

«Alternativa de actuación en drogodependencias en una Unidad de Salud Mental»

Carmen Gómez Martínez, enfermera
José Luis Peris Antón, psiquiatra
Manuel Sánchez García, psicólogo
Unidad de Salud Mental de Denia

1. PRESENTACIÓN

Con la aparición de las Unidades de Salud Mental en el marco de la Reforma Psiquiátrica y la concepción integral de la asistencia sanitaria, se contempla una nueva vía de intervención al paciente toxicómano distinta al equipo especializado o la iniciativa privada, como es o ha sido habitual.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica explicita que se debe plantear la drogodependencia como un Programa Prioritario de Carácter Permanente, donde se especifiquen los aspectos sanitarios (médico-psiquiátricos) a considerar dentro de los programas de información, educación sanitaria, formación, prevención y detección precoz, tratamiento, postcura y rehabilitación (II, 3.7.3.4. Abril 1985). Dentro de este encuadre, el Plan Nacional de Lucha Contra la Droga asigna a los Equipos de Atención Primaria (EAP) y, por ende, a las Unidades de Salud Mental la asistencia de este fenómeno. La cuestión importante que se desprende de todo ello es que un problema tratado hasta ahora como específico y de forma especial viene a ser asumido por personal no especializado. Entrar a debatir este aspecto no es la finalidad del presente artículo, pero sí su causa.

En la Unidad de Salud Mental de Denia, ante lo dicho y la inminencia de la demanda, nos hemos planteado hacer una herramienta operativa que pudiera solucionar la adaptación de este problema a un equipo y a una

labor que no le puede dedicar el cien por cien de su esfuerzo. Creemos que, dentro de nuestro contexto, la actuación que estamos realizando es una alternativa a valorar, a revisar y, por supuesto, susceptible de ser mejorada.

2. DESINTOXICACIÓN OPIÁCEOS EN U.S.M. (DENIA)

Contenido: Comunicación escrita referente a los procedimientos seguidos en la primera fase de tratamiento de los trastornos mentales por dependencia de opiáceos. Esta primera fase, que se inscribe en un programa de atención más amplio, se denomina de desintoxicación, pues su objetivo primordial es conseguir dos semanas sin opiáceos u otras drogas.

Previamente se transmitieron a los profesionales en Salud del Área las recomendaciones para remitir pacientes, y que son:

— Acompañado por al menos un familiar responsable.

— Con informe médico de su estado de salud somática.

— Carácter voluntario por parte del paciente.

— No prescripción de sustitutos opiáceos, ni se atienden demandas puntuales de este tipo.

Entrevista inicial (pte. y familiar/es, simultánea y alternativamente). Con fin expositivo describiremos los siguientes apartados:

2.1. Relato

Frecuentemente se trata de una situación de crisis en la que el acon-

tecimiento externo es identificable, ejs.: presiones de tipo familiar, policial, judicial; temor a «ajustes de cuentas»; carencia de droga, curiosidad en relación al tratamiento; repercusiones somáticas, algún accidente, frecuentemente sobredosis, sucedido a un conocido o compañero; «querer dejárselo», etc. Y entre las diversas alternativas para salir de esa crisis, adoptadas por el individuo y/o su entorno, está la demanda de tratamiento. Parte de nuestro trabajo inicial es hacerle/s entender que el enfoque terapéutico incluye la situación crítica, pero también la de fondo y que en dicho enfoque es fundamental su colaboración y responsabilidad para que éste sea efectivo.

2.2. Recogida de datos

Toxicológicos: Cronología uso de tóxicos.

De salud somática: El informe médico debe hacer especial atención respecto al sist. cardiorrespiratorio, hígado, ap. ocular, pie y enf. infecciosas (hepatitis aguda, venéreas, sida, etc.). En ocasiones se prosiguen los estudios somáticos, sea ambulatoria u hospitalariamente.

De salud mental: Ej.: Antecedentes de síntomas psicóticos, que la heroína atenúa y que frecuentemente con la privación del tóxico pueden reagudizarse, lo que supondrá un manejo farmacológico con neurolépticos, ambulatoria o en hospitalización psiquiátrica.

De tipo familiar, laboral y de relaciones sociales:

- Desarrollo biográfico.
- Niveles de adaptación previos y actuales.

2.3. Valoración de la demanda de tratamiento

Se trata de valorar la intensidad y la persistencia de la motivación. Las condiciones de admisión y el tiempo de espera, que es al menos de un día, son hechos que nos informan respecto a su/s motivación/es.

