

CASO CLÍNICO

Manejo multidisciplinario de los trastornos adictivos, a propósito de un caso

J. SANTAMARÍA, I. FOMPEROSA, N. ARGÜELLO Y C. PORTILLO

Unidad de Trastornos Adictivos de Santander. Santander. España.

RESUMEN. *Objetivo.* A través de un caso reflexionar sobre las características de las adicciones como un fenómeno nuevo que irrumpió en nuestra sociedad a mediados de los años 80 y sobre las formas de intervención.

Material y métodos. Analizamos detalladamente el caso, fases, diferentes tratamientos, evolución personal y familiar.

Resultados. La evolución de los pacientes depende de múltiples variables como la edad, el tipo de consumo y de sustancia, la psicopatología presente en el paciente y/o sus familiares, la patología asociada, la red social y el trabajo. Planteamos la hipótesis de que la evolución de los pacientes depende también del contacto con sus terapeutas, en la medida en que se ayuda al paciente a conocer y expresar sus sentimientos y a provocar cambios en su conducta y en sus hábitos, además de intentar alianzas terapéuticas con otros miembros de la familia. Por último, mostramos un modelo de funcionamiento en equipo para poder superar las enormes dificultades que presentan estos pacientes y tratar, en la medida de lo posible, de evitar el «síndrome del quemado» que se produce con frecuencia entre los profesionales que trabajamos con este tipo de personas.

Conclusiones. El trabajo en equipo y un manejo multidisciplinario son necesarios para enfrentarse a los problemas planteados en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos. El trabajo en

equipo como factor de prevención del «síndrome del quemado» de los profesionales. Los tratamientos de las adicciones son de larga duración.

PALABRAS CLAVE: adicción, vínculo, alianza, trabajo-equipo, *burn out*.

Multidisciplinary approach to addictive disorders: reflections on a case

ABSTRACT. *Objectives.* To use a clinical case to think about the main characteristics of addictive behaviour and the way health professionals may intervene on it.

Material and methods. A clinical case is thoroughly analysed: its phases and the different treatments applied, its personal and familiar evolution.

Results. Patient evolution depends on different variables, like age, which substance is consumed and in which way, the psychopathological traits or symptoms of the patients or of his/her family, the organic pathology associated, whether a social network is present or not,... It is suggested that ties with the therapeutic team are important in patient evolution, since its presence may help the patients to recognize and to express their feelings and may induce changes in their behaviour. Therapeutic alliances with other family members may also be useful. Team work may help to overcome the obstacles and difficulties associated with the treatment these patients and to avoid the burn-out syndrome, which is frequently observed in those professionals working in this field.

Conclusions. Whenever one wants to confront the problems associated with the handling or treatment of addictive behaviour, both team work and a multidisciplinary approach to these patients are needed. They may act as a protective factor to avoid the so-

Correspondencia:

J. SANTAMARÍA
Unidad de Trastornos Adictivos de Santander.
C/ Antonio López, 48-50.
39009 Santander. España.
Correo electrónico: jvsant@ono.com

Recibido: 30-05-2007

Aceptado para su publicación: 24-07-2008

called burnt-out syndrome. In the addiction field, treatment must be considered as a long-term process.

KEY WORDS: addiction, treatment, therapeutic tie, therapeutic alliance, team-work, burn out syndrome, long-term evolution.

Introducción

Toda adicción es un proceso complejo que, en gran medida, no es suficientemente conocido por parte de los profesionales de la salud y por la sociedad en general. En otros trastornos estamos habituados a buscar una etiología, unos mecanismos de transmisión y una medicación para solucionar el problema; en las toxicomanías estos pasos no están nada claros. El presente artículo no pretende analizar con detalle las diferentes teorías que existen sobre la etiología del consumo de drogas, sino explicar de una forma sencilla y gráfica el proceso de la adicción. Este proceso presenta una serie de características que frecuentemente no se valoran en la práctica clínica y que consideramos fundamentales para poder intervenir con un mínimo acierto en este problema. En la figura 1 se muestra a través de los diferentes círculos, de forma esquemática y sencilla, la importancia de diversos factores a lo largo del proceso adictivo.

