

TRATAMIENTO

Intervención psicológica en conductas adictivas

Psychological intervention in addictive behaviours

SÁNCHEZ-HERVÁS, E., y TOMAS GRADOLÍ, V.

Unidad de Conductas Adictivas Área 9. Catarroja. Consellería de Sanitat. Valencia.

RESUMEN: *Objetivo:* la intervención psicológica en conductas adictivas debe de ajustarse al igual que se realiza en otras disciplinas, a la utilización de técnicas y tratamientos que hayan demostrado su utilidad en dicho ámbito. Se parte del supuesto de que cualquier intervención psicológica no tiene porqué estar justificada y, por tanto, no existe ninguna razón para aplicar a los pacientes tratamientos o técnicas que no hayan sido validadas.

Método: se revisan los diferentes tipos de tratamientos psicológicos que en la actualidad tienen soporte empírico y que son recomendados por el National Institute of Drug Abuse y la Sociedad de Psicología Clínica (División 12 de la Asociación Psicológica Americana). Se revisan algunos tratamientos con formato de intervención psicológica breve recomendados por el Centre for Substance Abuse Treatment.

Resultados: en el tratamiento de conductas adictivas se han utilizado distintos enfoques de intervención psicológica, no obstante sólo las terapias de corte cognitivo-conductual poseen validez empírica en este ámbito de intervención. Por otro lado, algunas intervenciones en formato de terapia breve pueden ser útiles en el tratamiento

Conclusiones: se concluye que el tratamiento psicológico es un aspecto nuclear en el tratamiento de la adicción a drogas y, que en base a la información que se dispone en la actualidad y salvo algunas excepciones, las intervenciones psicológicas en conductas adictivas más recomendables se encuentran dentro del marco de la terapia cognitivo-conductual.

PALABRAS CLAVE: Tratamiento psicológico. Terapia cognitivo-conductual. Conductas adictivas.

ABSTRACT: *Objective:* the psychological intervention in addictive behaviours must of be adjusted the same as is accomplished in other disciplines, to the techniques utilization and «treatment packages» that they may have demonstrated their usefulness in said area. It is part of the supposed of the fact that any psychological intervention does not has why be justified and, by so much, it does not exist no reason to apply to the patient treatments or technical that they may not have been validated.

Method: there were reviewed the different types of psychological treatments that at present have empirical support and that they are recommended by the National Institute of Drug Abuse and the Psychology Society Clinic (Division 12 of the American Psychological Association). Were reviewed also some treatments with format of short psychological intervention recommended by the Center for Substance Abuse Treatment.

Results: in the treatment of addictive behaviours have been used different psychological intervention approaches, nevertheless, only the court therapies cognitivo-conductual possess empirical validity in this intervention area. On the other hand, some interventions in short therapy format can be useful in the treatment.

Discussion: it is concluded that the psychological treatment is a nuclear aspect in the treatment of the addiction to drugs and, that in base to the information that is had at present and unless some exceptions, the psychological interventions in addictive behaviours more recommendable are found within framework of the cognitive-behaviour therapy.

KEY WORDS: Psychological treatment. Cognitive-behaviour therapy. Addictive behaviours.

Correspondencia:

EMILIO SÁNCHEZ HERVÁS.
Unidad de Conductas Adictivas.
Centro de Salud.
Avda. Rambleta, s/n.
46470 Catarroja. Valencia.
e-mail: uca.catarroja@trabajo.m400.gva.es