Los indicadores de buen pronóstico (cumplimiento), en relación con la desintoxicación, nos parece que son: (no expresado como conclusiones, pues el tamaño de la muestra no es suficiente para ello).

- Tendencia a la monotoxicomanía (heroína).
- Dosis/día inf. a 1/2-3/4 gr. heroína «calle».
- Menor duración toxicomanía mejora el pronóstico.
- Algún período previo de adaptación laboral.
- Homeostasis («equilibrio») familiar relativamente conservada con disponibilidad actual de apoyo.

2.4. Información relativa al proceso terapéutico al paciente y familiares

A corto/medio y largo plazo, que constituyen etapas con estrategias y objetivos diferenciados. Así a medio/largo plazo fundamentalmente cambio del estilo de vida con re/integración socio-laboral y mejora relaciones familiares, indicando que lo más probable es que el deseo del tóxico, en ocasiones reaparezca, con lo que requerirá evitación/prevenición de aquellas situaciones que refuercen/estimulen el consumo, junto con un re/descubrir motivaciones que llenen aceptablemente su vida.

A corto plazo (desintoxicación) debe decidir si se compromete a unas normas, que ha de cumplir escrupulosamente y que son:

- **Confinamiento:** 14-15 días en domicilio acompañado permanentemente, sin contactos con el exterior, salvo para consultas, que suelen ser diarias, para controles toxicológicos (presencia de opiáceos en orina. Según técnicas y reactivos, se detecta opiáceos consumidos en las últimas 24 horas) (a partir del 5-6 día, según estado físico —es frecuente la hipotensión, por efecto de los fármacos empleados— y disposición, se auto-

riza una salida diaria acompañado en todo momento).

No se autorizan visitas, teléfono, del marido/esposa, novio/a. Si se trata de un bebé, puede estar en el domicilio, y en lo posible atender a su cuidado.

Se le sugiere al paciente que al llegar al domicilio, simbólicamente entregue/destruya toda la parafernalia (jeringas, cucharilla, tóxicos, etc.).

Abstención de todo tipo de tóxicos (si fumador, se autoriza el tabaco). Hay trabajos controlados en los que tabaco es la variable independiente, en los que no se concluye que modifique el pronóstico en esta fase.

Al paciente se le entregan registros diarios de actividades (horario, actividades, puntuación, ansiedad) que junto con el cuestionario de seguimiento (entregado a los familiares) se revisan en las sucesivas entrevistas. Son útiles para manejo farmacológico, ocupación tiempo libre e intercambio opiniones.

A los familiares se les instruye en el registro de un cuestionario de seguimiento de los síntomas de abstinencia, construido por ítems, y mensurados independientemente en una escala numérica cualitativa (0, 1, 2, que representan ausente, presente, muy intenso). Ejs. de ítems son (midriasis, piloerección, diarrea, etc. son los llamados signos objetivos de abstinencia, y que son los más fiables), también se incluyen ítems de menor fiabilidad como tensión psíquica, agitación, deseo de droga, insomnio, etc. Constantes biológicas, temperatura, pulso, tensión arterial (ATS, farmacia, etc.). Los primeros días se registran c) 12 horas. También se indica a la familia que si se planteasen situaciones de violencia físicas, dejen la puerta abierta, pues se trata de una elección voluntaria de tratamiento.

2.5. Preguntas por parte del paciente/familia:

Las respuestas suelen reflejar lo siguiente:

«Nos resulta operativo entender la dependencia a los opiáceos como un uso no médico (continuo u ocasional) del opiáceo, tóxicos sustitutivos o sustancias inadecuadamente empleadas para paliar su carencia, y que se manifiesta a diversos niveles en constante interacción:

A nivel biológico: Síntomas objetivos de abstinencia (midriasis, piloerección, diarrea, etc.). A este nivel se emplean (previo estudio contraindicaciones):

— Benzodiacepinas (de acción ansiolítica o hipnótica, según tipo y dosis).

— A. A. S. u otros analgésicos no opiáceos.

— Espasmolíticos, si diarrea.

— Estimulantes alfa dos presinápticos, cuya dosificación depende del peso del sujeto y no de la intensidad del sd. de abstinencia.

— Neurolépticos sedantes, si agitación psicomotriz.

A nivel psicológico: Básicamente ansiedad.

