

Modelo integrador para personas con adicción a sustancias psicoactivas

Sheila Espada Salado^{*,**}, Francisco Fernández Rodríguez^{*,**} y Mireia Laporte Puig^{**}

^{*}Hospital Universitario Vall d'Hebron

^{**}CC Adicciones

Recibido: 29/08/2012 · Aceptado: 26/10/2012

Resumen

Los trastornos por abuso de drogas constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes. El abuso de una sustancia conlleva el daño físico, el daño psicológico y el daño social, tanto para la persona que consume la droga como para los demás. En el campo de la salud mental normalmente no hay un factor único que explique la patología y en el de las adicciones en particular no hay una razón única por la dependencia, sino que son varios los factores [genéticos, ambientales, familiares, sociales y psicológicos] que están detrás de ella. Y por lo tanto sería lícito considerar que tampoco hay una sola terapia que ayude a los afectados. El tratamiento específico para las adicciones que ha sido desde siempre la terapia cognitivo conductual, posiblemente no sea la única intervención en esta problemática. Los últimos estudios revelan la importancia y eficacia de las terapias psicológicas conductuales a largo plazo, combinadas o no con apoyo farmacológico. Concretamente el mayor soporte empírico son: la Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA), el Entrenamiento en Habilidades Sociales, la Prevención de Recaídas (PR) y la terapia conductual familiar y de pareja. Con los matices que en algunos casos se mencionarán, se podrían considerar tratamientos bien establecidos. Además, estos programas coinciden en ser también los que ofrecen una mejor relación coste/beneficio (Roth y Fonagy, 1996). La multiplicidad de terapias no debe entenderse como un problema, sino como un enriquecimiento, siempre y cuando no se conviertan cada una en compartimentos estancos, que excluyan los elementos favorables de otros para el caso concreto. Por tanto, hay un conocimiento amplio y una flexibilidad inclusiva teniendo en cuenta la variabilidad intraindividual de los pacientes.

— Correspondencia a:
Francisco Fernández
CCAdicciones
C/ Riu Llobregat nº 24
08304 Mataró
E-mail: f.fernandez@ccadicciones.es



Lambert, Shapiro y Bergin (1986, citados en Feixas y Jarque, 2010) nos hacen las siguientes aportaciones respecto al cambio terapéutico: éste debe ser multidimensional (evalúa diversas dimensiones de una patología), debe tener referencias teóricas que permitan organizar el cambio que queremos captar, debe tener criterios de cambio con resultados individualizados (serían, pero menos efectivos), y finalmente el cambio debe ser relevante clínicamente, es decir que implique una mejora real.

El objetivo de este artículo es dar a conocer la propuesta globalizadora que se lleva a cabo en CC Adicciones de estos distintos tipos de reforzamientos y entrenamientos en una única institución formada por un equipo disciplinar que acompaña al paciente en cada fase y circunstancia del tratamiento.

No obstante se necesitarán estudios a largo plazo y de casos para confirmar la eficacia de este programa por otro lado pionero en Catalunya.

Palabras Clave

Adicción, modelo cognitivo conductual sistémico, modelo integrador, intervención multidisciplinar.

Abstract

Substance abuse disorders are currently one of the major public health problems. Substance abuse involves physical harm, psychological harm and social harm, both for the person who takes the drug and for others. In the field of mental health there is usually no single factor that explains the pathology and as regards addiction in particular there is no single reason for the dependency: there are instead several factors [genetic, environmental, familial, social and psychological] lying behind this. And it would therefore be legitimate to consider that there is no single therapy to help those affected. Specific treatment for addiction has always been cognitive behavioral therapy, but this may not be the only intervention in this problem. Recent studies show the importance and effectiveness of long-term psychological behavioral therapies, combined or not with pharmacological support. The greatest empirical supports are specifically: the Community Reinforcement Approach (CRA), Social Skills Training, Relapse Prevention (RP) and behavioral family therapy and couple therapy. With slight differences in some cases that will be mentioned, these could be considered well-established treatments. In addition, these programs also coincide in being the ones with best cost / benefit ratio (Roth and Fonagy, 1996). The multiplicity of therapies should not be seen as a problem but as enrichment, provided they do not each become separate compartments, excluding elements favorable to the case from others. There is thus broad and inclusive flexibility in view of intra-patient variability.