Introducción

Las drogas han estado presentes a lo largo de toda la historia de la humanidad, pero ha sido en los últimos años cuando sus efectos sobre los que las consumen han provocado una mayor atención por parte de la población. La eclosión producida en nuestro país a principios de los años ochenta con la aparición de un consumo abusivo de heroína, supone el comienzo de uno de los principales problemas sanitarios actuales. Las primeras respuestas asistenciales a dicho fenómeno se produjeron aisladamente, a nivel privado y sin ningún tipo de coordinación entre los recursos (escasos) disponibles en aquel momento. Las organizaciones no gubernamentales trataban de dar respuesta a un problema con graves consecuencias en todos los ámbitos sociales. Mediada la década de los ochenta y, tras la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas, comienzan a ponerse en marcha recursos desde el sistema público, con la aparición de centros públicos y concertados, dependientes de planes autonómicos y municipales que intentan ofrecer cobertura al problema. El tratamiento psicológico ha estado presente desde el primer momento en el que se pusieron en marcha las distintas redes de atención a las drogodependencias, y ha evolucionado y se ha adaptado en la medida que ha evolucionado también el mismo fenómeno de la adicción a drogas^{1,2}.

Cada aproximación terapéutica descansa en unos presupuestos metateóricos más o menos flexibles que definen el objeto de estudio, y guían en conjunto, las investigaciones que se llevan a cabo en su seno. El contexto de la clínica psicológica propicia un ejercicio de autoconciencia sobre el propio paradigma. Nos adherimos al paradigma de la psicología objetiva tal y como propone Rodríguez-Naranjo³, puesto que las mayores garantías de eficacia en la intervención psicológica parecen depender de que la intervención se formule e investigue como aplicación rigurosa de la psicología científica, es decir, de que sea considerada a todos los efectos como una práctica científica.

En el ámbito de la intervención psicológica, ha sido el enfoque cognitivo-conductual el primero en dar respuesta a los problemas planteados por la adicción a drogas y sigue siendo hoy en día el más ampliamente utilizado por los profesionales y el más ampliamente validado científicamente. A continuación revisaremos las directrices actuales recomendadas para los tratamientos psicológicos en la adicción a drogas, directrices contrastadas y validadas por la comunidad científica internacional que deben de guiar a los profesionales en la práctica clínica diaria.

Tratamientos psicológicos y evidencia empírica

El tratamiento psicológico es un aspecto nuclear en drogodependencias. Los principios de tratamiento efectivo propuestos por el NIDA⁴ señalan que la intervención psicológica es fundamental a largo plazo (tabla I, punto 6). Entre las recomendaciones de la Asociación Psicológica Americana⁵ los tratamientos con una mayor validez para el tratamiento de conductas adictivas pertenecen mayoritariamente a un enfoque cognitivo-conductual (tabla II).

Además de los principios efectivos de tratamiento recomendados de forma general en el tratamiento de las drogodependencias, el NIDA señala también las distintas intervenciones psicoterapéuticas fundamentadas científicamente, y que deben de orientar al clínico en la práctica clínica diaria (tabla III). De forma resumida se presentan tales intervenciones:

Tabla I. Principios del tratamiento efectivo⁴

1. Ningún tratamiento en particular es apropiado para todos los individuos
2. El tratamiento debe ser fácilmente accesible
3. El tratamiento efectivo abarca las múltiples necesidades del individuo
4. El plan de tratamiento individual debe ser evaluado continuamente y modificado en función de las necesidades cambiantes del individuo
5. La permanencia en el tratamiento durante un período adecuado es crítico para la efectividad del tratamiento
6. El consejo psicológico (individual o en grupo) y otras terapias conductuales son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la drogodependencia
7. La medicación es un elemento importante para el tratamiento de muchos pacientes, en especial cuando ésta se combina con el consejo psicológico y otras terapias conductuales
8. Los individuos adictos o que abusan de drogas y que presentan además otros trastornos mentales, deberían tener tratamientos para ambos trastornos de forma integrada
9. La desintoxicación es sólo el primer paso del tratamiento de la adicción y por sí misma es poco efectiva para modificar el uso de drogas a largo plazo
10. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo
11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe de ser monitorizado continuamente
12. Los programas de tratamiento deberían proveer la evaluación de posibles infecciones por VIH/SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis y otros agentes infecciosos, además del consejo psicológico para ayudar a los pacientes a modificar las conductas que supongan riesgo de infección para ellos mismos o para otros individuos
13. Recuperarse de la adicción a drogas puede ser un proceso a largo plazo y requiere con frecuencia distintos episodios de tratamiento

