

# Las recaídas en toxicomanías

(Programa de Prevención de Recaídas en la Comunidad Terapéutica Manuene)

*Juan Antonio Abeijón Merchán  
Aurora Urbano Aljama*

Comunidad Terapéutica “Manuene”

## **Introducción:**

Si se acepta la propuesta de la OMS de definir la toxicomanía como un proceso crónico recidivante, deberíamos aceptar las recaídas como parte integrante de toda evolución de una toxicomanía. Forman parte las recaídas de la evolución de la enfermedad, pero también del tratamiento.

La enfermedad y el tratamiento de la misma son dos procesos que funcionan en paralelo, aunque conectados a través de que modifican el desarrollo de las mismas. Así, se puede pensar que un buen tratamiento permite acabar con la enfermedad y a su vez consigo mismo. Una vez la enfermedad resuelta, el tratamiento desaparece.

En procesos crónicos, estas relaciones se modifican y así muchas veces el tratamiento y la enfermedad evolucionarán en el tiempo en relación de mutua dependencia.

Suele ser así en toxicomanías donde las recaídas adquieren una particular importancia.

No se debe entender sin embargo la recaída simplemente como un incidente de consumo ligado exclusivamente a la ingesta de droga, sino que debe de acompañarse de una recuperación del “estado de vida” que acompaña al consumo. ¿Cómo entender los consumos que aparecen de forma más o menos esporádica a lo largo del programa de tratamiento, sobre todo en los inicios o al final del mismo?

Por otra parte se hace necesario, para denominar a un consumo recaída, el hecho de haber desarrollado una abstinencia suficientemente prolongada.

En muchas ocasiones los consumos no son ni tan siquiera de las mismas sustancias, sino de otras que también tiene efectos depresores o estimulantes sobre el SNC. Un heroinómano puede realizar consumos compulsivos de alcohol o tranquilizantes o puede hacer consumos con cocaína o anfetaminas. ¿Cómo considerar estos incidentes de recorrido en el tratamiento?

y, sobre todo, ¿cómo actuar ante ellos?.

### **Tipología de las recaídas:**

Podríamos distinguir cuatro tipos diferentes de consumo que aparecen en los tratamientos.

1. Consumos reincidentes al inicio de los tratamientos.
2. Consumos ligados a la significación de la toxicomanía en la historia individual y relacional del paciente.
3. Consumos en cortocircuito como procesos de respuesta condicionada a ciertos estímulos.
4. Consumos automedicamentosos.

Vamos a plantear aquí un análisis de los consumos y de las recaídas, diferenciando estas dos conductas y circunscribiéndolas a los tratamientos.

Debemos de diferenciar las recaídas y los consumos que se producen fuera de los procesos de tratamiento (estén éstos estructurados o no) como un proceso de continuidad en la conducta y significado de la misma; un “más de lo mismo” de aquéllos que aparecen en el interior de un proceso terapéutico. El marco del proceso terapéutico hace que la recaída y/o el consumo adquieran un significado distinto del “más de lo mismo” al ser una conducta y una comunicación en la escena de la relación paciente-equipo terapéutico. Es en esta escena donde podemos encontrar los cuatro tipos a los que antes hacíamos alusión:

1. Consumos reincidentes al inicio del tratamiento: Aparecen normalmente como consumos y no como recaída en el tratamiento al comienzo de los mismos, especialmente en los programas de mantenimiento con metadona. Suponen en realidad una puesta a prueba de la mecánica de los tratamientos ¿me hará efecto el tratamiento, la metadona, el medicamento, la terapia...? ¿Cómo reaccionarán el profesional y el proceso ante esta conducta? ¿Hablarán conmigo? ¿Harán la vista gorda? ¿Modificarán la dosis? ¿Me cambiarán el tratamiento? ¿Me explorarán? ¿Hasta dónde llega la tolerancia de este programa?

Necesitan una respuesta siempre y suelen desaparecer a medida que el programa se instaure, son pues consumos que van a permitir ajustar las pautas y las reglas del tratamiento, definiendo una cultura del proceso terapéutico y de las reglas en las

relaciones paciente-profesional.

2. Consumos significantes. Son consumos ligados a la significación de la toxicomanía en la historia individual y relacional del paciente. Cuando se aborda el consumo de drogas desde una perspectiva amplia, bien sea a nivel individual o de todo el síntoma en el cual se desarrolla el consumo, se produce un efecto de narrativa en el cual el consumo de drogas adquiere una significación ligada a un proceso en la propia historia del sujeto o de su familia nuclear o ampliada.