Lambert, Shapiro and Bergin (1986, cited in Feixas and Jarque, 2010) make the following contributions to the therapeutic change: it must be multidimensional (assessing various dimensions of a disease), must have theoretical references that can organize the change we want to implement, must have change criteria with individualized results (they would otherwise be less effective), and finally the change should be clinically relevant, involving real improvement.

The aim of this paper is to present the globalizing proposal of these different types of reinforcements and training at a single institution made up of a disciplinary team accompanying the patient at every stage and circumstance of the treatment.

It will however take long-term studies and cases to confirm the effectiveness of this program which is on the other hand a ground-breaking system in Catalonia.

Key Words

Addiction, cognitive behavioural model systemic, integrative model, multidisciplinary intervention.

MÉTODOS

Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA)

El programa conductual que cuenta con mejor soporte empírico es la Aproximación de Reforzamiento Comunitario (Community Reinforcement Approach, CRA) (Hunt y Azrin, 1973). Se trata de un programa pionero en el tratamiento de alcohólicos severos mediante métodos operantes, que tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional.

Este programa se aplica en grupo o individualmente y tanto con pacientes externos como hospitalizados. La CRA incluye los siguientes componentes:

1. Uso de Disulfiram (Antabus®), facilitado por una persona cercana al paciente, junto con el empleo de técnicas operantes para reforzar la adhesión. El disulfiram es un tratamiento aversivo al consumo de alcohol.
2. Entrenamiento en habilidades de comunicación, incluyendo terapia conductual familiar y de pareja: se entrena a familiares y amigos para que promuevan actividades sociales reforzadoras para el alcohólico. La intoxicación conlleva la pérdida de estos reforzadores.
3. Establecimiento de un «club social abstemio» formado por los compañeros de terapia de grupo y antiguos pacientes rehabilitados. Con la finalidad de ofre-



cer actividades sociales a los pacientes. Además, a las personas sin trabajo se les instruye en habilidades de búsqueda de empleo.

4. Actividades recreativas no relacionadas con el alcohol.
5. Entrenamiento para enfrentarse a las urgencias y deseos de beber, y para resistir la presión social, Control de craving.

La CRA posee un fuerte soporte empírico obtenido a través de investigaciones bien controladas. Además, un punto importante a favor de la superioridad de la CRA sobre otros procedimientos es que hasta el momento todos los estudios encaminados a comprobar su eficacia han obtenido resultados positivos. Una parte importante de estos estudios han sido llevados a cabo por Azrin y su equipo. En los dos trabajos originales, la CRA fue superior a un «tratamiento estándar» hospitalario (Hunt y Azrin, 1973; Azrin, 1976). En un estudio posterior, el grupo de CRA + Disulfiram obtuvo una tasa de abstinencia del 97% a los seis meses, frente al 74% del grupo Disulfiram + consejo y al 45% del grupo de Disulfiram + 12 pasos (Azrin, Sisson, Meyers y Godley, 1982). En un trabajo posterior (Sisson y Azrin, 1986), la CRA se mostró superior a un grupo que recibió un programa educativo basado en el modelo médico.

El estudio de Mallams, Godley, Hall y Meyers (1982) investigó la eficacia del «club sin alcohol» de la CRA. Los resultados mostraron que los pacientes que tuvieron acceso al club tuvieron mejores resultados que el grupo comparativo.

En un estudio de Smith, Meyers y Delaney (1998) llevado a cabo con 106 alcohólicos «sin

techo», los sujetos del grupo de CRA obtuvieron tasas de abstinencia significativamente mayores que los sujetos del grupo estándar.

En el trabajo de Miller, Meyers y Tonigan (1999), el grupo de CRA más un programa de entrenamiento familiar obtuvo mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar.