— De «base somática» (hiperactividad noradrenérgica desencadenada por el «locus ceruleus»).

— Miedo «casi fóbico» a la situación de privación.

Respecto a este miedo es importante conseguir una buena comunicación con la persona afecta, reasegurando y desdramatizando, sin ser excesivamente manipulados.

— A nivel conductual: Son conductas del estado físico y psicológico que produce el tóxico y evitación del estado que produce su carencia. Son conductas reforzadas por condicionamiento operante de un sinfín de circunstancias (red social, lugares, actitudes relacionadas con el tóxico). Con el confinamiento temporal se intenta mantenerle alejado de dichos estímulos condicionantes.

— A nivel dinámico: Están muy evidentes los aspectos orales pasivo/agresivos. Se intenta, con el cumplimiento de las normas, las sugerencias de cassette de relajación, baños, empleo tiempo libre, que el paciente asuma su posibilidad de adoptar estrategias activas ante la ansiedad producida por la privación tóxica, aunque hay que señalarle que el «mono de coco» o síndrome de abstinencia psíquico hay que pasarlo.

3. PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN

Para que la asistencia al toxicómano no resulte insuficiente, a la desintoxicación debe seguirle un abordaje de la dependencia psíquica, ésta se compone de diversos factores (J. Camí, 1984). Como apunta Soler Insa, todo enfoque terapéutico deberá ser multidimensional y, en líneas generales, referirse a dos grandes vertientes: La médico-biológica y la psicosocial, engarzando y articulando ambos aspectos (Freixa y Soler

Insa, 1981). Por ello se creó este programa que, si bien sirve de estrategia interna de actuación, prepara el camino para poder integrar a otros profesionales, dando una amplia perspectiva donde el psicólogo pueda coordinarse con otras disciplinas desde la suya propia. Por el momento éste y la ATS de nuestra Unidad están correlacionando en esta intervención, pero cabe ampliarlo (asistencia social coordinada, equipos médicos, las propias organizaciones de la comunidad...).

3.1. Objetivos

Se plantean cinco objetivos básicos:

- Fortalecimiento del cese de la conducta toxicómana.
- Ajustar los procesos psíquicos (conductuales/cognitivos) del paciente.
- Encauzar la reinserción laboral y social.
- Readaptación familiar.
- Educación sanitaria.

Cada uno de estos factores, al menos, pueden ser causa desencadenante, mantenedora y/o factor agravante del proceso de una toxicomanía tras revisar varios autores (bibliografía al final de este artículo). En cuanto al primer objetivo cabe añadir que debido al problema, de cuyo carácter recidivante la mayoría de los autores coinciden, no se pueden plantear objetivos del tipo «todo o nada».

3.2. Condiciones

Este apartado está en la línea de lo que habitualmente se realiza en tratamiento a toxicómanos y a lo que Freixa y Soler Insa (1981) consideran importante mantener en un Programa Amplio, que en nuestro enfoque es:

3.2.1. Haber mostrado la suficiente motivación:

- Tener pruebas de cese de consumo en 15 días, al menos.
- Presencia y apoyo de familiares en todo el proceso.
- Expresar voluntad de continuar (después de la desintoxicación) en deshabitación, tras explicarle en qué consiste.

— Firmar un «contrato» donde acepta el sujeto las condiciones para continuar y causas de cese del proceso (ver anexos).

3.2.2. Inexistencia de graves problemas psicopatológicos como esquizofrenia o deficiencia, por ejem-

plo. Este aspecto puede hacer inviable el proceso aquí descrito, aparte de precisar acciones específicas del cuadro que se trate.

3.3. Procedimiento

3.3.1. Recepción a la nueva fase:

Al término de la desintoxicación física con el psiquiatra de la Unidad, tras al menos quince días de abstinencia, dado el visto bueno por él, así como las recomendaciones que se crean oportunas, se mantiene una primera entrevista paciente-familiar donde se les hace un enfoque gene-

ral de este programa, se explica las condiciones para continuar y/o cesar el proceso y se procede a la firma del «contrato».

