

EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LOS RESIDENTES SEGÚN FASE DE TRATAMIENTO EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL INSTITUTO MUNDO LIBRE

Elena Esther Yaya Castañeda, Patricia C. Daza Velásquez
Luís E. Jáuregui Aguirre, Javier Víctor Medina Velazco.
e-mail: eleyaca@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La evaluación es una de las partes más importantes que se llevan a cabo en la terapia de la conducta; tiene por objeto el conocer y cuantificar en términos accesibles la conducta del paciente. La evaluación es tan importante que si no se realizara en forma adecuada, el terapeuta jamás conocería en realidad si su terapia dio o no resultado. El proceso evaluativo determina qué variables son las que están manteniendo la conducta inadecuada. De esta forma, la evaluación dirige a la terapia durante los primeros estadios. Cuando la evaluación está mal realizada, es posible que la terapia lleve senderos distintos a los correctos y no resuelva el problema del paciente. La corriente conductual evalúa a través de inventario o registró directo, observación hacia ciertos estímulos. Es por ello necesario trabajar durante el tratamiento de rehabilitación las conductas y estímulos que estén vinculados en el diagnóstico de adicción o dependencia de sustancias psicoactivas, juego patológico, etc., todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además en las adicciones, sean con o sin sustancia, se dan los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) define como dependencia de sustancias psicoactivas a las características o patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo. La Comunidad Terapéutica es un tratamiento psicológico el cual pretende conseguir que la persona dependiente de una sustancia psicoactiva o de una conducta adictiva sea capaz de afrontar la abstinencia, se entrena mediante distintas técnicas en afrontar la vida sin drogas, en poder evitarlas, en rechazarlas y en reorganizar su ambiente de modo que pueda estar sin ellas (Becoña y Vázquez, 2001). La persona cambia su estilo de vida anterior por un estilo de vida saludable es más probable que mantenga la abstinencia a largo plazo, la realidad nos muestra que un cambio en el estilo de vida no siempre es fácil y va a depender de múltiples circunstancias, tanto del sujeto como de la familia y del medio social, oportunidades, madurez, etc. El análisis de la comorbilidad, relacionado con el cambio en el estilo de vida, cobra una gran relevancia.

I.- EVALUACIÓN CONDUCTUAL: DEFINICIÓN Y ASPECTOS POLÉMICOS.

Nelson y Hayes (1981) la definen a la “Evaluación conductual como la identificación y medición de unidades de respuesta significativas y de las variables (tanto ambientales como orgánicas) que las controlan, con el propósito de entender y alterar el comportamiento humano).” La evaluación conductual tiene como fundamentos los siguientes:

1. La evaluación conductual se basa en los principios teóricos de la Psicología Experimental y de la Psicología del Aprendizaje. Se considera que en la conducta anormal rigen los mismos principios que en la conducta normal.
2. La evaluación conductual se dirige a conductas–problema o variables–criterio (o a otras con ellas relacionadas) concretas.
3. El objetivo fundamental es el de identificar las condiciones que controlan las conductas–problema. nos interesan las variables internas y externas que, en la situación presente, mantienen a las conductas problema.
4. La evaluación y el tratamiento suponen dos intervenciones psicológicas inseparables y dialécticamente relacionadas.
5. En evaluación conductual se requiere la utilización de datos objetivos, fiables y válidos presentados en forma cuantitativa y recogida de la situación natural en la que se encuentra el sujeto.
6. La evaluación conductual lleva consigo la validación experimental de todo el proceso en el que se integra el tratamiento del sujeto: verificar que la manipulación de las variables independientes ha producido cambios en las variables dependientes.

1.1.- El Proceso de Evaluación Conductual.- Se distingue en tres fases principales: 1) Selección y descripción de las conductas problema, 2) Selección de las técnicas de intervención y 3) Valoración de los efectos productos por la intervención realizada.

1.2.- Fases del Proceso de Evaluación Conductual

1. Análisis del motivo de consulta; importante conocer el por qué el sujeto acude a buscar ayuda en un profesional.
2. Establecimiento de las metas últimas de tratamiento; conocidas como *goals* y resultados finales, considerados para el tratamiento como un éxito. Las *conductas objetivo* hacen referencia a variables concretas de la conducta sobre

las que se enfoca el tratamiento. Los objetivos últimos son los efectos que deben producir las conductas cambiadas durante el tratamiento.

