

3

PSICOLOGÍA PREVENTIVA BASADA EN LA EVIDENCIA

Karen Liseth Cabarcas Acosta*

Constanza Londoño Pérez**

La psicología preventiva basada en la evidencia se enmarca en una postura profesional científica en la que es tan importante atender las necesidades de los usuarios como dar garantía de las intervenciones realizadas; interés que ha acompañado a la psicología clínica y de la salud desde hace más de setenta años. Desde los años cuarenta aparece el interés de evaluar los efectos deseables e indeseables provocados por la aplicación de los tratamientos médicos, ya que utilizar intervenciones no efectivas y eficaces podría cobrar vidas o provocar la aparición de efectos iatrogénicos.

Una década después, este interés se traslada al campo de la psicología clínica con la idea de establecer la forma en que la psicoterapia afectaba a los pacientes (Trull y Phares, 2003). Posterior a ello se crea la primera comisión de trabajo que declaró los principios y criterios para evaluar la validez empírica de las intervenciones (Chambless y Hollon, 1998); fruto de este análisis se publica la primera lista, conformada por 12 tratamientos en psicología clínica y de la salud consideradas empíricamente validadas, entre ellas una conductual dirigida a la cesación del consumo de cigarrillo (Compas y Hollon, 1998).

Aún existe la discusión entre la postura de la validez empírica de las terapias y la psicología clínica basada en la evidencia, aunque existe el acuerdo en que se deben desarrollar tecnologías de intervención ecológicamente racionales que conlleven el mejor resultado posible con la utilización más eficiente de los recursos disponibles (Messer, 2016). No obstante, se mantiene el acuerdo sobre los tres criterios básicos universales to-

*Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; docente de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: klcabarcas@ucatolica.edu.co

**Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; docente de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: klcabarcas@ucatolica.edu.co

mados como base para evaluar las intervenciones: la eficacia, la efectividad y la eficiencia. La *eficacia* se refiere a la obtención de resultados positivos en quienes ha sido aplicada, especialmente cuando se ha evaluado en investigaciones que cumplen con rigor; la *efectividad* implica utilidad en la práctica clínica, y la *eficiencia* se relaciona con un balance positivo entre beneficios y costos, de manera tal que haya más de los primeros que de los segundos.

Los criterios formulados hace casi veinte años para clasificar los tratamientos como *tratamientos bien establecidos* y *tratamientos posiblemente eficaces* fueron adoptados por la Asociación Americana de Psicología (APA) y aún se mantienen vigentes con modificaciones mínimas (Chambless y Hollon, 1998).

En general, los tratamientos bien establecidos deben cumplir los siguientes criterios:

- a) Dos diseños experimentales que cuenten con dos grupos y que demuestren la eficacia a través de resultados superiores a un grupo control, o a un grupo experimental con otro tratamiento; resultados equivalentes a los obtenidos por otro tratamiento que ya haya sido considerado como bien establecido (*Gold standard*).
- b) Si no hay dos investigaciones importantes, pueden haber un grupo (mayor a nueve) de investigaciones con diseño experimental de caso único, que deben haber tenido diseño experimental y comparación con otro tratamiento.
- c) Debe haber manuales en los que se describan las acciones que se deben desarrollar.
- d) Caracterización clara, suficiente y específica de las muestras que se utilizaron.
- e) Los efectos de la intervención deben haber sido demostrados por al menos dos equipos de trabajo o investigadores independientes.

Los tratamientos probablemente eficaces deben cumplir con estos criterios:

- a) Dos experimentos que permitan concluir que el tratamiento es superior a los resultados en un grupo control (con significancia estadística); no se requiere de manuales ni de especificación de las características de la muestra.
- b) Solo un diseño experimental, pero que cuente con dos grupos, especificación de las condiciones del grupo, manual y resultados superiores a los de otro tratamiento o placebo, o equivalentes a los de un tratamiento bien establecido.
- c) Si no se cuenta con las condiciones *a* y *b*, se puede tener un grupo de experimentos de caso único (tres mínimos) que cumpla con caracterización de población, manual, diseño experimental y comparación con otras intervenciones o grupos control.