3.3.2. Regularidad de la asistencia y controles:

Se pretende como idóneo la presencia física del sujeto tres veces por semana, mientras que el servicio lo pueda permitir, repartiendo las intervenciones el psicólogo y la ATS de la Unidad. Sería conveniente revisar de forma periódica cada caso el Equipo de Salud Mental (ESM). Se incluye anexo de esta asistencia es-

TABLA DE DATOS DE ASISTENCIA

U. S. M. DENIA, OCTUBRE 1987-OCTUBRE 1988

	DEMANDANTES	1.º CONSUL.	SOLICITUD INGRESO PROGRAMA	RECHAZOS (CONDICIONES)	ABANDONOS	PERMANECEN
N.	45 aprox.	27	5	1	2	2
%	—	100	18.5	3.7	7.4	7.4

ANEXO. MODELO DE CONTRATO PARA INGRESO EN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN

Yo

he sido informado de las cuestiones básicas para proseguir mi tratamiento en la fase de deshabitación, que esencialmente son:

- Contar con la presencia de un familiar los días que así se me solicite.
- Considerar el abandono o el inicio en desintoxicación si hubiere recaída (conducta tóxica).
- Plantearme y realizar una «vida sin droga» (no alcohol, no porros...).
- Realizar los análisis que se me pidan en la fecha solicitada.
- Asistir a las citas cuando se me propongan, cualquier falta debe ser justificada y avisada previamente.

Siendo el incumplimiento de cualquiera de estas cuestiones básicas motivo de expulsión del proceso de deshabitación. Y su aceptación, la posibilidad de conseguir un estado de salud que facilite mi bienestar y recuperación. Para ello me beneficiaría de una atención semanal donde se me asistirá a nivel individual, familiar y grupal; en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de mi problema.

Denia a de de 198

Firma

pecificando duración, profesional que interviene y contenidos aproximados de cada sesión en la fase individual del proceso. Cuando avancemos a las siguientes fases (grupos) se realizarán sesiones semanal o quincenalmente, pudiendo intervenir todo el ESM así como otros agentes.

De forma también regular se someterá el paciente a análisis de opiáceos en orina para tener constancia, de alguna manera, del proceso favorable del sujeto que verifique la información de éste y su familia así como el juicio clínico del equipo.

3.3.3. Fases de deshabitación.

— Individual: Se recoge al paciente para integrarlo en el programa. La idea es estudiarlo, evaluarlo y ajustar nuestra actuación a sus peculiaridades. El seguimiento cercano a él y a la familia en este momento creemos que es indispensable. La duración aproximada es de tres meses y tiene un carácter individualizado.

— Grupal: Por estar en desarrollo este programa no hemos llegado a poder realizar esta fase. El número de sujetos estará sometido a nuestras disponibilidades, pero acercándonos a lo standar. En principio, si la acción de esta fase recae sobre el psicólogo, estas sesiones tendrán una forma de grupo de discusión-información combinadas con otras más «madurativas», empleando técnicas de grupo generalmente utilizadas (role-playing, por ejemplo) no polarizadas en el individuo y su pasado personal, aceptando la sugerencia de Freixa y Soler Insa (1981). Estas sesiones deberán ser combinadas con sesiones individuales y con grupos de familiares. Esta fase de puede realizar desde los tres meses del inicio del programa hasta el año, aproximadamente, según el caso y su evolución.

— Preventivo-terapéutica: Esto conforma actualmente un proyecto a largo plazo desde los individuos rehabilitados pudieran desempeñar una tarea motivadora que lanzara nuestra labor a la comunidad, organizándose, en tal caso, grupos de autoayuda y voluntariados en población de alto riesgo y para actividades de tiempo libre... Experiencias de este tipo existen en Cataluña, parece que con buena acogida y creemos que a falta de evaluar; la idea es madurar este aspecto e informarnos para su posible aplicación.

ANEXO. MODELO USADO EN ESTA UNIDAD

H.ª TOXICOMANÍAS

FILIACIÓN DEL ENFERMO

1.º apellido

2.º apellido

Nombre

H.ª C

N.º S. S.

REMITIDO POR:

Nombre y apellidos

Función y plaza

Dirección y teléfono

ADICCIÓN ACTUAL

- Drogas consumidas; cantidad, frecuencia, vía administración.
- Comienzo de la adicción y/o consumo diario.
- Dosis máxima diaria.
- Dependencia física, s. abstinencia.
- Dependencia psíquica.
- Interrupción del hábito; tratamientos previos: tipo, fecha, lugar, tiempo de abstinencia posterior.

3.4. Explicación del proceso (técnicas / actividades / contenido)

3.4.1. Fase individual.

— Evaluación de la toxicomanía previa: Se recoge historia de toxicomanías realizada por esta Unidad (anexos). Se realiza análisis del patrón conductual, situaciones asociadas, nivel cognitivo...