En muchas ocasiones observamos cómo el consumo de drogas es “útil” para el individuo o su sistema referencial y esta utilidad es descrita, narrada por el sujeto y su familia en un intento de explicarse a sí mismo y a los demás los comportamientos y los problemas. Esta narrativa es cerrada, se justifica a sí misma y está impidiendo un proceso de cambio, el sujeto y la familia están bloqueados en el interior de dicha narración.

La terapia consistiría en modificar dicha narración, la familia al cambiar la historia cambia la percepción sobre su propio comportamiento y se permite a sí misma modificarlo. En el proceso terapéutico de este cambio, muchas resistencias surgirán intentando “que todo siga igual”. Los temores al cambio se expresarán a través de intentos de vuelta atrás en el proceso. En este sentido, pueden aparecer las recaídas que, a diferencia del caso anterior, aparecen cargadas de significado. Son señales que nos plantean de nuevo los bloqueos existentes en el sujeto y su familia para poder modificar su comportamiento.

La respuesta a estas recaídas se encuentra en el interior del propio proceso terapéutico, tiene que ver con las técnicas del mismo y en muchas ocasiones van a permitir relanzar el tratamiento. Se les debe dar una lectura en consonancia con el significado del síntoma “consumo de droga” en el interior del sistema y del individuo, forma parte de la narrativa propia de la familia y del individuo y también de la narrativa del tratamiento. La recaída adquiere unas características de información y comunicación sobre lo que ocurre en este proceso de cambio.

3. Consumos en cortocircuito. Consumos en cortocircuito como procesos de respuesta condicionada a ciertos estímulos. Juan lleva mucho tiempo en tratamiento y abstinentes y vuelve un día a su casa como cada fin de semana. Al pasar por la calle decide cambiar de circuito, atraviesa un descampado donde siempre consumía y dos colegas suyos surgen de detrás de unas ruinas totalmente “puestos”. Son las seis de la tarde “su hora habitual de consumo”. Estos tres componentes: lugar, amigos “puestos”, hora, generan en Juan un aumento de la ansiedad tan grande que le coge por sorpresa: “no creí que esto me fuera a pasar”. La ansiedad es enorme y las ganas de consumir irrefrenables. Juan no sabe qué hacer para rechazarlas, se mete en un bar, pide varias copas de pacharán y se emborracha. Llega a casa en mal estado y al día siguiente, totalmente desanimado, acude de nuevo a su centro de tratamiento.

Este tipo de recaídas en cortocircuito aparecen casi como una respuesta condicionada a una serie de estímulos precisos y asociados de forma precisa al proceso de consumo. Lo que más llama la atención en ellos no es la existencia de dichos estímulos sino el hecho de que éstos cogen totalmente desprevenido al sujeto, colocándole en situación de pérdida de control.

Los trabajos específicos sobre las recaídas en sentido clásico con grupos, que pretenden identificar dichos estímulos y preparar al sujeto frente a las reacciones que provocan dichos estímulos son el instrumento más válido del trabajo. Describiremos en adelante las características de estos grupos.

4. Consumos automedicamentosos. En muchas ocasiones, los consumos no aparecen como respuesta a estímulos concretos, ni siquiera tienen una significación en el interior de un proceso, sino que de forma regular e incomprensible, el propio paciente acude al consumo muchas veces tras largos procesos de tratamiento y de abstinencia, o en programas de metadona bien estructurados, como una forma de necesidad de equilibrio químico. No existe ninguna búsqueda euforizante sobre el efecto, no existe una utilización comunicativa del mismo, no es un proceso de identificación de rol “toxicómano”, ni un consumo transgresor. Se presenta en procesos de inestabilidad emocional grave, con grandes niveles de ansiedad y de angustia que quedan reducidos a través de consumos escondidos o privados muy semejantes a procesos de automedicación.

El Dr. Casas, de la Universidad de Barcelona, los plantea como un desequilibrio neurofisiológico del sistema opiáceo endógeno que requiere un aporte exterior para recobrar la estabilidad.

Nos encontramos ante recaídas con escasa capacidad de control y repetitivas que solamente podrán resolverse a través de una intervención medicamentosa.

Estos cuatro tipos de recaídas, que hemos descrito, no se presentan de forma aislada sino que pueden aparecer combinadas, siendo también las estrategias de intervención combinadas.