Posteriormente tiene lugar la mirada de validez empírica, en la que se evalúan la base empírica del efecto que tenían los componentes de la terapia, el nivel de competencia y el rol del profesional, el tipo de problemas abordados en poblaciones específicas, las robustez de los instrumentos de evaluación y la rigurosidad de la investigación realizada para generar evidencia experimental acerca de la efectividad de la intervención (Chambless y Hollon, 1998; Moriana y Martínez, 2011). Esta mirada se transforma en una búsqueda de la mejor evidencia posible de las intervenciones.

Se consideran relevantes un grupo de variables para dar garantía de eficacia y efectividad de las intervenciones, entre las que se cuentan: las características socioculturales, demográficas, actitudinales, motivacionales y el sistema de creencias de los usuarios; las condiciones contextuales de aplicación del tratamiento o intervención; y las características de los profesionales que lo aplican, especialmente las relacionadas con la experticia, el juicio clínico y la formación profesional para la toma de decisiones, además de la capacidad para trabajar en doble vía (es decir, hacer la aplicación y tener una mirada crítica y objetiva de la intervención) (Daset y Cracco, 2013).

Cabe notar que aun cuando se cuenta con información acerca de los tratamientos empíricamente validados y basados en evidencia, no ha sido fácil incorporarlos a la práctica profesional cotidiana, debido a varias razones:

- a) Algunos profesionales consideran que esta es una propuesta aplicable solo a intervenciones derivadas de enfoques provenientes de una epistemología positivista y analítica.
- b) Los sistemas sanitarios apenas empiezan a dar estatus al fundamento científico de las intervenciones, y en la práctica libre queda a discreción del profesional la decisión sobre el tipo de intervenciones por implementar.
- c) La oportunidad de actualización y cualificación es reducida y gran parte de los profesionales no reciben entrenamiento avanzado para la aplicación de las intervenciones.
- d) Las condiciones de implementación de las propuestas son limitadas por los esquemas de atención definidos por el sistema sanitario en términos de tiempo, costos, procedimientos diagnósticos y nivel de acceso.
- e) Existe una brecha entre la producción científica desarrollada en las instituciones de educación superior y la práctica profesional desarrollada cotidianamente.
- f) En algunos países apenas se ha considerado como tema importante el respeto de los derechos de los usuarios (personas y comunidades) y su participación autónoma e informada en la decisión acerca del tipo de intervención por instrumentar para dar respuesta a su problemática.

- g) Los recursos económicos asignados al sistema sanitario son insuficientes para el desarrollo de investigación específica que oriente el diseño de guías, protocolos y manuales, y que garantice su difusión (Daset y Cracco, 2013).

La razón principal para promover la adopción de intervenciones con soporte empírico y basadas en la evidencia es que la elección del mejor tratamiento disponible con el menor costo conductual y económico redundan directamente en el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios de los servicios, e indirectamente en la optimización de los recursos sanitarios disponibles (Grol y Grimshaw, 2003) y en la garantía de los derechos de los usuarios.

Se ha identificado un grupo de barreras para que los profesionales se adhieran a la implementación única de intervenciones basadas en la evidencia, o por lo menos las consideren como de primera elección cuando toman decisiones al respecto. Unas de ellas son de orden técnico y otras de orden personal. Entre las primeras se cuentan:

- a) El nivel de competencia requerido y la imposibilidad de realizar cursos o programas de entrenamiento continuamente, debido a los horarios de trabajo, el costo de programas de actualización y la falta de oferta de programas de entrenamiento específico.
- b) La dificultad en la validación cultural de las intervenciones (Kaper *et al.*, 2015).
- c) No se cuenta con la colaboración administrativa del sistema sanitario.
- d) No se ha incorporado del todo esta mirada en los sistemas de salud, en la mayoría de países.

