

VARIABLES PREDICTORAS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

M. C. Llinares Pellicer^a, C. Palau Muñoz^b, C. Albiach Catalá^c y P. Santos Diez^d

^aUnidad de Conductas Adictivas (UCA). Mancomunitat de Municipis de la Safor. Gandía. Valencia. ^bUCA Paterna. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. ^cUCA de la Mancomunitat L'Horta Nord. Massamagrell. Valencia. ^dUnidad de Conductas Adictivas. Xàtiva. Valencia. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Predictive variables of adherence to treatment in alcoholics

Resumen

Objetivo. *Estudiar el potencial predictivo del estadio de cambio, tipo de tratamiento y otras variables sobre la adherencia al tratamiento.*

Material y método. *Estudio longitudinal multicéntrico realizado en tres unidades de conductas adictivas de la Comunidad Valenciana. La muestra está formada por 172 alcoholdependientes (152 varones y 20 mujeres). La adherencia al tratamiento ha sido medida al mes, 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses.*

Resultados. *La variable predictora de adherencia al tratamiento más potente es el tipo de programa, asociándose a todos los cortes temporales. Acudir acompañado predice adherencia a los 3 y 6 meses, y mayor tiempo de abstinencia previa predice mayor probabilidad de adherencia a los 6, 9 y 12 meses.*

Conclusiones. *El estadio de cambio es menos potente para predecir adherencia que las variables relativas al tratamiento. Sería conveniente evaluarlo a lo largo de todo el proceso terapéutico.*

Palabras clave: alcoholismo, estadio de cambio, variables predictoras, tipo de tratamiento, adherencia.

Summary

Objective. *This paper aims to study the predictive potential of the stage of change, type of treatment followed and other variables regarding adherence to therapy.*

Methodology. *A longitudinal and multicentre study has been carried out in three drug-addiction treatment centres within the Valencia Region, Spain. The sample included 172 alcohol-addicted clients (152 men and 20 women). Adherence to treatment was measured at one, 3, 6, 9, 12, 18, and 24 months.*

Results. *The most successful variable predicting treatment adherence is the type of program followed associated to all the time cutoffs. The fact of attending the centre with some relative or friend is a sign of potential adherence to treatment at the 3 and 6 months. The longer the withdrawal period previous to treatment, the greater the chances of adherence at the 6, 9 and 12 months of treatment.*

Conclusions. *Those variables directly associated with treatment are potentially better predictors of adherence than the stage of change. We have found it necessary to assess it throughout the therapeutic process.*

Key words: alcoholism, state of change, predictive variables, kind of treatment, adherence.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo está considerado en la actualidad como la más relevante de las adicciones, conformándose como uno de los más graves problemas de salud pública. El abuso de bebidas alcohólicas se considera unánimemente uno de los factores que más frecuentemente de-

sencadenan graves problemas para la salud del hombre¹. Efectivamente, el alcoholismo es un fenómeno que parece aumentar constantemente en la mayor parte de los países del mundo, si bien con un predominio y con unos costes sociales que varían ampliamente según el contexto en el que se manifiesta.

Según el último informe del Plan nacional sobre drogas² el consumo de alcohol es, junto al tabaco y la heroína, el que genera mayores problemas de salud en la población española, lo que viene a confirmar que se precisa de acciones que contribuyan a comprender el fenómeno y a diseñar adecuadas líneas de intervención.

CORRESPONDENCIA:

P. Santos Diez.
UCA Xàtiva.
Hospital Antiguo.
46800 Xàtiva. Valencia.
Correo electrónico: patxisan@correo.cop.es.

El porcentaje de personas de 15 a 65 años que han probado el alcohol (alguna vez) es del 87,1%; en el mes previo a ser encuestados la cifra era del 62,7%, mientras que un 12,9% manifestaba beber a diario². Comparando estos datos con los de la memoria de 1997 del Plan nacional de drogas³, se han reducido las prevalencias del consumo «alguna vez», incrementándose ligeramente el consumo en el último mes y diario. Se mantiene estable la precocidad en el inicio y mayor consumo en el hombre; sin embargo, la mujer bebe con mayor frecuencia. Según el estudio de Portella et al⁴ el 2% de la población es dependiente de alcohol y el 4% son «bebedores problema».