En el primer círculo se muestran las características de la vida de cada persona. Lógicamente es muy variable y podrían colocarse multitud de situaciones y

posibilidades. Cuando aparece el consumo de una sustancia, y éste va aumentando progresivamente, la sustancia ocupa cada vez más espacio en ese círculo y van desapareciendo otras actividades de su vida. A medida que el proceso va evolucionando, el individuo dedica una mayor parte de su tiempo e intereses a consumir y pierde o va perdiendo casi todas las demás facetas de su vida. Al final queda la sustancia, la familia y el trabajo, que suelen ser lo último en perderse. Si tras un proceso de desintoxicación, que no siempre es fácil, se logra retirar la sustancia, nos encontramos con una persona que presenta un círculo de su vida muy vacío. Si no consigue rellenar ese espacio, y no encuentra satisfacciones en su vida, probablemente volverá a la sustancia que le gratifica y se producirá la recaída. Habitualmente no somos conscientes de ello. Cada persona tiene que encontrar sus situaciones placenteras o gratificantes, que aporten sentido a su actividad. Como terapeutas no podemos ni debemos decir a los pacientes qué situaciones son placenteras, gratificantes o le aportan sentido, ése es un proceso que deben ir descubriendo y decidiendo de forma personal, no sectaria.

Para afrontar esta situación, habitualmente no hemos sido formados. La prescripción de un fármaco contribuye pero no es suficiente, hay que escuchar y ayudar a que los pacientes descubran por dónde avanzar, lo cual no es sencillo y menos cuando el tiempo es limitado.

La historia de los consumos de sustancias psicoactivas es muy antigua, tan vieja como la de la humanidad. Todas las culturas han tenido sus drogas, culturalmen-

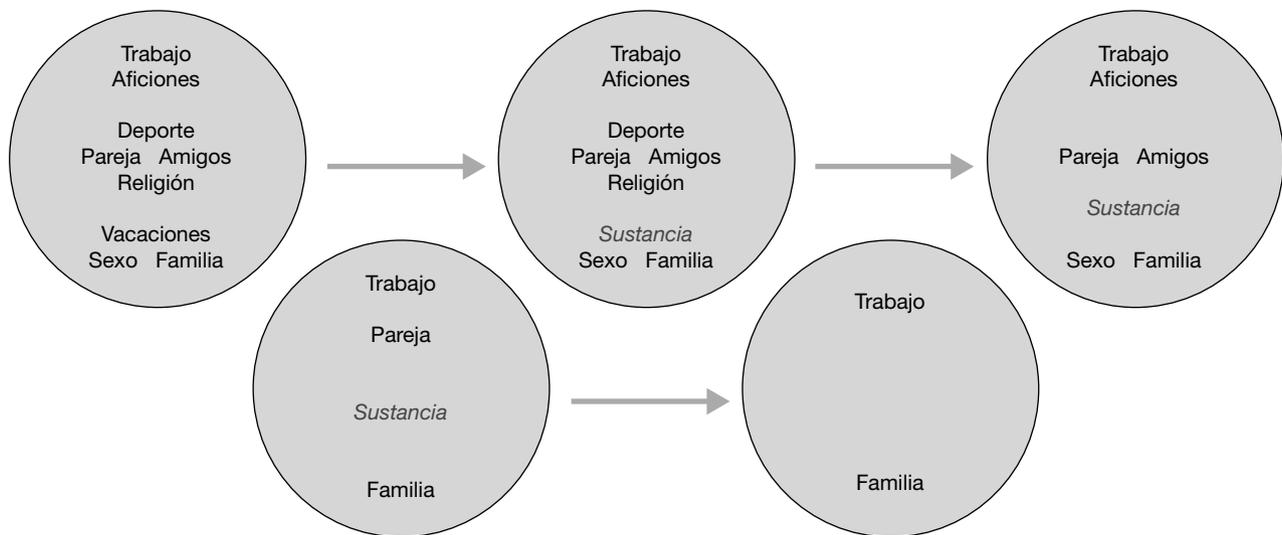


Figura 1. Proceso de la adicción.

te aceptadas y controladas. El alcohol es un ejemplo muy claro en nuestra sociedad; está perfectamente integrado, incluso vamos con los niños al bar. El que esté integrado no significa que no haya o que no produzca problemas: existe un número importante de personas que tienen problemas relacionados con el alcohol y, por ejemplo, de todos es conocida la asociación del alcohol con los accidentes de tráfico.