Por último, en una publicación (Meyers y Miller, 2000), la CRA se mostró más eficaz en la reducción del consumo de alcohol que un grupo que había recibido un programa basado en el modelo médico tradicional.

En el artículo de Miller, Meyers y Hiller-Sturmhöfel (1999) se ofrece una buena revisión de los estudios sobre la eficacia de la CRA.

Entrenamiento en Habilidades Sociales

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (HHSS) es otro procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo en el tratamiento del alcoholismo. En la literatura anglosajona se ha acuñado la denominación de Coping/Social Skills Training (CSST) para referirse a este procedimiento.

El planteamiento que subyace en el Entrenamiento en Habilidades Sociales es que, las deficiencias en ciertas habilidades interpersonales pueden dificultar a las personas con problemas de bebida un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para beber, por lo que estos programas emplean un conjunto de técnicas dirigidas a incrementar tales habilidades de afrontamiento.

Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales,



afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de uso de sustancias (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995).

La evidencia científica de la eficacia de los componentes terapéuticos esenciales del CSST es extensa. El primer estudio controlado en donde se incluyó el Entrenamiento en Habilidades Sociales como un tratamiento para el alcoholismo fue el de Chaney, O'Leary y Marlatt (1978), en el cual los sujetos del grupo de HHSS tuvieron mejoras significativas en comparación con un grupo de discusión y el grupo control.

El meta-análisis de Miller et al. (1995) recoge dieciséis trabajos en donde se incluyó al menos un grupo de Entrenamiento en Habilidades, de los cuales en once de ellos este procedimiento se mostró superior a otros tratamientos o al no tratamiento (por ejemplo, Chaney et al., 1978; Oei y Jackson, 1980, 1982; Jones, Kanfer y Lanyon, 1982; Eriksen, Björnstad y Göttestam, 1986; Monti et al., 1990; Monti et al., 1993).

Por su parte, sobre la base de 12 estudios que comparaban el Entrenamiento en Habilidades Sociales con diferentes tipos de terapias (con frecuencia, tratamientos «tradicionales» y grupos de discusión), Mattick y Jarvis (1993) calcularon un tamaño del efecto de 0.78 a los doce meses de seguimiento. De todos modos, de acuerdo con estos autores, los beneficios de esta intervención serían más potentes con aquellos pacientes con déficit en este tipo de habilidades.

En el estudio de Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis (1991), los diez trabajos revisados mostraron que el Entrenamiento en Habilida-

des Sociales obtenía una eficiencia significativamente superior a los grupos comparativos. No obstante, varios estudios han encontrado resultados positivos con muestras de alcohólicos sin déficit específicos en habilidades sociales (por ejemplo, Eriksen, Björnstad y Göttestam, 1986).

Sin embargo, se debe hacer notar el hecho de que en varios estudios publicados, la aplicación del Entrenamiento en Habilidades Sociales no obtuvo resultados positivos sobre el consumo de alcohol y otras conductas asociadas (por ejemplo, Ferrell y Galassi, 1981; Cooney, Kadden, Litt y Gerter, 1991). Al menos habría dos posibles explicaciones para dar cuenta de este hecho. Por una parte, se trata de un procedimiento que se cita casi de forma protocolaria y no porque realmente cuente con un formato definido que se aplique de forma sistemática. Es decir, el Entrenamiento en Habilidades Sociales esconde combinaciones de estrategias muy diferentes dependiendo de cada trabajo. En segundo lugar, se ha de resaltar el efecto de las posibles interacciones paciente-tratamiento, ya que puede estar ocurriendo que un mismo paquete de tratamiento tenga efectos diferentes dependiendo de las características particulares de los pacientes. Por ejemplo, los candidatos óptimos para el Entrenamiento en Habilidades Sociales podrían ser aquellos pacientes cuya dificultad para dejar de beber alcohol se deba fundamentalmente a carencias de este tipo de recursos, aunque esto está en discusión, tal y como se dijo anteriormente.