Es posible trabajar las recaídas en un contexto de intervención global como en una comunidad terapéutica. Desde nuestra experiencia de trabajo en la Comunidad Terapéutica de Manuene, perteneciente al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza y situada en el municipio vizcaíno de Larrabetzu, hemos intentado construir un mecanismo de intervención estructurado que aborde sobre todo el segundo y tercer tipo de recaídas. Seguidamente describiremos su fundamento y su estructura. Debemos de tener en cuenta que este programa se inserta en el interior de una experiencia concreta de tratamiento como es la comunidad terapéutica, por lo que se beneficia del marco global de intervención con el que comparte un

espacio específico.

A pesar de que podríamos desgajar del proceso terapéutico comunitario un programa de recaídas, para construirlo en un marco ambulatorio, este programa sería distinto y la descripción que sigue aprovecha los clásicos instrumentos terapéuticos de la comunidad para organizar con ellos un todo en la intervención. Recogeremos por eso en primer lugar algunas características del proceso terapéutico comunitario y de cómo se inserta en el trabajo sobre las recaídas.

### **Los procesos de cambio en el trabajo con toxicómanos:**

El trabajo con toxicómanos se enmarca dentro de lo que denominamos “grupos específicos” por contener aspectos comunes con estos grupos (ancianos, delincuencia, grupos de infancia con problemas, etc.)<sup>1</sup>. Los aspectos comunes a dichos grupos son:

1. **Experiencia de límite**, según ESPINA BARRIO “límite es la contención del sujeto que juega dialécticamente su pertenencia y su exclusión, la primera en tanto se declara como miembro de un grupo marginado, la segunda en cuanto se diferencia del mismo por su capacidad de dominio frente a la causa de su orillamiento social”.
2. **Experiencia de transición**, “el grupo es el espacio transicional entre la familia y el exterior en el adolescente toxicómano” (ESPINA, 1987).
3. **Experiencia de muerte y renacimiento**, a través de un proceso de duelo. Según DENNY, G.M. y LEW L.J.<sup>2</sup> no tanto de las sustancias, como de lo que simbolizan. A un nivel horizontal, cada usuario llega a la Comunidad en una fase diferente del proceso del duelo (Shock, Negación de la pérdida, Depresión, Cólera, Culpa y Aceptación y resolución). Pero ampliando la perspectiva a un nivel vertical, la experiencia demuestra que hay idas y venidas en este proceso. De esta manera, PROCHASKA y DICLEMENTE (1992) proclaman un modelo transteórico y dinámico que, a nuestro entender, complementa lo anterior. Siguiendo a estos autores, desde que uno desea proceder a un cambio en su conducta hasta que ese proceso cesa, existen una serie de estadios comunes experimentados. Son los siguientes:

1. **Precontemplativo**, no se piensa seriamente en el cambio, y el usuario no se ve desarrollando una conducta problema.

---

<sup>1</sup>

<sup>1</sup> “Grupos específicos y Psicodrama” ponencia presentada por José Antonio Espina Barrio en el IV Congreso nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Madrid, 5 y 6 de diciembre de 1987.

<sup>2</sup>

<sup>1</sup> nombrado por ESPINA BARRIO, 1987.

2. **Contemplativo**, momento en el que se piensa en el cambio. Hay esfuerzos por comprender la adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento junto con una necesidad importante de hablar de ello.
3. **Preparación**, se toma la decisión y el usuario se compromete a abandonar la conducta adictiva. Así mismo, se encuentra preparado para la actuación.
4. **Acción**, es la etapa en la que el individuo cambia la conducta manifiesta y la encubierta con o sin ayuda profesional. Busca un cambio en las condiciones ambientales que le rodea. Supone un gasto considerable de energía y de tiempo.
5. **Mantenimiento**, supone una continuación activa del proceso del cambio. Los individuos suelen sentir miedo no sólo de recaer, sino también del cambio mismo.
6. **Recaída**, ocurre cuando las estrategias de mantenimiento fallan. El usuario se enfrenta a sentimientos de culpa, frustración, fracaso, etc. Es importante poder contener estos sentimientos llamados por MARLATT como Efectos de la Violación de la Abstinencia. Si no hay una intervención en este momento, esos mismos efectos pueden anular la decisión de hacer algo distinto, pudiendo llegar a una recaída total y desastrosa.
7. **Finalización**, con un deseo nulo de consumo de la sustancia y con confianza y seguridad suficientes en cualquier situación para mantener el cambio.