En nuestro país son dos los patrones de consumo. El primero está ligado a los hábitos de alimentación: se trata de un consumo diario de alcohol de baja graduación, generalmente hablamos de personas adultas (patrón mediterráneo de consumo). El segundo patrón se caracteriza por la ingesta de alcoholes destilados, preferentemente realizado por jóvenes y durante los fines de semana (patrón anglosajón de consumo). Las bebidas que más se consumen en España en la actualidad son la cerveza, el vino y los destilados².

La historia natural de la dependencia alcohólica en nuestro entorno se caracteriza por un inicio temprano, durante la adolescencia, y los primeros síntomas de dependencia se manifiestan entre los 25-40 años de edad.

Alrededor de un tercio de los que inician el tratamiento recaen durante los tres primeros meses y cerca del 20% alcanzan una abstinencia prolongada: más de 10 años⁵.

Desde el punto de vista clínico, el término «problemas relacionados con el alcohol» hace referencia al conjunto de fenómenos biopsicosociales causados por el abuso de alcohol que requieren un tratamiento específico de tipo integrado (psicológico, médico y social).

Aun cuando los más significativos recursos para su enfrentamiento sean la promoción de la salud y la prevención específica, las gestiones orientadas al diagnóstico precoz y a perfeccionar los recursos rehabilitadores, revisten también un notable significado humano, sobre todo si se tiene en cuenta la tendencia a las recaídas con la consecuente repercusión psíquica, física y social⁶⁻⁸.

En diferentes trabajos e investigaciones sobre retención en distintos programas, encontramos que ésta se sitúa en función de los tratamientos entre el 20% y el 80%⁹⁻¹². En las conclusiones de estos trabajos se señala la importancia de la motivación al cambio como predictora del nivel de retención.

Desde nuestra experiencia profesional clínica en el ámbito de la intervención psicológica hemos podido constatar cómo los sujetos alcoholdependientes que acuden a nuestras unidades de conductas adictivas, lo hacen en la mayoría de los casos presionados por la familia, existiendo en estos sujetos escasa conciencia de problemática relacionada con su consumo de alcohol, cuando no negación del mismo.

Entendemos por adherencia al tratamiento mantener el contacto con alguno de los profesionales de las unida-

des de conductas adictivas. El hecho de que el sujeto continúe acudiendo a nuestros servicios nos indica que persevera (con mayor o menor éxito) en el intento de cambiar su estilo de vida, permitiéndonos intervenir en su proceso de cambio, así como seguir apoyándole en su proyecto. Desde esta concepción consideramos que, aunque por sí sola la adherencia al tratamiento no constituye un criterio de éxito (cambio de estilo de vida y mantenimiento de la abstinencia) sí constituye un objetivo terapéutico de suma importancia, ya que inferimos que un mayor tiempo de permanencia en tratamiento se halla asociado a una mejor evolución del individuo en el proceso de superación de su adicción al alcohol. Este mismo criterio lo mantienen diversos autores¹³⁻¹⁸.

Los autores de este trabajo adoptamos como referente teórico el modelo transteórico de cambio de Prochaska y Diclemente¹⁹, puesto que partimos de la consideración del cambio como un proceso global que incluye estadios, procesos y niveles de cambio. Una de las grandes aportaciones de este modelo es que el tipo de intervención terapéutica más apropiada depende, en gran medida, del estadio de cambio en el que el sujeto se encuentra. Esto nos permite una asignación más racional a un determinado tipo de intervención terapéutica.

El objetivo de la presente investigación es estudiar las diferentes variables sociodemográficas, adictivas, motivación al cambio y tipo de tratamiento de los sujetos que componen la muestra y su potencial predictivo sobre la adherencia al tratamiento en diferentes cortes temporales.

MATERIAL Y METODO

Estudio longitudinal y multicéntrico de seguimiento realizado en tres unidades de conductas adictivas de la Comunidad Valenciana. La muestra está formada por 172 sujetos alcoholdependientes (152 varones y 20 mujeres) que durante el período comprendido entre febrero de 1995 y septiembre de 1997 han acudido por primera vez a nuestros respectivos centros (unidad de conductas adictivas [UCA] de la Mancomunitat de Municipis de la Safor en Gandía; UCA de la Mancomunitat de L'Horta Nord en Massamagrell y UCA de la Cruz Roja de Valencia) en demanda de asistencia para su problemática alcohólica.

Se han excluido las personas que presentaban comorbilidad psiquiátrica grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, retraso mental, etc.).

