

Alcoholismo y otras drogodependencias

Fecha de la última revisión: **10/09/2014**

Índice de contenidos

1. [Introducción](#)
2. [Alcoholismo](#)
3. [Problemas relacionados con el consumo de otras sustancias](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

Introducción

El abuso/dependencia de sustancias psicoactivas constituye uno de los diagnósticos cuya frecuencia más ha aumentado en las dos últimas décadas, con la subsiguiente repercusión en las consultas de atención primaria. En primer lugar es importante definir abuso o consumo perjudicial de sustancias, en el que existe un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro sociolaboral y consecuencias dañinas en el aspecto físico.

Por otra parte, la dependencia de sustancia, se define, atendiendo a los criterios del DSM-V (Flórez T, 2013), como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Una necesidad de cantidades marcadamente cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

En la práctica clínica habitual suelen predominar los consumidores de múltiples sustancias, que suelen solicitar tratamiento para la desintoxicación de una única sustancia (generalmente alcohol). El alcohol y el tabaco son las sustancias más extendidas en España. Existe, sin embargo un aumento de consumo de psicoestimulantes y alucinógenos, con un ligero descenso en los últimos años del consumo de opiáceos. Las recaídas esporádicas son frecuentes a lo largo del tratamiento y debe evitarse el error de considerarlas como un fracaso, sino como un elemento del curso evolutivo.

Atendiendo al efecto de las diferentes drogas sobre su organismo (Valbuena Briones A, 1993), podremos dividir las diferentes sustancias en:

- Depresores del sistema nervioso central: alcohol, opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc.), barbitúricos, cannabis (marihuana, hachís, etc.).
- Estimulantes del sistema nervioso central: cocaína, anfetaminas, éxtasis.
- Alucinógenos: LSD, mezcalina, ácidos.
- Volátiles: disolventes, colas, bencina.

El médico de atención primaria debe estar familiarizado con la terminología que utiliza el drogodependiente, en la que se emplean otros nombres para denominar algunas drogas:

- Para opiáceos: heroína, caballo, horse, white lady, power, sugar, papelina, línea, chute, joy.
- Para cocaína: coca, nieve, perica, pasta, basuko.
- Para cannabis: hachís, marihuana, chocolate, grifa, kif, costo, goma, mierda, tate.
- Para anfetaminas: anfetás, bennies, speed.
- Para barbitúricos: barbs, caramelos, goofballs, peanuts.

Alcoholismo

Es una función primordial de los equipos de atención primaria el intervenir sobre los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, constituyendo el primer nivel asistencial de nuestro sistema sanitario. Asimismo, el conocimiento de los hábitos y los estilos de cada persona propicia la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud dirigidas a la población atendida.

Se ha definido como consumo excesivo aquella cantidad de alcohol que pueda comportar un riesgo para la salud. Las evidencias epidemiológicas (Córdoba R, 2012; INE, 2012; Bobes García JB, 2002; Rubio Valladolid G, 2002) sitúan el límite de riesgo en cifras equivalentes a 30-40 g/día para los varones y en 20-30 g/día para las mujeres. En relación con los datos epidemiológicos, alrededor del 10% de la población padece algún tipo de trastorno relacionado con el alcohol. Un 5,3% de la

población general adulta y un 12,3% de los estudiantes de 14-18 años presentan un consumo de riesgo. La prevalencia del alcoholismo equivaldría al doble de la del abuso de todas las otras drogas juntas. El consumo excesivo de alcohol puede exacerbar o causar hasta 60 enfermedades diversas y además constituye un factor determinante de incidentes de violencia familiar y de género. Es importante destacar que la tercera parte de los conductores fallecidos por accidentes de tráfico tienen una tasa superior en sangre a 0.3 g/l. El alcoholismo cursa con periodos de remisión y de recaídas. Su edad de inicio suele situarse entre los 18-25 años.

Según la encuesta nacional de salud 2011-2012 (INE, 2012) el 38,3% de los adultos consume habitualmente bebidas alcohólicas, el doble de hombres (52,3%) que de mujeres (24,9%). En hombres de 15 a 34 años uno de cada 10 se expone mensualmente a los riesgos de consumo intensivo y casi uno de cada 20 lo hacen semanalmente.

Se estima que entre los pacientes que acuden al médico de atención primaria un 4-29% de pacientes son bebedores de riesgo y entre un 2-9% de pacientes con dependencia a alcohol.

La efectividad y el coste efectividad de las intervenciones (Córdoba R, 2012; INE, 2012) sobre el consumo de riesgo de alcohol concluyen que las intervenciones breves son efectivas, tanto para varones como para mujeres, en reducir el consumo de alcohol a los 6-12 meses, incluso en periodos superiores, encontrándose una disminución semanal de consumo de aproximadamente 100 g. El grupo de expertos de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPS recomiendan como mínimo intervenciones breves, que han demostrado su efectividad en disminuir el consumo de alcohol. En relación con la cuantificación del consumo de alcohol se puede hacer por unidades de bebida estándar, que equivalen a 10 g de etanol, pero conviene tener en cuenta el patrón de consumo (regular/ocasional) para poder efectuar un cálculo semanal del consumo de alcohol:

1. Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol mediante encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia, como mínimo cada dos años, en toda persona de más de 14 años.
2. El cálculo de alcohol consumido puede hacerse más fácilmente empleando la cuantificación en unidades.
3. Debe considerarse consumo de riesgo e intervenir cuando la ingesta semanal sea de 280 g (28 U) en el varón ó 170 g (17 U) en la mujer. Se considera deseable reducir el consumo por debajo de 170 g en el varón y de 100 g en la mujer.
4. También debe considerarse peligroso 60 g (6 U) en varones o 40 g (4 U) en mujeres en 24 horas.
5. Los pacientes clasificados como bebedores de riesgo deberán someterse a un cuestionario de dependencia (AUDIT).