3. Análisis de las conductas problema; hacen referencia a la *traducción*, en términos conductuales operacionales.
4. El estudio de los objetivos terapéuticos; son conductas metas o conductas objetivos que se dirige o centra la intervención terapéutica.
5. Para elegir conductas metas; Nelson y Hayes señalan algunas consideraciones:
 - a. Deben cambiarse los comportamientos que son física, social o económicamente peligrosos para el sujeto o para los que le rodean.
 - b. Una conducta es anormal y debe modificarse si es aversiva para el propio sujeto o para otros.
 - c. Se debe cambiar una determinada conducta si así se flexibiliza el repertorio de conductas del sujeto, de tal forma que se aumente el bienestar individual y social a largo plazo.
 - d. La conducta a implantar en lugar de la conducta problema debe establecerse en términos positivos y constructivos en lugar de la visión supresora o negativa.
 - e. Se elegirán para su modificación aquellas conductas que el contexto continuará manteniendo. Por contexto se entiende no sólo el entorno físico y social sino también el sistema de valores y creencias.
 - f. Sólo se considerarán conductas objetivo aquellas que son susceptibles de ser tratadas.
6. La prioridad en las conductas objetivo; debe modificar:
 - a. La conducta que resulte más molesta para el paciente.
 - b. La más fácil de modificar: los resultados rápidos motivan al paciente y los llevarán a esforzarse y colaborar.
 - c. La conducta que produzca la máxima generalización de los efectos terapéuticos.
 - d. La primera conducta de la cadena.
7. Criterios directrices para la elección del tratamiento adecuado; Nelson y Hayes han propuesto:
 - a. El análisis funcional (relación E–R). Constituye la estrategia clásica en terapia de conducta para unir evaluación y tratamiento. Pretende descubrir las relaciones estímulo–respuesta.

- b. La estrategia de la conducta clave (relación R–R). Parte del supuesto de que los trastornos conductuales están constituidos por clases de conductas que se interrelacionan en los tres sistemas de respuestas: motor, cognitivo y fisiológico.
 - c. La estrategia (Evans, 1986) sería cambiar una conducta para que ésta cambie otra y así sucesivamente. Pretende descubrir las relaciones respuesta–respuesta.
 - d. La estrategia diagnóstica; determinado el diagnóstico, se elegirá el tratamiento que se encuentre más efectivo para ese tipo de trastorno.
 - e. La estrategia de la guía teórica. Enfrentados con las quejas y demandas del paciente, el terapeuta recurre al arsenal de teorías y conocimientos científicos existentes en busca de un sistema conceptual que verse con la región de fenómenos con que se encuentra, de tal forma que le sea posible descubrirlos con precisión y encontrar estrategias de actuación para pasar de un estado A a un estado B.
8. Evaluación de los resultados del tratamiento.
9. Procedimientos de valoración de los resultados.
- a. Valoración de los resultados del tratamiento respecto a la línea base (registro de las tasas de la conducta problemática previo a una intervención planificada).
 - b. Valoración de los resultados de la intervención por comparación con las metas últimas del tratamiento.
 - c. Seguimiento.

II.- EL PROCESO DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES: MODELO GENERAL

Las fases de un tratamiento para una persona con una adicción constan de las etapas de demanda del tratamiento, evaluación, tratamiento y seguimiento. A su vez, dentro del tratamiento, se distinguen seis fases: desintoxicación o mantenimiento; deshabitación psicológica o consecución de la abstinencia de la sustancia o dejar de hacer la conducta; normalización, cambio de estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas a la adicción; prevención de recaídas; programa de mantenimiento o programa de apoyo a corto, medio y largo plazo; y, cuando sea necesario, programa de juego controlado o programas de reducción de daños. Para conseguir un buen tratamiento según cada fase es necesario tener en cuenta los siguientes:

