

El consenso de la SEP sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias a examen.

Carrascal Calle, Luis* y Álvarez Riedweg, María.**

**Médico. Master en Drogodependencias.*

***Médico. Master en Drogodependencias. 25439mar@comb.es*

Reflexivos y cautos ante este nuevo documento de la SEP, respecto al que se nos plantean cinco grandes interrogantes que requieran una respuesta previa como preámbulo a una lectura atenta del mismo:

- ¿Consenso o compendio?
- ¿Repsiquiatrizar?
- ¿Dónde quedan los estudios prospectivos?
- ¿Es tan elevada la comorbilidad?
- ¿Existe una línea de tratamiento?

¿CONSENSO O COMPENDIO?

Si consensuar es adoptar una decisión de común acuerdo entre dos o más partes (RAE, 1992), entonces, podemos afirmar que el texto que revisamos – a pesar de su título – no es propiamente un Consenso.

Fruto del trabajo tan sólo de psiquiatras y de la existencia de *discrepancias de criterios y enfoques, que se refieren tanto a aspectos terminológicos, como conceptuales, clínicos y terapéuticos* (p. IX), ha nacido este documento que se limita a recopilar y ordenar – con más o menos acierto – la práctica totalidad del abanico de posibilidades de diagnóstico y opciones de tratamiento, para *llegar a establecer un nivel de conocimiento y orientaciones* (p. X), justificando así el vacío de criterio y la ausencia de adopción de una línea clara de

actuación conjunta que deje entrever un mínimo de directrices y recomendaciones comunes; eludiendo cualquier compromiso al respecto y validando con ello cualquier aplicación en la práctica. Si nada es definitivo y concluyente, entonces: todo vale.

En la gestación de este consenso se ha ignorado, por completo, a los demás actores implicados, no sólo a los demás profesionales sanitarios: médicos especialistas (hepatólogos, gastroenterólogos, neurólogos, ...), médicos de cabecera o de familia, psicólogos, enfermería, sino que se relega al olvido el componente social de la enfermedad: ¿dónde quedan los asistentes y trabajadores sociales, las asociaciones de enfermos y de familiares? De nuevo, se cae en la trampa de no actuar en consecuencia a la génesis y definición bio-psico-social del trastorno por dependencia de sustancias. Se reincide en enfatizar el aspecto biológico, se contempla el psíquico desde el soslayo de la comorbilidad y el abordaje social, ¿para cuándo?

En nuestro país vecino, Francia, la Société Française d'Alcoologie (SFA) promovió en 1999, la Première Conférence de Consensus, cuyos objetivos eran: Indicaciones y modalidades de desintoxicación del paciente alcohólico. En su elaboración y en distintas etapas, participaron: un comité de organización que se encargó de definir las cuestiones a



responder; un grupo bibliográfico, una comisión de expertos que redactó las respuestas basándose en la experiencia y la literatura, un jurado y un público compuesto por profesionales interesados. El primer trabajo de los expertos fue presentado en conferencia pública abierta y con posterioridad a la misma el jurado, constituido por personas sensibilizadas sobre el tema, pero sin ser especialistas sobre el mismo con el fin de tener una perspectiva suficiente, en reunión a puerta cerrada, dos días, deliberó sobre las conclusiones que finalmente fueron publicadas. Queremos hacer notar que en la composición tanto del comité de organización, grupo bibliográfico, grupo de expertos como del jurado existía una amplia representación de otros profesionales, además de los psiquiatras. A modo de ejemplo, citaremos la composición del jurado (17 miembros): psiquiatría (3) medicina general (4), hepatogastroenterología (1), medicina interna (1), medicina de urgencias (1), anestesia y reanimación (1), enfermería (1), dietética (1), terapia (1), asistencia social (1), asociación alcohólicos rehabilitados (1) y realización audiovisual (1).

Dos años más tarde y con igual procedimiento, en Marzo de 2001, se ha desarrollado en París la Segunda Conferencia de Consenso (SAF 2001a), con el objetivo de definir las Modalidades de seguimiento del paciente alcohólico después de la desintoxicación.

Podríamos preguntarnos: ¿qué conflictos internos en la SEP hacen que se redacte unilateralmente un consenso en el tratamiento del alcoholismo y las drogodependencias y, en cambio, sea capaz de promover y, también, publicar un consenso – hasta cierto punto – pluridisciplinar sobre el tratamiento

de las demencias junto con médicos de familia, neurólogos y geriatras? (Águila Del, 2001).

De todo lo expuesto, deducimos que ni en cuanto a la forma – elaboración – ni en cuando al fondo – contenido – podemos hablar de Consenso, sino más bien de Compendio.

¿REPSIQUIATRIZAR?

La tendencia a la “repsiquiatrización” del alcoholismo y las drogodependencias, reivindicando su control a ultranza se respira ya desde el mismo prefacio. Nos desconcierta este nuevo enfoque y sus posibles motivaciones e intereses cuando es sabido que “los psiquiatras tienen una conocida reticencia a visitar alcohólicos, y cuando intentan tratarlos interpretan la bebida como un síntoma de otro diagnóstico o condición y la ignoran”. (Goodwin, D. 2000) y como reconoce Willenbring, M. (2000) “aunque la capacitación psiquiátrica prepara a los médicos a diagnosticar y tratar las condiciones psiquiátricas coexistentes, la formación en el tratamiento de las enfermedades adictivas suele ser inadecuada. Por lo tanto, muchos nos sentimos poco preparados para tratar la enfermedad adictiva, especialmente en el contexto de la práctica psiquiátrica general”.

Sorprende este cambio de actitud, más aún si tenemos en cuenta que durante años la realidad ha sido la contraria, como admite Santo-Domingo, J. (2000): Tras un muy largo período en que la participación de la asistencia psiquiátrica en general ha sido mínima respecto la problemática del alcoholismo y las otras dependencias.

En Catalunya, donde los CAS (Centros de Atención y Seguimiento de las Drogodepen-



dencias) son atendidos en su mayoría por médicos no psiquiatras y que nacieron ante la falta de preocupación y ocupación por parte de los psiquiatras, hemos visto como los Centros de Salud Mental se desentendían por completo de aquellos pacientes con problemas relacionados con el consumo de sustancias, incluso de aquellos que presentaban al mismo tiempo otro diagnóstico psiquiátrico, quienes tampoco eran bienvenidos en los CAS; observándose una clara dificultad – ausencia de voluntad – de coordinación entre ambos estamentos. También en el resto de nuestro país, en incontables ocasiones, se ha repetido este hecho paradójico, en que el paciente toxicómano provocaba recelo en los Centros de Salud Mental y el paciente psiquiátrico recibía un tratamiento incompleto en los Servicios de Toxicomanías (Salvanés y Álamo, 1999), en detrimento del paciente, se ha perdido todo interés por él, convirtiéndole en una pelota rebotando de uno a otro servicio.