Tabla II. Tratamientos psicológicos con evidencia empírica⁵

<i>Alcoholismo</i>
Tratamiento de exposición
Enfoque de refuerzo comunitario
Entrenamiento en habilidades sociales
Proyecto CALM
<i>Abuso y dependencia a cocaína</i>
Terapia conductual
Terapia cognitivo-conductual de prevención de recaídas
<i>Abuso y dependencia a tranquilizantes menores</i>
Terapia cognitivo-conductual

— Prevención de recaídas. Conjunto de intervenciones de tipo cognitivo-conductual diseñadas por Marlatt y Gordon⁶ para la prevención de recaídas en el alcoholismo y que con posterioridad se ha aplicado con éxito en las demás conductas adictivas. Uno de los procedimientos más utilizados por los clínicos.

— Modelo «Matrix». Enfoque diseñado para jóvenes adictos a psicoestimulantes, con componentes variados, en el que destacan las terapias conductuales, junto a enfoques psico-educativos, estrategias de autoayuda, consejo psicológico individual y de grupo.

— La psicoterapia expresiva de apoyo: de interés en el ámbito del tratamiento de mantenimiento con metadona, pacientes que presentan problemas de salud mental combinados con conductas adictivas. Enmarcada en el campo de las terapias dinámicas breves⁷, presta especial atención al análisis de la relación entre sentimientos, conducta y drogas.

— El consejo individualizado. Agrupa una serie de estrategias psicológicas y sociales de diversa índole que mayoritariamente podrían estar inscritas dentro del ámbito de la modificación de conducta, con especial hincapié en los problemas derivados o asociados al consumo de drogas. Hace incapié en el estableci-

Tabla III. Intervenciones psicoterapéuticas con validez empírica⁴

— Prevención de recaídas
— Modelo «Matrix»
— Psicoterapia expresiva de apoyo
— Consejo individualizado
— Terapia de incremento motivacional
— Terapia conductual para adolescentes
— Terapia familiar multidimensional para adolescentes
— Terapia multisistémica
— Terapia combinada de tipo conductual y reemplazo de la nicotina
— Enfoque de refuerzo comunitario más economía de fichas
— Terapia de refuerzo en programa de metadona
— Tratamiento de día con refuerzo

miento de metas a corto plazo, elaborando estrategias de afrontamiento adecuadas a los problemas asociados con la abstinencia y orienta al paciente hacia los servicios comunitarios más adecuados para cubrir sus carencias médicas, sociales, económicas, de empleo, etc.

— La terapia de incremento motivacional. Técnica de consejo psicológico que busca incrementar la motivación del paciente para que abandone el uso de drogas. Busca utilizar los recursos intelectuales del paciente o los elementos de su entorno que faciliten el cambio deseado hacia la abstinencia⁸.

— Terapia conductual para adolescentes. Estrategia terapéutica que se basa en principios de la terapia de conducta tales como el control estimular, modelado de conductas y reforzamiento contingente⁹. En esta aproximación terapéutica para los adolescentes con problemas de drogas se presta especial atención a los mecanismos de control social, implicando en el proceso terapéutico a la familia o a otras personas significativas para el paciente.

— Terapia familiar multidimensional para adolescentes. Al igual que en el caso anterior, este enfoque terapéutico está pensado especialmente para adolescentes con problemas con las drogas. Pero a diferencia de la terapia conductual para adolescentes, su foco se centra en las relaciones familiares, ya que el problema adictivo es visto como el producto de una red de influencias, en la que la red familiar tiene un papel clave.

— Terapia multisistémica. Enfoque terapéutico intensivo dirigido a adolescentes con problemas de drogas y una conducta antisocial marcada¹⁰.

— Terapia combinada de tipo conductual y reemplazo de la nicotina. Estrategia que utiliza técnicas conductuales como el entrenamiento en afrontamiento de situaciones de riesgo, junto al soporte de los parches o chicle de nicotina.