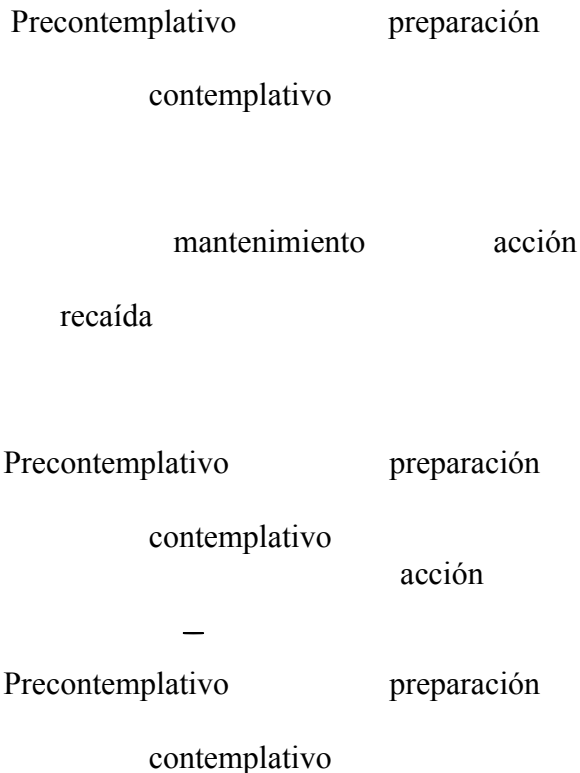
Visualizando todo el proceso,

finalización

mantenimiento

acción

recaída



de esta forma, la recaída se contempla como una marcha atrás, pero ya a un nivel superior. Esta conjunción de teorías contempla como una espiral ascendente el proceso de aprendizaje que lleva a la abstinencia.

### **Los procesos terapéuticos en comunidad:**

Dentro del contexto general de la Comunidad Terapéutica encontramos términos psicodramáticos imbricados en su estructura:

1. El “como si”, ya que lo que se desarrolla en la Comunidad es un entrenamiento y aprendizaje “in vivo” e “in situ” de nuevas formas de pensar, sentir y actuar, con la idea de una proyección exterior más amplia en tiempo y espacio, fuera de los límites de la Comunidad.
2. El “aquí y ahora”, lo que ocurre en este momento es y debe ser lo importante para el

residente. Lo que piensa y siente ahora, fruto de la convivencia con los pares y la relación concreta con el equipo terapéutico, es el material sobre el cual se interviene terapéutica y educativamente.

Estos términos adquieren sentido en los muchos espacios y aspectos entroncados en la vida en Comunidad. Por ejemplo,

1. En **los hábitos**: en horarios, en cuidado físico y aspecto exterior, en el orden y la constancia.
2. En **la convivencia y habilidades sociales**: expresión de pensamientos, sentimientos y emociones, capacidad de emitir críticas y autocríticas, tanto positivas como negativas.
3. En **actitudes y conductas**: enfrentamiento adecuado a los problemas y conflictos que surgen de la convivencia (con el grupo y con la familia), manejo del estrés y de la ira, sobre la capacidad de frustración y, enfrentamiento y asimilación de los límites y la autoridad, etc.
4. En **cultura y tiempo libre educativo**: clases para la obtención del Graduado, acceso a la Universidad, etc. (suponen un aumento del nivel cultural y una preparación de cara a la reinserción); actividades diferentes, variadas, planificadas para espacios de ocio y tiempo libre.

Todos ellos son aspectos pertinentes y necesarios para una modificación del estilo de vida del residente, e incorporados desde el ingreso a su vida en comunidad.

### **La prevención de recaídas en C.T.:**

Antes de explicar el programa, delimitaremos conceptualmente el término recaída.

Siguiendo a GRAÑA (1994), **recaída** se define como cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida (como mínimo entre uno y tres meses). Hablamos de recaída siempre y cuando se ha decidido cambiar y ha habido un compromiso para cumplir este objetivo. Según CASAS (1996) existen *recaídas normalizadas*, cuando no se abandona el tratamiento y *patológicas* cuando hay un abandono del mismo y una vuelta al estilo de vida anterior.

RODRIGUEZ-MARTOS (1989) considera que no debe considerarse una recaída

cuando:

1. La abstinencia era sólo un paréntesis.
2. Se produce un consumo esporádico.
3. Cuando se encuentra en una situación de ambivalencia frente al objetivo de la abstinencia.
4. Cuando el consumo se trata de un “uso programado” terapéuticamente y en tanto no se desvíe de las pautas establecidas.