Nos preguntamos si deberíamos, quizá, congratularnos ante esta nueva perspectiva, siempre y cuando no se limite a mantener presente *la llama de la ilusión* (p. X), sino que se traduzca en una aplicación práctica entendiendo que "... debemos coordinar estos esfuerzos con realidades y no con ilusiones" (Vaillant, GE 1995) y redunde en un auténtico beneficio para nuestros pacientes.

Aunque no por ello dejamos de sentir y manifestar un cierto recelo ante esta tendencia genetista-biologista general que puede desembocar en una excesiva medicalización, tanto en la esfera de un sobrediagnóstico de comorbilidad como en la vertiente farmacológica del tratamiento, del que es un trastorno de claro origen bio-psico-social.

Trastorno en el que no la *asistencia Psiquiátrica es esencial* (p. 19), considerando que "el hecho de que el tratamiento psiquiátrico o la admisión en un hospital psiquiátrico pueda ser indicado para algunos de dichos pacientes no significa que el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol sea un coto privado psiquiátrico" (Edwards, G. 1997), sino que también es necesaria e imprescindible la participación y coordinación multidisciplinar de trabajadores sociales, psicólogos, otros médicos, enfermería y alcohólicos rehabilitados, ya que todos son aptos si conocen la enfermedad y la tratan bien (Goodwin, D. 2000).

Debe ser evidente que la psiquiatría no es *esencial* (p.25), aunque puede y debe, a menudo, jugar un papel y desarrollar su función, siempre y cuando siguieran a sus pacientes durante todo el tratamiento, o sea el período necesario para lograr su adaptación psicosocial y reconstrucción personal. Y, además, la cooperación con los servicios psiquiátricos debiera estar disponible para cualquiera que trate los problemas adictivos; siendo por otra parte imprescindible el conocimiento de esta dimensión psiquiátrica por parte del terapeuta, independientemente de su disciplina profesional.

¿DÓNDE QUEDAN LOS ESTUDIOS PROSPECTIVOS?

Con asombro, observamos que no se recoge ninguna mención bibliográfica en todo el Consenso referente a los estudios prospectivos longitudinales; cuando, en realidad, son la base que constituye el único modo de conocer y comprender la evolución natural de la enfermedad y a partir de dicho co-



nocimiento auténtico se deduce que el interés médico debería encaminarse y centrarse en investigar sobre su aparición, curso y resolución, para poder llegar a saber cómo influir en su evolución; y, en definitiva, contribuir a acelerar el proceso de resolución espontáneo.

George E. Vaillant, publica en 1983 su *The Natural History of Alcoholism*, (revisada en 1995), resultado del estudio prospectivo sobre 600 varones – 200 socialmente privilegiados (College sample) y 400 de clase baja (Core City sample) – seguidos desde 1940, de la adolescencia hasta la madurez. También sigue, durante ocho años, una muestra de 100 hospitalizaciones consecutivas de alcohólicos (Clinic sample) y nos advierte que cuando se procede hacia adelante, es decir en un estudio prospectivo, emergen muchas sorpresas y la mayoría de lo que conocemos retrospectivamente parece ser una mera ilusión.

En el sumario del libro da respuesta a las siete cuestiones que se había planteado en la introducción:

- ¿Es el alcoholismo un síntoma o una enfermedad?
- Si el alcoholismo es una enfermedad, ¿es progresiva?
- ¿Son los alcohólicos premórbidamente diferentes al resto de la gente?
- ¿Están los alcohólicos abstinentes peor que cuando bebían?
- ¿Es posible para los alcohólicos volver al beber asintomático?
- ¿Cómo altera la intervención clínica la historia natural del alcoholismo?
- Al tratar el alcoholismo, ¿cuál es la relevancia de Alcohólicos Anónimos?

Las respuestas a estos interrogantes son esenciales para la comprensión de una dependencia, en este caso la enfermedad alcohólica, y nos descubren el camino que los profesionales deberíamos seguir para un abordaje apropiado. Se trata, en nuestra opinión, de una referencia imprescindible para la elaboración de un Consenso, que inexplicablemente se ha omitido.

¿ESTAN ALTA LA COMORBILIDAD?

La perspectiva desde la que observemos el diagnóstico de la patología psiquiátrica comórbida puede darnos resultados muy dispares, ya que si bien los estudios indican que los índices de prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en población adicta son bajos, cuando consideramos la prevalencia de trastornos adictivos en la población psiquiátrica entonces son altos. (Miller, N.S., 1993).

Se debería proceder con mayor cautela antes de establecer dicho diagnóstico. Ante todo, responder a la pregunta que se hace Nunes, E.V. (1996): ¿Puede diagnosticarse un trastorno comórbido durante los períodos de uso activo de la sustancia, o es imprescindible la existencia previa de un proceso de desintoxicación?, y seguidamente, ¿cuál es el momento oportuno de hacer la valoración, cuánto tiempo se requiere de abstinencia?, Para una valoración fiable tanto del eje I como del eje II se necesitan, al menos, de 4 a 6 semanas de abstinencia, a veces, meses. Aunque ésta sigue siendo una cuestión abierta, en la práctica clínica observamos que cuanto mayor tiempo transcurre desde el último consumo, mayor número de diagnósticos



avalados por largos informes escritos terminan en la papelera.

Todos tenemos en mente a pacientes, con cara, con nombres y apellidos, que en el transcurso de la rehabilitación han ido dejando atrás en la cuneta múltiples diagnósticos tanto del Eje I como del Eje II, realizados apresuradamente durante los años de consumo, sin un período razonable libre de drogas.

Los instrumentos diagnósticos actuales – escalas, cuestionarios, tests,... – no parecen presentar una especial utilidad, se debería determinar previamente la validez predictiva de los mismos mediante pruebas de fidelidad y estudios longitudinales, con evaluaciones frecuentes, de los que seguimos estando faltos. La historia clínica juega, aquí, un papel preponderante.

Afirmar, por lo tanto, que tres cuartas partes de los pacientes diagnosticados de trastorno por consumo de sustancias cumplen criterios de al menos un trastorno psiquiátrico, es decir que padecen un diagnóstico comórbido o dual, nos parece gratuito y sobredimensionado.

