

Programas de disminución del daño en la dependencia alcohólica: el reto de la alcoholología moderna

Harm reduction intervention in alcohol dependence management

RUBIO, G.*, PONCE, G.** y JIMÉNEZ-ARRIERO, MA.**

*Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Unidad de conductas adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

RESUMEN: *Objetivo:* Los programas de reducción del daño están ampliamente extendidos en adicciones como la de opiáceos donde no son cuestionados. Sin embargo, en el área de la alcoholología ni tan siquiera se acepta plenamente este modelo de intervención.

Material y métodos: Programas de disminución del daño en la dependencia alcohólica:

Resultados: En este trabajo se revisan los conceptos básicos del modelo de reducción del daño y se analizan los estudios que podrían incluirse en dicho modelo.

Conclusiones: Se ha optado por una división de los estudios según se orienten a la prevención primaria de la dependencia (intervenciones breves), a la prevención secundaria (programas orientados a la moderación en el consumo) y prevención terciaria (programas de disminución del daño). Se realizan algunas consideraciones sobre cómo poner en marcha estas intervenciones.

PALABRAS CLAVE: Alcoholismo. Intervenciones breves. Programas de bebida controlada. Programas de disminución del daño.

ABSTRACT: *Objective:* Harm reduction programs are widely spread out in addictions as opiate dependence where any professional dispute. But in the alcoholism this type of programs are not accepted.

Material and methods: Results: In this review main concepts of the harm reduction interventions are exposed. Also, studies about this model are analysed.

Conclusions: Studies reviewed are classified as belonged to primary prevention (brief interventions), secondary (controlled drinking program) and tertiary prevention (harm reduction). Considerations about how to do these interventions are made.

KEY WORDS: Alcoholism. Brief interventions. Controlled drinking programs. Harm reduction programs.

Introducción

Para entender la filosofía de los programas de reducción del daño hay que retrotraerse algunos siglos atrás. La influencia americana a la hora de entender el alcoholismo, puede observarse en los escritos de Benjamín Rush, médico de Filadelfia en el siglo XVIII y que en 1785 publicó un ensayo sobre los efectos de los licores. Describió la intemperanza o ebriedad (en esa época no se utilizaba el término alcoholismo) como una enfermedad. El autor no proponía un modelo dicotómico, sino más bien un continuum de los ni-

Correspondencia:

GABRIEL RUBIO
Unidad de conductas adictivas
Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre
Pabellón de Medicina Comunitaria
Avda de Córdoba s/n. 28041 Madrid

veles de bebida que llevaban de la temperanza hasta la intemperanza. Describió este continuum en forma de termómetro, de manera que al igual que los grados marcaban la temperatura, los diferentes modos de beber (de la abstinencia al exceso) indicaban niveles de temperanza.

En su termómetro aparecían diferentes efectos y niveles de bebida, de modo que las bebidas de más alta graduación se asociaban a mayor riesgo. La temperanza incluía la abstinencia y el consumo de bebidas de bajo contenido alcohólico (cerveza o vino). La intemperanza era dividida en un rango de efectos, con mayores consecuencias asociadas a licores y al uso frecuente.

El modelo de continuum descrito por Rush ha sido el punto de partida de muchos programas contemporáneos de reducción del daño.

En los últimos cincuenta años este tipo de modelos también hicieron su aparición en Europa debido a la infección por VIH relacionada con el consumo de heroína por vía intravenosa. En el Reino Unido y Holanda se dieron cuenta que si se intentaba controlar el consumo con medidas exclusivamente judiciales o penales, el problema se incrementaba, lejos de solucionarse. Así los programas de intercambio de jeringuillas representaron un importante avance en el control de la infección. De modo que aunque los sujetos continuaban consumiendo drogas, las consecuencias médicas y sociales disminuían. A raíz de esa experiencia surgieron otros programas con idéntico planteamiento: programas de mantenimiento con metadona para dependientes de heroína, utilización de parches de nicotina para fumadores, control del peso y propiciar cambios en los hábitos de alimentación para obesos, los programas de información sobre sexo seguro así como los de repartir preservativos en dispositivos donde acuden personas con prácticas de riesgo para la transmisión de enfermedades venéreas. Desde nuestro punto de vista, los programas orientados a la moderación en el consumo también deberían de ser considerados en este apartado.

