

# **PREDICTORES DEL ÉXITO DEL TRATAMIENTO EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

**José Javier López-Goñi**  
*Profesor de Educación, UNED de Tudela*  
**Javier Fernández-Montalvo**  
*Departamento de Psicología y Pedagogía, Universidad Pública de Navarra.*

En el presente artículo se presenta un estudio *expost-facto* en el que se evalúa la presencia de trastornos de personalidad y la posterior evolución en el tratamiento de 150 pacientes atendidos en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. 103 pacientes (68,7%) presentaban al menos un trastorno de personalidad. Los trastornos observados con mayor frecuencia son el trastorno antisocial y el trastorno pasivo-agresivo, que afectan al 26,7% de los casos cada uno de ellos, seguido del trastorno agresivo-sádico de la personalidad (21,3% de los casos). Los pacientes que abandonan el tratamiento antes de su finalización presentan puntuaciones medias significativamente más altas en los trastornos antisocial, límite y paranoide que entre quienes obtienen el alta terapéutica. Presentados estos resultados, se comentan las posibles implicaciones de los mismos tanto para la práctica clínica como para futuras investigaciones.

## **INTRODUCCIÓN**

### **1. Antecedentes**

#### *1.1 Sobre el tratamiento de las adicciones.*

El fenómeno de las drogodependencias, tal y como se conoce actualmente, es relativamente joven y, en consecuencia, los programas para su tratamiento también lo son. Una característica de estas intervenciones es la escasez de medios para su aplicación. Esta escasez ha hecho que la intervención diaria se haya antepuesto en muchas ocasiones a la investigación, y que la urgencia por ofrecer una solución a esta problemática

haya derivado en la aparición de diferentes ofertas de tratamiento no suficientemente fundamentados.

Así, desde los años 50 han aparecido diferentes modalidades de tratamiento, que en algunos momentos llegaron a competir entre sí. Las comunidades terapéuticas, que comenzaron como una intervención no profesional, miraron con recelo a profesionales como médicos, psiquiatras y psicólogos; los programas libres de drogas vieron en los programas de mantenimiento con metadona un competidor desleal; y algo semejante ocurrió con los programas de reducción de daños hasta finales de los años 90.

Quizá por ello, buena parte de los esfuerzos de la investigación en los últimos años se han dirigido a valorar la eficacia del tratamiento de las drogodependencias y de sus diferentes modalidades de tratamiento. En líneas generales, todas las modalidades de tratamiento valoradas (comunidades terapéuticas, programas ambulatorios y programas de mantenimiento o de reducción de daños) han mostrado su eficacia para diferentes perfiles de pacientes (Frane y Ashton, 2002; Gossop, 2006; Ravndal, Vaglum, y Lauritzen, 2005; Simpson y Sells, 1982).

Una vez superada esta fase de legitimación de los programas de tratamiento de las drogodependencias, la investigación buscó los principales ingredientes que debían reunir los programas de tratamiento eficaces (NIDA, 1999).

Este esfuerzo investigador, junto con las evidencias aportadas por la práctica diaria, orientó la investigación hacia aquellos colectivos de pacientes que menos se beneficiaban de los efectos de los programas de tratamiento. De hecho, las principales líneas de investigación diseñadas actualmente se basan en la identificación de las necesidades de los pacientes y en la adaptación de los programas de tratamiento a las mismas. Tanto es así que no hay un programa de tratamiento adecuado para todos los pacientes, sino que hay que seleccionar el que sea el más adecuado para cada persona (NIDA, 1999). Es más, quizá en cada momento deba ser ofrecido un diferente programa a cada paciente puesto que las necesidades personales son cambiantes en el transcurso de la vida.