— Evaluación de la personalidad: Historia psicosocial con especial interés en posibles aspectos premórbidos como desadaptación, rebeldía, agresividad, humor depresivo o baja autoestima (Valbuena Briones, 1986). Aplicación de tests gráficos y psicométricos (Machover, MMPI, WAIS, BENDER), según la necesidad de más información y como medida de control (con las debidas reservas a este tipo de pruebas).

Posteriormente hay un paquete de medidas terapéuticas y de control.

— Autocontrol operante de la conducta: Básicamente se pretende trasladar el control de la conducta abstinentes desde factores externos (familia, medicamentos...) al propio sujeto. Se tratan aspectos tales como:

- Control de estímulo: Cambio de medio, anular/evitar estímulos discriminativos.

- Consecuencias de la respuesta: Búsqueda de reforzadores y autoesfuerzo (con intervención de la familia).

- Respuestas de competencia: Potenciar comunicación, desarrollo de habilidades artísticas, laborales, personales, etc.

- Control coverante: Asociar conductas toxicómanas con pensamientos y experiencias negativas vividas por el sujeto.

— Planificación de la conducta diaria: Esta técnica se corresponde con la «programación de actividades» de A. T. Beck (1979).

Se recoge por dos razones: La una, para conectar los avances en autocontrol con la apertura del sujeto a nuevas actividades; la otra, por el motivo que la emplea Beck con pacientes depresivos, para potenciar la salida de la apatía del sujeto según su propia iniciativa y en función de su propia visión de la dificultad y desagrado que le suponga realizar un patrón de vida normalizado (higiene, ocio, estudio, etc.).

— Abordaje cognitivo: Aparte de técnicas concretas empleadas en aspectos concretos (solución de problemas, terapia cognitiva de Beck, etc.), existen dos ideas básicas que se manejan con el paciente; de las que se pueden extraer múltiples conclusiones: «Existe una vida sin droga» y «Puedo aprender a vivir de nuevo».

Este bloque sirve como paquete de técnicas de apoyo ante la sensación de vacío habitualmente presente, además de la mencionada aplicabilidad en caso de determinada problemática típicamente clínica.

— Orientación psico-física: Entrenamiento en relajación, control de la tensión arterial, pulso, revisión de medicación, observación de pautas en caso de S.I.D.A., derivación a médicos generales y especialistas; en definitiva, observación, consejo y puesta en contacto con los servicios sanitarios.

— Orientación socio-laboral: Contactar con Servicios Sociales, INEM, alternativas culturales. Indicar vías de reinserción.

— Apoyo familiar: Además de colaboradores en el proceso, se reconoce en la familia un papel importante como factor predisponente mantenedor/agravante. También el ambiente familiar sufre este problema. La idea es facilitar consejo, información, control del proceso/feedback, aclarar expectativas, etc.

3.4.2. Fase Grupal.

Ya descrita la forma, con anterioridad, de enfocar este trabajo, la idea es favorecer una postura del individuo más alejada de sí donde predomine la interacción, el contraste de ideas y se expongan problemas de interés general. La intención es que sean los propios pacientes los que planteen los términos a desarrollar considerando los siguientes puntos:

— Compartir experiencias e ideas.

— Exposición de problemas comunes y alternativos.

— Ambiente de refuerzo y aceptación por nueva actitud.

— Orientación en problemas médicos y/o psicológicos.

— Modificación de actitudes en familiares. Dar seguridad.

— Ofrecer habilidades de comunicación.

ANEXO. PLAN DE TRABAJO FASE INDIVIDUAL

IV DESARROLLO TÍPICO INDIVIDUAL (Tras recepción a la etapa)