En definitiva, y a pesar de este aspecto aún no aclarado, los resultados de la mayoría de los estudios han encontrado que el Entrenamiento



en Habilidades Sociales es consistentemente más efectivo que el tratamiento «tradicional» del alcoholismo en lo que se refiere a la disminución de la conducta de beber y a la mejoría de un rango amplio de conductas asociadas al exceso de bebida, por lo que se le puede otorgar la categoría de tratamiento bien establecido.

Prevención de Recaídas

Los programas cognitivos-conductuales (fundamentalmente basados en el entrenamiento de habilidades) y, en particular, el modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt y Gordon (1985), se pueden considerar hoy en día tratamientos de primera elección.

La PR es un paquete de tratamiento que incluye diferentes técnicas cognitivo conductuales: identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el craving y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (lapses) y entrenamiento en solución de problemas. No obstante, aunque se trate de un procedimiento de intervención originariamente bien estructurado, con fases y componentes bien diferenciados, se debe reconocer que en la mayoría de los estudios no se ha aplicado de forma sistemática, sino que, más bien, se ha utilizado como un método general de afrontamiento de las recaídas en el consumo de drogas. Salvando este inconveniente, en las revisiones realizadas para evaluar la eficacia de este procedimiento, sólo se incluyen aquellos estudios que evalúan

un tratamiento definido como prevención de recaídas o que invocan explícitamente el modelo de Marlatt y Gordon.

En la actualidad, se dispone de suficiente evidencia empírica que certifica la eficacia de la PR en el tratamiento del alcoholismo, en comparación con el no tratamiento (O'Farrell, Choquette y Cutter, 1998; O'Farrell et al., 1993; Maisto, McKay y O'Farrell, 1995), con el control placebo (O'Malley et al., 1992; Sobell, Sobell y Gavin, 1995; Anton et al., 1999) o con el consejo médico tradicional (Annis y Peachey, 1992).

Asimismo, varios estudios meta-analíticos recientes (Mattick y Jarvis, 1993; Miller et al., 1995; Carrol, 1996; Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999) sitúan la PR como tratamiento de elección para el alcoholismo. En el meta-análisis de Irvin et al. (1999), el tamaño del efecto para el uso de alcohol fue de $r = .37$ (95% IC = .28 a .45, $n = 10$). En concreto, la PR mostraba su mayor eficacia en el tratamiento del alcoholismo en comparación con otras sustancias.

En cuanto al formato del tratamiento, los diferentes estudios muestran que las diferencias entre las modalidades individuales y de grupo no alcanzan diferencias significativas (Irvin et al., 1999).

Por último, resulta de interés destacar el estudio longitudinal realizado por Holder et al. (2000) a lo largo de tres años, para evaluar la eficiencia (relación coste-beneficio medida en términos de gastos médicos) de tres modalidades de tratamiento: la Terapia Cognitivo-Conductual de Habilidades de Afrontamiento (CBT), basada en la PR, la terapia motivacional y un programa de «doce pasos». Los resulta-



dos mostraron una mayor eficiencia de los programas de PR, sobre todo con los pacientes de peor pronóstico (alcoholismo severo, psicopatología asociada y escaso apoyo social).

Terapia conductual familiar sistémica y de pareja

La terapia conductual familiar sistémica y de pareja se basa en un enfoque psicoterapéutico y se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. Esto es, las terapias familiares y de pareja son, en realidad, programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas (O'Farrell, 1995).

Los estudios sobre la eficacia de las intervenciones familiares y de pareja han llegado a conclusiones inconsistentes, si bien, la mayoría de estos trabajos han encontrado resultados positivos tras la aplicación de este tipo de estrategias (Miller et al., 1995). Una revisión exhaustiva de la evidencia empírica de estos programas se puede encontrar en O'Farrell (1995).

Las distintas investigaciones de los equipos de McCrady y de O'Farrell han marcado la pauta en este sentido. En tres de estos estudios (McCrady, Longabaugh et al., 1986; McCrady, Noel, et al., 1986; McCrady et al., 1991), los sujetos del grupo de terapia familiar conductual obtuvieron mejores resultados a los seis, doce y dieciocho meses de segui-

miento, respectivamente, que los otros dos grupos de tratamiento. Resultados similares fueron encontrados por Bowers y Al-Redha (1990), en donde los alcohólicos del grupo de tratamiento en el que se había incluido a las esposas, consumían menos alcohol al año de seguimiento que los que habían recibido un tratamiento individual estándar.