El alcohol es una droga psicotropa del sistema nervioso central cuyo consumo repetido produce tolerancia y dependencia. En el tratamiento del alcoholismo es importante el manejo del síndrome de abstinencia y el empleo de técnicas que faciliten y promuevan la abstinencia. Destacar que el programa general en el tratamiento sigue una serie de fases (Bobes García JB, 2002; Rubio Valladolid G, 2002):

1. **Toma de contacto:** en ella el paciente y la familia son preparados para que acepten el diagnóstico y el tratamiento. En esta fase ya se puede desintoxicar y tratar las complicaciones.
2. **Fase de estabilización:** incluye la desintoxicación si no se había realizado anteriormente y el comienzo de la deshabituación.
3. Una última fase sería la del **paciente deshabituado**, en la que son necesarias revisiones periódicas, sobre todo con intervenciones psicológicas. En este periodo resultaría beneficioso que el paciente se integrase en asociaciones antialcohólicas, como ayuda para mantener la abstinencia y evitar recaídas.

La identificación del consumidor en etapas precoces disminuye el riesgo de daño orgánico, posibilitando que las modificaciones conductuales sean más fáciles de alcanzar y mantener. Las dos pruebas de cribaje (Ewing JA, 1984) que puede utilizar el médico de atención primaria para detectar el alcoholismo son el Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) y el cuestionario CAGE (tabla 1). El MAST es un cuestionario compuesto por 25 preguntas con una sensibilidad del 90%. El CAGE es un cuestionario compuesto por cuatro preguntas. En este último una puntuación de 2 ó 3 indica un alto índice de sospecha de dependencia de alcohol, mientras que una puntuación de 4 es casi patognomónica de dependencia alcohólica. Se recomienda que las preguntas se presenten “camufladas” en el contexto de una entrevista más amplia.

Tabla 1. Test “CAGE” para el diagnóstico de alcoholismo.
Alguna vez usted:
• ¿Ha pensado que debería reducir su consumo de alcohol? • ¿Se ha enfadado porque la gente ha criticado su consumo de alcohol? • ¿Se ha sentido culpable o mal por haber bebido? • ¿Se ha tomado una copa por la mañana al despertarse para aliviar la resaca o la tensión?

En la identificación de los bebedores excesivos hay que emplear también marcadores biológicos (APA Work Group on Substance Use Disorders, 2006), entre los que destacan por su sensibilidad y accesibilidad la elevación de las transaminasas y la elevación del VCM; la elevación del VCM es el hallazgo hematológico que con más frecuencia se encuentra en pacientes con problemas relacionados con el alcohol. Requiere consumo superiores a 60 g por día durante periodos prolongados y de forma regular. La elevación de la GGT es el parámetro más utilizado hoy en día. Los niveles elevados de GGT responden a cualquier consumo sostenido, más que a consumos episódicos, ya que se normaliza a las seis semanas de abstinencia, lo que permite hacer un seguimiento de la misma, pudiendo estar alterado en otras hepatopatías, pancreatitis o tras ingesta de fármacos. Desde los años 90 se utiliza como nuevo marcador (Allen JP, 1999) la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT), ya que es un indicador más sensible, pero para que aparezca alterada son necesarios consumos superiores a 60 g etanol/día durante al menos dos semanas. Se considera que su combinación con una elevación de la GGT podría tener un valor predictivo cercano al 100%. También podría utilizarse para monitorizar la abstinencia y detectar recaídas.

Finalmente, la medición de alcohol a través del aire espirado es la forma más sencilla de medir la concentración de alcohol en sangre y puede ser muy útil para monitorizar la abstinencia continuada durante la deshabituación.

Tratamiento

Respecto al tratamiento y la atención que puede prestar el médico de atención primaria en el alcoholismo, consideramos que puede atender casos leves-moderados en sus diferentes manifestaciones: intoxicación alcohólica aguda, desintoxicación y posterior deshabituación.

1. Intoxicación aguda:

En general, no suele precisar de cuidados médicos ni de medicación (INE, 2012; APA Work Group on Substance Use Disorders, 2006; Blondell RD, 2005), porque la buena metabolización del alcohol no exige mayores atenciones. En ocasiones, con dejar que el paciente duerma es suficiente, pero en otras es necesario un abordaje más intenso, sobre todo cuando existe un estrechamiento del nivel de conciencia, con agitación psicomotriz, incoherencia y conductas auto y heteroagresivas. Señalar que este cuadro puede llegar a ser mortal, sobre todo cuando va asociada a la intoxicación por medicamentos depresores del sistema nervioso central (tranquilizantes, opiáceos). Señalar que el tratamiento de la intoxicación aguda en un paciente que tiene un abuso/dependencia de alcohol debe contemplar entre sus objetivos prevenir el desarrollo de un síndrome de abstinencia alcohólica y facilitar el primer paso a la deshabituación.

Cuando el paciente requiere sedación se recomiendan el empleo de neurolépticos vía intramuscular (**haloperidol** 5 mg ó **levomepromazina** 25 mg) que se asociarán a medidas de control y soporte, siendo en muchas ocasiones precisa la contención mecánica. Las dosis recomendadas anteriormente se pueden repetir a los 30 minutos si el paciente continua agitado.

Ante un paciente comatoso debe plantearse el diagnóstico toxicológico (las alcoholemias superiores a 4 g en adultos ó 3 g en niños pueden ser mortales) y descartar la intoxicación por más de una sustancia. Hay que descartar patología neurológica e investigar posibles traumatismos, vigilar la hipoglucemia, la posibilidad de depresión respiratoria o aspiración, la hipotensión, hipotermia, acidosis e hiperpotasemia. Como norma, nunca deberíamos dar el alta a un paciente mientras persistan síntomas de intoxicación.

2. Desintoxicación:

El objetivo fundamental es el evitar o paliar la sintomatología de abstinencia (Blondell RD, 2005; Monte Secades R, 2011; Glatt MM, 1966; Williams SH, 2005; Amato L, 2011) para lo que hemos de tener en cuenta la historia de consumo del paciente. La abstinencia alcohólica empieza tras unas horas después de la interrupción o la reducción del consumo alcohólico intenso y prolongado. Se instaura progresivamente un temblor grosero, de frecuencia rápida, que empeora con la actividad motora o el estrés, cuando el paciente extiende las manos o saca la lengua. Otros signos y síntomas frecuentes son la presencia de sudoración, taquicardia, hipertensión, irritabilidad, náuseas, cefalea e insomnio. Los síntomas máximos ocurren entre las 24 y 48 horas después del último consumo de alcohol, y casi siempre desaparecen a los 7 días, incluso sin tratamiento, aunque pueden persistir alteraciones del humor y la presencia de insomnio.