En España, en los años 80 se produjo un fenómeno nuevo que fue la irrupción de la heroína en nuestra sociedad de forma brusca y utilizando una vía tan extraña como peligrosa, la vía intravenosa.

A esta situación se añade su precio, que era de aproximadamente un gramo 10.000 pts. (60 euros), de hace unos 20 años, que podía ser un consumo medio diario. Aumentó de forma significativa la delincuencia, lo que produjo una alarma social importante. Los profesionales sanitarios nos encontramos con unos pacientes complicados, peligrosos porque nos robaban recetas, con lo que no sabíamos muy bien qué hacer. Por si la situación no era suficientemente complicada, apareció el sida; con lo que se generó un problema sanitario de primera magnitud.

La sociedad fue respondiendo y la medicina también, se fueron creando servicios y programas que intentaban dar respuestas al problema surgido. Los programas de metadona han sido fundamentales en este proceso.

El modelo de Prochaska y Di Clemente¹ sobre las fases del cambio nos muestra el proceso psicológico por el que las personas modifican actitudes. Tiene las siguientes fases: precontemplación, contemplación, preparación, actuación y mantenimiento. Comienza desde que el individuo se empieza a plantear que quiere cambiar hasta que decide actuar, tomar alguna medida para el cambio y su posterior mantenimiento. Las intervenciones serán diferentes según cómo veamos la actitud en la que se encuentra cada paciente. No es la misma intervención ayudar a alguien que está consumiendo y que se plantea dejarlo o a alguien que sigue consumiendo y no quiere la abstinencia. Será diferente la intervención de un paciente abstinentes al que le importa mantener esa abstinencia.

Siempre nos han recalcado la importancia de la historia clínica; en el caso de las sustancias adictivas además se debe ampliar con una historia social y familiar. Si se realiza una buena historia clínica sobre el paciente pero no se pregunta su situación familiar, por ejemplo si consume su hermano, que comparte habitación con él, la historia será deficiente, así como la evolución clínica del paciente. O si el único interés del paciente es librarse de ir a la cárcel, debe tenerse en

cuenta para poder trabajar. Son ejemplos que tratan de mostrarnos que la aproximación a estas personas va más allá de la meramente clínica.

Caso clínico

Se expone un caso de tratamiento de larga duración (1998-2006) que puede ser una buena ilustración de las dificultades de abordaje en este tipo de problemática. El caso se inicia en junio de 1998, fecha en la que el paciente acude a una primera cita.

Se trata de un varón de 21 años que refiere consumo de heroína por vía intravenosa de 2 años de evolución. Solicita desintoxicación hospitalaria al no poder encargarse la familia de una desintoxicación ambulatoria.

A primeros de agosto se produce el ingreso en el hospital. Tras el alta se inician las citas de valoración, junto con un programa de naltrexona y controles de orina para verificar la abstinencia.

Valoración

En el proceso de valoración, el paciente acude a entrevistas con cada uno de los miembros del equipo terapéutico (médico, psicólogo y trabajador social). Se recoge información sobre las siguientes áreas.

Esquema de valoración: historia toxicológica, historia escolar, historia laboral, exploración médica, aspectos legales, historia familiar e historia psicológica.

Historia toxicológica

Refiere los primeros contactos con el tabaco, el alcohol y el cannabis sobre los 16 años y con la heroína, la cocaína, las benzodiazepinas y otras drogas en torno a los 18 años.

Desde ese momento, el consumo de heroína va en aumento, realizando su primera desintoxicación con 19 años. Posteriormente, inicia un programa de mantenimiento con naltrexona (PMN) que se mantiene durante unos 8 meses y que controla su médico de cabecera. El paciente decide retirar la medicación produciéndose una recaída en el consumo de heroína. Tras un año de consumo solicita tratamiento en nuestro centro.

Historia escolar

El paciente estuvo escolarizado hasta los 15 años. Realizó los estudios primarios, aunque no obtuvo el título de Graduado Escolar.