En los últimos años, y como fruto del interés por ofrecer a los pacientes el mejor de los tratamientos, ha crecido el interés sobre la problemática psicopatológica asociada a las drogodependencias. Ello se debe a que la presencia de problemas psicopatológicos implica un peor pronóstico de los pacientes atendidos, sobre todo cuanto se trata de un trastorno de

personalidad (Burtscheidt et al., 2001; Hunter et al., 2000). En realidad se trata de identificar a los pacientes que presentan otras problemáticas añadidas al abuso de sustancias, y que pueden estar enmascaradas por el consumo de las mismas. La no identificación y tratamiento de estas patologías concomitantes implica una peor evolución de los pacientes. Por ello varios autores han hecho hincapié en la importancia de una correcta evaluación de los trastornos de personalidad en el tratamiento de las conductas adictivas (Driessen, Veltrup, Wetterling, John, y Dilling, 1998).

En este contexto, antiguas discusiones sobre la mayor efectividad de unas modalidades de tratamiento sobre otras no tienen hoy cabida (Abeijón, 2007). Es más, parece que lo razonable es que los programas de tratamiento dispongan de una amplia cartera de servicios para sus pacientes, de tal manera que incluyan diferentes modalidades de tratamiento.

No obstante, sí que en el conjunto de la investigación de los tratamientos de drogodependencias, la Comunidad Terapéutica es la modalidad de tratamiento que menos evidencias ha generado. Aun no siendo el objeto de esta revisión ahondar en esta cuestión, parece que la propia orientación del trabajo ambulatorio favorece la realización de evaluaciones objetivas y del empleo de autoinformes, que facilitan su posterior explotación con fines de investigación. Por el contrario, el trabajo terapéutico en Comunidad Terapéutica reviste un carácter claramente grupal, con una menor presencia de lo individual, reflejándose este enfoque en un menor interés por evaluaciones objetivas y autoinformes (De Leon, 2004).

### *1.2 El tratamiento de las adicciones en Proyecto Hombre de Navarra*

La Fundación Proyecto Hombre de Navarra no ha sido ajena a este contexto global. Así por ejemplo, cuando en el año 1991 comenzó a tratar el problema de las adicciones en Navarra, lo hizo a partir de una comunidad terapéutica. Posteriormente, y dada la evolución de la demanda, creó un programa de tratamiento ambulatorio, y además diversificó los objetivos terapéuticos, incluyendo intervenciones destinadas a la reducción de daños o el control del consumo.

En este mismo sentido, y cuando se comenzó a impulsar la investigación de sus programas de tratamiento las diferentes investigaciones siguieron la pauta presentada anteriormente: primero se buscó encontrar la eficacia de los programas de tratamiento y después la identificación de las

necesidades de los pacientes en diferentes áreas, especialmente la problemática psicopatológica.

En cuanto a la valoración de la eficacia de los programas de tratamiento, se sabe que la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra tiene unos niveles de eficacia muy similares a los informados por otros programas de tratamiento semejantes (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa, y Lorea, 2008). Además los efectos de su tratamiento se mantienen en el tiempo, y las dificultades que encuentran los pacientes allí tratados son semejantes al resto de ex-pacientes de comunidades terapéuticas (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa, y Lorea, 2007).

Algo semejante ocurre con sus programas de tratamiento ambulatorio (Caminos et al., 2005; López-Goñi, Fernández-Montalvo, y Larráyo, 2006).

En cuanto a la problemática psicopatológica añadida que podría dificultar la evolución de los pacientes, se ha encontrado una elevada prevalencia de trastornos de personalidad en los pacientes ambulatorios, tanto si la sustancia motivo de tratamiento es el alcohol (Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi, y Lorea, 2006) como la cocaína (Fernández-Montalvo, Lorea, López-Goñi, Landa, y Zarzuela, 2003). También se hallan otro tipo de problemáticas como el juego patológico (Fernández-Montalvo, Landa, y López-Goñi, 2005).

Pero tal y como ocurre en el contexto global, la exploración de los trastornos de personalidad ha sido menor en la comunidad terapéutica, aun cuando hay motivos para pensar que esta psicopatología se correlaciona con un buen número de abandonos del tratamiento (Fernández-Montalvo et al., 2004).

