

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

TRATAMIENTO DE LAS DEPENDENCIAS DE SUSTANCIAS

Dr. DANIEL SEIJAS BUSCHIAZZO*

Sólo algunos de los pacientes dependientes de sustancias psicoactivas deja de consumir drogas espontáneamente. Los pacientes que logran comprometerse a largo plazo con un tratamiento estructurado tienen un mayor porcentaje de éxito que los que no se integran a este tipo de terapia. El tratamiento de las dependencias supone contar con un diagnóstico, ya sea de abuso o de dependencia de sustancias.

En el caso del abuso de sustancias, la aplicación de estrategias de "intervención mínima", como educación sobre reducción o suspensión del consumo, técnicas de autocontrol y apoyo familiar pueden ser suficientes para lograr una mejoría. En el caso del alcohol, se debe ayudar al paciente a lograr un consumo moderado, que no genere efectos deletéreos físicos, psicológicos o familiares. Cuando este objetivo no es alcanzable con las diversas intervenciones educativas o terapéuticas, la meta debe ser la abstinencia. Para el caso de las drogas ilegales (marihuana, cocaína, anfetaminas, etcétera) la indicación siempre debe ser la abstinencia.

Si el diagnóstico del paciente es el de dependencia de sustancias (alcohol o drogas), el abordaje terapéutico depende del cuadro clínico, a saber:

- Tratamiento de la intoxicación.
- Tratamiento del síndrome de privación.
- Tratamiento de las complicaciones producidas por la droga.
- Tratamiento de la dependencia propiamente tal.
- Seguimiento a largo plazo.

Este artículo ofrecerá un enfoque del tratamiento y rehabilitación con énfasis en las primeras etapas del proceso, "la motivación al cambio", el uso de farmacoterapia coadyuvante y en métodos de mantención de los logros en el largo plazo, como la "prevención de recaídas".

MODELO DEL PROCESO DE CAMBIO

El proceso motivacional por el cual una persona decide iniciar el cambio de conducta respecto a las drogas es muy

complejo, contemplando elementos cognitivos, emocionales y eventos vitales, entre otros muchos. Para motivar al paciente a generar un cambio de conducta pueden ser herramientas claves los resultados de los exámenes de laboratorio (transaminasas, GGT, volumen corpuscular medio, colesterol HDL, etcétera) y los hallazgos del examen físico (un hígado palpable y sensible, signos de neuropatía periférica por alcohol, etcétera).

Prochaska y Di Clemente estudiaron en 1983 a pacientes que realizaron con éxito un tratamiento y dejaron de usar sustancias psicoactivas, planteando que el cambio de consumidor a abstinentes se produce en una sucesión de etapas, que describieron de la siguiente manera:

Etapa precontemplativa. Los pacientes no consideran necesario el cambio, pues no ven un problema que lo haga necesario. Generalmente esto se observa en pacientes traídos por familiares contra su voluntad o que consultan por otra razón y se les diagnostica un problema de dependencia de alcohol o drogas. En estos casos es importante asegurar una mantención del contacto con el paciente, tratar en forma preocupada y empática al paciente, entregando una opinión médica y profesional de los riesgos que enfrenta (intervención mínima). También debe ofrecerse la posibilidad de volver a conversar sobre el problema en una próxima consulta o tratar de establecer el compromiso de ayudarlo a evaluar qué está pasando, ya que su familia lo trajo a tratamiento.

Etapa contemplativa. En ocasiones, eventos vitales como muerte de un familiar, riesgo de pérdida del trabajo o coerción por parte de un empleador, pareja o familiar, inician la motivación al cambio. Si bien los pacientes contemplan la necesidad del cambio y puede que aún se digan a sí mismos "debería dejar de fumar..." "debería disminuir lo que tomo...", aún no han hecho nada objetivo al respecto. Estos pacientes pueden ser ayudados a modificar o aumentar su motivación por el cambio intentando lograr una colaboración o alianza terapéutica desde las primeras sesiones.

Etapa de decisión y acción. En esta etapa nos encontramos con personas que se proponen firmemente el cambio y

* Departamento de Psiquiatría

toman acciones específicas que lo indican, por ejemplo, botan el alcohol, consultan solicitando ayuda o inician una detoxificación. Son estos los pacientes que todos desearíamos recibir en tratamiento, ya que con estos sujetos es posible comenzar de inmediato el proceso de evaluación y tratamiento. Además, las intervenciones terapéuticas surten un mayor efecto cuando se realizan en esta etapa.