Teniendo en cuenta que una de las finalidades de los programas de reducción del daño es la prevención, en el área del alcoholismo caben plantearse tres tipos de programas: dirigidos a la prevención primaria (evitar que la enfermedad aparezca), secundaria (la detección precoz) y terciaria (reducir las complicaciones de la enfermedad). En cada uno de los supuestos, las intervenciones psicológicas, farmacológicas o sociales, tienden a que el sujeto pueda disminuir el consumo, aunque con connotaciones diferentes que no todos los clínicos admiten.

Intervenciones breves (IB) y prevención primaria

Las IB sobre el consumo excesivo de alcohol surgen a finales de los años setenta con un doble origen¹. Por un lado, la demostración del éxito del consejo médico sobre el hábito tabáquico con consultas cortas hizo pensar que también podrían beneficiarse otras prácticas de riesgo. De ahí surgieron todos los trabajos en los que se comparaban las IBs frente a la ausencia de intervención. Por otro lado, algunos autores de atención especializada señalaron que, en algunos casos, no existían diferencias importantes entre los tratamientos intensivos y otros más cortos. De esta perspectiva aparecieron numerosos estudios en los que se compararon las IB con otras formas de tratamiento no farmacológico. Ha sido este doble origen de las IB el responsable de la heterogeneidad de las actuaciones comprendidas en dichas intervenciones. A pesar de ello, todas tienen un núcleo común: evaluación del consumo, información del riesgo, consejo e importancia de la responsabilidad en la conducta². Otras variables menos homogéneas son la duración (a pesar de su nombre algunas pueden tener sesiones de más de una hora), número de visitas de seguimiento, o material de ayuda que las acompaña (folletos, libros, registros de consumo). Esta variabilidad es responsable, junto a otras causas, del amplio rango en el que fluctúan los resultados sobre su eficacia.

Los estudios ponen de manifiesto que las intervenciones breves son más eficaces que la no-intervención, que cuantas más visitas de recuerdo se realicen mayor es el mantenimiento de dichos resultados y no queda claro qué tipo de intervención es más eficaz, ya que aproximadamente unos 2/3 de los sujetos mantienen los cambios en la reducción del consumo durante el primer año de seguimiento.

La implantación de las IB se ha extendido con rapidez, posiblemente porque este tipo de tratamiento se lleva a cabo por médicos no psiquiatras y porque no atenta contra los principios básicos subyacentes en la filosofía de los movimientos de temperanza: cronicidad, progresión e imposibilidad de recuperar el control sobre la ingesta de alcohol.

Programas de bebida controlada y prevención secundaria

Las cosas son distintas en el campo de la prevención secundaria. Aquí se parte del supuesto de que el sujeto tiene una dependencia del alcohol y que los

programas de prevención tienen como principal objetivo la detección precoz. Ahora bien, una vez detectado el sujeto con dependencia ¿qué tipo de tratamientos se consideran más eficaces? La respuesta a esta pregunta no está resuelta, ni tampoco es el objetivo de esta revisión. Existen serias discrepancias entre clínicos. Para unos los tratamientos de elección son los encaminados a la abstinencia absoluta, mientras que otros creen que se podrían incluir las técnicas que enseñan al individuo a moderar el consumo, es decir, los programas de bebida controlada.

La controversia sobre los programas de bebida controlada (BC)

La controversia arrancó de una observación del Dr. Davies, psiquiatra inglés que publicó un artículo titulado «Normal drinking in recovered alcohol addicts» (1962). Siguió durante 7-11 años un grupo de 93 alcohólicos, de los que 7 mantenían un patrón de consumo controlado. Sus resultados iban en contra de la concepción de que el alcoholismo es irreversible, aunque el número de sujetos «recuperados fuese pequeño». Veinte años más tarde Griffith Edwards (1985) reevaluó a los mismos siete pacientes de Davis y consideró que en cinco casos no estaba claro que hubieran «bebido sin tener problemas». No obstante la polémica ya estaba servida y algunos investigadores americanos intentaron replicar esos resultados.