Esta falta de conocimiento de la problemática psicopatológica de los pacientes atendidos en la comunidad terapéutica es la que motivó el presente proyecto de investigación.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La muestra de este estudio está compuesta por 150 personas que han acudido en busca de tratamiento a la Comunidad Terapéutica de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra por un problema de drogadicción entre los años 1999 y 2004. Todos los pacientes fueron seleccionados en función de los siguientes criterios de admisión: a) cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) para la dependencia de sustancias; b) ingresar voluntariamente en la comunidad terapéutica; y c) permanecer en tratamiento el tiempo necesario para cumplimentar los datos requeridos para la investigación.

El total de la muestra está distribuida en dos grupos: 80 pacientes que completaron el tratamiento en su totalidad (el 53,3% de la muestra) y 70 que lo abandonaron prematuramente (el 46,7% restante).

Por lo que se refiere al grupo de personas que completan el tratamiento, se trata de pacientes que han finalizado en su totalidad el tratamiento de Comunidad Terapéutica y que, por lo tanto, han recibido el alta terapéutica tras abandonar el consumo de drogas que motivó la intervención.

Por su parte, el grupo de abandonos está compuesto por aquellos sujetos que, una vez comenzado el tratamiento, lo abandonan prematuramente, sin haber completado el mismo en su totalidad y, por lo tanto, sin haber recibido el alta terapéutica.

El 87,3% de los pacientes ( $n = 131$ ) eran hombres. La edad media era de 39,8 años (d.t. = 7,5). El 62,1% de la muestra era soltera. Las tres sustancias principales que motivaron el ingreso en el tratamiento fueron, en orden de importancia, la heroína, alcohol y cocaína (tabla 1).



**Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra**

| VARIABLES                              | Hombres<br>(N = 131) |         | Mujeres<br>(N = 19) |         | Total<br>(N = 150) |         |
|--|----------------------|---------|---------------------|---------|--------------------|---------|
|  | Media (DT)           |         | Media (DT)          |         | Media (DT)         |         |
| <b>Edad</b>                            | 39,0                 | (7,7)   | 37,3                | (6,2)   | 38,8               | (7,5)   |
| VARIABLES                              | N                    | (%)     | N                   | (%)     | N                  | (%)     |
| <b>Estado Civil</b>                    |                      |         |                     |         |                    |         |
| Casados                                | 25                   | (19,1%) | 4                   | (21,4%) | 29                 | (19,3%) |
| Separados o divorciados                | 24                   | (18,1%) | 3                   | (14,3%) | 27                 | (18,0%) |
| Solteros                               | 82                   | (62,6%) | 12                  | (64,3%) | 94                 | (62,7%) |
| <b>Sustancia motivo de tratamiento</b> |                      |         |                     |         |                    |         |
| Alcohol                                | 35                   | (26,7%) | 8                   | (42,1%) | 43                 | (28,7%) |
| Heroína                                | 53                   | (40,5%) | 6                   | (31,6%) | 59                 | (39,3%) |
| Cocaína                                | 40                   | (30,5%) | 3                   | (15,8%) | 43                 | (28,7%) |
| Ketamina                               | 0                    | 0.0     | 1                   | (5,3%)  | 1                  | (0,7%)  |
| Alucinógenos                           | 3                    | (2,3%)  |                     | 0.0     | 3                  | (2,0%)  |
| Psicofármacos                          | 0                    | 0.0     | 1                   | (5,3%)  | 1                  | (0,7%)  |





## **Instrumentos de evaluación**

Para la valoración de los principales datos sociodemográficos se utilizó el EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995), versión europea del Índice de Severidad de la Adicción (ASI) (McLellan, Luborsky, Woody, y O'Brien, 1980). Se trata de una entrevista clínica semiestructurada, que valora la necesidad de tratamiento en 7 áreas diferentes: a) estado médico general, b) situación laboral y financiera; c) consumo de alcohol; d) consumo de otras drogas; e) problemas legales; f) relaciones familiares y sociales; y g) estado psicológico. En este estudio se ha utilizado la versión española (Bobes, González, Sáiz, y Bousoño, 1996).