Si no se actúa sobre el cuadro, sobre todo si existen antecedentes de dependencia de larga evolución y coexisten problemas médicos graves, puede aparecer el delirium tremens (Kaim SC, 1972) en el que existe una marcada hiperactividad autónoma asociada a fenómenos alucinatorios vívidos (insectos o animales pequeños), junto con terror y agitación intensa. La presencia de fiebre y de convulsiones es frecuente en este cuadro. El delirium tremens es una urgencia médica que precisa derivación y tratamiento urgente.

En el tratamiento del síndrome de abstinencia es preciso la intervención precoz con fármacos sustitutivos, que presentan tolerancia cruzada con el alcohol (Glatt MM, 1966; Williams SH, 2005; Amato L, 2011). La dosis empleada dependerá de la sintomatología de abstinencia que el paciente presenta (tabla 2).

Tabla 2. Valoración del síndrome de abstinencia alcohólica. (San Molina L, 1986)				
	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Psicomotricidad	Normal	Inquietud leve	Inquietud moderada	Agitación
Ansiedad	Leve	Moderada	Intensa	Muy intensa
Temblor	Distal intermitente	Distal permanente	Comisuras labiales y lengua	Generalizado
Sudoración	Leve	Nocturna	Nocturna y diurna	Gran diaforesis
Taquicardia	Leve	Moderada	Intensa	Muy intensa
Nivel de conciencia	Conservado	Disminución discreta	Disminución permanente	Disminución notoria y permanente
Orientación personal y ambiental	Conservada	Desorientación moderada	Desorientación total	Desorientación constante y permanente
Trastornos de la percepción	Ausentes	Seudoalucinaciones nocturnas	Alucinaciones nocturnas y diurnas	Alucinaciones constantes y falsos reconocimientos
Trastorno del sueño	Normal	Insomnio leve	Sueño intermitente	Insomnio total
Delirio ocupacional	No	No	No	Si

La desintoxicación debería realizarse en régimen de hospitalización cuando existan enfermedades comórbidas que requieran hospitalización, situaciones biológicas de riesgo, síntomas de descompensación somática, patología psiquiátrica comórbida, riesgo de suicidio, episodios de grave abstinencia de alcohol, fracasos terapéuticos previos o ausencia de un mínimo apoyo social.

El médico de atención primaria podrá atender casos leves o moderados con las siguientes pautas farmacológicas (tabla 3):

Aporte vitamínico 100-200 mg diarios de **tiamina** parenteral (mantenerlo 1-3 días), 1 mg diario de **ácido fólico** junto a una nutrición adecuada, con ingesta abundante de líquidos. Se ha demostrado la eficacia en la prevención de encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, pero su uso no influye en los síntomas de abstinencia alcohólica ni en el desarrollo de crisis comiciales o delirium. Puede asociarse también magnesio (250-500 mg vo/6h durante 48 horas) en aquellos pacientes con hipomagnesemia (vértigo, ataxia, temblor, corea y arritmias cardíacas).

Posibles fármacos sustitutivos (pautas en dosis decrecientes en periodos de 5-14 días):

- Tiaprizal: no sobrepasar 8 comp. al día y su uso debería limitarse a 7 días. A diferencia de otros neurolépticos no disminuye el umbral convulsivo. Fármaco desaconsejado, al igual que otros neurolépticos, en enfermos de Parkinson (Gartenmaier A, 2005).
- Clometiazol**: no sobrepasar 20 caps. al día ni su uso en pautas superiores a diez días. Presenta tolerancia cruzada con el alcohol. Precaución en personas con insuficiencia hepática o personas con edad avanzada. El efecto secundario más frecuente asociado a su uso es la depresión respiratoria y favorece el aumento de secreciones pulmonares y la aparición de infecciones respiratorias, sobre todo en pacientes intubados. No existen datos en relación con su eficacia en la prevención de crisis comiciales.
- Benzodiacepinas: preferiblemente de vida media larga: **diazepam** (10-30 mg/día vía oral con reducción progresiva en 10 días) o **clordiazepóxido**. Han demostrado su eficacia en la prevención de crisis epilépticas y en evitar la progresión a delirium tremens. Si existe insuficiencia hepática se recomienda oxazepam y **lorazepam**.
- Anticonvulsivantes: posible efecto antikindling (Gartenmaier A, 2005; Rustembegovic A, 2002). No existe evidencia suficiente de eficacia. Se podrían indicar si abuso previo de clometiazol y benzodiacepinas.

La desintoxicación se realiza en un período comprendido entre 7 y 20 días. Las dosis se ajustan según la sintomatología de abstinencia dividiéndolas en tres o cuatro

tomas con reducción progresiva.

Tabla 3. Pautas de desintoxicación para cuadros leves.			
	Clometiazol Cápsulas de 192 mg	Diazepam 10 mg	Tiaprizal Comprimidos 100 mg
Día 1	2-2-3	2-2-2	2-2-2
Día 2	2-2-2	2-1-2	2-1-2
Día 3	2-1-2	1-1-2	1-1-2
Día 4	1-1-2	1-1-1	1-1-1
Día 5	1-0-2	1-0-1	1-0-1
Día 6	1-0-1	½-0-1	1-0-1
Día 7	0-0-1	½-0-½	1-0-1
Día 8	-	0-0-½	0-0-1
Día 9	-	0-0-½	0-0-1

Recientemente se han publicado los beneficios del **baclofeno** (Liu J, 2011) en el control rápido y eficaz de los síntomas de abstinencia de alcohol. La Revisión Cochrane (Amato L, 2011) recoge que los estudios al respecto no están bien diseñados indicando que la evidencia de recomendar el baclofeno actualmente es insuficiente. También los neurolépticos pueden contribuir a controlar los síntomas de abstinencia, pero con el riesgo asociado del descenso que provocan en el umbral epileptógeno.

En ocasiones y asociado a benzodiacepinas, se podría utilizar (Amato L, 2011) b-bloqueantes (**atenolol** 50-100 mg/día) si existe una hiperactividad simpática.