Gratuito porque en la práctica, para algunos pacientes, es imposible alcanzar y mantener la abstinencia durante un mínimo de tiempo, por lo que se establecen y se multiplican los diagnósticos con excesiva precocidad – trivialidad –, conllevando el riesgo que supone una etiqueta y con toda probabilidad un tratamiento farmacológico innecesario y prematuro, con el que muchos profesionales se sienten más cómodos y, al mismo tiempo, el adicto más conforme ya que prefiere cualquier otro diagnóstico que le permita continuar con el consumo. El adicto prefiere oír “tiene usted un trastorno bipolar”, antes que “tiene usted problemas con el alcohol, la cocaína,...”

Sobredimensionado porque la coexistencia de ambos trastornos no se encuentra avalada por los hallazgos de los grandes estudios prospectivos longitudinales.

Así, Vaillant, G.E. (1995), señala que: sorprendentemente, la mayoría de futuros alcohólicos no se diferencian de los futuros bebedores asintomáticos en términos de estabilidad psicológica premórbida.

También, en un estudio sobre 739 jóvenes de 19 a 24 años, sólo se encuentra una modesta correlación entre el nivel de psicopatología y el nivel de uso de cocaína. La severidad de la psicopatología asociada al uso de cocaína puede ser el resultado de artefactos o de trabajar con muestras clínicas altamente seleccionadas. (Newcomb, M.D., 1987).

De nuevo, Vaillant, G.E. (1996a) en el transcurso del London Seminar de 1995, incide de nuevo sobre este aspecto, diciendo que las muestras clínicas están siempre severamente sesgadas, ya que: 1º Incluyen adictos comórbidos por otros desórdenes, 2º Las cohortes clínicas seleccionan preferentemente al adicto que recaer crónicamente, y 3º Los adictos que han alcanzado la abstinencia, normalmente, no acuden más a las consultas. Es decir, las muestras clínicas, preferentemente, enfocan su atención a los fracasos del tratamiento y a los enfermos mentales más que a los procesos naturales de curación entre los psiquiátricamente normales.

Este exceso de búsqueda de patología y clasificación, a lo único que conduce es a desviar la atención del problema principal que es la drogodependencia. Bastante más importantes en estos pacientes son los problemas



familiares, legales y de disfunción social y laboral que los diagnósticos psiquiátricos específicos. La falta de apreciación de la experiencia íntegra del individuo conduce a tratamientos fragmentados, excluyentes e ineficaces.

Por último, apuntar que el creciente interés actual, tan de moda, en la comorbilidad y el diagnóstico dual que se refleja en la cantidad de artículos publicados y gran número de congresos y seminarios dedicados al tema, nos inclina a entroncarlo con la voluntad, más o menos manifiesta, de re-psiquiatrizar las drogodependencias y quizá de una manera más sutil y menos evidente de mantener y cuidar los intereses del que no debería ser un coto vedado exclusivo de la psiquiatría. Sin olvidar la lectura interesada por parte de la industria farmacéutica, justificando los ensayos y la prescripción de todo tipo de psicofármacos.

Debemos, a priori, dar la bienvenida a las nuevas Unidades de Patología Dual de reciente creación (la primera en Catalunya se inauguró en Martorell, en Junio de 2001), que deberían, en beneficio de nuestros pacientes adictos, realizar un esfuerzo en no sobrediagnosticar aquellos trastornos comórbidos, tanto en el eje I como en eje II, que no son más que una cortina de humo consecuencia del mismo consumo y que con un tiempo razonable de tratamiento psicoterapéutico en abstinencia se difuminan, llegando a desaparecer, o al menos, realizar un seguimiento del paciente que permitiera a los seis meses confirmar o descartar la persistencia y concordancia de dicho diagnóstico, hechos sobre los que serían deseables y necesarios estudios de investigación.

¿EXISTE UNA LÍNEA DE TRATAMIENTO ?

En absoluto.

Tanto en los apartados de instrumentos para la evaluación del uso de sustancias y diagnóstico de patología psiquiátrica comórbida como en el de tratamiento se advierte un ímprobo esfuerzo por reunir en el primer caso, el mayor número de cuestionarios y escalas existentes destinadas a diagnosticar o a medir; llegando a constituir una verdadera sopa de letras, de la que el investigador avanzado pueda obtener alguna información y, en el segundo caso, una exposición exhaustiva tanto de los modalidades en las intervenciones psicosociales, como una recopilación de toda la farmacopea que intenta encontrar un espacio – o un beneficio – en el tratamiento farmacológico.

Desde luego, la presentación de todo el arsenal terapéutico y sus procedimientos aunque no tengamos todavía el tratamiento universal efectivo para las drogodependencias, ni la modalidad adecuada para cada enfermo, como señala el informe, y quizá esperando la aparición de ese agonista multifactorial –adictivo o no–; es cuando la ausencia de una recomendación sobre una línea de tratamiento y de un tiempo mínimo de seguimiento nos resulta, del todo, ambigua; pues no podemos olvidar que se trata de un Consenso y es aquí donde el documento se revela más como una compilación y un compendio que como un Consenso propiamente dicho.

Por otra parte, el progresivo y notorio distanciamiento entre la práctica clínica diaria, la vivencia próxima con la realidad del sufrimiento del paciente alcohólico o drogodependien-



te y de su familia, y entre el trabajo de investigación, en la lejanía del laboratorio, muchas veces auspiciado bajo los intereses de la industria farmacéutica, dificulta notablemente la consecución de una línea de tratamiento coherente, aplicable y realmente efectiva, citándose a menudo unas recomendaciones, farmacológicas o no, sin el imprescindible aval de un mínimo tiempo de seguimiento, que no debería limitarse a los primeros meses o primer año, sino prolongarse hasta el tercer o quinto años.

Finalmente, los excesivos recursos bibliográficos de la literatura anglosajona con la práctica ausencia de referencias europeas, nos hace cuestionar la vigencia en un país mediterráneo, como es el nuestro, donde no sólo el tipo de consumo es claramente diferente, sino que, además, la idiosincrasia social es totalmente distinta.

Dicho esto, vamos a repasar el Consenso destacando aquellos aspectos que nos parecen más relevantes, dejando para un futurible el análisis pormenorizado de cada una de las sustancias.