Para la valoración de los trastornos de personalidad se empleó el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)* (Millon, 1997). Éste es un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporcionan información sobre 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizoide, límite y paranoide), 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas) y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). Dado que la utilización de este instrumento tiene por objetivo en este estudio detectar las personalidades anómalas, se presentan solamente los resultados referidos a las 13 escalas de personalidad.

## **Tratamiento**

Todos los pacientes de este estudio han comenzado un tratamiento en régimen de internamiento en una comunidad terapéutica. El ingreso en la comunidad terapéutica se produce una vez superada la etapa inicial de desintoxicación, que suele durar aproximadamente una semana. La fase de desintoxicación se realiza, habitualmente, en régimen ambulatorio o en otros centros no dependientes de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra.

Tras el ingreso en la comunidad terapéutica, la estancia media entre quienes finalizan el tratamiento es de un año. Los principales componentes del programa son la autoayuda y el consejo psicológico. Tras la finalización de la estancia en la comunidad terapéutica, se realiza un seguimiento en régimen ambulatorio de un año, que sirve, a su vez, como apoyo a la reinserción social.

## **Procedimiento**

Los datos recogidos en el presente estudio se han obtenido de los archivos de la Comunidad Terapéutica. De esta manera, las variables sociodemográficas, así como las relacionadas con el consumo de sustancias, se han obtenido de los registros protocolizados en el centro. El MCMI-II fue aplicado y corregido por el psicólogo clínico de la Comunidad Terapéutica.

Con arreglo a los criterios más conservadores (Weltzer, 1990), sólo se ha considerado la presencia de un trastorno de personalidad cuando la puntuación en la tasa-base (TB) del MCMI-II es superior a 84. Además, en todos los casos se esperó un periodo de más de dos semanas de abstinencia antes de aplicar la prueba con el objetivo de eliminar la influencia de la sintomatología abstinencial.

Para el análisis estadístico de los datos se ha empleado el programa estadístico SPSS 15.0. Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables. Como contraste de hipótesis se emplearon el test de la  $\chi^2$  (con la corrección de Yates en los casos que fue preciso) para las variables categóricas, y la  $t$  de Student para las variables cuantitativas. En todos los casos se trabajó con un nivel de significación del 5%, y se han considerado significativas aquellas diferencias con un valor de  $p < 0,05$ . Los contrastes se plantearon de forma bilateral.

## **RESULTADOS**

### **Variables de personalidad**

Los resultados obtenidos en el MCMI-II muestran que el número de personas que superan una puntuación de 85 en la tasa-base es de 103, lo que supone la presencia de un 68,7% de pacientes con trastornos de personalidad. Asimismo, de las 103 personas que dan positivo en alguna de las escalas, el 72,8% (75 sujetos) presenta más de una escala alterada, y en su conjunto dan una media de 2 trastornos de personalidad por usuario (tabla 2).

**Tabla 2: Prevalencia de trastornos de personalidad**

| <b>Trastornos de Personalidad</b> | <b>N</b> | <b>% sobre (N= 150)</b> | <b>% sobre TP (N= 103)</b> |
|-----------------------------------|----------|-------------------------|----------------------------|
| Esquizoide                        | 13       | 8,7                     | 12,6                       |
| Fóbica                            | 22       | 14,7                    | 21,4                       |
| Dependiente                       | 14       | 9,3                     | 13,6                       |
| Histriónica                       | 15       | 10,0                    | 14,6                       |
| Narcisista                        | 26       | 17,3                    | 25,2                       |
| Antisocial                        | 40       | 26,7                    | 38,8                       |
| Agresivo-sádica                   | 32       | 21,3                    | 31,1                       |
| Compulsiva                        | 5        | 3,3                     | 4,9                        |
| Pasivo-agresiva                   | 39       | 26,0                    | 37,9                       |
| Autodestructiva                   | 15       | 10,0                    | 14,6                       |
| Esquizotípica                     | 3        | 2,0                     | 2,9                        |
| Límite                            | 11       | 7,3                     | 10,7                       |
| Paranoide                         | 4        | 2,7                     | 3,9                        |

**TP: Trastornos de Personalidad**

Como puede verse en la tabla, desde una perspectiva categorial los trastornos observados con mayor frecuencia son el trastorno antisocial y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, que afectan al 26,7% de los casos cada uno de ellos, seguido del trastorno agresivo-sádico de la personalidad (21,3% de los casos). Sorprende, en cambio, el relativamente bajo peso del trastorno límite de la personalidad (7,3%), en comparación con otros estudios con pacientes adictos.