El primero de los artículos sobre la eficacia de bebida controlada en alcohólicos fue realizado por dos psicólogos australianos, Lovibond y Caddy, en 1970³. Pero fueron Sobell y Sobell⁴ los primeros psicólogos en evaluar de forma sistemática la eficacia de los programas de bebida controlada. Durante el primer año de seguimiento 20 pacientes entrevistados del grupo de BC mantenían un consumo adecuado en el 70% de los días, mientras que en el grupo orientado a la abstinencia la suma de días de abstinencia más los días de bebida moderada (< 6 onzas/día) no sobrepasaban el 35% de los días. Durante el segundo año las proporciones eran del 85% frente al 42%⁷. Una de las principales limitaciones de este estudio era que las evaluaciones de seguimiento habían sido realizadas por los propios investigadores. Otros investigadores entrevistaron al 70% de los pacientes tratados por Sobell y Sobell indicando que los sujetos que habían sido entrenados en el programa de bebida controlada, mantenían un mejor pronóstico que el grupo tratado en el programa de consecución de la abstinencia⁸.

Pendery et al⁹ volvieron a evaluar, nueve años más tarde, la muestra de pacientes estudiada por Sobell y

Sobell y afirmaban que sólo uno de los veinte sujetos entrenados para beber moderadamente seguía bebiendo sin problemas, y es más, cuestionaban que realmente este sujeto fuese dependiente del alcohol cuando lo incluyeron en tratamiento. Señalaban que durante el seguimiento habían fallecido 4 sujetos y las notas de los investigadores llevaban al lector, tendenciosamente, a relacionar el fallecimiento con el haber participado en este tipo de estudio. De hecho, una de las críticas que puede hacerse al trabajo de Pendery et al es que omitieron los resultados de seguimiento del grupo de pacientes que habían sido tratados con intervenciones orientadas a la abstinencia y que fue ella misma quien realizó las entrevistas de seguimiento. El sesgo fue realmente mayor, ya que la autora era una firme opositora a este tipo de tratamientos. No obstante, los datos fueron publicados en la prestigiosa revista *Science* y de sus resultados se hicieron eco diferentes medios de comunicación (1 de julio de 1982, CBS Evening News; 6 Marzo, 1983, New York Times), lo que llevó a crear una comisión para investigar los estudios de la pareja Sobell (puesto que habían recibido financiación pública para realizarlos). Dicha comisión confirmó la honestidad de los investigadores pero indudablemente frenó las investigaciones en este área de tratamiento.

El grupo de la Rand Corporation realizó en la década de los setenta varios estudios donde se ponía de manifiesto la estabilidad del patrón de bebida controlada. Amor et al¹⁰ estudiaron 922 varones que habían sido tratados en 45 centros de Estados Unidos. Señalaban que 18 meses después de haber conseguido la abstinencia, el 22% se encontraban bebiendo moderadamente y que un 24% estaban abstinentes. Polich et al¹¹ volvieron a entrevistar a los pacientes del estudio anterior, de forma que a los 4 años de seguimiento el 18% de los sujetos mantenían una forma de beber no problemática. Señalaban además que los sujetos que conseguían la moderación en el consumo eran pacientes menos graves. Los directores del NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), con los datos de ambos proyectos, financiados por dicho organismo, declararon que la abstinencia era la meta apropiada para el alcoholismo, afirmación que fue rechazada públicamente por los investigadores del proyecto. La controversia suscitada hizo que el departamento del estado de California para temas de alcoholismo resolviese que no se diesen fondos públicos para investigar este tipo de tratamientos.

Las observaciones de Davies y del grupo de la Rand Corporation ponían de manifiesto que aunque muchos pacientes alcanzaban la abstinencia, algunos conse-

guían beber moderadamente, lo que sirvió para preguntarse si algunos pacientes podrían beneficiarse de tratamientos orientados a conseguir beber controladamente. No obstante las diferentes polémicas sobre estas técnicas provocaron que los estudios llevados a cabo desde entonces se hayan centrado en sujetos con problemas de abuso o dependencia leve. Únicamente el grupo de Foy mantuvo la actitud de incluir a pacientes más graves¹²⁻¹⁴.