ASPECTOS GENERALES

Dentro de los **criterios diagnósticos** se repasan las clasificaciones actuales (CIE 10 y DSM IV). En la intoxicación aguda, calificada como estado transitorio, puede inducir a una infravaloración de su potencial gravedad, ya que puede conducir de manera fulminante en el caso de algunas sustancias al coma y a la muerte. Debemos precisar que la clínica no solamente variará en función de la sustancia, sino también de la cantidad consumida, del tiempo transcurrido desde el último consumo y de la vía de administración.

El consumo perjudicial (CIE 10), no solamente es aquél criticable por terceros, sino que aún en ausencia de dicha crítica es todo aquel que se realiza a pesar de un daño de orden médico, psíquico o social inducido por el consumo de la sustancia y en ausencia de dependencia de la misma. Su correspondencia con el término abuso (DSM IV) no es nada clara. Deberíamos desestimar la utilización de dicha palabra, dado que en muchos casos tiene una acepción vinculada a la intoxicación aguda, en otros induce a una banalización de la conducta de consumo y finalmente se convierte en ambigua al referirnos a determinadas sustancias, como recomienda la SFA (2001b).

La **entrevista diagnóstica** y la evaluación del paciente, tal y como la plantea el documento, nos presenta una situación ideal – casi bucólica –, es decir: un paciente que acude a la consulta por problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas y en demanda de tratamiento. En la práctica diaria, pocos son los pacientes que acuden a consulta la primera vez y reúnen dichas condiciones; en la mayoría de casos nos encontramos ante un paciente que consulta por otros síntomas (depresión, ansiedad, insomnio,...), raras veces, para él, el problema es el consumo, ni aún en presencia de graves afectaciones orgánicas; otras veces, son pacientes que consultan presionados por las consecuencias del consumo (problemas familiares, económicos, legales,...) y, frecuentemente, acude algún familiar que sí que identifica el problema solicitando orientación. En cualquiera de los casos, la conciencia de enfermedad que tiene el paciente es nula, por lo que en primer lugar deberemos proceder a elaborar y trabajar para reconvertir la demanda.



No es una entrevista fácil, el paciente por su parte puede falsear información, tanto voluntariamente (para minimizar el problema o maximizando algunos aspectos para desviar o provocar mayor atención) como involuntariamente (por no ser capaz de tener una realidad objetiva sobre sí mismo y/o tener amnesias lacunares). La conceptualización, en el fondo, muchas veces moralista por parte del evaluador; cuando se siente *cierto temor a ofender a su paciente* (p. 2) - ¿ocurre lo mismo cuando se realiza la anamnesis sobre otros trastornos? - y las reticencias del mismo que deben encuadrarse dentro de la mentalidad de usuario (Freixa, F. 1990), son también obstáculos que dificultan el correcto abordaje de los trastornos adictivos.

Los datos obtenidos interrogando acerca del consumo nos aportarán una pobre información de tipo descriptivo (tipos de sustancias, vía,...) y cuantitativo - con las debidas reservas - (dosis, frecuencia,...) pero no nos aportarán ninguna información desde el punto de vista clínico, relativo a los cambios o trastornos físicos, psicológicos y conductuales, y de relación con el entorno familiar, laboral y social.

Es una consideración errónea poner excesivo énfasis en los *factores que han desarrollado un papel etiopatogénico* (p. 8), pues se trata de factores que empeoran cualquier enfermedad crónica; ya que tanto la inestabilidad familiar como personal premórbida no contribuyen a un mayor riesgo de alcoholismo (Vaillant, G.E., 1995)

La sucesiva aparición de problemas, en la mayoría de los casos, en orden centrípeto, es decir desde lo externo a lo interno, conlleva a la sucesiva aparición de problemas desde la

esfera socio-laboral o familiar a la del propio individuo. El sentido de dicho deterioro progresivo queda recogido en los 43 ítems de Jellinek (1960), en el caso del alcoholismo.

La actitud y motivación previas, aunque deben valorarse, no deben ser un límite que obstaculice y retrase el inicio del tratamiento, ya que en muchas ocasiones pueden y deben modificarse en el curso del mismo, con una adecuada intervención y recordando que las resistencias son un problema del terapeuta y no del paciente. (Miller, W.R. y Rollnick, S., 1999).

Es responsabilidad del profesional evaluador; también llegar a transmitir y hacer comprender al paciente que cuando una persona tiene problemas con el alcohol - una sustancia - la bebida alcohólica - dicha sustancia - es el problema (Feuerlein, 1982).

El **examen físico** del paciente que es tan habitual y rutinario en otras disciplinas, no es usual en la práctica psiquiátrica, lo que se trasluce en una limitada relación de signos asociados al consumo, *Tabla I* (p.10), así como de las complicaciones médicas asociadas, *Tabla II* (p.10) quedando en el tintero, en ambos casos, un buen número de ellos por relacionar y algunos de significativa importancia, como casi todos los signos físicos asociados al consumo de alcohol, signos pupilares o conjuntivales en el consumo de otras sustancias e, inexplicablemente, en el caso de las complicaciones médicas, las neoplasias asociadas al consumo de tabaco.

En el apartado de **instrumentos de evaluación de los trastornos por uso de sustancias**, se advierte un ímprobo esfuerzo por reunir el mayor número de cuestionarios y escalas existentes destinadas a diagnosticar o a



medir: entrevistas generales, escalas de gravedad clínica de la adicción, y también en otras partes del libro proliferan las referencias a escalas específicas: dependencia, craving, motivación,... Constituye una verdadera sopa de letras de la que el investigador avanzado puede obtener alguna información, pero dudamos mucho que sean orientativos y aplicables en la práctica clínica diaria. Cualquier cuestionario, además, debe ser valorado con lupa, porque parte de la base y confía en la veracidad de las respuestas del adicto. El técnico debiera familiarizarse con un reducido sistema de evaluación en el que se diera un sentido clínico a su interpretación. Los instrumentos de detección citados son útiles, pero a veces con simples preguntas tipo CAGE, los clínicos han alcanzado mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica (Cyr, M.G. y Wortman, S.A., 1988). Ni las pruebas de laboratorio (que son necesarias) ni los cuestionarios diagnósticos reemplazan la necesidad de obtener una historia clínica completa sobre el enfermo alcohólico. (Marcos, J.F., 1996)

Ya hemos manifestado anteriormente nuestra opinión respecto al **diagnóstico de la patología psiquiátrica comórbida**, entendiendo más bien que ésta, casi, sería la excepción y no la regla.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR USO DE SUBSTANCIAS

Matizando, de entrada, que poco avanzaremos en el tratamiento de las drogodependencias mientras se siga considerando a los pacientes como un objeto, paquetes que se

envían (p.29) a comunidades terapéuticas o como soldados que se integran a las terapias de grupo para *mantener a los pacientes la lucha* (p.34), pues pensamos que son personas y que las adicciones son una enfermedad y no una guerra o una cruzada: la subterránea convicción de la adicción como un vicio sigue existiendo y aflorando.