O'Farrell, Cutter y Floyd (1985) compararon la terapia conductual familiar (behavioral marital therapy, BMT) con la terapia interaccional (grupo en el que se enfatizaba el apoyo mutuo, la expresión de sentimientos y la solución de problemas a través de la discusión) y un grupo control. Ambas condiciones experimentales mejoraron en el ajuste familiar; mientras que el grupo conductual obtuvo mejores resultados en la abstinencia del consumo de alcohol.

En un estudio posterior (O'Farrell et al., 1996), se comprobó que la BMT era más eficiente (en términos de costes legales, sanitarios, etc.) además de más eficaz para obtener la abstinencia que la terapia interaccional.

Por último, en un estudio (Miller, Meyers y Tonigan, 1999), el grupo de CRA más entrenamiento familiar obtuvo mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar.

Problemas metodológicos de los estudios revisados

En definitiva, se puede deducir de los resultados de la mayoría de estos estudios que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes puede ser un componente crítico de los programas de



tratamiento. De hecho, las técnicas de manejo familiar son una parte importante de la CRA, uno de los programas de tratamiento del alcoholismo con mejor soporte empírico en estos momentos.

Así mismo se ha comprobado empíricamente que el CRA no es eficaz exclusivamente en el tratamiento del alcoholismo, combinados con terapia de relajación y programas de incentivos es la mejor elección para el tratamiento de adicción a la cocaína, la heroína y psicofármacos.

Modelo Cognitivo-Conductual-Sistémico

Después de analizar los estudios mencionados y realizados diferentes trabajos de campo comparativos, creemos que el tratamiento más efectivo es aquel en el cual se basa CC Adicciones, siendo una adaptación del Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA), con innovaciones del modelo cognitivista y adaptado de manera personalizada a las necesidades de cada paciente.

La duración del ingreso dependerá de la evolución del paciente si bien el tiempo promedio del ingreso oscila entre las ocho y diez semanas.

El programa terapéutico de CC Adicciones se encuentra dividido en cuatro fases: fase I desintoxicación, fase II deshabituación, fase III rehabilitación y fase IV reinserción y seguimiento del paciente, dotándole del entrenamiento y las herramientas necesarias para alcanzar plenamente estos objetivos. Se trata de que el paciente deje de consumir, comprenda la enfermedad y aprenda a vivir bien sin necesidad de consumir sustancias adictivas.

1ª Fase

Desintoxicación: puede ir acompañada de ayuda farmacológica a fin de evitar la sintomatología de la abstinencia, una vez pasado un tiempo prudencial se retira paulatinamente a fin de conseguir el objetivo, un tratamiento libre de sustancias. En el momento del alta de ingreso el paciente no tendrá ningún tipo de dependencia, ni a sustancias ni a fármacos.

2ª Fase

Deshabitación: supone la sustitución de los hábitos adquiridos durante el desarrollo de la enfermedad de adicción por nuevas conductas compatibles con la vida abstinentes.

Estas dos fases están comprendidas dentro del ingreso en el centro terapéutico. Será durante el ingreso donde se identificarán este tipo de conductas y se empezará a trabajar sobre el cambio de las mismas, así como el fomento de hábitos saludables que a posterior, una vez salga el paciente del centro, deberá seguir potenciando y perpetuando.

3ª Fase

Rehabilitación: pretende recuperar y conseguir las habilidades perdidas o no desarrolladas.

4ª Fase

Reinserción: logra la construcción de una vida totalmente normalizada, gracias a las pautas progresivas de reinserción en los ámbitos personales.

Estas dos últimas fases se desarrollan a nivel ambulatorio, asistiendo periódicamente a terapias de grupo y de referencia.