Cuando se comparan los pacientes que completan el tratamiento con aquellos que lo abandonan prematuramente en la tasa de trastornos de personalidad no se observan diferencias significativas. En concreto, en el grupo de abandonos la tasa de trastornos de personalidad asciende al 70% de la muestra y en el grupo de pacientes que reciben el alta terapéutica la tasa es del 67,5%.

**Tabla 3: Comparación entre altas terapéuticas y abandonos en la escalas del MCMI-II**

| <b>Trastorno de Personalidad</b> | <b>Situación</b>          | <b>N</b>  | <b>Media</b> | <b>D.S.</b> | <b>t</b>    |
|----------------------------------|---------------------------|-----------|--------------|-------------|-------------|
| Esquizoide                       | Abandonos                 | 70        | 54,9         | 23,8        | 0,4         |
|                                  | Altas Terapéuticas        | 80        | 56,6         | 22,3        |             |
| Fóbica                           | Abandonos                 | 70        | 62,0         | 22,2        | 1,1         |
|                                  | Altas Terapéuticas        | 80        | 57,8         | 25,6        |             |
| Dependiente                      | Abandonos                 | 70        | 51,8         | 27,4        | 0,4         |
|                                  | Altas Terapéuticas        | 80        | 53,8         | 27,1        |             |
| Histriónica                      | Abandonos                 | 70        | 62,6         | 20,2        | 0,5         |
|                                  | Altas Terapéuticas        | 80        | 60,8         | 21,8        |             |
| Narcisista                       | Abandonos                 | 70        | 62,4         | 24,2        | 0,4         |
|                                  | Altas Terapéuticas        | 80        | 66,2         | 80,3        |             |
| <b>Antisocial</b>                | <b>Abandonos</b>          | <b>70</b> | <b>76,0</b>  | <b>19,6</b> | <b>2,0*</b> |
|                                  | <b>Altas Terapéuticas</b> | <b>80</b> | <b>68,8</b>  | <b>23,3</b> |             |
| Agresivo-sádica                  | Abandonos                 | 70        | 70,6         | 22,6        | 1,6         |
|                                  | Altas Terapéuticas        | 80        | 64,3         | 24,6        |             |
| Compulsiva                       | Abandonos                 | 70        | 48,4         | 18,4        | 0,8         |
|                                  | Altas Terapéuticas        | 80        | 51,0         | 20,3        |             |
| Pasivo-agresiva                  | Abandonos                 | 70        | 67,7         | 31,8        | 1,8         |
|                                  | Altas Terapéuticas        | 80        | 58,4         | 30,6        |             |
| Autodestructiva                  | Abandonos                 | 70        | 58,0         | 20,9        | 0,5         |
|                                  | Altas Terapéuticas        | 80        | 56,0         | 24,7        |             |
| Esquizotípica                    | Abandono                  | 70        | 53,4         | 17,7        | 0,9         |
|                                  | Altas Terapéuticas        | 80        | 50,6         | 21          |             |
| <b>Límite</b>                    | <b>Abandonos</b>          | <b>70</b> | <b>60,1</b>  | <b>22,4</b> | <b>2,0*</b> |
|                                  | <b>Altas Terapéuticas</b> | <b>80</b> | <b>52,3</b>  | <b>23,8</b> |             |
| <b>Paranoide</b>                 | <b>Abandonos</b>          | <b>70</b> | <b>63,8</b>  | <b>15,5</b> | <b>2,1*</b> |
|                                  | <b>Altas Terapéuticas</b> | <b>80</b> | <b>58,7</b>  | <b>14,3</b> |             |

## PREDICTORES DEL ÉXITO DEL TRATAMIENTO EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Sin embargo, si se comparan ambos grupos desde una perspectiva cuantitativa (puntuación media en las distintas escalas) sí se observan diferencias significativas en 3 trastornos: antisocial, límite y paranoide. En todos los casos la puntuación obtenida es significativamente superior en el caso de los abandonos (tabla 3).