En primer lugar, sobre los **objetivos del tratamiento**, hemos de precisar que el objetivo final del mismo no es *la eliminación o reducción de los efectos nocivos derivados del uso de sustancias* (p. 23), sino que para nosotros existiría un objetivo primordial de nivel superior que podría definirse en capacitar al sujeto para que pueda aprovechar las mismas posibilidades de que disponen los demás individuos de su mismo grupo de pertenencia y edad (Heather, N. et cols., 1985). En el mismo sentido se manifiesta Leshner, Al., Director del NIDA: el objetivo del tratamiento de las drogodependencias es restablecer el funcionamiento, no precisamente enseñar a alguien el uso de las drogas. (Vastag, B., 2001)

A la hora de planificar el tratamiento, más que puntuar áreas problema para plantear prioridades terapéuticas, habría que considerar al alcoholismo – la dependencia – como capaz de reflejar simultáneamente un hábito condicionado y una enfermedad (Vaillant, G.E., 1983-95).

En esta línea, se deberían diferenciar los objetivos según la fase del tratamiento: de la desintoxicación, de la deshabituación y de la rehabilitación o habilitación.

La desintoxicación terapéutica tiene por objetivo la entrada en un proceso de abstinencia completa de la sustancia, debe reunir unas condiciones de seguridad óptimas, de



cara a prevenir posibles complicaciones y realizarse con el máximo confort y mínimo distress para el paciente. (Société Française d'Alcoologie, 1999).

La deshabitación, que ya se inicia con la desintoxicación, tiene por objetivo llevar a cabo el proceso de ruptura no sólo con el aspecto comportamental del consumo, sino intentando modificar las circunstancias y condiciones tanto personales como ambientales que contribuyen al mismo (Freixa, F. 1996).

La rehabilitación que conducirá a recuperar las disponibilidades personales y las habilidades sociales que se han desestructurado o deteriorado con el consumo, tanto en los aspectos personales, comportamentales, de convivencia, de pareja, de familia y los laborales y sociales. (Freixa, F. 1996). En algunos casos se tratará de una auténtica habilitación, cuando debido a un inicio precoz del consumo, no se hayan alcanzado dichas habilidades, personales y sociales, anteriormente.

Para nosotros, la abstinencia total de cualquier sustancia susceptible de adicción no es un fin sino un medio para lograr el objetivo final.

Dentro del **plan de tratamiento**, cuya estrategia debe estar adaptada a las fases y, probablemente, individualizada, entendemos que se trata de un tratamiento a largo plazo que comprenderá un tiempo no inferior a cinco años, ya que los estudios realizados no confirman que un tiempo de dos años sea adecuado como base para un pronóstico a largo plazo, después de cinco años sólo se encuentra un 9% de recaídas. (Vaillant, G.E., 1996b). Por lo tanto el seguimiento del paciente debería realizarse y planificarse dentro de dicho período, con intensidad diferente a lo

largo del mismo, pero siempre acorde con la evolución del paciente.

Un abordaje integral del drogodependiente que abarcara todas las esferas de salud - en su sentido amplio de bienestar bio-psico-social - susceptibles de mejoría la mayoría y otras de seguimiento y/o afrontamiento:

- salud física o biológica: enfermedades o secuelas físicas, consecuencia del consumo o independientes del mismo.
- salud mental y psicológica: trastornos mentales y del comportamiento.
- salud familiar y de relación social y laboral: relaciones y capacidades.

Priorizando por encima de estos campos el tratamiento específico de la enfermedad primaria de adicción, cuyo eje central sería el Grupo de Discusión Terapéutica. (Freixa, F., 1996). El grupo de discusión terapéutica es, hoy por hoy, el instrumento terapéutico más eficaz y potente que la ciencia médico-psicológica pone al alcance de los profesionales de las drogodependencias. (Álvarez, A., 1999).

Dentro de este contexto abogaríamos por un abordaje multidisciplinar por parte no sólo de psiquiatras, sino también de otros médicos, psicólogos, diplomados en enfermería y trabajadores sociales, como ya preconizábamos en el segundo apartado referido a la repsiquiatrización.

La elección del **contexto de tratamiento**, que en teoría parece tiene unas indicaciones más o menos claras, no está únicamente en función de las características biopsicosociales del paciente y de su historia de consumo, sino que en la práctica está condicionada en mayor o menor grado por los recursos existentes, su disponibilidad, las posibilidades y facilidades de acceso, siendo la económica una



clara limitación cuando hablamos de recursos privados.

Hemos de precisar que si bien parece que el contexto en que se realiza no afecta a los resultados a largo plazo, si existen estudios relativamente recientes (Walsh et al., 1991; Bunn et al., 1994) que demuestran la eficacia de un tratamiento con ingreso; con posterioridad, se ha sugerido la necesidad de reevaluar la evidencia de la influencia del lugar de tratamiento en el resultado. (Finney, J.V. et al., 1996).

El tratamiento ambulatorio, entendemos que puede realizarse en el caso de un paciente con una historia de dependencia reciente, buen estado clínico, elevado nivel de motivación, buen soporte familiar y alto grado de integración sociolaboral, siempre con una atención intensiva y un seguimiento próximo por parte del equipo terapéutico.

Los centros de día podrían desempeñar un papel tanto en los tratamientos ambulatorios, como al alta de los tratamientos de ingreso hospitalario.

El hospital es, por ahora, es el único lugar donde pueden realizarse tratamientos de ingreso, que en la mayoría de los casos se limitan a aquellos casos en que la historia de dependencia, condiciones sociales y/o el estado clínico del paciente lo aconsejan para realizar la desintoxicación y completar, en ocasiones, el estudio y diagnóstico global del paciente.