Entre las razones de orden personal se encuentran:

- a) Los profesionales tienen una mentalidad individual que privilegia la confianza en la propia experiencia por encima de la reflexión crítica de su ejercicio profesional (Daset y Cracco, 2013; Kaper *et al.*, 2015).
- b) El desconocimiento de las bases teóricas de la psicología basada en la evidencia.
- c) La falta de formación en investigación que facilite la búsqueda y comprensión de estudios relacionados con el soporte de sus decisiones en la elección de las intervenciones.

De acuerdo con la propuesta realizada, la metodología basada en la evidencia requiere la demostración de la efectividad y eficiencia de las intervenciones. Esto se traduce en que las propuestas deben cumplir con ciertas condiciones, a saber:

- a) Partir de la revisión de la teoría y de los resultados de otras investigaciones científicas que haya sobre el tema.

- b) Llevar a cabo investigaciones dirigidas a la comprobación experimental o cuasiexperimental de la intervención con grupos controles, asignación azarosa (en lo posible) o aleatoria, con posibilidad de comparación de resultados (pre-post) y tamaño de muestra representativos.
- c) Garantizar la comparabilidad de los estudios que faciliten su replicación en distintos momentos y que sea realizada por investigadores independientes (Clarkin, 1998).
- d) Realizar la evaluación de los componentes que integran la intervención, ya sea en estudios de adición o extracción de componentes para determinar su aporte en los resultados obtenidos en la modificación del problema (Compas *et al.*, 1998).
- e) Facilitar la difusión y el entrenamiento en el manejo de guías, protocolos y manuales.
- f) Garantizar el desarrollo y uso de instrumentos de medida robustos (Londoño y Vinaccia, 2005).

En suma, las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia son aquellas acciones que favorecen la efectividad tanto de la evaluación como del diagnóstico, la prevención, el tratamiento, la intervención y el asesoramiento desde la psicología, a todo tipo de usuarios y ambientes de aplicación. Estas acciones deben estar basadas en el uso de principios, teorías y técnicas que cuenten con el suficiente acervo de evidencias empíricas y que permitan mejorar los servicios ofrecidos en salud pública y otros ambientes (Moriani y Martínez, 2011).

Entonces, la mejor intervención psicológica en el campo de la salud es aquella cuyos procedimientos de evaluación, diagnóstico e intervención han sido probados a través de diseños experimentales y que cuentan con evidencia científica que garantiza eficacia, efectividad y eficiencia.

Características de los programas de prevención efectivos o de alto impacto

Plantear un programa de prevención de alta calidad y cobertura debe tener en cuenta e implementar actividades de diagnóstico con los diferentes actores sociales inmersos en la problemática de los sectores: salud, educación, gubernamental-administrativo, religioso, entidades privadas y comunidad en general, teniendo en cuenta su ubicación geográfica y sus características poblacionales, si se trata del sector urbano o rural; esto con el fin de identificar las problemáticas en términos de sucesos históricos, actores, ubicación y necesidad real, para con base en esta información cualitativa

y cuantitativa generar las estrategias de intervención que contribuyan a potenciar factores protectivos, disminuir factores de riesgo en comunidades en alto riesgo y mitigar el impacto en los sectores social, económico, administrativo, relacional, comunitario, entre otros. Para el caso de la presente investigación, sería la prevención del consumo de sustancias como fenómeno importante por trabajar en el municipio de Sibaté, como parte del proyecto “Pactos por la Vida: saber beber/saber vivir/consumo seguro”, por un consumo seguro y promover la convivencia en el municipio.

Es indispensable hacer una revisión de programas exitosos de prevención, porque permite conocer los sectores que han tenido en cuenta y las estrategias de intervención exitosas propuestas que han identificado factores protectores y resilientes individuales, familiares y ambientales, muchos de los cuales funcionan independiente del riesgo de consumo. De esta manera, se pueden proponer ajustes y nuevas acciones que permitan hacer una prevención efectiva para reducir el consumo y, a la vez, evitar que nuevos casos se presenten.