En comunidad, el tiempo de abstinencia de los usuarios previo al ingreso varía de varios meses a varios días (en el caso de ingresos directos desde las Unidades de Desintoxicación).

Desde enero de 1996 llevamos a cabo un programa específico de prevención de recaídas, basado en el trabajo de MARLATT y GORDON (4). A diferencia de otros modelos que subrayan y proponen un cambio en los hábitos de conducta, el de MARLATT presta atención a las dificultades que aparecen en la fase de mantenimiento de la abstinencia, proponiendo la búsqueda de estrategias adecuadas para hacer frente a las situaciones de riesgo que inevitablemente aparecen en dicha fase.

Según el modelo de dichos autores, el *proceso de cambio* en el estilo de vida se desarrolla en tres etapas:

- a) Asumir el compromiso del cambio.
- b) Llevarlo a cabo.
- c) Mantener el cambio logrado.

Para Marlatt (1993) *Prevención de Recaídas es Un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaídas en el cambio de las conductas adictivas*. La recuperación válida implica un papel activo y responsable para alcanzar el autocontrol. Así, sólo después de asumir esta decisión y el compromiso de llevarla a cabo, podemos iniciar eficazmente un programa de Prevención de Recaídas.

## **Objetivos:**

Como **objetivo general** nos marcamos la creación de un encuadre fijo que permita:

1. La exploración y la exposición de posibles temores y dificultades que los residentes encuentren en el proceso de inserción.
2. La reflexión sobre el proceso de la recaída y de la abstinencia.

Como **objetivos específicos**:

1. Establecimiento y/o afianzamiento de un programa de modificación del estilo de vida que permita:
  - a. Promover y facilitar el desarrollo de roles potenciales e investigar sus potencialidades en aras a un mejor y más rico ocio y tiempo libre.
  - b. Aprendizaje y desarrollo de roles sociales en estos primeros pasos de afianzamiento de redes y soportes sociales nuevos
2. Conocer los signos y síntomas que pueden poner en marcha un proceso de recaída y el entrenamiento en técnicas de afrontamiento.

**Metodología:**

Las secciones del Programa son:

1. Entrevista individual.
2. Reuniones de seguimiento individuales (mensual).
3. Reuniones en grupo (semanal).

**Entrevista individual:**

El programa se inicia con una entrevista inicial. Son varios los objetivos que nos marcamos en ella:

- a. Introducir el programa como un recurso más de la C. T., explicar el diseño, duración y responsabilidades (realización de tareas...).
- b. Señalar la necesidad de búsqueda activa de soluciones a los problemas que puedan aparecer.

c. Se recoge información:

1. De recaídas anteriores, cuándo y cómo ocurrieron, así como la valoración subjetiva que el residente hace de ellas.
2. Del momento concreto en el que se encuentra, motivación real hacia el cambio, peso de otras variables (familia, prisión...).

La información recogida nos sirve para:

1. Reforzar aspectos con recursos insuficientes.
2. Diseñar un plan de acción más ajustado a la realidad.
3. Valorar si las intervenciones se dirigirán más hacia la motivación o a la búsqueda de estrategias.

### **Reuniones de seguimiento:**

Con estos datos específicos y otros recogidos en otros espacios dentro del tratamiento (grupos multifamiliares) se valora los actuales apoyos sociales y se elabora, con el residente, un primer plan de acción para las próximas semanas, que recoge:

- a. Actividades a desarrollar y/o búsqueda de las mismas.
- b. Situaciones de riesgo que se pueden presentar y estrategias de afrontamiento.

Este plan de acción se valora de *forma periódica* en reuniones individuales con el educador y tienen una periodicidad mensual.

### **Reuniones en grupo:**

Paralelamente a estas reuniones individuales el usuario se incorpora a un grupo formado por personas en su misma situación. La duración es de hora y media y la frecuencia semanal. La sesión se divide en dos partes:

- a. En la primera presentamos un tema del Programa y se realizan ejercicios específicos basados en dicho tema.
- b. En la segunda hay una puesta en común, tanto de cuestiones surgidas en la sesión,

como de las resonancias exteriores e individuales del tema en cuestión.

No obstante, este orden se modifica por las necesidades de profundizar en cualquier aspecto concreto. En este caso, se enfoca la situación problemática o con necesidad de clarificación.