En muchos casos una vez completada la desintoxicación correctamente el paciente podría necesitar de un tratamiento protegido, durante un tiempo, y que no precisara para ello los recursos de un hospital. Pero, prácticamente, no existen centros públicos

de una estancia intermedia 4-6 semanas, de los cuales se podrían beneficiar, por ejemplo, muchos alcohólicos con dependencia severa y posiblemente otros adictos (fracasos en tratamientos previos, consumo múltiple), aún en ausencia de condiciones sociales adversas; ya que las comunidades terapéuticas trabajan sobre un período de estancia mayor y están más indicadas en aquellos casos de dependencia a otro tipo de sustancias y en las que el paciente debe iniciar un proceso complejo de construcción y maduración personal que debido a su historia de consumo no pudo hacer en su debido tiempo: se trata de una habilitación más que de una rehabilitación.

En todos los casos, la inclusión en un grupo de discusión terapéutica se realizaría en cuanto el proceso de desintoxicación lo permitiera, empezando ya simultáneamente la deshabituación. (Freixa, F., 1996).

TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Invertiremos el orden para referirnos en primer lugar a **las intervenciones psicosociales**, que consideramos fundamentales e imprescindibles en el tratamiento de la enfermedad adictiva, en contraposición al tratamiento farmacológico cuyo papel en la deshabituación es claramente secundario y limitado e incluso en ocasiones contraproducente.

Desde luego, la exposición exhaustiva de los procedimientos terapéuticos, – en uso y en desuso – de los que disponemos y aunque no tengamos todavía el tratamiento universal efectivo para las drogodependencias



ni la modalidad adecuada para cada enfermo, como señala el informe; sin recomendar ninguna línea de tratamiento ni un tiempo mínimo de seguimiento nos resulta, del todo, ambiguo; pues no podemos olvidar que se trata de un consenso y no de un compendio.

Reivindicamos el tratamiento en terapias de grupo y la colaboración con los grupos de autoayuda, junto con un seguimiento individual, más o menos periódico, como el tratamiento de elección. Como ya hemos indicado antes, se debiera seguir una línea de tratamiento y un tiempo mínimo de seguimiento, aspectos que no se especifican en el consenso.

TERAPIAS DE GRUPO

En la literatura hay evidencias más que sobradas de que la psicoterapia de grupo es el tratamiento de elección en las adicciones, (Flores, P.J.; Mahon, L. 1995), con indicación expresa de la misma: hay que motivar al paciente a participar en una psicoterapia grupal (Marcos, J.F., 1996) e incluso desde el punto de vista práctico, la terapia de grupo es el formato más usado en el tratamiento de las adicciones (Foote, J. et al. 1999) y no solamente en el alcoholismo donde es uno de los más importantes recursos en el tratamiento (Vitadini, G.; Giorgi, I., 1998) y en el que tenemos resultados recientes sobre su eficacia en nuestro medio (Monrás, M.; Gual, A., 2000 y Monrás, M. et al., 2000), sino también con la dependencia de la cocaína, en un estudio comparativo versus formato individual, se encontraron diferencias significativas y mantenidas a favor de la terapia de grupo en áreas de funcionamiento psicosocial, severidad de

la adicción, afrontamiento y craving. (Schmitz, J.M. et al., 1997).

La terapia de grupo permite observar al paciente cómo se consigue el cambio y le motiva para intentarlo con mayor ahínco, la mejoría está muy relacionada con la abstinencia, siendo necesario un nivel intenso de terapia para mantener ésta. (Gallanter, M.; Kleber, H.D., 1997).

El Segundo Consenso Francés (SFA, 2001a) va más allá afirmando que "todo alcoholólogo, al menos en una institución, está invitado a animar - ser el elemento motor de - un grupo de terapia."

TERAPIAS DE FAMILIA

Emilio Bogani nos dice que cuando en una familia hay un enfermo alcohólico, su enfermedad se extiende imperceptiblemente a todos sus miembros. Aunque de una manera diferente, la esposa, los hijos, etc. también están enfermos.

El alcohol rompe la homeostasis familiar y a la par que evoluciona la enfermedad del alcohólico la familia sigue un proceso paralelo que desemboca en una serie de conductas y actitudes reflejo del conflicto que están viviendo.

Los familiares viven angustiados no sólo por la inquietud, a veces miedo, que ocasiona la convivencia con un enfermo alcohólico, las posibles dificultades económicas, las amenazas y a veces agresiones físicas, o los problemas de relación extrafamiliar y social,... sino que además el familiar atraviesa por un mar de dudas, pasando desde actitudes unas veces condescendientes, otras redentoras, o de negación o incluso ocultación, sintiéndose



culpables y llegando a una resignación pasiva o a un rechazo del enfermo; es decir, desarrollan una codependencia.

Habitualmente la familia es la primera barrera que encuentra el enfermo alcohólico, pero también su primera víctima, por ello también es la fuente de la primera ayuda que puede recibir; deberemos aprovechar al máximo esta ayuda potencial, evitando que se convierta en un impedimento en la recuperación del enfermo. Ayudar al enfermo pasa por ayudar a la familia. (Monrás, M., 2000).

Nos parece importante integrar en el mismo grupo de terapia a enfermos adictos y familiares, ya que la participación en el grupo contribuye a la recuperación del diálogo familiar que muchas veces es inexistente. Puede optarse por realizar grupos de pacientes y familiares alternativamente juntos y por separado.

Hemos de tener presente que no es infrecuente que cuando el enfermo adicto se pone en tratamiento, en su pareja (o madre) se manifieste una depresión muchas veces reprimida por la tensión vivida durante largos años.

En determinados casos, además de la terapia grupal, se personaliza el tratamiento con una terapia individual o familiar; ya sea médico-psicológica, psiquiátrica o social. (Freixa, F., 1996).

El **tratamiento farmacológico** aunque es capital en la desintoxicación de algunas sustancias, tiene un papel totalmente secundario en las fases de deshabituación y rehabilitación en las que debería indicarse con exquisita cautela ya que en muchos casos puede convertirse en un nuevo problema y retrasar la recuperación.

Discrepamos categóricamente de que sea necesario el *empleo de fármacos para considerar el alcoholismo una enfermedad médica* (p.55) – y por extensión al resto de adicciones – este pensamiento *implícito* sólo está presente en aquellos profesionales cuyo único recurso terapéutico es disuadir a no beber – a no consumir – y medicar temporalmente o "sine die", en espera de esa panacea farmacológica que solucione el problema global del enfermo.

Asumimos, íntegramente, la afirmación: Insistimos sobre el hecho de que estos medicamentos – acamprotrato, naltrexona, disulfiram – solamente tienen sentido cuando su prescripción se integra en el programa de seguimiento, al cual no pueden substituir. (Verbank, P. 1998).