Los programas revisados dan principalmente respuesta a los factores geográficos, políticos, escolares, sociales, del sistema, individuales, culturales y ambientales, mediante el uso de estrategias como estas: prevención primaria, promoción de la salud, alianzas intermunicipales, prevención secundaria según tipo de sustancia y características poblacionales rurales o urbanas, procesos educativos con padres, maestros y agentes sociales sobre problemas y posibles soluciones, capacitación a profesionales de la salud y de educación encarados de la puesta en marcha de la intervención, fortalecimiento al sistema de detección y atención a casos, control al tráfico y expendio de sustancia lícitas e ilícitas, definición de políticas que atienden jóvenes y corresponsabilidades, declaraciones públicas, estrategias comunitarias de prevención, recuperación/resignificación de espacios de consumo, actividades culturales y deportivas, entre otras (Alonso *et al.*, 2008; Babor y Higgins-Biddle, 2001; Centros de Integración Juvenil, 2008; Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas, 2009; Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España, 2010; Fernández y Soto, 2007; Ireland, Lister-Shap, Lowe y Bree, 2008; Gual, 2002; Jiménez-Iglesias, Moreno, Oliva y Ramos, 2012; Junta de Castilla y León, 2012; Ministerio de Salud de Chile, 2005; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010; Zarco *et al.*, 2007).

Estos programas han planteado diferentes acciones para hacer una intervención oportuna y eficaz, que pueden ser organizadas en 14 aspectos principales, algunos de ellos transversales en el proceso de instauración de programas de prevención. El primero de los aspectos se ha planteado alrededor de la prevención primaria y la promoción de la salud, con acciones de trabajo como:

- a) Con grupos de jóvenes líderes de la comunidad, círculos de prevención y temas como: mitos y creencias acerca del consumo, razones para no consumir, música y consumo, factores de riesgo, factores protectores (pautas positivas de comportamiento), análisis de beneficios sociales de las acciones de prevención, no consumo como una opción o elección.
- b) En expresión mural acerca de las experiencias negativas que se han vivido debido al consumo propio y ajeno, donde se aborda: identificación de líderes juveniles (se les capacita en factores asociados al consumo, opciones preventivas, actitudes para la resistencia; reinterpretación del consumo y de los imaginarios colectivos acerca del consumo de sustancias psicoactivas); realización de actividades culturales y deportivas lideradas por jóvenes, en las que se promocióne la importancia de la prevención del consumo; grupo de jóvenes guardianes y cuidadores de los menores.
- c) Entrenamiento en habilidades para la vida, que involucre competencia social, modificación de creencias, autocontrol emocional (ira), autorregulación basada en valores y principios, balances decisionales; entrenamiento en retraso de inicio de consumo, solución de conflictos, afrontamiento crítico, toma de decisiones; entrenamiento en habilidades para la resistencia y el procesamiento crítico de la información promotora del consumo: ¿quién dice que las drogas son buenas?, ¿por qué lo dice?, ¿qué gana?, ¿qué pierde?
- d) Creación de redes interescolares para la prevención primaria de niños en edad escolar; prevención primaria con grupos de riesgo con consumo inicial, entrenamiento a psicoorientadoras, maestros y agentes sociales en detección y manejo oportuno de casos y de ruta de remisión; conformación de organizaciones con padres que se agrupen en comisiones preventivas.
- e) Promoción de la salud, donde se trabaje con jóvenes y demás agentes sociales autorregulación emocional, entrenamiento en habilidades para la vida, solución de problemas, entrenamiento para rehusar a niños y preadolescentes, escuela saludable, valores e incremento de conducta prosocial.

El segundo de los aspectos por abordar es el de prevención secundaria según tipo de sustancia y características particulares de grupos poblacionales; acá se tienen en cuenta acciones como las siguientes:

- a) Identificar de manera oportuna casos de riesgo, revisar el sistema de remisión y difundir la ruta crítica de atención e identificación de la trayectoria de atención para los casos según sus características, al igual que desarrollo de guías para la atención en los cinco niveles de atención.