La **carbamazepina**, (600-800 mg) durante 7-12 días, propofol, **clonidina**, barbitúricos son fármacos de segundo nivel que no se deben utilizar en atención primaria.

En relación con el tratamiento de las crisis comiciales (10-25% de los pacientes alcohólicos con abstinencia) la **fenitoína** se puede utilizar como parte del tratamiento general en pacientes con epilepsia no relacionada con alcoholismo, en pacientes con factores epileptógenos (lesiones focales cerebrales, antecedentes de meningitis o encefalitis o traumatismo craneoencefálico, status epiléptico relacionado con alcohol). No se recomienda el tratamiento profiláctico de crisis relacionadas con el alcohol con fenitoína a largo plazo.

Un grupo de edad especialmente sensible son los ancianos, ya que presentan un curso clínico más severo y con más tendencia de complicaciones. En este grupo las dosis de benzodiacepinas de vida media larga deben utilizarse con mucha cautela para evitar sedación excesiva y deterioro cognitivo y funcional, por lo que se suele reservar a síntomas de abstinencia graves o en pacientes con antecedentes de crisis comiciales en relación con episodios de abstinencia previos. Posiblemente lorazepam u oxazepam son preferibles en estos pacientes, ya que no precisan oxidación hepática (estas dos benzodiacepinas serían también de elección en aquellos pacientes que tienen una enfermedad hepática asociada), ya que tienen menor riesgo de sobredosificación en caso de acumulación de dosis.

3. Deshabitución:

Una vez realizado el diagnóstico y tratamiento de los síndromes de intoxicación y abstinencia, se debe adecuar el tratamiento en función de las características y necesidades del paciente. En la deshabitución alcohólica siempre debe existir un apoyo psicológico al paciente, que puede ser a nivel individual y/o a nivel grupal. El seguimiento del paciente ha de ser largo, no menor de cinco años. Se debe de informar al paciente de que el alcoholismo es una enfermedad en la que son frecuentes las recaídas por motivos variados, entre los que se incluyen estresantes biopsicosociales, clínica afectiva y descompensaciones caracteriales.

Como coadyuvantes en el proceso, se puede valorar la introducción de fármacos interdictores (Jørgensen CH, 2011; Blanco Blanco J, 1997; Guardia Serecigni J, 2007; Guardia J, 1996), que son inhibidores de la aldehidodeshidrogenasa. Estas sustancias provocan una intoxicación cuando se toma alcohol, consistente en reacciones tóxicas con rubefacción, picor intenso, náuseas, vómitos, etc. Señalar que con su empleo no se pretende un efecto punitivo ni aversivo, sino simplemente disuasorio de consumo de alcohol, pudiendo evitar un primer consumo que pudiera llevar a una recaída.

El empleo de interdictores ha de realizarse en pacientes con buena motivación, informándoles de los efectos secundarios.

El **disulfiram** es un inhibidor irreversible de la ALDH, por lo que puede haber reacciones ante el consumo etílico incluso siete días después de haber interrumpido la administración del fármaco. La dosis recomendada es de 250 mg/día en monodosis diaria recomendándose su ingesta en presencia de un familiar. Debe tenerse en cuenta que el disulfiram inhibe el metabolismo hepático incrementando el efecto clínico y efectos secundarios de otros fármacos, entre los que hay que destacar la difenilhidantoína, **isoniazida**, **metronidazol** y **perfenazina**. Las contraindicaciones absolutas para su empleo son la presencia de cardiopatía moderada-grave, embarazo, patología pulmonar severa, cirrosis hepática, diabetes mellitus, hipotiroidismo, epilepsia y psicosis agudas. El disulfiram puede prolongar la vida media del diazepam y del clordiazepóxido, por lo que sería conveniente disminuir su dosis.

El disulfiram ha demostrado efecto en relación a mantener la abstinencia a corto plazo y aumentar los días sin recaer en pacientes con dependencia de alcohol (Jørgensen CH, 2011).

La **cianamida** cálcica (Blanco Blanco J, 1997) es un inhibidor reversible que debe administrarse a dosis de 12-25 gotas cada 12 horas en forma de solución oral, no interfiriendo en el metabolismo de la dopamina y por lo tanto puede ser administrada en pacientes psicóticos activos.

Es conveniente entregar al paciente y sus familiares un listado de productos cosméticos, medicamentos líquidos, alimentos o bebidas que puedan contener alcohol y que deben evitar. Se aconseja la firma de un consentimiento informado por parte del paciente y a ser posible, de un familiar responsable.

Hay que tener en cuenta que los fármacos interdictores no disminuyen la apetencia por la bebida, siendo tratamientos “disuasorios”, preventivos de nuevas ingestas. El consumo de estos fármacos ha de ser voluntario, ya que si son impuestos, las tasas de recaída aumentan considerablemente. Es necesaria una implicación activa del medio familiar para el control del tratamiento. La supresión del fármaco interdicator puede realizarse a los doce meses, si el paciente ha mantenido la abstinencia. Sin embargo, algunos pacientes pueden requerir el fármaco por tiempo indefinido para asegurar la sobriedad.

Fármacos anticraving:

El craving es un estado motivacional intenso, que puede ser disparado por estímulos condicionados o por pequeñas cantidades de consumo, donde los pacientes presentan un estado imperioso o necesidad de beber, que puede dar lugar a conductas de búsqueda y consumo de alcohol.

Desde 1995, la FDA ha aprobado el uso de la **naltrexona** (Volpicelli JR, 1992; Volpicelli JR, 1997; Maisel NC, 2013) en el tratamiento de la deshabitación alcohólica al reducir el craving (deseo de consumo). La dosis diaria es un comprimido de 50 mg, siendo los efectos adversos más frecuentes las molestias digestivas y aumento de transaminasas, estando contraindicado su uso en embarazo, lactancia, dependencia activa de opiáceos y hepatopatías moderadas-graves.