El tratamiento farmacológico de la abstinencia, durante la desintoxicación, está justificado en el caso de algunas sustancias: alcohol, opiáceos y barbitúricos, en prevención de las posibles complicaciones graves; en el caso de las otras sustancias se suelen prescribir fármacos para aliviar el distress causado por la abstinencia brusca.

El tratamiento de las intoxicaciones agudas queda muy lejos de la praxis psiquiátrica habitual; ya que, prácticamente, en su totalidad son atendidas por los médicos de los servicios de urgencias por lo que su inclusión en el texto se circunscribe a dar unas someras orientaciones generales.

Sigue la clasificación distinguiendo en: tratamientos contra los efectos reforzantes (naltrexona, en opiáceos y alcohol), fármacos contra la compulsión al consumo (acamprotrato) y fármacos disuasores (disulfiram y cianamida cálcica).



Goodwin, D. (2000) señala que los fármacos son todavía ampliamente prescritos para los alcohólicos... y en realidad substituyen al alcohol al paliar en ocasiones la ansiedad y el estrés... han contribuido poco al tratamiento del alcoholismo y algunos clínicos recomiendan firmemente que no deberían ser usados durante largos períodos de tiempo. Recomienda el Antabús, encarecidamente y explica su personal metodología de cómo usarlo bajo supervisión.

El discurso de la industria farmacéutica va muy por delante de la evidencia, nos dice Griffith Edwards (2000) refiriéndose a la naltrexona y al acamprosato indicando que en caso de ser útiles sería solamente en el contexto de un tratamiento más amplio.

Estos dos fármacos han demostrado, frente a placebo, ser más eficaces – a corto plazo – en el tratamiento del alcoholismo, que el disulfiram aunque su uso sea amplio no existen ensayos clínicos que corroboren la realidad empírica de su uso en administración supervisada, que sí parece efectiva. Sobre la aplicación del litio o de los agentes serotoninérgicos en los pacientes con dependencia del alcohol no existen datos, por ahora, que corroboren su eficacia. (Garbutt, J.C. et al. 1999).

En su informe número 3, la Agency for Health Care Policy and Research (1999) concluye: Los fármacos que parecen mostrar eficacia en el tratamiento del alcoholismo deberían ser estudiados durante períodos de tiempo mayores para establecer su eficacia como tratamientos de mantenimiento. Aconsejando que se amplíen los ensayos a lo largo de 5-10 años, para ver si su eficacia sigue siendo evidente más allá del inicio, ya que en caso contrario se cuestionaría su uso.

El posible papel de los fármacos, siempre en el curso de un tratamiento integral, sería contribuir a mantener un tiempo mínimo de abstinencia imprescindible para poder trabajar y avanzar en la deshabitación y rehabilitación.

Los programas de mantenimiento, sustitución por agonistas, como su mismo nombre indica no son programas de tratamiento de la enfermedad, sino programas de mantenimiento de la misma; se trata en realidad de una intoxicación con permiso del Estado que sólo puede hacerse cuando el uso del producto va encaminado al tratamiento de la persona que preferimos que tenga una adaptación social más o menos adecuada, que no vaya organizando ciscos y problemas de seguridad ciudadana y a la que no hemos podido resolver su problema, aunque lo hayamos intentado, de otra manera (Freixa, F. 1988). tratamos los problemas sociales pero no al individuo. Son, además, programas que se justifican por la teoría más en boga del momento ya sea de la “reducción de daños” o de la “automedicación” que condenan al individuo, la mayoría de las veces de por vida, a tratamiento con otras drogas. Raras veces se pone el adecuado énfasis en un verdadero interés de tratamiento de la enfermedad de adicción, escatimando la posibilidad de encaminar al adicto, cuando éste ya se encuentre más estabilizado biopsicosocialmente, hacia una programa libre de drogas.

Dentro de las **situaciones especiales**, queremos referirnos al apartado referido a las mujeres, no parece estar aún demostrado que los grupos específicos sean más beneficiosos; de hecho, el estudio de Monrás, M. et al. (2000), efectuado con grupos mixtos en el Hospital Clínic de Barcelona, destaca una



mayor adherencia por parte de las mismas a la terapia de grupo.

En relación, de nuevo, a la patología psiquiátrica comórbida y con la máxima prudencia al hacer este diagnóstico, seríamos partidarios de un abordaje integrado, simultáneo y sincrónico de ambos trastornos y en la circunstancia que intervinieran dos profesionales diferentes debería existir entre ambos una estrecha coordinación y cooperación. Ambos diagnósticos requieren de un tratamiento y seguimiento exquisitos para tener un mínimo de garantías.

En cuanto al problema de dependencia y abuso o consumo de diferentes sustancias, no consideramos que la distinción sobre patrones de consumo, compensador o potenciador; sobre el efecto de una droga – en teoría– principal sea excesivamente importante de cara a enfocar el tratamiento hacia la supresión de todas las drogas de abuso, ya que hay evidencias de desarrollar dependencia de otra sustancia distinta y además con una mayor probabilidad de recaída posterior en la anterior droga principal. Nuestra opinión es que se hace un pobre favor al adicto a una sustancia cuando se le considera solamente abusador de otra o simplemente usuario ya que la experiencia clínica nos indica que se trata una situación de alto riesgo que conduce frecuentemente a una dependencia sustitutiva, con probable recaída en el consumo de la droga principal, o a una dependencia múltiple o politoxicomanía.

BIBLIOGRAFÍA

Agency for Health Care Policy and Reserch –AHCPR. (1999) Pharmacotherapy for Alcohol Dependence. *Evidence Report/*

Technology Assessment: Number 3. <http://www.achcpr.gov/clinic/alcosumm.htm> – 07.03.01 – 09.38.

Aguila Del, C. (2001) La Sociedad Española de Psiquiatría edita el «Consenso Español sobre Demencias». *Jano On-Line*. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=13214> - 22.01.2001 - 15.37

Álvarez, A. (1999) El valor del grupo en la recuperación del enfermo alcohólico. *Jornadas Al-Andalus*.

American Psychiatric Association – APA. (1997) *DSM IV- Atención Primaria*. Barcelona. Masson SA.

Bunn, J.Y. et al. (1994) The relationship between mortality and intensity of inpatient alcoholism treatment. *American Journal Public Health*. 1994 Feb;84(2):211-214.

Cyr, M.G. y Wortman, S.A. (1988) The effectiveness of Routine Screening Questions in the Detection of Alcoholism. *Journal of the American Medical Association*. 259: 51-54.