Etapa de mantención. El cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta de abstinencia y evitando las recaídas.

Etapa de recaída. Esta etapa fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución, como hipertensión arterial, diabetes, etcétera. El resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL INICIAL

Es de fundamental importancia efectuar una evaluación inicial del sujeto que acude a tratamiento, en la cual debe lograrse el "enganche" o motivación del paciente, de forma tal que el paciente vuelva a las siguientes sesiones. Esto es fundamental, ya que las evaluaciones personal, psicológica, psiquiátrica, familiar y social obviamente sólo se podrán realizar y prestar utilidad si el sujeto continúa asistiendo al programa de tratamiento. Durante esta etapa inicial se produce la mayor proporción de las deserciones y por ello es importante reconocer los aspectos motivacionales que trajeron al individuo a la primera entrevista.

La "entrevista motivacional" diseñada por Bill Miller y cols. es una intervención útil para motivar a pacientes. Ella considera los siguientes principios:

Expresar empatía. Se debe aceptar incondicionalmente al paciente, sin rechazos ni estigmatizaciones, para lo cual se le debe "escuchar reflexivamente", asegurando al paciente que su ambivalencia (en torno a dejar o no de consumir) es normal y que el tratamiento le ayudará a resolver sus dudas.

Desarrollar las discrepancias. Es útil propiciar que el paciente se de cuenta de sus contradicciones, mostrándole la discrepancia entre la conducta actual de beber o consumir drogas y las metas importantes (ejemplo: volver con su pareja, entrar a la universidad, mejorar las relaciones con su familia, etcétera).

Evitar las discusiones-argumentaciones. Ellas son contraproducentes; si se producen, es preferible cambiar de estrategia: ejemplo: "parece que en esto no estamos de acuerdo, busquemos otra forma de verlo. ¿Cómo ve su familia o amigos este problema...?).

No etiquetar al paciente de inmediato. Exceptuando los casos en que el paciente ya se considere dependiente al con-

sultar (lo cual es poco frecuente), es innecesario y a veces contraproducente hacer el diagnóstico de alcohólico o drogadicto en la entrevista motivacional, pues el proceso posterior de evaluación determinará el grado de dependencia y daños asociados que el paciente presenta. Se debe intentar lograr con el paciente un "compromiso colaborativo" inicial para explorar los problemas y pasar así a las etapas de evaluación y tratamiento.

"Rodar con la resistencia". Las percepciones del paciente pueden cambiarse, para lo cual más que imponer estrictamente una visión al paciente, se le debe apoyar o invitar a mirar sus problemas desde una nueva perspectiva que hasta el momento no había considerado. A veces "rodar con la resistencia" puesta por el paciente, es decir reconocer y reflejarle sus propias objeciones al tratamiento, lo moviliza a criticarlas y buscar soluciones al respecto.

Apoyar la autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambio es un elemento motivador, siendo importante que el paciente se haga responsable de realizar lo necesario para lograr el cambio. Se debe inyectar esperanza dentro del rango de alternativas disponibles e invitarlo a un trabajo conjunto, pero sin crear falsas expectativas que posteriormente no podamos cumplir.

BASES DEL TRATAMIENTO

Etapas

El proceso de tratamiento y rehabilitación debe concebirse en fases, que en su conjunto demoran años en establecer una recuperación global del individuo, siendo este proceso particular de cada individuo. Para lograr este objetivo debemos resaltar que sólo a través de una abstinencia prolongada de todas las sustancias psicoactivas (drogas y alcohol), junto a un proceso psicoterapéutico y de "crecimiento personal," el sujeto será capaz de retomar la responsabilidad en su vida y, por ende, de mejorar su calidad de vida personal, familiar, laboral, social y espiritual. Es importante reconocer la existencia de las fases de recuperación, que plantean diversas responsabilidades para el clínico. En la Tabla 1 se esquematizan estas fases, las cuales se miden desde que el paciente ha dejado de consumir la última vez.

Centros de tratamiento

Para realizar una derivación oportuna y adecuada, es necesario conocer los diferentes tipos de centros de tratamiento que enfocan las distintas etapas:

Centros de información: son lugares que dan información al paciente sobre dónde recurrir para terapia. Si bien en ellos no se hace tratamiento, su función puede ser importante para apoyar la motivación o dirigir a pacientes o familiares al tratamiento indicado.