— Enfoque de refuerzo comunitario (CRA) más «Vouchers». Terapia multimodal¹¹, ha sido uno de los enfoques que han sido mejor evaluados según el NIDA y ha sido utilizado con éxito con pacientes alcohólicos, heroinómanos y cocainómanos. Los «vouchers» están basados en la economía de fichas, y son justificantes de analíticas de orinas negativas que pueden intercambiarse por diversos refuerzos. En ocasiones se combina con prescripción de Disulfiran.

— Terapia de refuerzo en programas de mantenimiento con metadona. Similar al enfoque anterior, se centra en reforzar progresivamente los períodos de abstinencia en pacientes en programa de metadona.

— Tratamiento de día con refuerzo. Similar a los dos enfoques anteriores pero aplicado a adictos sin

hogar. Incluye grupos de consejo y psicoeducacionales.

Terapia breve en conductas adictivas

El perfil de los pacientes que acuden a los centros específicos de tratamiento evoluciona constantemente. La figura del drogodependiente con un largo historial de policonsumo, con enfermedades asociadas, sin nivel cultural, sin ocupación laboral y marginal, ya no es mayoritaria. Nuestros pacientes presentan perfiles más variados y a menudo una de las exigencias es la de que se les ofrezca una atención rápida y eficaz. No obstante, esta demanda no siempre puede ofrecérseles, bien por su situación clínica, bien por el exceso de demanda asistencial. En cualquier caso, habrá un grupo de pacientes en los que una intervención breve pueda ser adecuada y es nuestra obligación poder ofertarla a nuestros clientes.

Las intervenciones breves pueden definirse como aquellas prácticas destinadas a investigar un problema potencial y motivar a un individuo a comenzar a hacer algo sobre el abuso de sustancias. No es un sustituto para aquellas personas con un nivel alto de dependencia. La meta final es la de reducir el daño que puede resultar del uso continuado de sustancias. La duración es de 1 a 40 sesiones, con la terapia típica entre 6 y 20 sesiones. La meta es proveer a los pacientes con herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar una variedad de problemas subyacentes. Difiere de la terapia a largo plazo en que el foco se sitúa sobre el presente, enfatiza el uso de herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y enfoca un cambio de comportamiento más específico, en lugar de un cambio a gran escala o más profundo¹².

El contenido de las intervenciones variará dependiendo del tipo de sustancia, la severidad del problema y el resultado deseado. Puesto que las terapias breves son menos costosas, pueden estar disponibles para un mayor número de personas y pueden adaptarse a las necesidades de los clientes. Pueden utilizarse para proveer atención inmediata a clientes que se encuentran en listas de espera para ingresar en programas especializados, como un tratamiento inicial para usuarios de riesgo y como complemento al tratamiento más extenso a personas dependientes.

A continuación presentamos un conjunto de estrategias de intervención en formato de terapia breve que pueden ayudar a nuestros pacientes a solucionar sus problemas relacionados con el abuso de sustancias y que son recomendadas por el Centre Substance Abuse Treatment¹³.

Terapia breve cognitivo-conductual

Representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el cliente tiene sobre sí mismo. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del cliente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias¹⁴. En su aplicación a las conductas adictivas, ha sido la terapia de prevención de recaídas la más utilizada, que en principio se desarrolló para el tratamiento de los problemas de bebida⁶ y posteriormente se adaptó para los adictos a cocaína¹⁵. En ella, se ayuda a los pacientes a reconocer las situaciones en que es probable que usen las sustancias, encuentren maneras de evitar las situaciones, y desarrollen estrategias para solucionar las formas de comportamiento y los afectos relacionados con el uso de sustancias. A través del análisis funcional, se identifican los antecedentes y consecuentes del comportamiento del uso de sustancias. Se potencian y desarrollan las habilidades de los pacientes para enfrentarse con éxito a las situaciones de riesgo y se les entrena en la prevención de recaídas. Se incluye el análisis de las cogniciones y creencias involucradas en el comportamiento adictivo. La investigación ha demostrado que los individuos que aprenden habilidades mediante la terapia de prevención de recaídas, mantienen lo aprendido en el tratamiento tras un año de seguimiento¹⁶.