A.- Incremento de la Motivación para el Cambio.-

- B.- Exposición con Prevención de la Respuesta.-**
- C.- Entrenamiento en Solución de Problemas.-**
- D.- Terapia Cognitiva.-**
- E.- Entrenamiento en Reducción de la Ansiedad y del Estrés.-**
- F.- Control de la Ira y de la Agresividad.-**
- G.- Manejo de Contingencias.-**
- H.- Técnicas de Autocontrol.-**
- I.- El Tratamiento de los Problemas de Comorbilidad.-**
- J.- Terapia Familiar.-**
- K.- Terapia de Grupo.-**
- L.- Prevención de la Recaída.-**

III. COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Este término se acuñó en hospitales psiquiátricos del Reino Unido en la década de los 50 (1). Una década más tarde, el término comunidades terapéuticas comienza a utilizarse para denominar determinados tratamientos residenciales libres de drogas para sujetos dependientes de sustancias, aunque estos programas surgieron independientemente del contexto del hospital psiquiátrico. La comunidad terapéutica (C.T.) como tratamiento para el abuso y dependencia de drogas surgió por los años 60 en Norteamérica, como una alternativa a los tratamientos convencionales. El concepto base de este modelo era la autoayuda, y fue desarrollado inicialmente por alcohólicos en recuperación y drogodependientes. Así, aunque Alcohólicos Anónimos y Synanon son sus antecedentes más reconocidos, el modelo de comunidad terapéutica es más antiguo y ha sido aplicado en diversos campos de asistencia y apoyo comunitario.

En la actualidad el modelo de C.T. está extendido y consolidado en nuestro entorno, realizando una contribución sustancial en el campo de la asistencia en drogodependencias.

3.1.- La Comunidad como Agente Terapéutico

Un día típico en una C.T. implica un periodo muy estructurado, que se inicia aproximadamente a las 7.00 a.m. y finaliza aproximadamente a las 23.00 p.m. Durante este tiempo los usuarios participan en una variedad de reuniones, actividades ocupacionales, grupos de encuentro y otros grupos terapéuticos, consejo y terapia individual, y actividades recreativas. La interacción entre estas actividades educativas, terapéuticas, y sociales constituye la esencia de la comunidad como agente

terapéutico. La C.T. se beneficia del papel de los pares como agente activo en el cambio del usuario, a través del fortalecimiento de los vínculos interpersonales. Del mismo modo que el papel de los pares es ampliamente reconocido en la iniciación, desarrollo y mantenimiento de los trastornos adictivos, la C.T. se basa también en la utilidad del grupo de iguales en el cambio de la conducta adictiva y otras conductas relacionadas. Los compañeros son una fuente incomparable de feedback de evaluación y apoyo, reforzamiento para las conductas positivas, instrucción, modelamiento y sugerencias para el cambio. La C.T. proporciona un espacio único para que estas interacciones sean intensivas, continuadas, programadas y desarrolladas de modo estructurado, lo que facilita la satisfacción de necesidades relacionales en el usuario y a la vez permiten la estructuración de las relaciones de este consigo mismo y con los demás, preparándole para la integración posterior en otros núcleos familiares y sociales. Así, el aprendizaje observacional o vicario, el control de las contingencias de la conducta bajo control del equipo, la ayuda mutua y las estrategias grupales para facilitar el cambio motivacional, actitudinal y comportamental constituyen un elemento básico del modelo de C.T. Estas actividades comunitarias se desarrollan a través de reuniones diarias, seminarios frecuentes, sesiones de terapia grupal y la interacción permanente en el marco de la C.T. Durante las tareas ocupacionales, grupos, reuniones, actividades recreativas y tiempo personal y de interacción social, los residentes se transmiten entre si los mensajes que constituyen el espíritu y esencia de la comunidad. Así, la importancia de la autoayuda es evidente, por la amplia variedad de tareas que son responsabilidad de los residentes: a menudo todas las tareas de cocina, limpieza, mantenimiento básico de la C.T. son responsabilidad de los residentes, incluso en ocasiones éstos conducen reuniones y grupos de encuentro.

3.2.- Elementos Terapéuticos Formales de la C.T.