Existen diferentes opciones para desarrollar estas dos últimas fases ambulatorias:



- CCAcciones dispone de pisos de reinserción (medio camino) donde el paciente puede poner en práctica todo lo aprendido en el ingreso bajo un estrecho y exhaustivo seguimiento por parte de los profesionales del equipo, permitiendo así al paciente un alejamiento temporal de su entorno.
- Dependiendo de la situación del paciente también se puede determinar la vuelta del paciente a su entorno a la vez que sigue el tratamiento de forma ambulatoria asistiendo periódicamente a las terapias de grupo y referencia.

A los pacientes que son de diferentes regiones de la geografía española se les ofrece un seguimiento ambulatorio dependiendo de la zona. Contamos con centros de seguimiento colaboradores en Barcelona, Valencia, Málaga, Granada, Sevilla, Madrid, Mataró y País Vasco.

El seguimiento del paciente lo llevará a cabo su terapeuta de referencia, acudiendo el paciente a

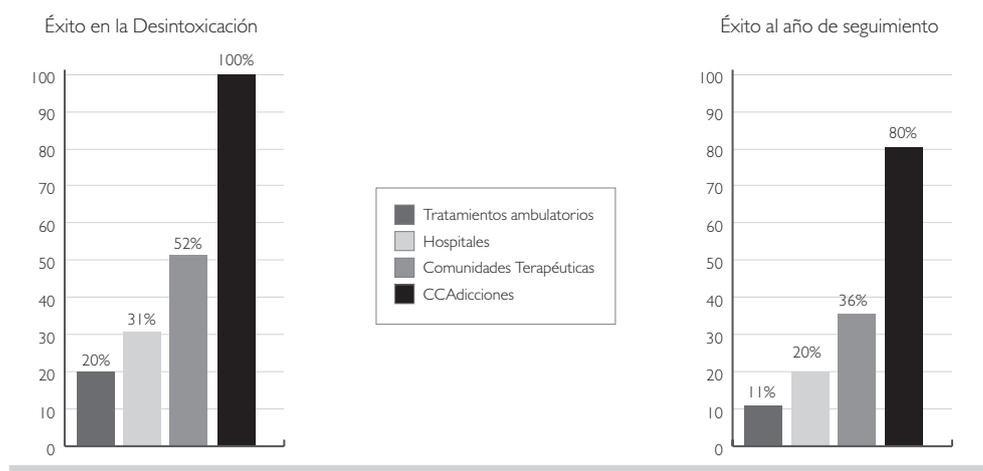
revisiones periódicas en el centro.

El tratamiento ofrece una asistencia bio-psico-social, aunque es un tratamiento básicamente psicológico, en la fase de desintoxicación puede haber ayuda farmacológica con el fin de evitar el síndrome de abstinencia.

El modelo que se sigue es el cognitivo-conductual aunque usamos técnicas de otros modelos, como las técnicas en HHSS, por tanto se enmarca en el tecnicismo ecléctico. Respecto a las técnicas conductistas se procura utilizar reforzadores positivos, los reforzadores negativos se evitan al máximo, y en caso de considerarse necesarios se hacen mediante la técnica de exposición imaginal, combinándolo con la reestructuración cognitiva que permita el cambio conductual.

El objetivo perseguido es: *“bienestar, salud, calidad de vida y la plenitud del desarrollo de personas y grupos”*. Los principios que guiarán la intervención son, principio de beneficencia, principio de autonomía y principio de justicia.

Figura 1.





El ingreso en el programa es voluntario y se persigue la no utilización de fármacos a medio y largo plazo, por tanto hablamos de un tratamiento libre de drogas.

Al igual que el consumo se inicia y se mantiene por unas complejas interacciones entre la susceptibilidad, el contexto, la conducta y sus consecuencias, se debe abordar de igual modo desde un punto de vista multifactorial, que incluya aspectos biológicos, conductuales y sociales.

La situación familiar, las actividades de ocio y el estado general de salud son variables muy habituales en los estudios sobre la eficacia de este tratamiento. Por ello, según los estudios realizados, la terapia cognitivo conductual y sistémica es la utilizada, ya que es la que mejores resultados obtiene.