Eficacia de estos programas en dependientes del alcohol

En la revisión llevada a cabo por Miller et al¹⁵, recogieron 30 estudios aparecidos entre 1984 y 1992, en 14 de los cuales los resultados eran positivos y en los 16 restantes esta técnica era tan eficaz como las otras modalidades con las que se comparó. En estudios de seguimiento de un año de evolución los éxitos se aproximan al 70%, aunque en su mayor parte se realizaron en sujetos con abuso de alcohol. En otra revisión se ponía de manifiesto que las variables predictoras de éxito a largo plazo eran la gravedad de la dependencia, la valoración subjetiva de la meta con relación a su consumo (abstinencia versus moderación) y otras relacionadas con datos sociodemográficos (mejor pronóstico en mujeres, jóvenes y con nivel socioeconómico estable).

La tabla 1 recoge los estudios publicados en los que se incluyen sujetos mayoritariamente dependientes del alcohol y pone de manifiesto que los dependientes jóvenes, las mujeres y los sujetos con un adecuado soporte social tienen mejor pronóstico con este tipo de técnicas. Además, en los últimos años, se ha comprobado que la utilización de fármacos para disminuir el deseo mejora la efectividad de estos programas^{16,17,19}.

Los que se oponen a los programas de BC son aquellos que piensan que el alcoholismo es una enfermedad y que los síntomas de este trastorno biológico no pueden ser controlados o regulados por algún tipo de intervención. Así, según esta perspectiva, los bebedores pueden dividirse en alcohólicos y no-alcohólicos. Estos últimos no presentan el fenómeno de la pérdida de control por lo que no necesitan entrenamiento en BC. Con este mismo planteamiento los alcohólicos tienen dos opciones: o mantenerse abstinentes o seguir bebiendo, con lo que la progresión de su enfermedad les llevará a un continuo deterioro. Desde nuestro punto de vista este razonamiento es rígido y no se adapta a la realidad clínica ni a los resultados procedentes de la investigación en esta área.

Hay varias razones que hacen recomendable este tipo de programas. En primer lugar porque algunos

pacientes consideran exagerado que el primer tratamiento que se les prescribe para su problemática con el alcohol sea la abstinencia, sin intentar otra posibilidad que les permita moderar su consumo. Es cierto que cuando se intenta este tipo de programa se crea una excelente relación entre el médico y el paciente, de forma que si se fracasa en el objetivo, se suele estar en buena disposición para aceptar la abstinencia. Desde el punto de vista epidemiológico, en la población general hay más individuos con problemas leve-moderados por el alcohol que dependientes graves. Aquéllos han sido ignorados o poco atendidos por los dispositivos de Primaria y de especializada hasta que en las últimas décadas se han introducido las intervenciones breves. Además, esta forma de abordaje permite captar y tratar un mayor número de pacientes que con los programas basados exclusivamente en la abstinencia, que por otro lado son más proclives a aceptar este tipo de objetivos. En tercer lugar, los programas son relativamente cortos y económicos; y, por último, algunos pacientes cuando han alcanzado el objetivo de controlar su consumo pasan voluntariamente a la abstinencia.

Prevención terciaria y reducción del daño (RD)

En este apartado, el objetivo de las intervenciones es evitar, en la medida de lo posible, las complicaciones de la enfermedad, es decir, de la dependencia. Muchos clínicos identifican las intervenciones de este estadio con los programas de disminución del daño para dependientes de opiáceos.

En la dependencia alcohólica, la necesidad de programas de reducción de daños y riesgos surge del carácter crónico del proceso en un porcentaje alto de pacientes, y de los pobres resultados obtenidos, en un grupo de ellos, con los programas de tratamiento clásicos que giran en torno a la prescripción de abstinencia absoluta de alcohol.