Casas de acogida: son centros de primer contacto para dependientes de drogas en etapa contemplativa o de acción,

Tabla 1 Fases de recuperación y tareas clínicas

Fase	Periodo	Tareas Clínicas
Fase I: Inicial o de privación	Dura de 1 a 14 días (depende de la sustancia)	- Evaluación - Estabilización - Retener al paciente en tratamiento - Potenciar motivación
Fase II: Intermedia o de prolongación de abstinencia	Primeros 6 meses de abstinencia.	- Continuar evaluación - Reducir riesgo de recaída - Mantener motivación - Apoyar función del "yo" - Mejorar autocontrol
Fase III: Tardía o de búsqueda de recuperación	De los 6 meses en adelante por años, siendo los primeros los más difíciles.	- Mantener las mismas tareas - Seguimiento a largo plazo vital - Crecimiento personal o psicoterapia

en las cuales el paciente es acogido y preparado para ingresar a una comunidad terapéutica.

Unidades de desintoxicación: generalmente se ubican a nivel hospitalario y proveen desintoxicación para pacientes que lo solicitan. Estas unidades son aún escasas en Chile; la mayoría han sido unidades psiquiátricas o de alcohol que aceptan además dependientes de drogas.

Centros de tratamiento ambulatorio: son centros que ofrecen una terapia integral, ya sea en modalidad individual o grupal. A ellos acuden pacientes en diversas etapas de motivación e incluso en diversas fases de tratamiento (para evaluarse, desintoxicarse, luego de una hospitalización inicial o incluso para el seguimiento). Si bien tienen desventajas en torno a retención de pacientes, su mayor flexibilidad les permite una mayor cobertura.

Unidades residenciales hospitalarias o clínicas especializadas: en ellas se comienza con la fase I y parte de la fase II de la terapia, preparando al paciente para un programa ambulatorio o su ingreso a una comunidad terapéutica. En general corresponden al modelo de algunas clínicas privadas existentes en nuestro país.

Comunidades terapéuticas: usualmente son casas o granjas cerradas en las que el paciente pasa desde meses hasta un año, en las cuales realiza una reeducación de hábitos de estilo de vida orientados a la abstinencia, y logra su rehabilitación por ayuda de otros miembros de la comunidad, que en su mayoría son pacientes recuperados. Si bien son muy soli-

citadas y muestran buenos resultados, sólo aceptan pacientes muy seleccionados en etapa de acción y mantención y altamente motivados, lo que hace a veces difícil el ingreso de los pacientes. Su mayor limitación es el bajo número de enfermos que pueden recibir y por ende su escasa cobertura.

Casas de reinserción y apoyo: son lugares donde viven y se reinserían pacientes que han pasado a la fase III y se encuentran en su reinserción laboral, familiar y educacional. Pueden pasar varios meses en calidad de residentes totales, parciales o de monitores.

Grupos de autoayuda: en general son grupos de ex alcohólicos o de ex adictos que se juntan periódicamente, apoyándose mutuamente en la recuperación. Los más conocidos son alcohólicos anónimos (AA) y narcóticos anónimos (NA), los que han mostrado ser muy útiles en apoyar la abstinencia y adhesión al tratamiento. Además existe la Unión rehabilitadora de alcohólicos de Chile (URACH).

Tratamiento psicológico

Inicialmente, busca apoyar la mantención de la abstinencia a través de:

- Ayudar al paciente a centrarse en lograr y mantener su abstinencia.
- Entrenar en estrategias de enfrentamiento de situaciones de alto riesgo.
- Cambio de actividades reforzadoras o placenteras.

- Favorecer el manejo de emociones negativas.
- Mejorar relaciones interpersonales y su red de apoyo social.
- Prevenir recaídas.

Este tratamiento puede ser realizado de diversas modos, tales como:

Individual. Durante muchos años ha sido el modo más utilizado en nuestro país, debido a la falta de centros especializados y de otros tipos de tratamiento. Es una alternativa eficaz, en la medida que se estructure una red social de apoyo, con la inclusión, desde las primeras sesiones, de coterapeutas como su pareja, familiares o amigos cercanos. Se debe formar un equipo de trabajo cuya meta sea ayudar a mantener la abstinencia en forma comprometida, evitando lugares, situaciones y personas asociadas al consumo.

La asistencia a grupos de autoayuda (AA, NA o Cocainómanos Anónimos, URACH, etcétera) puede constituir un puntal muy importante para el tratamiento, por lo que debe promoverse desde los primeros meses del contrato terapéutico.