### Predicción del abandono

Una vez obtenida la tasa global y específica de trastornos de personalidad en la muestra total y en los dos subgrupos estudiados, se ha llevado a cabo un análisis de regresión logística con el objetivo de valorar la capacidad de las distintas escalas del MCMI-II para predecir el alta o el abandono terapéutico.

**Tabla 4. Modelo de regresión logística**

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1    | 201,628(a)                 | ,029                      | ,039                     |

a La estimación ha finalizado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

### Variabes en la ecuación

|           |           | B     | E.T. | Wald  | gl | Sig. | Exp(B) |
|-----------|-----------|-------|------|-------|----|------|--------|
| Paso 1(a) | Paranoide | -,024 | ,012 | 3,952 | 1  | ,047 | ,976   |
|           | Constante | 1,609 | ,770 | 4,364 | 1  | ,037 | 4,998  |

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Paranoide.

Como puede observarse en la tabla, sólo una escala es capaz de predecir el abandono. En concreto, la presencia de un trastorno paranoide de la personalidad explica tan sólo un 2,9% de la varianza. Este porcentaje, aunque pequeño, resulta estadísticamente significativo.

## DISCUSIÓN

En este estudio se ha llevado a cabo un análisis de los factores que predicen el éxito terapéutico en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. Para ello se ha evaluado una muestra amplia de pacientes que acudieron en busca de tratamiento a la Fundación Proyecto Hombre por un problema de drogodependencias.

Tal y como se podía presuponer, se ha encontrado una elevada presencia de trastornos de personalidad entre los pacientes atendidos en la comunidad terapéutica. De hecho, la problemática es más prevalente que en otros dispositivos de tratamiento ambulatorio (Duran y Iglesias, 2006; Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi, y Lorea, 2006; Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi, Lorea, y Zarzuela, 2002; Fernández-Montalvo, Lorea, López-Goñi, y Landa, 2008; Landheim, Bakken, y Vaglum, 2003).

Una de las causas que puede explicar esta alta prevalencia de trastornos de personalidad es la ampliación de la oferta terapéutica para el tratamiento de las adicciones. En los últimos años se han incrementado los tratamientos ambulatorios, que en un primer momento pueden haber absorbido la demanda de pacientes menos graves. Así, tras diferentes episodios de tratamiento ambulatorio, el tratamiento de segunda elección para los pacientes más graves pasaría a ser la comunidad terapéutica. Esto implicaría que en esta modalidad de tratamiento la patología concomitante a la adicción sea mayor, tal y como se ha encontrado en este estudio.

Hay que destacar también cómo las puntuaciones en los trastornos de personalidad antisocial, límite y paranoide son mayores entre los pacientes que abandonan el tratamiento antes de completarlo. Con este tipo de datos hay que plantearse la necesidad de tratamientos muy concretos encaminados no sólo al tratamiento de la dependencia a sustancias, sino también al tratamiento de la problemática psicopatológica de cada paciente.

La ausencia de algún trastorno de personalidad concreto como un factor predictor relevante en los resultados del tratamiento puede deberse, por un lado, a la alta prevalencia de los mismos. De esta manera, la sola presencia de esta patología –independientemente del trastorno que se trate– puede ser en sí mismo un factor pronóstico de un abandono temprano. Por ello en el futuro quizá debieran considerarse, además de los trastornos de personalidad otro tipo de variables, tales como las variables motivacionales para identificar subpoblaciones de pacientes que puedan beneficiarse de mejoras específicas del tratamiento.