Edwards, G. (1997) *The treatment of drinking problems*. Cambridge University Press.

Edwards, G. (2000) *Alcohol the ambiguous molecule*. London. Penguin Books.

Feuerlein, W. (1982) *Alcoholismo*. Barcelona. Salvat Editores.

Finney, J.W. (1996) The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*. Dec;91(12):1773-96; discussion 1803-20.

Flores, P.J.; Mahon, L. (1995) The Treatment of Addiction in Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. 43(2): 143-156.



- Foot, J. et al.** (1999) A Group Motivational Treatment for Chemical Dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 17(3): 181-192.
- Freixa, F.** (1988) Senado. Sesión informativa. 6 marzo 1985, de la Comisión Especial de Investigación sobre el Tráfico y el Consumo de Drogas. En: *La toxicomanía. Sujeto, objeto y contexto*. Fábregas, J. y Bardón, C. – Barcelona. Espaxs SA.
- Freixa, F.** (1990) Mentalidad de usuario de los médicos y enseñantes un factor de fracaso en el tratamiento y prevención de las drogodependencias, en *Libro de Actas. XVI Jornadas Sociodrogalcohol*, Valladolid (3-5 de noviembre de 1988).
- Freixa, F.** (1996) *La enfermedad alcohólica*. Barcelona. Editorial Herder.
- Freixa, F.; Bach, L.** (1978) Diacronía y sincronía en el diagnóstico polidimensional del paciente alcohólico. En: *La Enfermedad Alcohólica*. Dirigido por: Gassull, M.A. Barcelona. Químicos Unidos, SA.
- Garbutt, J.C. et al.** (1999) Pharmacological Treatment of Alcohol Dependence. A review of the Evidence. *Jama*. 281(14): <http://jama.ama-assn.org/issues/v281n14/abs/jrv80062.html>. 07.03.01 – 09.13.
- Galanter, M.; Kleber, H.D.** (1997) *Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Substancias*. Barcelona. Masson, SA.
- Goodwin, D.W.** (2000) *Alcoholism. The facts*. Oxford University Press.
- Heather, N. et cols.** (1985) *The misuse of alcohol*. Londres. Crom-Helm.
- Jellinek, E.** (1960) *The disease concept of alcoholism*. Connecticut. Hillhouse Press, New-Haven.
- Levine, B; Gallogly, V.** (1985) *Group therapy with alcoholics. Outpatient and inpatient approaches*. Beverly Hills. Sage Publications.
- Marcos, J.F.** (1996) Tratamiento del alcoholismo. Consideraciones generales.; en *Actualización del tratamiento del alcoholismo*. Aizpiri J. y Marcos, J.F. Barcelona. Masson SA.
- Miller, N.S.** (1993) Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorders: interactions and independent status. *Journal Addictive Diseases*. 12(3):5-16.
- Miller, W.R. y Rollnick, S.** (1999) *La entrevista motivacional*. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica SA.
- Monrás, M.** (2000) Tema monográfico: Alcoholismo. El tratamiento de la familia del alcohólico. *Jano*. Vol. LIX N° 1361:59-60.
- Monrás, M. et al.** (2000) Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultado de un ensayo clínico controlado. *Medicina Clínica*. 115-4; 126-131.
- Monrás, M. y Gual, A.** (2000) Attrition in group therapy with alcoholics: a survival analysis. *Drug and Alcohol Review*. 19: 55-63.
- Newcomb, M.D.; Bentler, P.M.; Fahy, B.** (1987) Cocaine use and psychopathology. Associations among young adults. *International Journal of Addictions*. 22(12):1167-88.
- Nunes, E.V.** (1996) Investigación en diagnóstico dual. En: *Diagnóstico Dual* de Solomon, J. Zimberg, S. Y Shollar, E. (eds.). Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- OMS.** (1994) *Clasificación internacional de las enfermedades*, 10ª ed. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid. Meditor.
- RAE.** (2001) *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid. Editorial Espasa Calpe. <http://www.rae.es/>



- Salvanés, R.; Álamo, C.** (1999) *Avances en patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales*. Madrid. Servicio de Publicaciones. Universidad de Alcalá.
- Santo-Domingo, J.** (2000) El alcoholismo entre siglo y siglo. *Revista Española de Drogodependencias*. 25(4): 388-391.
- Schmitz, J.M. et al.** (1997) Relapse preventuin treatment for cocaine dependence: group vs. Individual format. *Addictive Behaviors*. 22(3): 405-418.
- SEP** (2000) *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y Otras Dependencias*. Madrid. Aula Médica Ediciones.
- Société Française d'Alcoologie.** (1999) Première conférence de consensus. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. *Texte du consensus. Alcoologie et Addictologie*, 21 (2 Suppl.): 203S-215S.
- Société Française d'Alcoologie.** (2001a) Deuxième conférence de consensus. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Les groupes de parole et les autres thérapies de groupe. *Alcoologie et Addictologie*, 23 (2): 162-172.
- Société Française d'Alcoologie.** (2001b) Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. *Alcoologie et Addictologie*, 23 (4 Suppl.): 6S-12S.
- Vaillant, G.E.** (1995) *The Natural History of Alcoholism. Revisited*. Harvard University Press. Cambridge. Massachussets.
- Vaillant, G.E.** (1996a) Addictions over the life course: therapeutics implications. En: *Psychotherapy, psycological treatment and the addictions*. Edited by Griffith Edwards and Christopher Dare. Cambridge University Press.
- Vaillant, G.E.** (1996b) A Long-term Follow-up of Male Alcohol Abuse. *Arch Gen Psychiatry*. 53: 243-249
- Vastag, B.** (2001) Talking with Alan I. Leshner; PhD, National Institute on Drug Abuse Director. *Jama* 285(9): <http://jama-assn.org/issues/v285n9/full/jmn0307-1.html> - 06.03.01 - 23.25.
- Verbank, P.** (1998) Strategies de traitement de l'alcoolisme. *Rev Med Brux*.
- Vitadini, G.; Giorgi, I.** (1998) Un modello di terapia di gruppo nella riabilitazione dell'alcolismo. *G Ital Med Lav Ergon*. 20(4): 260-264.
- Walsh, D.C. et al.** A randomized trial of treatments options for alcohol-abusing workers. *New England Journal of Medicine*. 325: 775-782.
- Willenbring, M.** (2000) Harm Reduction for Substance Abuse in Psychiatric Setting. *Psychiatric Times*. XVII(2): <http://mhsource.com/pt/p000255.html>, 19.12.2000 – 11.42.