El **acamprosato** (Valbuena Briones A, 1993; Maisel NC, 2013), un fármaco con efecto antagonista de los receptores NMDA, puede ser útil en la deshabitación alcohólica. La dosis habitual es de dos comprimidos tres veces al día, reduciendo la dosis a 4 cp diarios para las personas con un peso corporal inferior a 60 kg. Señalar que este fármaco no tiene metabolización hepática, por lo que es tolerado en pacientes hepatópatas, debiendo administrarse con precaución en pacientes con nefropatías, hipercalcemia o litiasis renal. El efecto terapéutico aparece a los 10 días de tratamiento, pudiendo asociarse con interdictores.

Algunos autores consideran que el acamprosato se podría indicar en pacientes en los que el objetivo es conseguir la abstinencia, mientras que la naltrexona estaría destinada a disminuir la cantidad de consumo, aunque hay datos contradictorios al respecto (Volpicelli JR, 1997).

El **topiramato** (Monte Secades R, 2011; Ma JZ, 2006) produce una reducción significativa del promedio de consumiciones/día y el craving del alcohol (dosis media 100-300 mg con escalado semanal comenzando con 25 mg/noche). Los efectos secundarios más frecuentes son mareo, parestesias, enlentecimiento psicomotriz y adelgazamiento.

Oxcarbamecepina, **gabapentina** y **lamotrigina** (Bobes García JB, 2002) podrían tener un efecto similar, pero menos potente que el del topiramato.

Los antidepresivos de perfil serotoninérgico (ISRS) han obtenido resultados contradictorios en diferentes estudios. Posiblemente puedan producir una reducción parcial y transitoria del consumo de alcohol durante las primeras semanas de tratamiento, siendo de primera elección cuando existe sintomatología depresiva asociada al alcoholismo.

En septiembre de 2014 se ha comercializado nalmeveno que ha demostrado su eficacia en reducir el número de días de consumo excesivo así como en el consumo promedio de alcohol.

Psicoterapia

El tratamiento psicológico debe incluirse siempre en el manejo de un paciente alcohólico y debe estar acompañado de otras medidas terapéuticas: desintoxicación, interdictores, etc.

Los objetivos de las intervenciones psicológicas (Roberts LJ, 2001; Cochrane, 2011) son mantener la adherencia terapéutica, prevenir recaídas, incrementar la competencia y calidad de vida y reducir la posible comorbilidad psiquiátrica del paciente alcohólico.

Existe una amplia gama de posibilidades de intervención terapéutica: técnicas cognitivo-conductuales, abordaje motivacional, técnicas facilitadoras basadas en los doce pasos, terapia familiar y de pareja, de grupo, interpersonal, dinámica y asociaciones. La terapia psicológica debe ser al inicio individualizada y después de unas sesiones se puede pasar a la terapia grupal, de discusión, donde se reforzará la comunicación y concienciación del problema ético. Es importante hacer hincapié en la motivación y responsabilización del propio paciente en los tratamientos y, sobre todo, el aprendizaje de una nueva vida y adaptación sin alcohol. Se complementará con terapias familiares y fomento de soportes y resortes sociolaborales.

Mención especial merecen a los pacientes que presentan un abuso o consumo perjudicial de alcohol. En estos pacientes, aunque no cumplan criterios de dependencia, se recomienda una abstinencia absoluta de bebidas alcohólicas en la fase inicial del tratamiento. En una segunda fase se desaconseja el reinicio de consumo de bebidas alcohólicas, aunque si el paciente quiere reanudarlas, se debe intentar dirigir la intervención terapéutica con el fin de limitar los consumos por debajo de los niveles de riesgo (200 g. de alcohol por semana para el hombre y 160 g. de alcohol por semana en la mujer). La intervención terapéutica destinada a reducir los niveles de ingestión debe ser lo más personalizada posible, neutra y de fácil comprensión, enfatizando los efectos positivos derivados de la abstinencia de consumo (mejoría física, de carácter, rendimiento, mayor ahorro, menor riesgo de accidentes) y enfatizando los riesgos del consumo excesivo de alcohol (problemas médicos, alteración de la respuesta sexual, mayor probabilidad de accidentes, alteración del estado de ánimo).

Por otra parte es importante señalar que, secundario al consumo de alcohol, pueden aparecer alteraciones psicóticas o cognitivas (trastorno psicótico, alucinosis alcohólica, celotipia alcohólica, síndrome amnésico, demencia alcohólica, cambios de personalidad) que precisarían control y tratamiento psiquiátrico urgente.

Problemas relacionados con el consumo de otras sustancias

El médico de atención primaria es, en muchas ocasiones, la puerta de entrada al sistema sanitario de aquellos pacientes con problemas derivados del abuso o dependencia de drogas. Señalar que el “paciente tipo” que acude con urgencia, anormativo, dinamitador de diferentes tratamientos y con escaladas simétricas en la consulta, no suele aceptar la negativa del terapeuta a ciertos tratamientos (por ejemplo, benzodiacepinas de acción corta) o la fijación de límites con respuestas en ocasiones de agresividad y/o trastornos conductuales. Todo ello puede generar una mala relación terapéutica que en muchas ocasiones es muy difícil de manejar. El terapeuta debe también intentar controlar sentimientos de rechazo, ira, fracaso y rabia que pueden surgir en el proceso terapéutico.

En la mayoría de las ciudades españolas existe actualmente una red de atención a los sujetos drogodependientes, por lo que el médico de atención primaria debe remitir a dichos pacientes a estos profesionales para su desintoxicación/deshabitación, evitando el doble terapeuta que a veces este tipo de pacientes utiliza para conseguir diferentes fármacos (sobre todo benzodiacepinas de vida media corta). Todo ello no quiere decir que el médico de atención primaria no deba implicarse en el manejo de estos pacientes, señalando como funciones más significativas las siguientes:

- 1. Información y orientación dirigidas a explicar al paciente y su familia las características de su patología.
- 2. Valoración del estado somático diagnosticando las patologías asociadas y sus complicaciones.
- 3. Motivar al paciente para que abandone su drogodependencia, informándole de los recursos y servicios disponibles, así como de los posibles tratamientos.
- 4. Proponer intervenciones alternativas a la desintoxicación (p.ej. programa de mantenimiento con metadona).
- 5. Seguimiento clínico y analítico del tratamiento y sus complicaciones.
- 6. Educación sanitaria y prevención de las drogodependencias en el ámbito de la atención primaria.
- 7. Estrategias de reducción del daño.