La terapia cognitivo-conductual cuenta con tratamientos empíricamente válidos. No obstante, las técnicas conductuales muestran mejores resultados cuando no son utilizadas de forma aislada, sino dentro de programas multimodales o multicomponentes más amplios.

CONCLUSIÓN

Desafortunadamente todavía no existen muchas evidencias del tamaño del efecto que puedan determinar el tratamiento multidisciplinar y multifactorial de CC Adicciones del individual en la evolución a largo plazo de estos pacientes. Por otra parte, tampoco existe suficiente nivel de evidencia del impacto evolutivo de la comorbilidad psiquiátrica en las evaluaciones a largo plazo. Con este nivel de evidencias y las limitaciones de evaluación mencionadas, se sigue considerando crucial que las pautas terapéuticas farmacológicas de

la primera fase y psicosociales estén personalizadas (estado de salud, tolerabilidad y deseos coparticipados del paciente).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Annis, H.M. y Peachey, J.E. (1992). The use of calcium carbimide in relapse prevention counseling: Results of a randomized control trial. *British Journal of Addiction*, 87, 63-72.

Anton, R.F., Moak, D.H., Waid, L.R., Latham, P.K., Malcolm, R.J. y Dias, J.K. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1.758-1.764.

Azrin, N.H., Sisson, W., Meyers, R. y Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by Disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.

Azrin, N.H. (1976). Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339-348.

Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.

Chaney, E.F., O'Leary, M.R. y Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.

Cooney, N.L., Kadden, R.M., Litt, M.D. y Gerter, H. (1991). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-years follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 598-601.



Eriksen, L., Björnstad, S. y Götestam, K.G. (1986). Social skills training in groups for alcoholics: One-year treatment outcome for groups and individuals. *Addictive Behaviors*, *11*, 309-330.

Ferrell, W.L. y Galassi, J.P. (1981). Assertion training and human relations training in the treatment of chronic alcoholics. *International Journal of the Addictions*, *16*, 959-968.

Holder, H.D., Longabaugh, R., Miller, W.R. y Rubonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, *52*, 517-540.

Holder, H.D., Cisler, R.A., Longabaugh, R., Stout, R.L., Treno, A.J. y Zweben, A. (2000). Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction*, *95*, 999-1013.

Hunt, G.M. y Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, *11*, 91-104.

Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. y Wang, M.C. (1999). Efficacy of Relapse Prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 563-570.

Maisto, S.A., McKay, J.R. y O'Farrell, T.J. (1995). Relapse precipitants and behavioral marital therapy. *Addictive Behaviors*, *20*, 383-393.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.

Mattick, R.P. y Jarvis, T. (Eds.) (1993). *An outline for the management of alcohol problems: Quality assurance in the treatment of drug dependence project*. Monograph series n° 20. Canberra: Australian Government Publishing Service.

McCrary, B.S., Longabaugh, R., Fink, E., Stout, R., Beattie, M. y Ruggieri-Authelet, A. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 708-713.

Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K. y Tonigan, J.S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, MS.: Allyn & Bacon.

Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Rubonis, A.V., Niaura, R.S., Sirota, A.D., Colby, S.M., Goddard, P. y Abrams, D.B. (1993). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 1.011-1.019.

O'Farrell, T.J. (1995). Marital and family therapy. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, MS.: Allyn & Bacon.

O'Farrell, T.J., Choquette, K.A., Cutter, H.S., Brown, E.D. y McCourt, W.F. (1993). Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Journal of Studies on Alcohol*, *54*, 652-666.

O'Farrell, T.J., Choquette, K.A. y Cutter, H.S. (1998). Couples relapse prevention: sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after



starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 357-370.

O'Malley, S.S., Jaffe, A.J., Chang, G., Schottenfeld, R.S., Meyer, R.E. y Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 881-887.

Roth, A. and Fonagy, P. (1996). *What works for whom: Limitations and implications of the research literature*. New York: Guilford Press.

Sobell, M.B., Sobell, L.C. y Gavin, D.R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Different yardsticks of success. *Behavior Therapy*, 26, 643-669.