Hemos evaluado el estadio de cambio en el momento de la demanda mediante una entrevista semiestructurada de respuesta abierta elaborada por los autores, que aborda aspectos relativos al motivo principal por el que acuden al servicio, las razones que les impelen a abandonar el consumo, su percepción en torno a sus necesidades de ayuda y la situación respecto al consumo de alcohol. Dicha entrevista está constituida por cuatro preguntas abiertas:

1. ¿Cuál es el motivo por el que ha acudido a este Centro?

TABLA 1. Variables motivacional, de tratamiento y de acogida

<i>Variables</i>	<i>N</i>	<i>Frecuencia %</i>
Estadio de cambio		
Precontemplación	39	22,7
Contemplación	85	49,4
Preparación	38	22,1
Actuación	10	5,8
Programa de tratamiento		
No inicia	12	7,0
Motivación	2	1,2
Desintoxicación	27	15,7
Antidepresivos	2	1,2
Interdictores	82	47,7
Libre de drogas	47	27,3
Acude a la unidad		
Solo	45	26,2
Amigo	4	2,3
Familia	11	6,4
Hermano	13	7,6
Madre	16	9,3
Otros	5	2,9
Padre	6	3,5
Padres	2	1,2
Pareja	64	37,2
Hijo	6	3,5

2. ¿Cuáles son las razones por las que ha venido? (en caso de que no mencione abandono del consumo o problemática con el alcohol) o, para abandonarlo (si lo menciona como motivo para acudir al centro).

3. ¿En qué le podemos ayudar?

4. ¿Cuál es su situación respecto al consumo de alcohol?

Estas cuestiones las hemos planteado intercaladas dentro de la entrevista inicial psicológica, pasando toda la información obtenida a formar parte de la historia clínica. Durante la entrevista se fomenta la expresión espontánea de los sujetos motivando un clima de diálogo y confianza. Previamente, a partir de la conceptualización del modelo transteórico y de las características que configuran cada estadio de cambio, establecimos entre los autores los criterios para ubicar a los sujetos en el estadio de cambio correspondiente. Para disminuir el posible sesgo que pudiera producir la subjetividad del entrevistador, se realizó la tarea de ubicar a los sujetos en su estadio adecuado por parte de los tres entrevistadores restantes.

La información sociodemográfica, toxicológica y programas de tratamiento que inician se ha obtenido a partir de la historia clínica.

La adherencia al tratamiento ha sido medida basándose en continuidad, abandono, alta, readmisión y defunción en 7 momentos temporales: al mes, a los 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses.

Para la relación entre adherencia al tratamiento y variables cualitativas se utilizó la prueba del Chi cuadrado, y para las variables cuantitativas el análisis de correlación

de Pearson. El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS (v 9.01).

RESULTADOS

El perfil de la muestra está definido por un varón de 38 años, casado (51,7%), con estudios de EGB (79,7%); trabaja como obrero no cualificado o cualificado (40,7% y 29,1% respectivamente). Sin antecedentes familiares de abuso/dependencia de drogas, aunque el 42,4% tiene antecedentes familiares de alcohol. La media en el abuso/dependencia es de 5 años, no consume otras drogas (80,2%), supone su primer tratamiento (69,8%), y no presentan abstinencia previa (62,2%).

El 73,8% de la muestra acude acompañado, mayoritariamente por su pareja (37,2%). Predomina el sujeto que acude demandando tratamiento en estadio de contemplación y que inicia un programa de tratamiento con interdictores (tabla 1).

En cuanto a la adherencia el 89% continúa al mes, el 73,8% a los tres meses, el 62,8% a los 6 meses, el 58,7% a los 9 meses, el 56,4% al año de iniciar tratamiento; a los 18 meses continúa el 49,4% y ha sido dado de alta el 7%; finalmente, a los dos años el 27,3% ha sido dado de alta e idéntico porcentaje es alta terapéutica (tabla 2).

Al cruzar las diferentes variables independientes estudiadas con la variable dependiente (adherencia al tratamiento) observamos que las variables tipo de tratamiento y todos los cortes temporales de adherencia correlacionan significativamente con adherencia al mes.

Con adherencia a los tres meses correlaciona el hecho de acudir acompañado, el tipo de tratamiento y la adherencia a todos los cortes temporales. Haber realizado algún tratamiento previo, el tiempo máximo de abstinencia previa, acudir acompañado, el tipo de tratamiento y la adherencia al mes, 3, 9, 12, 18 y 24 meses correlacionan significativamente con adherencia a los 6 meses. El tiempo máximo de abstinencia previa, el tipo de tratamiento y de nuevo el resto de los cortes temporales, muestran una correlación estadísticamente significativa con adherencia a los 9 meses.