La dependencia alcohólica es una enfermedad crónica con una gran estabilidad en los patrones de evolución, con poca progresividad y pequeñas fluctuaciones a lo largo del tiempo dentro de un nivel de gravedad conseguido. Las funciones del tratamiento de la dependencia alcohólica como una enfermedad con una tendencia a la recaída que va más allá de la voluntad y motivación de los pacientes son: reducción de daños y riesgos, estabilización, mantenimiento y resolución de crisis y recaídas. En la clínica, nos encontramos que el tratamiento lleva a la abstinencia a un grupo de pa-

Tabla 1. Estudios de bebida controlada en dependientes del alcohol

Lovibond y Caddy ³ Sobell y Sobell ⁴⁻⁶ , Caddy, Addington y Perkins ⁸	De 31 pacientes, 24 consiguieron aprender a beber en un seguimiento de 16-60 semanas Compararon la evolución de sujetos que habían sido tratados con dos técnicas distintas: orientados a la abstinencia o bebida controlada, y encontraban que los de bebida controlada mantenían lo aprendido en el programa en el 85%, frente al 42% de los otros
Foy et al ^{12,13} Rychtarick ¹⁴	Encontraban que las diferencias entre ambos tipos de programas eran claras a los seis meses, desapareciendo al año y siendo inexistentes a los 5-6 años
Pendery et al ⁹	Entrevistaron a 20 pacientes seguidos durante 10 años y únicamente uno seguían realizando el programa de BC, 8 bebían en exceso, 6 estaban abstinentes, 4 habían muerto y uno había desaparecido
Heather, Rollnick y Winton ¹	Realizan un seguimiento de 6 meses en 50 dependientes del alcohol en los que han evaluado la dependencia objetiva y subjetiva. Esta última se relacionaba mejor con la recaída.
Orford y Keddie ²¹	Evaluaron a 46 alcohólicos según la gravedad de su dependencia y creencias sobre el control del consumo. Al año de seguimiento había una asociación entre la meta elegida en el tratamiento y el resultado obtenido
Miller et al ²²	Siguieron a 140 pacientes (pertenecientes a 4 diferentes estudios) durante 3.5, 5, 7 y 8 años. El 35% no había remitido de sus hábitos de ingesta etílica, 23% estaban abstinentes, el 14% eran bebedores asintomáticos
Bohn et al ¹⁶ Kranzler et al ¹⁷	Utilización de NTX e intervención breve durante seis semanas en dependientes del alcohol Utilización de NTX y entrenamiento en afrontar situaciones de riesgo durante 4 semanas y 3 meses de seguimiento. Los pacientes mejoraban las variables relacionadas con el consumo
Heather et al ²³	Compararon un programa de BC frente a desensibilización y no había diferencias entre ambas técnicas. Los sujetos dependientes del alcohol tenían igual pronóstico que el grupo menos grave
Rubio et al ¹⁹	Compararon BC frente a BC+NTX durante 3 meses de tratamiento y un año de seguimiento. Los sujetos tratados con NTX conseguían beber menor número de copas durante todo el período, y los días de consumo excesivo también bebían menor número de copas

cientos y a otros les lleva a una reducción de los niveles de consumo y de las complicaciones asociadas y a una mejora de su calidad de vida. No se debe minimizar la importancia de este segundo papel del tratamiento

Los métodos asumidos por los programas de RD parten del supuesto de que hay un continuum de consecuencias de riesgo relacionados con el nivel de consumo de la droga. La meta de estos programas es facilitar un movimiento a lo largo de ese continuum de forma que se descienda en el nivel de riesgo. Aunque la abstinencia es considerada como una meta deseable de mínimo riesgo, cualquier disminución del riesgo es propiciada y apoyada.

Los programas de RD conforman un modelo comprehensivo que abarcan diferentes programas diseñados para disminuir el nivel de las consecuencias entre los que se pueden incluir: tratamientos clínicos individualizados, abordajes basados en la prevención de la salud, programas orientados a provocar cambios ambientales e iniciativas políticas.

El objetivo de los programas de disminución de riesgo es movilizar al sujeto en la dirección tendente a disminuir las consecuencias negativas de su ingesta. Por supuesto que en este modelo se acepta la abstinencia

como «el ideal», pero permite trabajar para ir consiguiendo logros, aunque la abstinencia no se haya alcanzado.