El uso de farmacoterapia puede ser supervisado por el equipo de trabajo en coterapia, siendo útil para el síndrome de privación, o reducir el *craving*, o urgencia por usar drogas. Toda información sobre abstinencia, caídas o recaídas debe ser informada al médico y a miembros del equipo de trabajo. Si alguno de ellos descubre una recaída, debe conectarse con el terapeuta y no comenzar acciones por sí solo. La confidencialidad de la información no puede incluir ocultar caídas o recaídas al resto del equipo de trabajo. El paciente debe ser apoyado en los problemas que presente en torno a la abstinencia y no ser criticado por demorar su recuperación. La terapia individual también puede realizarse dentro de una modalidad integral o multimodal, junto a terapia familiar de grupo y otras.

Grupal. Este tipo de tratamiento ha mostrado tener tanto o más éxito que el individual, dentro de un modelo de terapia más integral. Los grupos deben estar orientados inicialmente a favorecer y mantener la abstinencia, dejando aspectos psicoterapéuticos más profundos para la tercera fase. La frecuencia de reuniones debe ser al menos de una a dos veces por semana, además de los grupos de autoayuda. Se ayuda a los pacientes a reconocer sus problemas, tanto por sus experiencias como por las del resto de los participantes, lo cual genera un sentido de pertenencia, de compartir un problema común y la posibilidad de compartir soluciones. También se los apoya en la aceptación de sí mismos y en el logro de una conciencia de enfermedad, además de ayudarlos a expresarse emocionalmente y a evitar utilizar sus mecanismos desadaptativos ante los problemas cotidianos.

Familiar. Si bien el apoyo de las familias tiene gran importancia, por lo general éstas no están capacitadas para enfrentar adecuadamente los problemas por sí solas, ya que suelen ser disfuncionales. La terapia de familia se orienta a resolver dinámicas que pueden motivar recaídas o entorpecer el tratamiento, así como también a mejorar la comunicación y funcionamiento familiar, que a su vez apoye y comprometa al

paciente con su terapia. Algunos modelos plantean que la familia es "codependiente" y como tal debe tratarse junto con el paciente para tener éxito. La investigación muestra que la eficacia terapéutica es mayor en los casos en que la familia se encuentra en tratamiento o apoyando el tratamiento.

Prevención de recaídas

Otro pilar del tratamiento a desarrollar desde el principio es evitar las recaídas, ya que más del 60% de los pacientes dependientes tienden a presentarlas durante los tres primeros meses de tratamiento. Podríamos resumir esta aproximación como un programa de autocontrol, que combina destrezas de entrenamiento conductual con intervenciones cognitivas y procedimientos de cambio de estilo de vida. La particularidad de este enfoque proviene del análisis de Marlatt de diferentes procesos adictivos (heroína, alcohol y cigarrillos) y por ende posee el mérito que puede ser aplicado a diferentes "conductas adictivas" como enfoque y enfrentamiento general. Este enfoque puede ser utilizado con los siguientes casos:

- Bebedores problema
- Apostadores
- Conductas sexuales "adictivas"
- Sobrepeso
- Reincidentes criminales
- Abusadores o dependientes de drogas
- Fumadores
- Gastadores compulsivos
- Reincidentes en uso intravenoso de drogas (prevención del SIDA)

Estos casos comparten el enfrentarse a situaciones de alto riesgo que el individuo debe aprender a manejar y superar con sus características individuales, en su medio y con su experiencia personal.

Caída vs recaída. Un episodio aislado de consumo en un sujeto que realmente desea dejar de consumir se considera una "caída". Si estos episodios se repiten en un corto período, se transforman en "recaídas", pues los pacientes vuelven al tipo de consumo previo al tratamiento. Los pacientes pueden, teniendo el entrenamiento suficiente, y si se empeñan en ello, aprender de las caídas y evitar que se transformen en recaídas.

Situaciones de alto riesgo de recaída. El primer obstáculo que presenta una persona es el enfrentamiento de una situación de alto riesgo, que son aquellas que amenazan el sentido de autocontrol y aumentan el riesgo de una recaída. Las más importantes son aquellas que el paciente ha sufrido anteriormente. Es necesario revisar continuamente las situaciones de mayor riesgo (Tabla 2), dependiendo de la etapa de recuperación del sujeto.