La adherencia a los 12 meses está asociada al tipo de tratamiento, a haber conseguido abstinencia previa, al tiempo máximo de la misma y a la adherencia al mes, 3, 6 y 9 meses. A los 18 meses está relacionada con tipo de tratamiento, períodos previos de abstinencia y con la adherencia en todos los cortes temporales. Finalmente, a los dos años continúa siendo significativa la variable tipo de tratamiento, períodos previos de abstinencia y el resto de cortes temporales medidos.

La tabla 3 muestra las correlaciones entre diversas variables independientes con la adherencia al tratamiento evaluada al mes, a los 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses.

La variable predictora de adherencia al tratamiento más potente es el tipo de programa, puesto que se asocia significativamente con la permanencia en tratamiento en todos los cortes temporales (fig. 1). Así, el tratamiento con interdictores presenta una adherencia estadística-

TABLA 2. Adherencia al tratamiento

<i>Variables</i>	<i>N</i>	<i>Frecuencia (%)</i>
Adherencia al mes		
Abandono	18	10,5
Continúa	153	89,0
Derivación	1	0,6
Adherencia a los 3 meses		
Abandono	44	25,6
Continúa	127	73,8
Derivación	1	0,6
Adherencia a los 6 meses		
Abandono	60	34,9
Continúa	108	62,8
Derivación	2	1,2
Otros	1	0,6
Readmisión	1	0,6
Adherencia a los 9 meses		
Abandono	61	35,5
Continúa	101	58,7
Derivación	2	1,2
Otros	1	0,6
Readmisión	5	2,9
Alta terapéutica	2	1,2
Adherencia al año		
Abandono	64	37,2
Continúa	97	56,4
Derivación	1	0,6
Otros	1	0,6
Readmisión	5	2,9
Alta terapéutica	4	2,3
Adherencia a los 18 meses		
Abandono	66	38,4
Continúa	85	49,4
Muerte	1	0,6
Readmisión	8	4,7
Alta terapéutica	12	7,0
Adherencia a los 2 años		
Abandono	63	36,6
Continúa	47	27,3
Muerte	1	0,6
Readmisión	14	8,1
Alta terapéutica	47	27,3

mente mayor que el resto de los tratamientos. No obstante, los programas libres de droga también presentan a los 18 meses y 2 años una adherencia mayor de la esperada estadísticamente.

Acudir acompañado se muestra como una variable predictora de adherencia desde los tres a los 12 meses, y aquellos sujetos que han tenido un mayor tiempo de abstinencia previa presentan mayor probabilidad estadísticamente significativa de continuar en tratamiento a los 6, 9 y 12 meses.

DISCUSIÓN

Los resultados en cuanto a la proporción de hombres/mujeres son similares a los encontrados en otros es-

tudios²⁰⁻²². Encontramos un alto porcentaje de sujetos (42,4%) con antecedentes familiares de alcohol, similar al señalado por Begleiter et al²³, aunque menor que el hallado por Cadoret et al²⁴ quienes presentaban datos del 90%.

La mayor parte de los sujetos (72,1%) se encuentran en el estadio de precontemplación o contemplación. En estas etapas los sujetos alcohólicos no han considerado la posibilidad de cambiar a corto plazo o, como en el caso del contemplador, lo hacen de forma ambivalente. Tan sólo el 22,7% de los sujetos se encuentran en preparación, es decir, han tomado la determinación de iniciar un cambio y el 5,8% en actuación, ya han iniciado el cambio. Por lo tanto, el tipo de tratamiento ha de ir más encaminado a ayudarles a progresar en los estadios de cambio que a la consecución de la abstinencia.

La variable «estadio de cambio» no predice adherencia al tratamiento. Este resultado podría indicar que las variables motivacionales en el momento de la demanda son menos potentes que las relativas al tratamiento. En este punto creemos necesario recordar que el estadio de cambio no es una variable estable, de rasgo, sino que está sujeta a variaciones debidas a acontecimientos vitales del sujeto, cambios en su entorno, la intervención psicoterapéutica, etc.

