se encuentran en estrecha relación con las condiciones adaptativas que propicia el modelo de CT. Por ejemplo, el esquema de abandono basado en la dependencia, así como el basado en la inestabilidad o pérdida, facilitan la adherencia al ambiente protector del sistema Comunidad pero este deberá prever el trabajo con la autonomía que facilite la independencia del programa.

En conclusión, las características cognitivas y sociodemográficas que favorecen la adherencia al tratamiento refieren tanto experiencias adversas y esquemas maladaptativos como estrategias de afrontamiento, tales como solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo profesional. Estas favorecen la toma de decisión para acudir y buscar ayuda profesional y mantenerse en una CT, y así aprovechar la experiencia que los programas disponen durante un año o más. El esquema de perfeccionismo, referido en los esquemas maladaptativos y en las creencias de personalidad puede jugar un papel importante en la capacidad cognitiva para establecer metas y evaluar críticamente su estilo de vida.

Las limitaciones del estudio hacen referencia a la distribución no homogénea de los participantes con relación al sexo y la edad, lo cual puede ser un obstáculo para la generalización de los resultados en las de menor porcentaje.

Referencias

- Arroyave, R. N. (2006). *La comunidad terapéutica un horizonte de vida*. Bogotá: Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos.
- Bankston, S.M., Carroll, D.D., Cron, S., Granmayeh, L.K., Marcus, M.T., Moeller, F.G. et al. (2009). Substance abuse impulsivity decreases with a nine-month stay in therapeutic community. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35, 417-420.
- Beck, A., Freeman, A., Davis, D. et al, (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2th ed.). New York: The Guilford Press.
- Beck, A., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D., Fleming, B., Ottaviani, R. et al. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Carroll, K. M. (1997). Enhancing retention in clinical trials of psychosocial treatments: practical strategies. Beyond therapeutic alliance: Keeping the drug-dependent individual in treatment. *NIDA Research Monograph*, 165. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Castaño, G., Vélez, B., Cano, J.B., Gallego, J.A., Giraldo, M.E. & Velásquez, A. (1993). *Causas de deserción e índice de severidad de la adicción de los pacientes que abandonan el tratamiento en el servicio de Fármacodependencia y alcoholismo del Hospital Mental de Antioquia*. Tesis de especialización para la obtención del título de Especialista en Fármacodependencia, Fundación Universitaria Luís Amigó, Medellín, Colombia.
- Castrillón, D. A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C. et al. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire long form – second edition (YSQ – L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 3(37), 541-560.
- Chan, K., Wenzel, S., Orlando, M., Montagnet, Ch., Mandell, W., Becker, K. et al. (2004) How important are client characteristics to understanding treatment process in the Therapeutic community? [Abstract]. *American Journal of Drug y Alcohol Abuse*, 30, (4), 871-891.
- Comas, D., Carrón, J., Hernández, M. I., Nieva P. & Silva, A. (1986). Los estudios de seguimiento (una experiencia metodológica). Madrid: Fundamentos.

- Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos. (1999). *Manual para el montaje de programas terapéuticos en instituciones que cubren población adolescente e infantil en alto riesgo usadores de sustancias psicoactivas – Comunidades Terapéuticas Breves –*. (Patrocinado por CICAD/OEA). Bogotá: Editor.
- De León, G. (2000). *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría modelo y método*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- De León, G. (1991). Retention in drug-free therapeutic communities. Improving drug abuse treatment. *NIDA Research Monograph, 106*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- De León, G. & Jainchill, N. (1986). CMRS scales. Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability. *Journal of Psychoactive Drugs, 8*, 203-208.
- De León, G., Melnick, G. & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. Abstract extraído el 5 de Junio, 2006 de la base de datos de Pubmed. Center for Therapeutic Community Research, National Development and Research Institutes, Inc. (NDRI) New York, NY.
- De León, G., Melnick, G., Kressel, D. & Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation, readiness, and suitability (The CMRS Scales): predicting retention in therapeutic community treatment. *A.M. J. Drug Alcohol Abuse, 20*(4), 495-515.
- De León, G. & Wexler, H. (2009). The therapeutic community for addictions: an evolving knowledge base. *Journal of Drug Issues, 9*(1), 167-178.
- De Weert-Van Oene, G.H., Schippers, G.M., De Jong, C.A. & Schrijvers, G.A. (2002). Motivation for treatment in substance-dependent patients. Psychometric evaluation of the TCU motivation for treatment scales. Abstract extraído el 5 de Junio, 2006 de la base de datos de Pubmed. Julius Center for Patient Oriented Research, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands.
- D'Ipolti, D., Davoli, M., Perucci, C.A., Pasqualini, F. & Bargagli, A.M. (1998). Retention in treatment of heroin users in Italy: the role of treatment type and of methadone maintenance dosage. *Drug and alcohol Dependence, 52*, 167-171.
- Fernández-Abascal, E. & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Galanter, M. & Kleber H. D. (1997). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*. Barcelona: Masson.
- García, J. A. (1994). Modalidades de intervención terapéutica en fármacodependencia. En *Compendio de Fármacodependencia y alcoholismo* (pp. 177-184). Hospital universitario san Vicente de Paúl. Medellín: Compiladores.
- Glaser, F. B. (1977). The origins of the drug-free therapeutic community: a retrospective history. In Vamos, P. & Brown, J. E. (Eds.), *Proceedings of the 2nd world Congress of Therapeutic Communities*. New York: Portage Press.