Terapia interaccional-estratégica breve

En este tipo de terapias se intenta identificar las fortalezas del cliente y crear situaciones personales y ambientales donde pueda lograrse la abstinencia. El foco se sitúa sobre las habilidades del paciente más que sobre la patología y provienen de los trabajos de Milton Erikson, quien acuñó el término terapia estratégica para describir un enfoque en el que el terapeuta toma la responsabilidad para encontrar estrategias efectivas para ayudar a los pacientes en los trastornos de angustia.

Berg y Miller¹⁷ fueron los primeros en utilizar este enfoque en el tratamiento del alcoholismo. No se considera un enfoque útil para todos los pacientes, pero sí como un conjunto de técnicas que pueden utilizarse dentro de un paquete de tratamiento.

Se señala que los terapeutas deben dirigir la atención del paciente a los períodos en que se encontraba abstinente, y pedirle que discutan sobre esos períodos, haciéndole ver que es capaz de mantenerse sin consumir tal y como lo hacía en el pasado¹⁸. El terapeuta trabaja estrechamente con el paciente para comprender la perspectiva propia de éste sobre sus problemas, los que él considera importantes (relaciones, trabajo, economía, etc.) y le ayuda a comprender como el abuso de la sustancia afecta a esas áreas, reforzando los éxitos a medida que el paciente resuelve sus problemas.

Este tipo de terapias tienen una visión constructivista de la realidad, afirman que la realidad está determinada por percepciones individuales que son influidas por factores culturales, sociopolíticos y psicológicos. Un principio básico de este enfoque es afirmar que los problemas humanos pueden ser entendidos aplicando los principios del sistema humano. Los problemas no existen en un vacío, existen a causa de las relaciones de unos con otros. El terapeuta estratégico cree que un cambio positivo en una parte del sistema afectará positivamente al resto del sistema¹².

Los principios básicos del enfoque son los siguientes: a) enfocar en la competencia en lugar de en la patología, b) encontrar una solución única para cada caso, c) usar las excepciones al problema para abrir una puerta al optimismo, d) usar los éxitos pasados para fomentar la confianza, e) mirar al paciente como un experto, f) utilizar metas y utilizar trayectorias hacia el cambio y g) compartir la responsabilidad del cambio con el cliente.

Terapias humanistas y existenciales breves

Las psicoterapias humanistas y existenciales utilizan una gama amplia de enfoques en la conceptualización del caso, en las metas terapéuticas, las estrategias de intervención y en la metodología de investigación. Comparten el énfasis en comprender la experiencia humana y un foco en el cliente más que en el síntoma. Los problemas psicológicos (incluyendo el abuso de sustancias) se inspeccionan como el resultado de la incapacidad para elegir la forma de vida más adecuada¹².

Considerando que las palabras clave en este tipo de enfoque son la aceptación y el crecimiento, los temas importantes de la terapia existencial son la libertad y la responsabilidad del cliente. Los enfoques humanísticos y existenciales comparten la creencia de que la gente tiene capacidad y conciencia de elección. Sin embargo las dos escuelas llegan a esta creencia mediante teorías diferentes. La perspectiva humanista considera la naturaleza humana con una potencialidad

inherente para mantenerse saludable y con capacidad para hacer elecciones con interés para uno mismo y para los demás. Los focos de la terapia se dirigen hacia el crecimiento personal en lugar de centrarse en posibles trastornos. La relación terapéutica sirve como un vehículo o el contexto en que el proceso de crecimiento psicológico se fomenta.

La perspectiva existencialista se interesa más en ayudar a los clientes a encontrar un significado filosófico, a pensar y actuar auténtica y responsablemente. La fuente de los problemas se encuentra en la inquietud por la soledad, el aislamiento, la desesperación y finalmente la muerte.