El mayor número de abandonos se produce durante los 3 primeros meses de tratamiento. Estos resultados han sido obtenidos por otros estudios^{25,26}. Dada la importancia de la adherencia al tratamiento para la buena evolución del mismo, consideramos crucial durante las primeras sesiones dedicar los máximos esfuerzos y aplicar las estrategias terapéuticas más apropiadas para alcanzar dicha adherencia.

El hecho de que el tipo de tratamiento sea una variable predictora reflejaría la existencia de variables dentro del proceso terapéutico que medien y predigan la evolución del sujeto. Sugerimos la evaluación del estadio de cambio a lo largo del proceso terapéutico, considerando los procesos psicológicos implicados en la rueda del cambio y de otras variables relativas al tratamiento.

Aunque en algunos casos la presión familiar no es suficiente para el inicio de cambios dirigidos hacia la abstinencia, puesto que se le da más importancia a la motivación interna del sujeto, en muchos otros esta presión familiar puede convertirse en una variable predictora de adherencia.

El hecho de que el acompañamiento (acudir acompañado a las visitas) sea una variable predictora de adherencia, se puede interpretar de dos maneras: por una parte, que existe una fuente de apoyo y, por otra, que la presión familiar constituye una motivación externa que evoluciona a lo largo del tratamiento hacia una motivación interna.

Nuestros resultados reflejan cómo aquellos sujetos que han realizado tratamientos previos presentan un mayor éxito terapéutico. La recaída, entendida como un elemento natural en la evolución del proceso de deshabitación, enseña al sujeto a evolucionar en su trastorno adictivo y a aprender de sus propios errores. Es decir, la recaída no supone -tal y como postula el modelo trans-

TABLA 3. Correlaciones entre las variables independientes y la variable dependiente: adherencia al tratamiento

Variables	1 mes	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	18 meses	24 meses
Tratamientos anteriores	0,772	0,488	0,029*	0,067	0,075	0,172	0,051
Acude solo/acompañado	0,827	0,031*	0,032*	0,091	0,061	0,967	0,974
Periodos previos de abstinencia	0,470	0,526	0,070	0,065	0,017*	0,008**	0,018*
Tiempo máximo abstinencia previa	0,617	0,410	0,018*	0,024*	0,007**	0,182	0,176
Estadio de cambio	0,532	0,531	0,581	0,366	0,641	0,592	0,555
Tipo de tratamiento	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***
Adherencia al mes		0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***
Adherencia a los 3 meses	0,000***		0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***
Adherencia a los 6 meses	0,000***	0,000***		0,000***	0,000***	0,000***	0,000***
Adherencia a los 9 meses	0,000***	0,000***	0,000***		0,000***	0,000***	0,000***
Adherencia al año	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***		0,000***	0,000***
Adherencia a los 18 meses	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***		0,000***
Adherencia a los 2 años	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

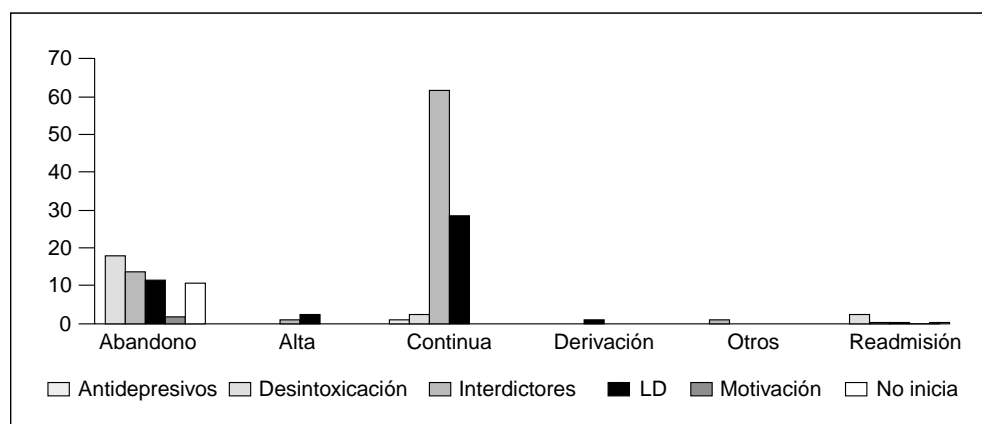


Fig. 1. Tipo de tratamiento frente a adherencia al año.

teórico de Prochaska y DiClemente¹⁹ y el de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon²⁷— una vuelta al punto de inicio, ni un fracaso en el tratamiento, sino un fallo, una oportunidad para aprender de su experiencia.