Historia laboral

El paciente carece prácticamente de experiencia laboral, con algunos períodos cortos de trabajo como repartidor o camarero.

Historia médica

Se pueden destacar varios accidentes de coche y moto. Dificultades de lateralización (le cuesta diferenciar izquierda y derecha) y una hepatitis C positiva.

Aspectos legales

Al iniciarse el tratamiento, el paciente tenía varios juicios pendientes por sustracción de vehículos que relaciona con un problema de control de impulsos (robo compulsivo).

Historia familiar

A las citas con la familia acudió la madre. En el domicilio familiar, conviven los padres y el paciente. En la figura 2 presentamos el genograma. En la entrevista con la madre, ella nos habla de una convivencia difícil. Su marido tiene un problema de ludopatía. Es un hombre descalificante que desvaloriza a su mujer y a su hijo. Es agresivo a nivel verbal y crea mucha tensión. Ella es una mujer sobreprotectora que sigue viendo a su hijo como un niño pequeño. Nunca ha sido capaz de poner límites ni de exigir. Los padres no consiguen ponerse de acuerdo sobre cómo actuar en relación con este hijo, produciéndose reproches continuos.

Historia psicológica

En este apartado destacan los siguientes datos:

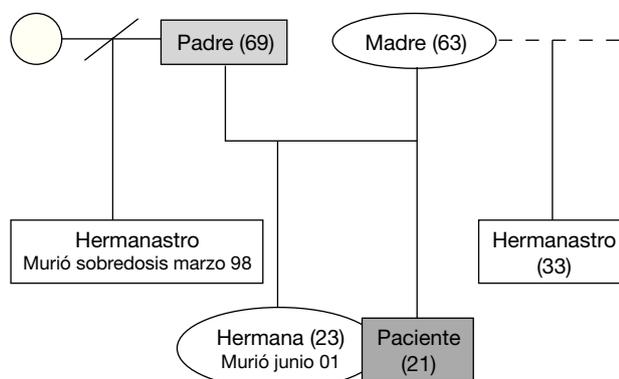


Figura 2. Genoma del paciente.

1) Dificultad para el control de los impulsos que empieza a manifestarse sobre los 8 años con robos compulsivos.

2) Inmaduro, inseguro, con baja autoestima y dificultad para adquirir responsabilidades. Baja tolerancia a la frustración.

3) Escasos intereses.

4) Escasas relaciones sociales.

5) Dos intentos de suicidio que podrían ser llamadas de atención.

6) Vulnerable e influenciable.

7) Capacidades intelectuales: impresión clínica de un déficit en el desarrollo intelectual.

Tratamiento (larga evolución 1998-2006)

A petición del paciente, y por falta de apoyo familiar para realizar una desintoxicación ambulatoria, se decide un ingreso en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación de Liencres (10 días de agosto de 1998). Una vez finalizada la desintoxicación es derivado a la Unidad de Trastornos Adictivos donde inicia un PMN. Se inicia la valoración del equipo (médico, psicólogo, trabajador social) para posteriormente realizar el plan terapéutico individual (PTI).

Objetivos del plan terapéutico individual

Dentro del PTI hay objetivos para los diferentes programas (médico, terapia individual, intervención social, abordaje familiar)².

Objetivos del seguimiento médico

1) PMN.

2) Control y verificación de la abstinencia dos días por semana para demostrar la interrupción en el consumo.

3) Seguimiento de diferentes enfermedades asociadas al consumo como hepatitis, tuberculosis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

4) Educación sanitaria (aprendizaje de hábitos higiénicos, alimentación).

Objetivos del programa de terapia individual

1) El primer objetivo que se consideró muy importante fue la creación de un vínculo terapéutico donde el paciente hablara de él, de sus sentimientos y de otros aspectos de su vida³.

2) Conseguir un reequilibrio en el estilo de vida del paciente (horarios, higiene del sueño, hábitos).

3) Adquisición y mantenimiento de responsabilidades comenzando, por ejemplo, por alguna tarea de la vida cotidiana^{4,5}.

4) Inicio de alguna actividad formativa laboral.