1. Opiáceos

De la planta del opio se extraen muchos derivados (Allen JP, 1999), siendo de interés, por su elevado consumo y por ser las drogas que mayor problemática social y sanitaria plantean, las siguientes:

- Morfina.
- Heroína.
- Codeína.
- Metadona.
- Buprenorfina.

El consumo de opiáceos nos va a llevar a tres situaciones clínicas diferentes, la sobredosis, el síndrome de abstinencia y las intoxicaciones por adulterantes.

Sobredosis: la intoxicación por sobredosis ocasiona una depresión del SNC, respiratoria y miosis. La administración de **naloxona** (2 mg iv), antagonista opiáceo, revierte la sintomatología de forma inmediata.

Abstinencia: la abstinencia aguda de opiáceos se caracteriza por una respuesta neurovegetativa: bostezos, rinorrea, lagrimeo, sudoración, midriasis, fiebre, etc., así como quejas, llanto, súplicas, etc. En el caso de la heroína se inicia a las 6-8 horas de la última administración y desaparece en 8-10 días. La **metadona** presenta una sintomatología de abstinencia más leve pero mucho más prolongada en el tiempo (2 semanas). El síndrome de abstinencia presenta una gran variabilidad entre los individuos.

Intoxicación por adulterantes de la heroína: consecuencia a una reacción de las sustancias adulterantes añadidas con fines comerciales, principalmente la estricnina. Los síntomas clínicos aparecen inmediatamente tras la inyección de la heroína, pudiendo presentarse dos entidades clínicas:

- Cuadro semejante a un shock anafiláctico, predominando los síntomas de fracaso cardiocirculatorio.
- Cuadro secundario a la estricnina, utilizada para adulterar la droga, donde predominan las convulsiones generalizadas y parálisis de los músculos respiratorios que conducen a la muerte.

Desintoxicación: la desintoxicación farmacológica se lleva a cabo mediante agonistas opiáceos o con agonistas alfa-2 adrenérgicos:

1. **Agonistas opiáceos.** Se utilizan dosis progresivamente decrecientes, de:
 - **Metadona** 30-40 mg, en monodosis, generalmente en menos de 20 días.
 - Dextropropoxifeno a dosis <1.200 mg/d, 8-14 días.
2. **Agonistas alfa-2 adrenérgicos.** Frenan la descarga neurovegetativa que explica la mayor parte de los síntomas de la abstinencia:
 - **Clonidina**. Produce hipotensión, somnolencia y bradicardia.
 - Guanfacina. Menores efectos adversos, pero también menos eficaz.

Programa de mantenimiento: debe valorarse la instauración de un programa de mantenimiento ante un paciente que presenta recaídas frecuentes:

1. **Programa de mantenimiento con agonistas opiáceos.** Está indicado cuando se considera que el sujeto no podrá llevar una vida satisfactoria sin consumir opiáceos (fracasos ante desintoxicaciones previas) o bien presenta algún tipo de patología física o psiquiátrica que desaconseje la abstinencia. El más usado es la **metadona**, a dosis >60 mg/d aunque últimamente ha aparecido la utilización de tratamientos de mantenimiento con sustitutivos LAAM (levacetilmetadol) que posibilita dosificaciones de tres veces a la semana.
2. **Programa de mantenimiento con antagonistas opiáceos.** Está indicado cuando el paciente sí puede llevar una vida autónoma y se pretende evitar que consumos esporádicos le induzcan una recaída. Se utiliza la **naltrexona** 50 mg/d. Produce molestias gastrointestinales, astenia y elevación de transaminasas, no generando ni tolerancia ni dependencia física o psíquica. Debe comprobarse que la desintoxicación está completada administrando previamente 0,8 mg de **naloxona** subcutánea. La no aparición de sintomatología de abstinencia permite administrar naltrexona con seguridad.

Mención especial merecen las estrategias de reducción del daño, dirigidas a aquellos pacientes que quieren continuar con su consumo. Consejos relativos a pautas alternativas de consumo (abandonar la vía parenteral, no compartir la jeringuilla, desaconsejar el uso de limones, utilizar agua estéril, inyectarse en las venas no en las arterias, cambiar el lugar de la inyección), a prácticas sexuales, determinaciones de Ac frente a VIH, serología de Hepatitis y Mantoux han demostrado su eficacia en este tipo de pacientes.

2. Anfetaminas

El consumo puede ser episódico o bien hacerse a diario (Valbuena Briones A, 1993), apareciendo sintomatología ansioso-depresiva, alteraciones de la memoria y atención, apatía e ideación paranoide. Es frecuente el abuso concomitante de alcohol o sedantes.

La intoxicación se caracteriza por midriasis, taquicardia, hipertensión arterial, náuseas, vómitos e inquietud-agitación psicomotriz.

Los productos adelgazantes, sin control médico, constituyen en ocasiones la vía de entrada de adolescentes a este tipo de sustancias.

La prescripción de antidepresivos puede ser necesaria en los casos en los que existan síntomas depresivos asociados a la abstinencia. Antipsicóticos como el **haloperidol** pueden ser útiles en los casos en los que exista gran agitación en el momento del ingreso o en caso de psicosis inducidas por estas drogas.

3. Cocaína

Su administración se caracteriza por un estado de euforia de breve duración que deja paso a un estado disfórico muy desagradable (Valbuena Briones A, 1993; APA Work Group on Substance Use Disorders, 2006; Cochrane, 2011), que conduce en poco tiempo a un consumo reiterado, sobre todo si se usa la vía fumada o intravenosa. Se produce entonces aislamiento social, desinterés hacia las actividades previas placenteras, irritabilidad y estado de ánimo depresivo.

La intoxicación produce agitación psicomotriz, euforia, hiperatención, sensación de grandiosidad con deterioro de la capacidad de juicio y de las actividades socio-laborales. A dosis altas pueden aparecer ideas autorreferenciales y alucinaciones táctiles (insectos bajo la piel). Se han descrito cuadros psicóticos persistentes tras abandonar el consumo de la sustancia, refractarios a diferentes tratamientos neurolépticos. Del total de muertes atribuidas a una reacción adversa a una droga se detectó la presencia de cocaína en el 70% de los casos, en la mayoría se observó una concentración de alcohol superior a 0.30 g/litro.