Se asume la idea de que según se vaya reduciendo el nivel de consumo también lo harán sus consecuencias. Como cabe esperar, el consumo moderado puede tener consecuencias peligrosas o beneficiosas. Puede causar problemas cuando se conducen automóviles o maquinas, también se asocia a problemas en el recién nacido de madres bebedoras, y por supuesto que en algunas personas puede resultar beneficioso para prevenir determinadas patologías cardiovasculares.

La metodología de estos programas no es únicamente eficaz cuando se aplican en contextos clínicos sino también cuando se piensa en términos epidemiológicos.

En muchas ocasiones se señalan o se proponen actuaciones que son útiles en pacientes que cumplen adecuadamente las indicaciones del profesional. El problema es que en la práctica, la situación más frecuente es que el paciente presente algún tipo de resistencia o recaída.

Muchos piensan que no se puede ayudar a alguien que no ha tomado conciencia de su problema o que se niega a cambiar pero esto no es cierto. La abstinencia

debe ser la meta a largo plazo, no obstante existen períodos en los que hay que plantearse objetivos más realistas para evitar otros riesgos. Esto es, asegurar el contacto con los pacientes, iniciar el cambio y reducir los daños asociados al consumo.

Características de los programas de reducción de daños y riesgos

Estos programas vienen definidos por el cambio de prescripción y por la actuación prioritaria sobre las complicaciones y factores asociados al consumo. El cambio de prescripción y la búsqueda de la reducción del consumo no implica obligatoriamente una mejoría de todos los problemas y enfermedades de los dependientes del alcohol.

La prioridad de intervenir sobre las complicaciones y factores asociados al consumo va a suponer, como ha ocurrido en otras adicciones, importantes cambios en los dispositivos asistenciales con incorporación de profesionales y redes sociales amplias. La retención en el tratamiento se convierte en el objetivo primordial y en indicador de calidad del programa. Los factores terapéuticos y asistenciales que se asocian a buenos resultados están relacionados con la actitud de los profesionales y la disminución de barreras terapéuticas²⁰.

De forma genérica puede decirse que las intervenciones para disminuir las complicaciones en dependientes del alcohol no tienen como finalidad inmediata que el sujeto modifique su patrón de consumo sino la disminución de los daños provocados por su consumo. Se ha sugerido que este tipo de intervenciones impiden o retrasan la posibilidad de que el sujeto cambie los patrones del consumo. En dicha asunción se presupone que el sufrimiento siempre lleva al cambio y que el cambio de conducta lleva una disminución de las consecuencias negativas. Esto no siempre es cierto, ya que son numerosos los casos de pacientes que incrementan su consumo en situaciones en las que existen más adversidades, como una forma de enfrentarse a la ansiedad o desesperación que éstas producen.

En ocasiones encontramos pacientes que no quieren abandonar el consumo de alcohol, esto puede ser porque no son conscientes de la problemática que implica su alcoholismo, o quizá porque no reconocen que esos problemas los ocasiona el alcohol, o incluso porque no se creen capaces de abandonar el hábito alcohólico. Es en este tipo de pacientes en los que encontramos una resistencia especial a dejar de beber y a mantener una abstinencia absoluta de alcohol, por lo que no podemos intervenir directamente sobre este tema.

En estos casos, el especialista no debe desistir y el objetivo prioritario aquí será examinar otras áreas de intervención, así desde ellas intentaremos llegar al abandono del consumo. Estas áreas son la familia, la psicopatología del sujeto, las complicaciones médicas y la motivación.

Conclusiones

La heterogeneidad de los pacientes atendidos en los diferentes marcos asistenciales obliga a los clínicos a manejar un amplio abanico de intervenciones, de las cuales debe tener información tanto el clínico como el paciente. Se trata de intentar elegir el abordaje que tanto el médico como el paciente consideren que puede ser el más adecuado, e incluso de sacrificar los intereses del médico a corto plazo, ya que la confrontación en muchos casos suele llevar al abandono del paciente y al alejamiento del sistema sanitario. Todavía existe en el área de la alcoholología un porcentaje de profesionales que militan en el denominado «fundamentalismo de la abstinencia», en nuestra opinión dicha doctrina está obsoleta por la realidad clínica, por los avances en neurociencias y por las evidencias sobre los resultados de programas concebidos en la filosofía de la reducción del daño. No debemos olvidar que en nuestro país se puso en marcha el programa ORCA (Objetivo la reducción del consumo de alcohol) que confirmó la eficacia de este tipo de abordajes.