- b) Entrenar a psicoorientadoras, maestros y agentes sociales en detección y manejo oportuno de casos y manejo de la ruta de remisión; aplicación de protocolos de reducción de consumo de alcohol, además de realizar debates escolares acerca de los beneficios del consumo y análisis de beneficios sociales de las acciones de prevención; incluir capacitación en tamizaje oportuno, percepción de riesgo/vulnerabilidad, intención, motivación de consumo, disponibilidad para el cambio, balance decisional, estrategias de entrevista motivacional, con el fin de cualificar el personal encargado de la puesta en marcha de los programas.
- c) Aplicación de protocolos dirigidos a la cesación de consumo de cigarrillo y protocolos de abandono de consumo de sustancias ilícitas, en los que se capacite al personal responsable de llevar a cabo la intervención en prevención secundaria breve centrada en factores de riesgo y de protección y prevención en escalada de consumo.

El tercer aspecto resalta la importancia de educar a padres, maestros, tenderos y agentes sociales sobre el problema y las soluciones, para lo cual es necesario:

- a) Elaboración de material psicoeducativo, en el que se incorpore el tema preventivo en la escuela de padres en comunicación familiar, pautas de crianza y modelos en actitudes para la resistencia y presión de grupo, entrenamiento en el manejo del problema bajo el modelo de aprendizaje social y análisis de los beneficios sociales de las acciones de prevención.
- b) Implementación de volantes, folletos, fichas y guías con información sobre cómo rehusar, controlar y abandonar, y con ejemplos de situaciones y estrategias de resistencia que se distribuyan en el interior de las escuelas, en la comunidad y en escenarios públicos de alta afluencia.
- c) Hacer apertura de grupos de discusión con agentes políticos.
- d) Involucrar a los medios de comunicación con los que se cuente en el ámbito local, dirigido a diversos grupos de edad para el desarrollo de temas en torno al consumo de drogas.
- e) Uso de métodos interactivos para disminuir actitud positiva hacia el consumo; uso de redes sociales.

El cuarto aspecto está dirigido al control del tráfico y expendio de sustancias ilícitas y lícitas, para lo cual se ha llevado a cabo:

- a) Control de venta de inhalantes.
- b) Sensibilización y educación a tenderos acerca del problema y su aporte en la solución, para expendio responsable de bebidas alcohólicas y cigarrillo.
- c) Capacitación a agentes sociales.

- d) Desarrollo de estrategias de educación a Policía en prevención comunitaria.
- e) Aplicación del toque de queda a menores y control en los cierres de jornada escolar.
- f) Retoma y demarcación de lugares para desinstalar la idea de consumo natural, por medio de la resignificación de espacios.
- g) Campaña de rescate de credibilidad de la policía y los agentes de control.
- h) El manejo de la figura del adulto como modelo de prevención y de las autoridades como modelos de autorregulación.
- i) Desarrollo de material educativo sobre las leyes vigentes para el control, el porte y la venta de sustancias ilícitas.

Como quinto aspecto, la definición de políticas para la integración de los sectores políticos que atienden juventud e instauración de corresponsabilidad, para lo que es necesario:

- a) Creación de grupos de discusión y alineación de las políticas que se hayan generado para prevención y atención a jóvenes.
- b) Pactos locales de lucha contra las drogas, para lo cual se cuenta con talento humano altamente capacitado para liderar los procesos.
- c) Firma de acuerdos democráticos y pactos locales en los que se integren los valores y las prácticas culturales positivas característicos del grupo poblacional de interés, con el fin de formar culturas preventivas y culturas saludables

Y como sexto aspecto, estrategias comunitarias de prevención, en las que se tienen en cuenta:

- a) Creación y mantenimiento de espacios comunitarios de discusión sobre el problema de consumo y prácticas de aceptación de consumo, rescate de las prácticas sociales libres de consumo, alianzas comunidad-escuela.
- b) Expresión mural acerca de las experiencias negativas que se han vivido debido al consumo propio y ajeno.
- c) Creación de equipos de acción vecinal dirigidos a capacitar a la policía, los líderes comunitarios que realizan actividades y los jóvenes.
- d) Análisis de obstáculos en la implementación y definiciones para la priorización de necesidades comunitarias.