Persiste sin resolver el abordaje farmacológico para la dependencia de cocaína. Fármacos como el **topiramato** podrían ayudar a disminuir la impulsividad-craving, aunque sigue siendo imprescindible y fundamental la psicoterapia individual y grupal, siendo preciso el ingreso para desintoxicación/deshabitación para un subgrupo de pacientes que no responden a modalidades ambulatorias.

En personas con dependencia de cocaína antecedida por consumo de alcohol se recomienda el uso de **disulfiram** ya que puede aumentar la abstinencia y reducir el consumo. La administración de disulfiram sólo se debe iniciar después de haber comprobado que no se está consumiendo alcohol y que no hay un cuadro de abstinencia. Además es muy importante instruir a los pacientes sobre los riesgos de consumir alcohol durante el tratamiento y comprobar que el paciente está motivado para no hacerlo.

En pacientes con dependencia de cocaína y un diagnóstico de depresión se recomienda mantener el tratamiento antidepresivo indicado para la patología psiquiátrica. Probablemente por su mecanismo de acción el **bupropion** pueda ayudar en este tipo de pacientes (la desimipramina posiblemente sea el mejor antidepresivo en este tipo de pacientes, pero no está disponible en España).

En pacientes en tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos y dependencia de cocaína se recomienda intensificar los controles para detectar el consumo de cocaína y si la dosis de metadona fuera baja, aumentarla para que el consumo no interfiera en el curso del tratamiento de mantenimiento. Si se inicia un tratamiento farmacológico en estos pacientes hay que evitar fármacos que interaccionen con la metadona.

En mujeres embarazadas con dependencia de cocaína no se recomienda el uso de fármacos con objeto de reducir el consumo, en caso de síntomas de intoxicación por cocaína se puede administrar un tratamiento con benzodicepinas con un período limitado de tiempo.

En relación con las terapias psicológicas en pacientes con dependencia de cocaína, actualmente se recomiendan programas de refuerzo comunitario y manejo de contingencias.

La terapia de refuerzo comunitario consiste en dos sesiones semanales de una hora las 12 primeras semanas y una sesión semanal en las 12 posteriores. Las sesiones implican a una persona a no consumir o acercar al paciente para educarlos en la negociación de cambios positivos. También se identificarán situaciones pasadas que se relacionarán con las consecuencias del consumo para facilitar alternativas. Las sesiones se completan con un asesoramiento psicosocial, ocupacional, legal, financiero y con la identificación de la actividad de ocio para reforzar la conciliación de un estilo de vida alejado del consumo.

En la terapia de manejo de contingencias los pacientes reciben unos cupones en función del número de controles de orina negativos obtenidos. Estos cupones son acumulables y no tienen un valor monetario sino que se podían cambiar por recompensas equivalentes a su valor.

4. Alucinógenos

Los más representativos son la LSD y las nuevas drogas de diseño (Valbuena Briones A, 1993; Allen JP, 1999), siendo su administración episódica, con patrón de fin de semana. Producen síntomas somáticos (temblores, vértigo, debilidad muscular, etc.) y psíquicos (alucinaciones, despersonalización, delirios, euforia o depresión, etc.). Se han descrito trastornos psiquiátricos afectivos o psicóticos persistentes a pesar de haber cesado el consumo.

Las recurrencias episódicas y espontáneas de síntomas psíquicos se denominan flashbacks. El tratamiento consiste en tranquilizar al paciente, desaconsejando el uso futuro de tóxicos, incluido la marihuana. A veces se utilizan pequeñas dosis de antipsicóticos durante unos meses: **haloperidol** 2,5 mg o **clorpromazina** 50 mg.

La reacción adversa más común es el “mal viaje” o reacción de pánico. El tratamiento consiste en tranquilizar de forma continuada al paciente, indicándole que la sensación de “estar volviéndose loco” es consecuencia de la acción del tóxico. Conviene no dejarle solo y utilizar **diazepam** 10-30 mg vía oral en caso de extrema ansiedad. Evite la medicación con propiedades anticolinérgicas pues frecuentemente los alucinógenos se presentan contaminados con drogas anticolinérgicas de uso en la calle.

5. Cannabis

Constituye la sustancia psicoactiva ilegal de más amplio consumo (Valbuena Briones A, 1993; Allen JP, 1999), generalmente de tipo episódico. La intoxicación se caracteriza por irritación conjuntival, sequedad de boca, euforia, ansiedad, alteración de la vigilancia y la memoria, etc. Su consumo crónico puede producir un síndrome amotivacional prolongado. Se han descrito cuadros psicóticos que pueden persistir tras cese de su consumo.

6. Inhalantes

Constituyen un grupo heterogéneo (Valbuena Briones A, 1993; Allen JP, 1999) formado por las pinturas, gasolinas, pegamentos, quitaesmaltes, gases anestésicos, etc. Su facilidad de obtención y sus efectos inmediatos y pasajeros explican su consumo a edades tempranas, en grupos, como alternativa a la carencia de otros tóxicos como alcohol o hachís.

La intoxicación se caracteriza por un estado de sedación precedido por signos de desinhibición. Pueden aparecer ilusiones o alucinaciones visuales y auditivas.

7. Benzodiazepinas

Es importante desmitificar el abuso de benzodicepinas (Valbuena Briones A, 1993; APA Work Group on Substance Use Disorders, 2006), atendiendo a que sólo el 10% de los pacientes en tratamientos prolongados con altas dosis de BZD presentan una dependencia.

Los factores de riesgo asociados con la dependencia de benzodiazepinas son:

- Dosis altas.
- Dosis diarias durante más de cuatro meses.
- Edad avanzada.
- Historia actual o pasada de dependencia de hipnótico-sedantes y/o alcohol.
- Empleo de benzodiazepinas de vida media corta y potencia alta: **triazolam**, **alprazolam** y **lorazepam**.

La desintoxicación se realiza con una retirada gradual de la dosis, generalmente administrando la dosis equivalente de una benzodiazepina de vida media larga y baja potencia, tipo **diazepam**.