5) Incrementar el autoconocimiento personal: que el paciente reconozca cómo piensa, cómo actúa, que analice las dificultades que encuentra en el control de sus impulsos^{3,4}.

Programa de intervención social

1) Se le deriva al Programa Jurídico Penal para el seguimiento de sus causas pendientes.

2) Ordenación de su situación laboral apuntándose al INEM, búsqueda de otros recursos de empleo o cursos de formación.

Abordaje familiar

1) En un inicio se plantea la recogida de impresiones sobre la evolución del paciente.

2) Convertir a la familia en instrumento de apoyo y ayuda, involucrándolos en la consecución de los objetivos.

Evolución del tratamiento

Debido a la duración del tratamiento puede hablarse de 3 etapas, intentando explicar mejor los diferentes momentos que ha tenido la evolución del paciente.

Primera etapa (de abril de 1998 a diciembre de 2000)

Abstinencia de opiáceos, aunque continúa el consumo de benzodiazepinas. El paciente acude con normalidad a sus citas (hora, día), teniendo una buena adherencia al tratamiento.

Se logra un reequilibrio en su vida con ajuste de horarios y tareas, observándose un escaso interés por actividades laborales, formativas e incluso de ocio.

En noviembre de 1999 se decide por parte del médico control y reducción en la toma de benzodiazepinas.

Se produce una recaída en el consumo de opiáceos en agosto de 2000. De nuevo ingresa en la Unidad Hospitalaria de Lienres por falta de apoyo familiar para realizarla de forma ambulatoria.

Posteriormente se reinicia el PMN en la Unidad de Trastornos Adictivos y se continúa con los mismos objetivos del PTI.

Segunda etapa (de diciembre de 2000 a abril de 2002)

En la Navidad de 2000 se produce de nuevo una recaída en el consumo de opiáceos.

En este momento existe apoyo familiar, y el equipo decide una desintoxicación ambulatoria que presenta dificultades para estabilizar al paciente en la abstinencia.

Finalmente, en enero de 2001, se inicia un programa de mantenimiento con metadona. El paciente consigue la abstinencia a opiáceos, lo que produce una mejoría en el estado físico/psíquico del paciente. Hay una movilización del paciente en la búsqueda de trabajo y actividad de tipo formativo.

En junio de 2001 fallece una hermana del paciente que le produce un bloqueo emocional, inestabilidad anímica y paralización en sus propósitos.

Aparece un consumo esporádico de benzodiazepinas, motivo por el que es derivado a salud mental para pauta y control de las mismas. Esta decisión se toma por el deterioro que se produce en la relación con el equipo por su incumplimiento.

Tercera etapa (de diciembre de 2002 a abril de 2006)

Oscilación en el estado de ánimo y propósitos para el futuro (época de duelo familiar).

Inicia un curso de formación en FUNDIS (Fundación de Integración Social para colectivos en riesgo de exclusión). Posteriormente inicia actividad laboral temporal en una pizzería.

De junio a diciembre de 2003 se observa una mejora importante en el estado del paciente, atribuible parcialmente al control de benzodiazepinas. Consigue finalizar el taller de empleo, lo que supone una mejora en su autoestima, sentimiento de utilidad y aumenta su grado de satisfacción personal. Además, comienza a preocuparse por el futuro, con la idea de independencia personal y formación de una familia.

En febrero de 2004, continúa la búsqueda de actividad laboral o formativa. Inicia un curso del INEM de jardinería y comienza a trabajar en la construcción.

Inicia una reducción de las dosis de metadona y decide ampliar sus posibilidades de actividad laboral obteniendo el carné de conducir. Actualmente trabaja de repartidor con contrato estable.

Seguimiento familiar

Inicialmente se encontraron dificultades en las relaciones familiares que impedían y bloqueaban el proceso de maduración del paciente: existía desvalorización (insultos, descalificaciones) del hijo por la figura del

padre, que no contacta con el equipo terapéutico, y había una sobreprotección de la figura materna con actitud de infantilización hacia el hijo.

Posteriormente se observa una modificación en la percepción del padre sobre el problema, que se manifiesta en un contacto con el tratamiento e interés-preocupación en apoyo y ayuda en la búsqueda de alguna actividad.