- Goti, M. E. (1990). *La comunidad terapéutica Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- González, G. A. (1980). *Valoración de un modelo de comunidad terapéutica: criterios de los pacientes y familiares*. Ciudad de la Habana: Ed. Hospital psiquiátrico de la Habana.
- Grandinetti, J. (1978). Hacia un intento de redefinición y conceptualización de la comunidad terapéutica. *Revista de Neuropsiquiatría Argentina*, 9 (2), 56-62.
- Havassy, B. E., Hall, S. M. & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235-246.
- Hernández, M. & Montoya, H. (2005). Formato ingreso Comunidad terapéutica. Medellín, Colombia: Comunidad terapéutica Religiosos Terciarios Capuchinos.
- Hubbard, R. L., Rachal, J. V., Craddock, S. G. Y. & Cavanaugh, E. R. (1984). Treatment outcome prospective study (TOPS): Client characteristics and behaviors before during and after treatment. Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress, and prospects. *NIDA Research Monograph*, 51. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Ingaramo, R. & Bendersky, M. (2001). Adherencia al tratamiento antihipertensivo [Versión electrónica]. *Revista de la Asociación Argentina de Cardiología*, 4(30). Extraído el 15 de Junio, 2006, de <http://www.fac.org.ar/revista/01v30n4/comite/comite.htm>.
- Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de los Estados Unidos de América. (2003). La comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 48, 27-38.
- Jainchill, N., Hawke, J. & Messina, M. (2005). Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified Therapeutic Community Treatment. *Substance Use & Misuse*, 40, 975-996.
- Joe, G.W., Simpson, D.D. & Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process [Abstract]. Institute of Behavioral Research, Texas Christian University, Fort Worth 76129.
- Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community: A new treatment method in psychiatry*. New York: Basic Books.
- Katz, E. C., King, S. D., Schwartz, R. P., Weintraub, E., Barksdale, W., Robinson, R. et al. (2005). Cognitive ability as a factor in engagement in drug abuse treatment [Abstract]. *American Journal of Drug y Alcohol Abuse*, 31(3), 359-369.
- Londoño, N.H., Maestre, K., Marín, C., Schnitter, M., Ferrer, A., Chaves, L., Castrillón, D. (2007). Validación del cuestionario de creencias centrales de

- los trastornos de personalidad (CCE-TP) en población colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25,138-162.
- Londoño, N. H., Henao, G. C., Puerta, I. C. Posada, S., Arango D. & Aguirre, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de *coping* modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas psicológica*, 5(2), 327-349.
- Llorente del Pozo, J. & Fernández, C. (1999) Comunidades Terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11 (4), 329-336.
- Martínez, J. M. & Trujillo, H. M. (2005). Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de este durante el tratamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(5), 43-66.
- Meier, P. S., Barrowclough, Ch. & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature [Abstract]. *Addiction*,100 Issue 3, 304-316.
- Melnick, G., De León, G., Hawke, J., Jainchill, N. & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult substance abusers. *AM. J. Drug Alcohol Abuse*, 23(4), 485-506.
- Molina, R., Moreno, R., Villoria, O. Morales, LM. & Rubio, G. (1997). Factores pronóstico en la desintoxicación hospitalaria de adictos a opiáceos. *Revista Adicciones*, 4 (9), 589-599.
- Navarro, R., Lean, N., Becerra, B., Valdivia, G., Castro, L. & Chávez, M. I. (2001). Perfil de un Grupo de Adictos Recuperados. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 1 (1), 30-35.
- Neff, J.A. & Zule, W.A. (2002). Predictive validity of a measure of treatment readiness for out-of-treatment drug users: enhancing prediction beyond demographic and drug history variables [Abstract]. School of Social Work, University of Texas at Austin, USA.
- Perfas, F. & Spross, S. (2007). Why the concept-based therapeutic community can no longer be called drug-free. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 69-79.
- Roldán, G. (2003). ¿Están las comunidades terapéuticas adaptadas a las necesidades actuales?. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 46, 39-44.
- Secades, V. R. & Fernández, H.J.R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Revista Adicciones*, 3(12), 353-363.
- Secades, V. R. & Magdalena, B.Y. (2000). Predictores de la retención en una comunidad terapéutica para drogodependientes. *Revista Adicciones*, 3(12), 365-371.
- Simpson, D. D. (1984). National treatment system evaluation based on the Drug Abuse Reporting Program (DARP) follow-up research. Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress, and prospects. *NIDA Research*

Monograph, 51. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

Soyez, V., De León, G., Rosseel, Y. & Broekaert, E. (2006). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: Psychometric Evaluation of the Dutch translation of the circumstances, motivation, readiness, and suitability scales. Abstract extraído el 5 de junio, 2006 de la base de datos de Pubmed. Department of Orthopedagogics, Ghent University, H. Dunantlaan 2, 9000 Gent, Belgium.

Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach.* (3ª ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Young, J. & Klosko, J. (2001) *Reinventando tu vida.* Barcelona: Paidós.