La «adherencia al tratamiento a los 3 meses» se muestra como una variable predictora de permanencia en el mismo al conseguir significación estadística a los 6, 9, 12, 18 y 24 meses, lo cual sugiere la necesidad de depurar las técnicas de intervención en las primeras sesiones, centradas en el establecimiento de una buena relación terapéutica donde se contemple la demanda del paciente a la hora de establecer objetivos terapéuticos, más que en «empujarle» hacia la abstinencia. La finalidad sería no provocar un abandono prematuro.

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación ha sido becada por la Dirección General de Drogodependencias de la Generalitat Valenciana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretary of Health and Human Services. Ninth special report to the U.S. Congress on alcohol and health. Washington D C: Government Printing Office; 1997: NIH publication nº 97-4017.
2. Plan nacional sobre drogas. Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas. Observatorio Español. Informe 2. Madrid: Ministerio del Interior; 1999.
3. Plan nacional sobre Drogas. Memoria 1997. Madrid: Ministerio del Interior; 1998.
4. Portella E, Ridao M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso. Impacto socioeconómico. Madrid: Panamerica; 1998.
5. Gual A, Lligona A, Colom J. Five years outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. Alcohol and Alcoholism 1999;34 (2):153-60.
6. Rouse BA. Substance abuse and mental health statistics source book (DHHS Publication No. SMA 98-3170, Analytical Series A-4). Rockville, MD: Substan-

- ce Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies; 1998.
7. Suárez M. Introducción a la Psiquiatría. Buenos Aires: Salerno; 1995.
 8. Pellegrini J. Alcoholismo y GIA. San Luis: Talleres Gráficos Fray Luis Beltrán; 1997.
 9. Annis HM, Davis CS. Relapse prevention. En: Hester RK, Miller WR, editores. Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. New York: Pergamon Press; 1989.
 10. Hester RK, Miller WR. Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. Pergamon Press; 1989.
 11. García R, Cuesta P, Cuadrado P. Evaluación de dos modalidades de intervención en alcohólicos. Seguimiento a tres años. Adicciones 1995;7(2):131-48.
 12. Torres MA, Arias E, Ochoa E. Efectividad de la naltrexona entre pacientes alcohólicos. Adicciones 2000; 12(2):177-85.
 13. Vaillant GE. A twenty year follow-up of New York narcotic addicts. Arch Gen Psychiatry 1973;29: 237-41.
 14. Sirotinik KA, Roffe MW. An investigation of the feasibility of predicting outcome indices in the treatment of heroin addiction. Int J of the Addictions 1978;13 (1):184-90.
 15. Simpson D. The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. Am J Psychiatry 1979;136:1449-53.
 16. Simpson D. Treatment for drug abuse: follow-up outcomes and length of time spent. Arch Gen Psychiatry 1981;38:875-80.
 17. Simpson D, Jose GW, Rowan-Szal GA. Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. Drug and Alcohol Dependence 1997;47 (3):227-35.
 18. Palomares JV, Pastor MA, Santos P. La Comunidad Terapéutica: variables predictoras de evolución. CD-ROM. II Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos; 1998.
 19. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 1982; 19:276-88.
 20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Campañas de prevención del consumo del alcohol: España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
 21. EDIS. El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalidad Valenciana. Fundación de ayuda contra la drogadicción; 1997.
 22. EDIS. Los padres y madres ante el consumo de alcohol en jóvenes. Confederación española de asociaciones de padres y madres de alumnos. Madrid; 1998.
 23. Begleiter H, Porjesz B, Bihari B, Kissin B. Event-related brain potentials in boys at risk for alcoholism. Science 1984;225:1493-5.
 24. Cadoret R, Troughton E, O'Gorman T, Heywood E. An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse. Archives of General Psychiatry 1987;48:1131-6.
 25. Kooyman M, Hofler DZ. Attachment transition, addiction and therapeutic bonding. An integrative approach. Journal of Substance abuse treatment; 1996.
 26. Santos P, Palomares JV, Pastor MA. Variables predictoras de evolución en una unidad de deshabitación residencial. Adicciones 2000;12(4):487-91.
 27. Marlatt GA, Gordon JR. Determinants of relapses: Implications for the maintenance of behavior change. En: Davidson PO, Davidson SM, editores. Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles. New York: Brunner/Mazel; 1980.