Se continúa trabajando con la madre la necesidad de un cambio en la relación con su hijo que facilite el proceso madurativo del paciente.

En la actualidad el paciente continúa viviendo en el ámbito familiar, avanza en autonomía y madurez personal.

Planteamiento

Desde los trabajos sobre patología dual^{6,7} se considera la adicción como un trastorno múltiple, muy relacionado con los trastornos de personalidad^{8,9}.

La evolución de los pacientes depende de diversas variables como la edad, el tipo de consumo y de sustancia, la psicopatología manifiesta en pacientes y/o sus familiares, la patología asociada, la red social, el trabajo, etc. Pero simplificando, y basándose en otros estudios sobre trastornos de la personalidad¹⁰, podría enunciarse la siguiente hipótesis: «La evolución de los pacientes depende del contacto con sus terapeutas».

1) En tiempo: en este sentido, son muy numerosos los estudios sobre la retención de los distintos programas. La retención es cada vez más un objetivo explícito^{4,11}. Además, debemos dar tiempo al paciente y darnos tiempo. Se trata de un proceso y no sólo de hacer terapia.

2) En intensidad del vínculo: en algunos autores el vínculo es entendido como algo parecido a una «relación maternal». En la Grecia clásica, terapeuta era el que cuidaba, atendía a los Dioses. Tarea muy importante para tenerlos contentos y no sufrir su ira, manifestada a través de los desastres naturales. Cuidar, atender, servir son actividades relacionadas con las funciones maternas. Winnicott habló de la «madre suficientemente buena» como una variable muy importante para el desarrollo emocional temprano. No se trata de reconstruir en toda su realidad una relación maternal, pero considerando la refractariedad terapéutica de los pacientes con trastornos graves de la personalidad y dada la tendencia que presentan a la automedicación de su problemática psicopatológica, podría considerarse como tratamiento de elección la inclusión de estos pacientes en programas de larga duración, con un estilo de asis-

tencia más enfocado hacia la contención (*holding* en el sentido de Winnicott)¹².

El caso clínico analizado trata de ilustrar dos aspectos:

El tipo de terapia

Se trataría de una terapia de duración media/larga e intensiva. El paciente acude frecuentemente al centro.

En la fase de desintoxicación o de implementación de un programa de mantenimiento, acude a diario y generalmente acompañado por su familia.

En la siguiente fase de deshabitación, acude:

1) A la realización de dos controles de orina semanales y a la administración de medicación (metadona), si lo requiere. Tarea desarrollada por el equipo de enfermería.

2) Seguimiento psicológico: una sesión semanal.

3) Seguimiento familiar: una sesión quincenal/mensual (generalmente con la trabajadora social).

4) Seguimiento médico: con citas generalmente a demanda del paciente (en función de sus necesidades objetivas y subjetivas, del cumplimiento del tratamiento farmacológico pautado y del seguimiento de sus enfermedades [VIH, hepatitis, etc.]).

En fases más tardías (teóricamente la denominada «fase de rehabilitación», en la que el paciente recupera actividades laborales, formativas, etc.), esta frecuentación es más flexible, individualizándose cada caso.

El trabajo en equipo

Es la pieza clave para nosotros, para sobrevivir a las dificultades planteadas en la atención a este tipo de pacientes y poder evitar el denominado *burn out* o «síndrome del quemado»^{13,14}. Es indispensable hacer referencia al aspecto emocional y de apoyo que ofrece el trabajo en equipo, pero nos gustaría centrarnos en el aspecto de cómo se organiza el trabajo, refiriéndonos a tres cosas:

El trabajo en equipo se organiza. En nuestro caso, se concreta en:

1) El trabajo diario, con una reunión diaria a primera hora de la mañana para revisar las consultas del día y las dificultades del día anterior.

2) Semanalmente, los miércoles, se reserva un tiempo para la reunión de los equipos en los que se revisan casos, se realizan sesiones clínicas estableciéndose planes de tratamiento y sus cambios y se atienden otros proyectos o trabajos del equipo (administrativos, de coordinación con otros profesionales, formativos, etc.).

En la reunión de equipo, participan cuatro profesionales (médico, psicólogo, trabajador social y enfermera).