Los pacientes deben ser entrenados en desarrollar respuestas de manejo de situaciones de alto riesgo, autoconocimiento y cambio a un estilo de vida sin drogas, hechos centrales para este proceso. Deben entrenarse también en conocer las consecuencias de una recaída al violar la abstinencia, ya que ésta genera culpa, la que los lleva a

Tabla 2. Situaciones de alto riesgo de recaída

Intrapersonales	
a)	Manejo de estados emocionales negativos
b)	Manejo de estados fisiológicos
c)	Estados emocionales positivos
d)	Probarse en el control personal
e)	Sucumbir a impulsos o tentaciones
Interpersonales	
a)	Manejar conflictos interpersonales
b)	Presión social
c)	Estados emocionales positivos

seguir usando la sustancia para olvidar. Debido a esto, los pacientes deben ser preparados para afrontar estas situaciones, para decidir adecuadamente qué hacer en el momento preciso. También es importante reconocer el camino que lleva a una recaída y como practicar técnicas alternativas que ayuden a evitarla.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El uso de psicofármacos puede ser de utilidad para el tratamiento de las dependencias de alcohol, cocaína, anfetaminas, marihuana y nicotina, tanto para las complicaciones derivadas de estas drogas como en algunos casos para apoyar la abstinencia.

Cocaína

Gawin y Kleber describieron un síndrome de privación que posee las siguientes fases:

- Fase 1, de *crash*: dura desde horas hasta dos días.
- Fase 2, de privación: dura hasta 10 semanas.
- Fase 3, de extinción: desde 0 hasta 10 meses o más de duración

Entre los factores a considerar para el uso de psicofármacos destacan:

1. Precipitantes de la consulta: problemas médicos (sobredosis o intoxicaciones, enfermedades intercurrentes, interacciones farmacológicas), comorbilidad psiquiátrica, antecedentes legales, problemas psicosociales.

2. Etapa de la recuperación/privación. *Crash*: en caso de agitación o paranoia. Privación: Agonistas dopaminérgicos y/o antidepresivos. Extinción: suspensión de fármacos (salvo comorbilidad)

3. Problemas psicosociales asociados (familiares, legales, laborales, salud, etcétera.).

4. Potencial de recaída. Abstinencia de todas las drogas. Prevención de recaídas y/o psicoterapia.

Agentes dopaminérgicos. Estos agonistas pueden servir para disminuir los síntomas de privación en una primera etapa (*crash*), pero es poco frecuente que los pacientes consulten tan precozmente, y su utilidad en el largo plazo no está confirmada. Los más estudiados son amantadina, bromocriptina, L-dopa y metilfenidato.

Antidepresivos. La acción de estimulación dopaminérgica de algunos antidepresivos disminuiría el *craving*. Los más usados son desipramina o imipramina, fluoxetina, amineptino, phenelzine, trazodone y bupropion. La utilidad de ellos ha sido cuestionada, siendo la desipramina la única con estudios doble ciego con ciertos efectos positivos.

Otros fármacos. Algunos estudios postulan cierta utilidad del uso de carbamazepina, tanto para los síntomas de privación como para disminuir el *craving* de cocaína.

El neuroléptico de depósito flupenthixol ha mostrado, en estudios abiertos, poseer similares propiedades estimulantes dopaminérgicas al usarse en bajas dosis, pero tampoco hay estudios doble ciego que avalen su utilidad en el largo plazo.

Anfetaminas

Al igual que en el caso de los estimulantes como cocaína, el uso de antidepresivos puede producir beneficios, en especial para disminuir el deseo o compulsión de usar la droga durante la fase de desintoxicación e intermedia. No hay evidencias claras que su uso posterior sea beneficioso o que produzca diferencias en el largo plazo, a no ser que el paciente padezca además un trastorno del ánimo. Una complicación es la psicosis por anfetamina, en la que el uso de neurolépticos o incluso la hospitalización pueden ser necesarios.

Marihuana

En el caso de los dependientes de marihuana, no se ha demostrado que un tratamiento farmacológico específico que mejore un síndrome de privación severo o prolongue la abstinencia. Sin embargo, puede resultar importante tratar adecuadamente trastornos psiquiátricos subyacentes o las complicaciones del uso de esta droga (trastornos de pánico, cuadros psicóticos, etcétera).

Alcohol

Síndrome de privación. Dura entre 7 a 14 días en la mayoría de los casos, pero en algunos puede observarse un síndrome de privación más prolongado. El manejo incluye generalmente:

1. Hidratación abundante oral o parenteral.
2. Vitaminas: tiamina 60 a 90 mg intramuscular diarios por 3 a 5 días y luego oral por una semana a un mes. También multivitaminas.