8. Tabaco [ver [guía tabaquismo](#)].

Bibliografía

- Allen JP, Sillamaukee P, Anton R. Contribution of carbohydrate deficient transferrin to gamma glutamyl transpeptidase in evaluating progress of patients in treatment for alcoholism. Alcohol Clin Exp Res. 1999;23(1):115-20. PubMed **PMID: 10029211**

- Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(6):CD008537. PubMed **PMID: 21678378. Texto completo**
- APA Work Group on Substance Use Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. 2nd edition. American Psychiatric Association; 2006. p. 89-100. **Texto completo**
- Blanco Blanco J. Guía práctica de psiquiatría en atención primaria. A Coruña; 1997. ISBN 13: 978-84-6056-128-6
- Blondell RD. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. Am Fam Physician. 2005;71(3):495-502. PubMed **PMID: 15712624. Texto completo**
- Bobes García JB, Casas Brugué M, Gutiérrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.; 2002. ISBN 13: 978-84-9706-046-2.
- Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Herráez DD, López A, et al.; Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2012;44 Suppl 1:16-22. PubMed **PMID: 23399504. Texto completo**
- Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA. 1984;252(14):1905-7. PubMed **PMID: 6471323**
- Fernández Miranda JJ, Gutiérrez Cienfuegos E, Marina González PA. Actuaciones clínicas en trastornos adictivos. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.; 2002. ISBN 13: 978-84-7885-297-0
- Flórez T; Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. ISBN 13: 978-84-458-1087-3
- Gartenmaier A, Pelzer E, Soyka M. Treatment of alcohol withdrawal syndrome with combined carbamazepine and tiapride in a patient with probable sleep apnoe syndrome. Pharmacopsychiatry. 2005;38(2):96-8. PubMed **PMID: 15744634**
- Glatt MM, George HR, Frisch EP. Evaluation of chlormethiazole in treatment for alcohol withdrawal syndrome. Results of a controlled trial. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1966;192:121-37. PubMed **PMID: 5336108**
- Grup de treball de la Guia de pràctica clínica sobre dependència de la cocaïna. Guia de pràctica clínica basada en la literatura científica del tractament de la dependència de la cocaïna. Centre Cochrane Iberoamericà, coordinador. Barcelona: Departament de Salut; 2011. **Texto completo**
- Guardia J. Avances en el tratamiento farmacológico del alcoholismo. En: Aizpiri Díaz J, Marcos Frías JF. Actualización del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Elsevier Masson; 1996. p. 65-96. ISBN 13: 978-84-458-0466-7
- Guardia Serecigni J, coord.; Jiménez-Arriero MA, Pascual Pastor P, Flórez Menéndez G, Contel Guillamont M. Guía clínica. Alcoholismo. Socidrogalcohol [Internet]; 2007 [acceso 8/9/2014]. Disponible en: **<http://www.socidrogalcohol.org>**
- Instituto Nacional de Estadística; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Principales resultados [Internet] [acceso 8-9-2014]. Disponible en: **<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>**
- Jørgensen CH, Pedersen B, Tønnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. Alcohol Clin Exp Res. 2011;35(10):1749-58. PubMed **PMID: 21615426**
- Kaim SC, Klett CJ. Treatment of delirium tremens. A comparative evaluation of four drugs. Q J Stud Alcohol. 1972;33(4):1065-72. PubMed **PMID: 4567595**
- Kaplan H, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta: psiquiatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2001. ISBN 13: 978-84-7903-399-6
- Liu J, Wang L. Baclofen for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jan 19;(1):CD008502. doi: 10.1002/14651858.CD008502.pub2. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2013;2:CD008502. PubMed **PMID: 21249712. Texto completo**
- Ma JZ, Ait-Daoud N, Johnson BA. Topiramate reduces the harm of excessive drinking: implications for public health and primary care. Addiction. 2006;101(11):1561-8. PubMed **PMID: 17034435**
- Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, Humphreys K, Finney JW. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? Addiction. 2013;108(2):275-93. PubMed **PMID: 23075288. Texto completo**
- Monte Secades R, Rabuñal Rey R. Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición. Galicia Clin. 2011;72(2):51-64. **Texto completo**
- Roberts LJ, Shaner A, Eckman TA. Cómo superar las adicciones. Entrenamiento de habilidades para pacientes con esquizofrenia. Patología dual. Seny Fundación privada; 2001.
- Rubio Valladolid G, López Muñoz F, Álamo González C. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2002. ISBN 13: 978-84-7903-656-0
- Rustembegovic A, Sofic E, Kroyer G. A pilot study of Topiramate (Topamax) in the treatment of tonic-clonic seizures of alcohol withdrawal syndromes. Med Arh. 2002;56(4):211-2. PubMed **PMID: 12518536**
- Salvanés R, Alamo C. Avances en patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales. Universidad de Alcalá; 1999.
- Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(5):CD008063. PubMed **PMID: 21563163. Texto completo**
- Valbuena Briones A. Toxicomanías y alcoholismo. Problemas médicos y psiquiátricos. Barcelona: Masson; 1993. ISBN 978-84-458-0183-3
- Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Arch Gen Psychiatry. 1992;49(11):876-80. PubMed **PMID: 1345133**
- Volpicelli JR, Rhines KC, Rhines JS, Volpicelli LA, Alterman AI, O'Brien CP. Naltrexone and alcohol dependence. Role of subject compliance. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(8):737-42. PubMed **PMID: 9283509**
- Williams SH. Medications for treating alcohol dependence. Am Fam Physician. 2005;72(9):1775-80. PubMed **PMID: 16300039. Texto completo**

Más en la red

- Medical Services Commission. Problem drinking. Victoria (BC): British Columbia Medical Services Commission; 2011. Disponible en: **http://www.bcguidelines.ca/pdf/problem_drinking.pdf**
- Moyer VA; Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 2013 Aug 6;159(3):210-8. PubMed **PMID: 23698791**
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. London (UK):NICE; 2011. (Clinical guideline; no. 115). Disponible en: **<http://www.nice.org.uk/guidance/CG115>**

Autores

- Óscar Taboada Díaz Médico Especialista en Psiquiatría
- Jesús Alberdi Sudupe Médico Especialista en Psiquiatría

Hospital Universitario de A Coruña. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