Finalmente, a la luz de estos criterios y de la reflexión presentada en este capítulo, posteriormente se analizará la experiencia Pactos por la Vida para definir si es posible considerarla como una intervención basada en la evidencia.

Referencias

- Alonso, M., Santiago, E., Frederickson, K., Guzmán, F. y López, R. (2008). Efecto de una intervención para prevenir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de Monterrey. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(1), 79-92.
- Babor, T. y Higgins-Biddle, J. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Manual para la utilización de Atención primaria*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf
- Centros de Integración Juvenil (2008). *Prevención selectiva. Catálogo de proyectos piloto*. Recuperado de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/PrevencionR/htm/proyfasepiloteo/prevenciondelconsumo/Pdf/CatalogoDeProyectosPiloto.pdf>
- Chambless, D. y Hollon, S. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Clarkin, J. (1998). Intervention research: development and manualization. En A. S. Bellak y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 189-200). Baltimore: Pergamon.
- Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas (2009). *Los usos de drogas y su abordaje en la educación. Orientaciones para la promoción de salud y prevención*. Montevideo: Uruguay. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/2009_manual_secundaria.pdf
- Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica, ciencia y práctica*. Ciudad de México: MCGraw-Hill
- Compas, B., Haaga, D., Keefe, F., Leinterberg, H. y Williams, D. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology smoking, chronic pain, cancer and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 89-112.
- Daset, L. y Cracco, C. (2013). Psicología basada en la evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2).
- Fernández, R. y Soto, M. (2007). *¡Ordago! Afrontar el desafío de las drogas*. Bilbao: Edex.
- Grol, R. y Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362,1225e30.
- Gual, A. (2002). Monografía alcohol. *Adicciones*, 14.
- Ireland, D., Lister-Shap, D.J., Lowe, G. y Bree, R. (2008). Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes. Recuperado de <http://fare.es/uploads/pdfs/6d19433b0de258d3399a764ebaa80d89.pdf>
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (2010). *Guía de buenas prácticas*. Valencia: FARE.
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A. y Ramos, A. (2012). Evaluación de la implementación de dos programas de prevención de drogodependencias en el sistema educativo andaluz: Dino y Prevenir para Vivir. *Revista de Educación*, 358, 334-356.

- Junta de Castilla y León (2012). Modelo de formación del profesorado para la aplicación de los programas “Discover” y “Construyendo Salud”. Recuperado de <http://www.educa.jcyl.es/es/programas/programas-prevencion-escolar-consumo-drogas>
- Kaper, N., Swennen, M., van Wijk, A., Kalkman, N. van Rheenen, N., van der Graaf, Y. y van der Heijden, G. (2015). The “evidence-based practice inventory”: reliability and validity was demonstrated for a novel instrument to identify barriers and facilitators for Evidence Based Practice in health care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(11), 1261-1269.
- Londoño, C. y Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 2, 241-249
- Messer, S.B. (2016). Evidence-Based Practice. En *Encyclopedia of Mental Health* (2.ª ed., pp. 161-169). Nueva York: Elsevier.
- Ministerio de Salud de Chile (2005). *Guía clínica: detección y tratamiento del consumo problemático y la dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria*. Santiago de Chile: Autor.
- Moriana, J. y Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2) 81-100.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). Estrategia Mundial para Reducir el Consumo de Alcohol. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). La política de drogas y el bien público. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/La%20politica%20de%20drogas%20y%20el%20bien%20publico.pdf
- Prochaska, J. O. y Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7.ª ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. y DiClemente, C. C. (1995). *Changing for good*. Nueva York: Avon.
- Trull, T. y Phares, J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Ciudad de México: Paraninfo.
- Zarco, J., Caudevilla, F., López, A., Álvarez, J. y Martínez, S. (2007). *Actuar es posible: el papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.