Muchos de los aspectos de los enfoques humanistas y existenciales (empatía, afecto, escucha reflexiva, aceptación) son útiles en cualquier tipo de terapia ya que ayudan a establecer el *rapport* y un compromiso con todos los aspectos del proceso de tratamiento.

Terapia psicodinámica breve

La terapia psicodinámica es una de las cuatro escuelas originadas desde la teoría psicoanalítica de Freud. La terapia psicodinámica se centra en la forma en que los procesos inconscientes se manifiestan en el comportamiento actual del paciente. Las metas son la conciencia y la comprensión del pasado sobre el comportamiento actual. En su forma breve el enfoque permite al paciente examinar sus síntomas y conflictos no resueltos y relaciones disfuncionales que provienen del pasado y que se manifiestan en la necesidad de abusar de sustancias. Los elementos que mejor la caracterizan son los siguientes: formalización de un proceso de evaluación, elaboración de un contrato terapéutico sobre el establecimiento de un límite para la terapia (lo que se encuentra unido a centrar la intervención en un foco limitado), centrarse en los aspectos externos de la vida actual del paciente y la posibilidad de asignar tareas para casa¹⁹. Estos elementos podrían interpretarse como un ligero acercamiento al quehacer de la terapia de conducta³. La psicoterapia expresiva de apoyo⁷ es un enfoque de terapia psicodinámica adaptada al abuso de sustancias. Se ha utilizado en pacientes dependientes de heroína, en mantenimiento con metadona²⁰ y en pacientes cocainómanos²¹ en el que se enfatiza la relación entre el uso de drogas los sentimientos y las conductas de los pacientes.

Terapia breve de familia

Los desordenes provocados por el uso de sustancias no se producen aisladamente. Para muchos individuos

las interacciones con la familia de origen así como con la familia actual provocó una dinámica para el uso de sustancias. Las interacciones con los miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo. La terapia de familia sugiere que cuando el cliente se expone a señales de abuso de sustancias es influido fuertemente por la familia, los comportamientos de los miembros o su comunicación con ellos. Para comprender estos factores el terapeuta considera en la familia diversos factores estructurales y como ellos contribuyen al abuso de sustancias (jerarquía de poder, roles, comunicación, etc.). Mediante la terapia de familia el clínico puede ayudar a identificar las áreas disfuncionales y reemplazar la comunicación disfuncional por una comunicación clara, directa y efectiva¹². Se ha comprobado la efectividad de utilizar este tipo de terapia²². La terapia breve de familia es una opción que puede utilizarse: a) cuando se trabaja en un problema específico en la familia, b) cuando las metas se centran en un foco de interacciones actuales, c) cuando la familia puede beneficiarse de la enseñanza y la comunicación para entender mejor el desorden del abuso de sustancias.

Terapia breve de grupo

La terapia de grupo es una de las modalidades más utilizadas en el tratamiento de la adicción a drogas. Es adecuada porque permite a los pacientes observar el progreso de su comportamiento adictivo a través de sí mismos y de la observación de los otros, y provee la oportunidad de experimentar el éxito personal y el del grupo en un clima de apoyo y esperanza. En su formato breve es indicado evaluar a los pacientes antes de incluirse en el grupo, y comprobar cuáles son sus expectativas respecto a la terapia. La duración es de 6 a 12 sesiones de 1-1,5 horas, dependiendo de las metas que se establezcan en el grupo¹².

Discusión

Una de las primeras conclusiones que se extraen de lo expuesto hasta ahora, es la evidencia de lo esencial que resulta el tratamiento psicológico en el abordaje de los trastornos derivados del uso de sustancias. La intervención psicológica junto a la farmacoterapia será la indicación más eficaz para modificar los comportamientos adictivos en nuestros pacientes. Las diferencias en los perfiles de los pacientes y las diferentes técnicas e intervenciones con validez empírica, determinará el tratamiento individualizado en función de las necesidades de cada paciente. Los tratamientos psicológicos en drogodependencias no son básicamente diferentes a los tratamientos psicológicos que se utilizan en otro tipo de trastornos, aunque poseen aspectos que los diferencian dada la complejidad del fenómeno adictivo en todas sus vertientes (diferentes sustancias, diferentes dispositivos de atención, elevada comorbilidad, etc.).