Las C.T. profesionalizadas incorporan a su programa terapéutico estrategias formales de intervención muy variadas desde el tratamiento psiquiátrico hasta la aplicación de técnicas de tratamiento psicológico de índole diversa, según la orientación teórica de la C.T. (terapia cognitivo-conductual, familiar – sistémica, de orientación psicoanalítica, psicodrama, Gestalt, psicoterapia centrada en el cliente, etc.). Las estrategias cognitivo – conductuales van orientadas a la adquisición de habilidades diversas (habilidades de afrontamiento del estrés y de los deseos de consumo, autocontrol, habilidades sociales, prevención de recaídas, etc.), y a la preparación del sujeto para

el estilo de vida abstinente. Solamente se subraya que estas estrategias cognitivo – conductuales se enfocan en ayudar al paciente a identificar y modificar las cadenas de comportamientos y pensamientos que conducen directa o indirectamente al uso de drogas. Estas técnicas incluye: a) el aprendizaje y práctica de habilidades para el afrontamiento del craving agudo y crónico y otras situaciones de riesgo para el uso de drogas; b) promoción y reforzamiento de habilidades sociales y conductas compatibles con el estilo de vida abstinente e incompatible con el uso de drogas; y c) técnicas de modificación cognitiva. Las técnicas cognitivas se basan en la adaptación de las teorías cognitivas de Beck (10) y las teorías del aprendizaje social (11), y se enfocan en la identificación de patrones de pensamiento desadaptativos como instrumento para modificar o eliminar estados afectivos negativos y conductas desadaptativas. Las técnicas motivacionales que consiste en un acercamiento empático y escucha reflexiva, orientada a esclarecer y aumentar la motivación del paciente hacia el cambio, mediante el diálogo acerca de los pros y contra de una conducta específica, la exploración de las metas y objetivos del paciente y la ambivalencia acerca del logro de esas metas. En las C.T., junto con las estrategias de intervención individuales, las técnicas grupales constituyen la base de la intervención psicológica. Dentro de las estrategias grupales, se utilizan los grupos de encuentro para confrontar actitudes y comportamientos negativos y reforzar cambios positivos en tales actitudes y comportamiento.

Los programas de tratamiento residenciales también pueden ser muy eficaces, son programas altamente estructurados en los que los pacientes permanecen en una residencia, generalmente durante 6 a 12 meses. Entre los pacientes en las comunidades terapéuticas se pueden encontrar aquellos con historias relativamente largas de drogadicción o de haber estado envueltos en actividades criminales serias y aquellos con un funcionamiento social sumamente deteriorado. El enfoque de la comunidad terapéutica es la reinserción social del paciente a un estilo de vida libre de drogas y de crímenes. Las CT tratan a personas con una variedad de problemas de abuso de drogas. A menudo, las personas tratadas tienen otros problemas severos como adicciones a varias drogas, problemas con el sistema judicial, falta de respaldo social positivo, y problemas de salud mental (por ejemplo, depresión, ansiedad, el trastorno del estrés postraumático, trastorno antisocial y otros trastornos de personalidad). Por ello es necesario contar con un instrumento que evalúe cambios conductuales para evaluar su proceso de cambio siendo esto una principal acción dentro de la C.T sin embargo es importante conocer en el si las características

personales esta acompañado con el proceso de cambio de cada residente por tal motivo es necesario conocer:

¿Cuál es la relación que existe entre las características conductuales y la fase de tratamiento de los residentes de la Comunidad terapéutica del instituto Mundo Libre?

OBJETIVOS

Determinar la relación que existe entre las características conductuales y la fase de tratamiento de los residentes de la Comunidad terapéutica del instituto Mundo Libre.

METODOLOGIA

Diseño: Correlacional.

Muestra: La población muestral es de 75 residentes, de diferentes edades en la Comunidad Terapéutica del Instituto Mundo Libre.

Instrumento: Ficha de Evaluación de la Fase de Tratamiento.

Procedimiento: Se inicia la evaluación después de un mes de permanencia en la Comunidad Terapéutica del Instituto Mundo Libre, esto en la fase de Acogida, posteriormente a esto se evaluara mensualmente hasta finalizar el tratamiento. La evaluación se hace en equipo multidisciplinario; pero es monitoreado por el área de psicología.