Los equipos de trabajo se fabrican, son la suma de personas con distintas profesiones con división de las

tareas. Sin embargo, en nuestro trabajo en equipo hay una mayor distribución de los papeles. Hacemos también una indicación de quién debe hacer un seguimiento en función de la capacidad de crear vínculo entre terapeuta y paciente¹⁵.

El terapeuta ya no habla del yo al tú, sino desde «mi equipo y yo les decimos a uds...». Este aspecto proviene de nuestra formación en terapia familiar sistémica. Selvini y los italianos, sobre todo de la denominada «escuela de Milán», empezaron a desarrollar esta idea de equipo¹⁶.

Parafraseando a Winnicott con su concepto de la «madre suficientemente buena» se trataría de lograr «el equipo suficientemente bueno»¹⁷.

Reflexiones-conclusiones que se correlacionan con el éxito en el tratamiento

Entendemos que para retirar el consumo de tóxicos, además de la terapia farmacológica, es muy importante que las intervenciones estén dirigidas a:

1) Ayudar a los pacientes a expresar abiertamente sus sentimientos. Creemos que aparece un resultado posi-

tivo con aquellos pacientes que más abiertamente expresan sus sentimientos.

2) Lograr construir un acuerdo terapéutico con el paciente. Por ello, nos parece necesario orientarse hacia la alianza terapéutica con el paciente. No cuenta tanto si el paciente llega colaborador sino qué tipo de relación se consigue construir con él.

3) La alianza, al menos, con un miembro de la familia. Que se consiga que la familia se involucre en el tratamiento mejora el pronóstico. En el estado actual de cosas, creemos que es importante que al menos uno de los padres se convierta en la terapia en fuerte colaborador e interesado.

4) El tratamiento de los problemas de adicción exige tiempo; el cambio de hábitos y conductas requiere una larga evolución.

Los autores están adscritos a la Unidad de Trastornos Adictivos de Santander, centro público y gratuito de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria y declaran que no existe conflicto de intereses con entidad pública o privada en la realización del presente artículo.

Bibliografía

1. Prochaska JO, Di Clemente CC. The transteoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin; 1984.
2. Control de calidad del Plan Regional de drogas de Cantabria ISO 2002. Protocolos de actuación. Santander: Plan Regional sobre Drogas Gobierno de Cantabria; 2002.
3. Sole Puig JR. Terapia antidroga. Barcelona: Salvat; 1989.
4. Casas M, Gutiérrez M, San L. Avances en drogodependencias. Monografía de toxicomanías. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1995. p. 29-55.
5. Gahuter MD, Kléber H. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. American Psychiatry Press. Barcelona: Masson; 1997.
6. Wurmser L. The hidden dimension: psychodynamics in compulsive drug use. Nueva York: Jaron Aronson; 1978.
7. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. Am J Psychiat. 1985;142:1259-64.
8. Tejero A, Casas M. Trastornos de la personalidad en pacientes adictos a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos de interrelación y repercusiones clínico-asistenciales. Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I). Casas M, coordinador. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1992. p. 123-77.
9. Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML. Trastornos por abuso y dependencia de drogas y psicopatología. Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I). Casas M, coordinador. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1992. p. 19-31.
10. Stone MH. The fate of borderline patients: successful outcome and psychiatric practice. Nueva York: The Guilford Press; 1990.
11. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L.; 2003.
12. Winnicott DW. Realidad y juego. Barcelona: Gedisa; 1972.
13. De las Cuevas Castresana C. *Burnout* en los profesionales de la atención a los drogodependientes. Trastornos Adictivos. 2003;5:107-13.
14. Tizón JL. ¿Profesionales quemados, profesionales desengañados o profesionales con trastornos psicopatológicos? Atención Primaria. 2004;33:326-30.
15. Baranger W, Baranger M. La situación analítica como campo dinámico. Problemas del campo psicoanalítico. Buenos Aires: Kargieçman; 1969.
16. Selvini M, Prata G, Boscoso L, Cecchin G. Paradoja y contra paradoja. Barcelona: Paidós; 1988.
17. Guimon J. El equipo suficientemente bueno. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 1985;5:501-5.