Parece muy razonable prestar atención a las recomendaciones que desde los distintos organismos mencionados en el texto (NIDA, APA, CSAT), se realizan respecto al tipo de intervenciones psicológicas más eficaces y con validez empírica. No cabe duda que las situaciones y las condiciones de nuestros pacientes se modificarán en el futuro, y también se avanzará en los conocimientos que en la actualidad poseemos sobre la adicción a drogas. Mientras tanto no es justificable el uso de técnicas y tratamientos sin una validación previa que garantice unos resultados mínimamente satisfactorios. El acercamiento entre los distintos enfoques de psicoterapia es necesario para poder dar respuestas a todos los problemas que se presentan en la clínica, pero sólo los hallazgos que emergen del estudio científico pueden ayudar a resolver los problemas que presentan las personas que acuden a nuestras consultas.

Bibliografía

1. Colegio Oficial de Psicólogos. Práctica Profesional de la Psicología en Drogodependencias. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos; 1993.
2. Colegio Oficial de Psicólogos. Perfiles Profesionales del Psicólogo. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos; 1998.
3. Rodríguez Naranjo C. De los principios de la psicología a la práctica clínica. Madrid: Ed. Pirámide; 2000.
4. NIDA. Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide; National Institute of Drug Abuse; 1999. Referencia en Internet: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODAT/index.html>.
5. American Psychological Association - Society of Clinical Psychology. A Guide to Beneficial Psychotherapy. Empirically Supported Treatments. Washington: American Psychological Association; 2000.
6. Marlatt G, Gordon J. Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. New York: Guilford Press; 1985.
7. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books; 1984.
8. Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change in Addictive Behaviour. New York: Guilford Press; 1991.
9. Azrin N, Acierno R, Kogan E, Donahue B, Besalel V, McMahon P. Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug abuse. Behavioral Research and Therapy; 1996;34:41-6.

10. Henggeler S, Schoenwald S, Bourdin C, Rowland M, Cunningham P. Multisystemic treatment of antisocial behaviour in children and adolescents. New York: Guilford Press; 1998.
11. Sisson R, Azrin N. The community reinforcement approach. In *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. New York: Pergamon Press; 1989:242-58.
12. Kristen B. Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Centre for Substance Abuse Treatment. Rockville: US Department of Health and Human Services; 1999.
13. Centre for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. Rockville: Centre for Substance Abuse Treatment; 1999.
14. Meichenbaum D, Cameron R. Cognitive-behaviour therapy. En G. Wilso y C. Franks (eds). *Contemporary behaviour therapy, conceptual and empirical foundations*. New York: Guilford Press; 1982:310-38.
15. Carroll K, Rousanville B, Keller D. Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 1991;17:249-65.
16. Carroll K, Rousanville B, Nich C, Gordon L, Wirtz P, Gawin F. One-year follow-up psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*; 1984;51:989-97.
17. Berg I, Miller S. Working with the problem drinker. New York: W. W. Norton; 1992.
18. Berg I. Solution-focused brief therapy with substance abusers. In Washton, A.M (ed). *Psychotherapy and substance Abuse*. New York: Guilford Press; 1995:223-42.
19. Garske J, Molteni A. Psicoterapia psicodinámica. Un enfoque integrador. En J. Linn y J. Garske (comp): *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao: DDD; 1985.
20. Luborsky L, Woody G, Hole A, Velleco A. Manual for supportive-expressive psychotherapy: a special version for drug dependence: University of Pennsylvania, 1977, rev, ed 1989.
21. Mark D, Faude J. Supportive-expressive therapy of cocaine abuse. In *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders: Axis I*. New York: Basic Books; 1995:294-331.
22. Lowinson J, Ruiz P, Millman R. Substance abuse: A comprehensive textbook. Baltimore: W. Wilkins; 1997.