ANALISIS DE RESULTADOS

Tabla Nº1: Frecuencia y Porcentaje según la **Edad**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
8	1	1,3
9	1	1,3
11	9	12,0
12	12	16,0
13	14	18,7
14	19	25,3
15	13	17,3
16	4	5,3
18	2	2,7
Total	75	100,0

En esta Tabla nos muestra que el 1% se encuentra entre las edades de 8 y 9 años así como el 19% está comprendido en la edad de 14 años.

Tabla N°2: Frecuencia y Porcentaje según la **Fase de Tratamiento**

Fase de Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Acogida	45	60,0
Pre comunidad	17	22,7
Comunidad	10	13,3
Reinserción	3	4,0
Total	75	100,0

En la Tabla N°2 indica que el 60% de la muestra se encuentra en la Fase de Tratamiento de Acogida y un 3% en la Fase de Reinserción.

Tabla N°3: Frecuencia y Porcentaje según el **Tiempo de Permanencia**

Tiempo de Permanencia	Frecuencia	Porcentaje
1	15	20,0
2	11	14,7
3	10	13,3
4	6	8,0
5	3	4,0
6	6	8,0
7	1	1,3
8	3	4,0
9	2	2,7
10	4	5,3
12	1	1,3
13	1	1,3
15	1	1,3
16	3	4,0
18	2	2,7
20	2	2,7
22	1	1,3
26	1	1,3
28	2	2,7
Total	75	100,0

En la Tabla N°3 nos muestra que el 20% se encuentra en el tiempo de permanencia de un mes y el 1% en el tiempo de permanencia de 7,12,13,15,22 y 26 meses.

Tabla N°4: Frecuencia y Porcentaje según El Tiempo de Consumo

Tiempo de Consumo	Frecuencia	Porcentaje
1	6	8,0
2	1	1,3
3	7	9,3
4	2	2,7
6	2	2,7
7	1	1,3
8	1	1,3
12	19	25,3
14	1	1,3
18	1	1,3
24	22	29,3
30	1	1,3
34	1	1,3
36	8	10,7
48	2	2,7
Total	75	100,0

En la Tabla N°4 señala que el 29% se encuentra en el tiempo de consumo de 24 meses y 1% se encuentra en el tiempo de 2,7,8,14,18,30 y 34 meses de consumo.

Tabla N°5: Frecuencia y Porcentaje según la Modalidad de Ingreso

Modalidad de Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Voluntario	12	16,0
Preventivo	5	6,7
INABIF	2	2,7
Familia	19	25,3
Trabajo de Calle	37	49,3
Total	75	100,0

En esta Tabla N°5 nos muestra que el 2% se encuentra en la Modalidad de Ingreso por INABIF y el 49% en la modalidad de Trabajo de Calle.

A partir de la Tabla N°6 empezaremos a dar respuesta a nuestros objetivos de la investigación así como también a nuestras hipótesis planteadas.

En la Tabla N°6 y 7 observamos que existe una correlación positiva (TablaN°6: $r=0,487$ y $r=0,445$ y Tabla N°7: $r=0,871$ y $r=0,686$); esto quiere decir que si las variables aumentan la otra variable relacionada deberá cambiar. De acuerdo a la investigación la edad cronológica está relacionada con la Fase de Tratamiento y la

Evaluación Conductual; es decir si aumentara la edad cronológica en un desarrollo normal del individuo tendrá que ser promovido a la Fase de Tratamiento que le corresponda según su Evaluación conductual.

Tabla N°6: Correlación de las **Características Conductuales** y la **Fase de Tratamiento** según la **edad**.

		Fase	Evatrat
Edad	Correlación de Pearson	,487(**)	,445(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	75	75

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla N°7: Correlación de las **Características Conductuales** y la **Fase de Tratamiento** según el **Tiempo de Permanencia**

		Fase	Evatrat
permanencia	Correlación de Pearson	,871(**)	,686(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	75	75

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla N°8 y 9 observamos que no existe una correlación significativa (TablaN°8: $r = 0,077$ y $r = 0,54$ y Tabla N°9: $r = 0,008$ y $r = 0,021$); esto quiere decir que el Tiempo de Consumo y la Modalidad de Ingreso es independiente a la Fase de Tratamiento y a la Evaluación Conductual.

Tabla N°8: Correlación de las **Características Conductuales** y la **Fase de Tratamiento** según el **Tiempo de Consumo**.