A pesar de esta falta de resultados específicos, este tipo de estudios orientan hacia la necesidad de una renovación de las comunidades terapéuticas, mejorando los diagnósticos, y aportando una mayor individualización de los tratamientos.

## BIBLIOGRAFÍA

Abeijón, J. A. (2007). La confrontación entre los programas libres de drogas y los de reducción de daños responde a esquemas del pasado. *cdd boletín. Boletín documental sobre drogas y drogodependencias*(141), 4-5.

Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A., y Bousño, M. (1996). *Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española* Paper presented at the Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría.

Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., Strauss, W., Loll, A., Luthcke, H., et al. (2001). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 24-29.

Caminos, G., Garzarón, P., Illescas, C., Larráyo, C., Lerma, A., López-Goñi, J. J., et al. (2005). Evaluación de la efectividad de un programa ambulatorio de tratamiento de problemas por abuso de sustancias. Primeros resultados. In C. o. d. p. d. Navarra (Ed.), *IV Jornadas de Psicología en Navarra*. Pamplona.

De Leon, G. (2004). *La Comunidad Terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U., y Dilling, H. (1998). Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 22(1), 77-86.

Duran, A. L., y Iglesias, E. B. (2006). Patterns and personality disorders in persons with cocaine dependence in treatment. *Psicothema*, 18(3), 578-583.

Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J. J., y Lorea, I. (2006). Personality disorders in alcoholics: A comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II. *Addictive Behaviors*, 31(8), 1442-1448.

Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J. J., Lorea, I., y Zarzuela, A. (2002). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 217-225.

- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N., y Lorea, I. (2007). Relapse precipitants in addictions: results in a therapeutic community. *Journal of Addictive Diseases*, 27(4), 55-61.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N., y Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment program: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use y Misuse*, 43(10), 1362-1377.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I., y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 271-283.
- Fernández-Montalvo, J., Lorea, I., López-Goñi, J. J., y Landa, N. (2008). Comorbilidad psicopatológica en la adicción a la cocaína: resultados con el SCL-90-R. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16(2), 273-286.
- Fernández-Montalvo, J., Lorea, I., López-Goñi, J. J., Landa, N., y Zarzuela, A. (2003). Trastornos de personalidad en adictos a la cocaína: un estudio-piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(123), 79-98.
- Franey, C., y Ashton, M. (2002). The Grand design lessons from DATOS. *Drug and alcohol findings*(7), 4-19.
- Gossop, M. (2006). *Treating drug misuse problems: evidence o effectiveness*. Londres: National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Hunter, E. E., Powell, B. J., Penick, E. C., Nickel, E. J., Liskow, B. I., Cantrell, P. J., et al. (2000). Comorbid psychiatric diagnosis and long-term drinking outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 41(5), 334-338.
- Kokkevi, A., y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., y López-Goñi, J. J. (2005). Prevalencia del juego patológico en el alcoholismo: un estudio exploratorio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), 125-133.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., y Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 253-269.
- Landheim, A. S., Bakken, K., y Vaglum, P. (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics - Substance abusers treated in two counties in Norway. *European Addiction Research*, 9(1), 8-17.



López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Menéndez, J. C., Yudego, F., Rico, A., y Esarte, S. (in press). Group and individual change in the treatment of drug addictions: a follow-up study in therapeutic community. *Psychology of Addictive Behaviors*.

López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., y Larráyo, C. (2006). Factores predictores de la adherencia al tratamiento ambulatorio en consumidores de alcohol y/o cocaína. (Sin publicar, memoria de investigación). UNED Centro Asociado de Tudela.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., y O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*(168), 26-33.

Millon, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory- II (MCMI II)*. Minneapolis: National Computer Systems.

NIDA. (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Washington: National Institute on Drug Abuse.

Ravndal, E., Vaglum, P., y Lauritzen, G. (2005). Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: A prospective study from 13 different units. *European Addiction Research*, 11(4), 180-185.

Simpson, D. D., y Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 2(1), 7-29.

Weltzer, S. J. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment*(55), 445-464.