SESIÓN	DURACIÓN APROX.		CONTENIDO BÁSICO
1	30-40'	ATS	H. ^a Toxicomanías. Entrega de diario de actividades. Explicar fundamento.
2	45-50'	PSIC.	Toma de contacto (fig. humana). Estudio psicobiográfico. Selección problemas a intervenir - línea a seguir. Entrega MMPI y/o 16 FP.
3	20'	ATS	Explicar proceso y misión a la familia (acompañante).
4	30'	ATS	Programar actividades de higiene básica (sueño, alimentación...), Hábitos regulares. (D-A). Compromiso y acuerdos con el paciente.
5	45-50'	PSIC.	Presentar autocontrol primeras aproximaciones. Estudio de refuerzos, motivaciones, idea asociada. 1. ^a sesión relajación. Aplicación Raven.
6	30'	ATS	Problemas de manejo de los familiares. Fiabilidad del proceso - Dudas. Comprobar dinámica, fomentando comunicación.
7	20'	ATS	Programa actividades: Incluir actividades laborales o pseudolaborales (ayuda a familiares p. c.). Búsqueda de intereses formativos (cursos, academias...).
8	45-50'	PSIC.	Iniciar estudio cognitivo (interpretación situaciones autocontrol: Manejo de estímulos/situaciones discriminativas. Aumento de actividades placenteras. 2. ^a sesión relajación.
9	20'	ATS	Revisión de problemas con la familia. Control. Plantear búsqueda de Asistente Social para informarse de alternativas: Trabajos, organizaciones...
10	20-25'	ATS	Programa actividades: Planificar tiempo libre (actividades placenteras, deporte, amigos de confianza...).
11	60'	PSIC.	Contraste de cogniciones de forma racional. Reinterpretación. Tarea para casa. Autocontrol: Manejo de estímulos y respuestas incompatibles. 3. ^a sesión de relajación.
12	20-30'	ATS	Fomentar en la familia el apoyo en actividades de tiempo libre. Estimular al paciente.
13	20'	ATS	Revisión de cuestiones que plantee la familia. Programa: Incrementar actividades de tiempo libre. Realizar actividades agradables.
14	60'	PSIC.	Discusión: Formas cognitivas - Razón. Autocontrol: Reafirmarlo. Reforzar nuevas respuestas.
15	40'	ATS	4. ^a sesión relajación. Global. Familia: Resumen del período. Problemas-soluciones. Expectativas. Petición analítica.

— Favorecer el flujo de diálogo familias/toxicómanos.

Aparte de los diálogos libres con moderador, se pueden utilizar técnicas grupales generales (role-playing, lluvia de ideas, etc.).

3.4.3. Fase preventivo-terapéutica (en estudio).

4. CONSIDERACIONES FINALES

En cuanto al sistema hay tres aspecto que queremos destacar:

1. Inexistencia de analíticas adecuadas de carácter público.

2. Necesidad de un buen apoyo de Servicios Sociales con medios para facilitar la reinserción: Hogares-pensión, trabajo prot...).

3. Mejorar la información y formación, por nuestra parte, al personal sanitario.

Unas conclusiones más, no significativas, cabe añadir del Programa de Deshabitación:

4. Los abandonos del Programa

han sido de sujetos desintoxicados en otros lugares. Esto nos plantea que la línea desintoxicación-deshabitación deba realizarse en el mismo lugar y por el mismo equipo (lo cual plantea más personal).

5. Los casos que continúan sugieren esperanza: abstinencia más de nueve meses, trabajos temporales, amigos «no consumidores», etc.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR, E. ET AL. «Problemas médicos en adictos a drogas por vía parenteral.» Generalitat Valenciana. Publicación Conselleria de Sanitat i Consum. 1987.

BECK A. T.; RUSH J.; SHAW B. F.; EMERY G.: «Terapia cognitiva de la depresión.» D. D. B. Bilbao, 1983.

CAMI J. Editorial: «¿Por qué se produce la toxicomanía?» Medicina Clínica. Barcelona, 1984. 82. 18-20.

DELGADO A.: «Manual S.I.D.A. Aspectos médicos y sociales.» Publicación O. M. C. 1988.

FREIXA F.; MASFERRER J.; SALA LL. «Urgencias en drogodependencias.» Publicación Sandoz. 129-139. 1986.

FREIXA F.; SOLER INSA P., Y COLS. «Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario.» Ed. Fontanella, Barcelona, 1981.

HENARES C.; MUELAS J.; SOLER A.: «Prescripción y dispensación de estupefacientes y psicotropos: recopilación legislativa.» Generalitat Valenciana. Publicación Conselleria de Sanitat i Consum. 1987.

Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica Abril-1985. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General para el Consumo. Centro de Publicaciones. Documentación y Biblioteca.

MAYOR J.; LABRADOR F.: «Manual de modificación de conducta.» Ed. Alhambra Madrid, 1986.

MOTHNER I.; WEITZ A.: «Cómo abandonar las drogas.» Ed. Martínez-Roca. Barcelona, 1986.