		Fase	Evatrat
Consumo	Correlación de Pearson	,077	,054
	Sig. (bilateral)	,511	,644
	N	75	75

Tabla N°9: Correlación de las **Características Conductuales** y la **Fase de Tratamiento** según la **Modalidad de Ingreso**.

		Fase	Evatrat
Ingreso	Correlación de Pearson	,008	,021
	Sig. (bilateral)	,947	,861
	N	75	75

DISCUSIÓN

Este artículo demuestra la importancia de conocer paulatinamente el avance en el tratamiento individual de cada residente de la Comunidad Terapéutica ya que atendemos a Niños y adolescentes consumidores de Sustancias Psicoactivas; población que aun están en desarrollo y que por lo tanto pueden ser rehabilitados en la problemática de la adicción. Es por ello que cabe resaltar en esta investigación la relación significativa que existe entre las características conductuales que son evaluados a través de la Ficha de Evaluación de la Fase de Tratamiento que es de manejo interno de la C. T del Instituto Mundo Libre, la cual es un instrumento de importancia en relación con la Fase de tratamiento en la cual son promovidos los niños y adolescentes. El tiempo de permanencia en la C.T es otra variable importante para el tratamiento ya que de acuerdo al tiempo en que se adapte el niño y adolescente será un punto de relevancia para que se adhiera al programa de tratamiento de adicción.

Las revisiones que se han realizado a los diferentes estudios involucrados en el tema de adicción y Tratamiento en comunidades Terapéuticas solo se han podido encontrar estudios relacionados a Motivación de Cambio en población adulta en donde si se han encontrado que aumenta la probabilidad de que el paciente se dé cuenta de que puede cambiar o que tome conciencia de la posibilidad de cambio. A mayor antigüedad en el consumo y más años de abuso de la sustancia se produce mayor deterioro psicosocial y menor existencia y menor utilización de los recursos de apoyo (relaciones de ayuda). Cuanto mayor es el historial de consumo se presentan más dificultades para modificar las respuestas condicionadas a la conducta adictiva, existe una mayor sensibilización a los efectos negativos de la abstinencia y menor capacidad para desarrollar conductas alternativas (contracondicionamiento). 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.

CONCLUSIÓN

Es necesario destacar que existe la carencia de autoinformes de evaluación de conductas adictivas para niños y adolescentes así como también otros instrumentos como de habilidades de afrontamiento para el uso específico en la adicción a drogas. Debemos resaltar la importancia que se debe tener en fomentar a los profesionales interesados en el tema del Tratamiento de Adicción que investiguen en la población de niños y adolescentes Consumidores de Sustancias Psicoactivas es necesario tener instrumentos, acciones terapéuticas y datos estadísticos en esta población para mejorar la intervención terapéutica y tener próximos jóvenes - adultos libres de la adicción y otros problemas psicológicos.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Becoña Iglesias, E (2002). **Adicciones y salud**. Departamento de Psicología Universidad Iberoamericana Distrito Federal – México

Caballo, V. (1991). **Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta**. Siglo XXI

Fernández Ballesteros, R. y Carroble, J. A. (1987). **Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones**. Editorial Pirámide.

Fernández, C. y Llorente, J.M (1999). **Comunidades terapéuticas para toxicómanos. Nuevas perspectivas**. En: Becoña, E.; Rodríguez, A.; Salazar, I.; (Eds.): Drogodependencias, Vol. nº 5. Universidad de Santiago de Compostela (en prensa). 1999

Labrador, F., Cruzado, J., y Muñoz, M (1993). **Manual de Técnicas de Modificación de Conducta**.

Llorente, J.M.; Fernández, C. y Gutiérrez M(1998). **Las Comunidades Terapéuticas en el Tratamiento del Abuso y Dependencia de Sustancias**. Monografías de Psiquiatría. Año 10; Vol.6; pgs.43-53.1998

SÁNCHEZ-HERVÁS, E (2002). **Procesos de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo**. ADICCIONES, 2002 • VOL.14 NÚM. 3 • PÁGS. 337/344

Silva, F(1989). **Evaluación Conductual y Criterios Psicométricos**. Editorial Pirámide