Bibliografía

1. Heather N, Rollnick S, Winton M. A comparison of objective and subjective measures of alcohol dependence as predictors of relapse following treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 1983;22:11-7.
2. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 1993;88:315-36.
3. Lovibond SH, Caddy G. Discriminative aversive control in the moderation of alcoholics' drinking behavior. *Behavior Therapy*, 1979;1:437-44.
4. Sobell MB, Sobell LC. Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 1973;4:49-72.
5. Sobell MB, Sobell LC. Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results. *Behavior Research and Therapy*, 1976;14:195-215.
6. Sobell MB, Sobell LC. Behavioral treatment of alcohol problems. New York, Plenum 1978.

7. Maisto SA, Sobell MB, Sobell LC. Predictors of treatment outcome for alcoholics treated by individualized behavior therapy. *Addictive Behaviors* 1980;5:259-64.
8. Caddy GR, Addington HJ, Perkins D. Individualized behavior therapy for alcoholics. A third year independent double-blind follow-up. *Behavior Research and Therapy* 1978;16:345-62.
9. Pendery ML, Maltzman IM, West LJ. Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science* 1982;217:169-75.
10. Amor DJ, Polich JM, Stambul HB. *Alcoholism and treatment*. New York: Wiley 1978.
11. Polich JM, Amor DJ, Braiker HB. *The course of alcoholism: Four years after treatment*. New York: Wiley 1981.
12. Foy DW, Rychtarik RG, O'Brien TP, Nunn LB. Goalchoice of alcoholics: Effects of training controlled drinking skills. *Behavior Psychotherapy* 1979;7:101-10.
13. Foy DW, Nunn LB, Rychtarik RG. Broad-spectrum behavioral treatment for chronic alcoholics: Effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984;52:218-30.
14. Rychtarik RG, Foy OW, Scott T, Lokey L, Prue OM. Five-six-year follow-up of broad-spectrum behavioral treatment for alcoholism: Effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987;55/1:106-8.
15. Miller RW, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, et al. What Works? A methodological Analysis of the Alcohol Treatment outcome literature. En: Hester RK, Miller WR (Eds). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives* (2 ed.). Boston: Allyn and Bacon, 1995;12-44.
16. Bohn MJ, Kranzler HR, Beazoglou D, Staehler BA. Naltrexone and brief counseling to reduce heavy drinking. *American Journal on the Addictions* 1994;2:91-9.
17. Kranzler HR, Tennen HT, Penta Ch, Bohn M. Targeted Naltrexone Treatment of Early Problems Drinkers. *Addictive Behaviors* 1997;22:431-6.
18. Rubio G, Espí F, Sanchís M, Bravo JL. Transferencia de tecnología y utilización de naltrexona en el tratamiento del alcoholismo. *Revista Clínica Española* 2002;433-7.
19. Rubio G, López-Muñoz F, Manzanares J, Alamo C, Ponce G, Jiménez-Arriero MA, et al. Naltrexone improves outcome of a controlled drinking program. *J Subs Abuse Treatment* 2002;23:301-6.
20. Cuadrado P. Programas de reducción de daño. Curso de Especialización en Alcoholismo. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción 2001;16.1-16.16.
21. Orford J, Keddle A. Abstinence or controlled drinking in clinical practice: A test of the dependence and persuasion hypothesis. *British Journal of Addiction* 1986;81:495-504.
22. Miller WR, Leckman AI, Delaney HD, Tinkcom M. Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcoholism* 1992;53/3:249-61.
23. Heather N, Brodie J, Wale S, Wilkinson G, Luce A, Webb E, et al. A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure. *Journal of Studies on Alcohol* 2000;61:561-70.