3. Hospitalizar en casos de complicaciones médicas o psiquiátricas.

4. Benzodiazepinas. Se usa una carga lenta para cuadros moderados a severos, que consiste en administrar entre 20 y 60 mg de diazepam cada 12 horas hasta calmar todos los síntomas de privación. Luego se disminuye un 25% la dosis cada día hasta suspenderla completamente en un plazo de 3 a 5 días. También se puede usar una carga rápida: 20 mg de diazepam cada 1 - 2 horas hasta mejorar el cuadro completamente. La mayoría requiere 60mg a 120 mg. Los días siguientes no se administran benzodiazepinas, aprovechando la larga vida media de este fármaco y sus metabolitos.

Delirium tremens. Es una emergencia médico-psiquiátrica con riesgo de muerte, por lo que estos cuadros deben hospitalizarse. Su tratamiento consiste en el uso de benzodiazepinas precozmente y en altas dosis; sin embargo, un porcentaje de los casos requieren un neuroléptico como haloperidol 0,5-5 mg cada dos horas hasta controlar los síntomas, con un máximo de cinco dosis.

Manejo de la dependencia. En algunos estudios se planteó que existiría un descenso del deseo de beber alcohol y de sus propiedades reforzadoras con el uso de inhibidores de recaptación de serotonina. La naltrexona es un antagonista de los receptores de opiáceos que ha sido utilizado con éxito en prevención de recaídas para alcohol, reduciendo la apetencia y placer producido cuando los pacientes vuelven a beber.

Terapia aversiva o condicionante. El fármaco más usado ha sido el disulfiram por vía oral en dosis de 250 a 500 mg/día, estando también disponible para su uso como *pellet* de implantación subdérmica, de mayor duración. Lamentablemente, aún no existen evidencias a largo plazo de que se obtengan niveles plasmáticos efectivos con el *pellet* disponible en nuestro país, por lo que su utilidad es a veces cuestionada. El mayor problema del uso de fármacos aversivos es la baja adhesión de muchos pacientes, la que puede ser apoyada con ayuda de la familia.

COMORBILIDAD

La presencia de un trastorno psiquiátrico concomitante es un factor que complica el manejo de estos pacientes; su tratamiento mejora el pronóstico.

Los pacientes con dependencia de cocaína tienen la mayor prevalencia de trastornos asociados. Aproximadamente entre 30-50% sufrirán trastornos del ánimo mientras que un 3-5% tendrían un síndrome de déficit atencional residual. En los alcohólicos existe una mayor comorbilidad de trastornos del ánimo, fóbicos, de ansiedad y de personalidad de tipo antisocial.

La dependencia conjunta de alcohol y otras drogas plantea la necesidad de tratar y suspender todas las drogas al mismo tiempo, salvo en el caso de las benzodiazepinas, en que puede ser necesario continuar la desintoxicación de benzodiazepinas por un período más largo para lograr una suspensión efectiva.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

- 1.- Hubbard R. Evaluation and treatment outcome, Capítulo 47 en: Substance abuse, a comprehensive textbook. Lowinson et al. Williams & Wilkins, Baltimore, 1992.
- 2.- Counselling problem. Drinkers. Ewan M, Rollnick S y Saunders S. Routledge, London 1992.
- 3.- Motivational interview: a manual for the caring professions. Miller W, et al. Guilford Press, New York 1992.
- 4.- Marc Galanter. Office management of the substance abuser: The use of learning theory and social network. Capítulo 42 en Substance abuse: a comprehensive textbook. J Lowinson et al. Williams & Wilkins, Baltimore, 1992.
- 5.- Hunt WA, Barnett LW and Branch LG. Relapse rates in addiction programs. J Clin Psychology 1971; 27, 355-357.
- 6.- Relapse prevention for addictive behaviours. Marlatt A. Gordon H. Guilford Press, New York 1985.
- 7.- A clinician's guide to cocaine addiction. Theory, research, and treatment. T Kosten and H Kleber. The Guilford Press, New York 1992.
- 8.- Halikas J. et al. Cocaine reduction in unmotivated crack users using carbamazepine versus placebo in a short term, double-blind cross over design. Clin Pharmacol Ther 1991; 50-55.
- 9.- Normas técnicas y programáticas de tratamiento del beber problema. Unidad de salud mental, Ministerio de Salud, 1993.
- 10.- Novel pharmacological interventions for alcoholism. C. Naranjo and E. Sellers. Springer-Verlag, New York, 1992.