Los temas que se exponen son los siguientes:

- a. **Qué es una recaída.** Diferencia entre recaída y consumo ocasional. Procesos internos y externos que se generan. Consecuencias positivas y negativas tanto de la abstinencia como de una posible vuelta al consumo.
- b. **Situaciones de alto riesgo generales y personales.** Selección de las más problemáticas. Búsqueda individual de estrategias de afrontamiento. Puesta en común de las dificultades analizadas en las reuniones de seguimiento individuales.
- c. **Balance del estilo de vida. Estrés.** Búsqueda de respuestas nuevas ante situaciones de estrés. Estrategias específicas. Cómo influye nuestros pensamientos en nuestros actos.
- d. **La Comunicación efectiva.** Cómo mejorar la comunicación. Estilos de comunicación. Comunicación verbal y no verbal. Su importancia en la relación con los otros. Habilidades sociales básicas: cómo hacer preguntas y cómo escuchar las respuestas.
- e. **Pensamientos irracionales.** Creencias que dificultan nuestra adaptación a situaciones nuevas.
- f. **Ansiedad.** Qué es. Técnicas para reducir la ansiedad excesiva. La ansiedad adaptativa.
- g. **Depresión.** Estados emocionales negativos y su relación con las recaídas.
- h. **Uso terapéutico del tiempo libre.** Planificación del tiempo libre. Uso positivo del tiempo libre.
- i. **Resolución de problemas y toma de decisiones.** Técnicas de resolución de problemas.
- j. **Proceso de una recaída.** Efectos de la violación de la abstinencia. Estrategias en caso de consumo ocasional.

En algunos casos: planificación de recaídas y análisis grupal de estrategias en diferentes pasos.

En el grupo de Prevención de Recaídas surgen cuestiones que repercuten en otros espacios de la comunidad y, complementariamente, en otros espacios educativo-terapéuticos (toda la comunidad se convierte en un espacio para el cambio) se realizan señalamientos que tienen repercusiones en él.

Como técnica evaluativa, pasamos al finalizar el programa (que coincide con el final en la Comunidad) un cuestionario sobre aspectos teóricos del programa, así como de la metodología utilizada. El objetivo es favorecer una actitud crítica y abierta, permitiéndonos a la vez, una mejora progresiva del programa.

### **Bibliografía:**

CASAS, M. Curso: **Grupos de Prevención de Recaídas**, organizado por el Instituto Deusto de Drogodependencias, el día 16 de julio de 1.996. Universidad de Deusto

CONDE BORDES, B. **Experiencia Psicodramática con toxicómanos**. Actas de las “5ª JORNADAS DE PROFESIONALES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA TOXICÓMANOS”, Vigo, Baiona, 1990.

ESPINA BARRIO, J.A. **Grupos específicos y Psicodrama**. Ponencia presentada al IV CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICODRAMA, Madrid, 5 y 6 de diciembre de 1.987.

GRAÑA GÓMEZ, J.L. **Conductas adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento**. Ed. Debate, 1994. Madrid. Cap. IV, pág. 225.

LLEDÓ, M.M., URBANO, A., ARÓSTEGUI, E., “**Manual de prevención de Recaidas en Toxicomanías**”. Gob. Vasco, Dpto. de Bienestar Social. Documento sin publicar.

LLORENTE, J. M. **Prevención de Recaídas y Recuperación de la adicción. Evaluación, motivación al cambio, aceptación de la abstinencia y recuperación**. Ponencia en V Jornadas sobre tratamientos ambulatorios en Drogodependencias, Getxo, 24-25 de octubre de 1996.

MARLATT, G.A. y Gordon J. R. **Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. Guilford Press, New York, 1985. Citado por GRAÑA, Op. Cit.

MARTINEZ LÓPEZ, F. y CARBALLAL Balsa, C. **Psicodrama con Toxicómanos**. Actas de las 5ª JORNADAS ESTATALES DE PROFESIONALES DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS PARA TOXICÓMANOS. Vigo, Baiona, 1.990.

PROCHASKA, J.O. y DICLEMENTE, C.C. **The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy**. Homewood, Illinois, Dorsey Press. Citado por Llorente, Op. Cit.

ROJAS BERMUDEZ, J. **¿Qué es el Psicodrama?**. Ed. Celsius, 1984. Buenos Aires, pag. 225 y ss.

RODRIGUEZ MARTOS, A. **Manual de alcoholismo para el médico de cabecera**. Barcelona, Salvat, 1989. Citado por Llorente en Op. Cit.

WATZLAWICK, P. **Cambio**. Ed. Herder, Barcelona, 1986.