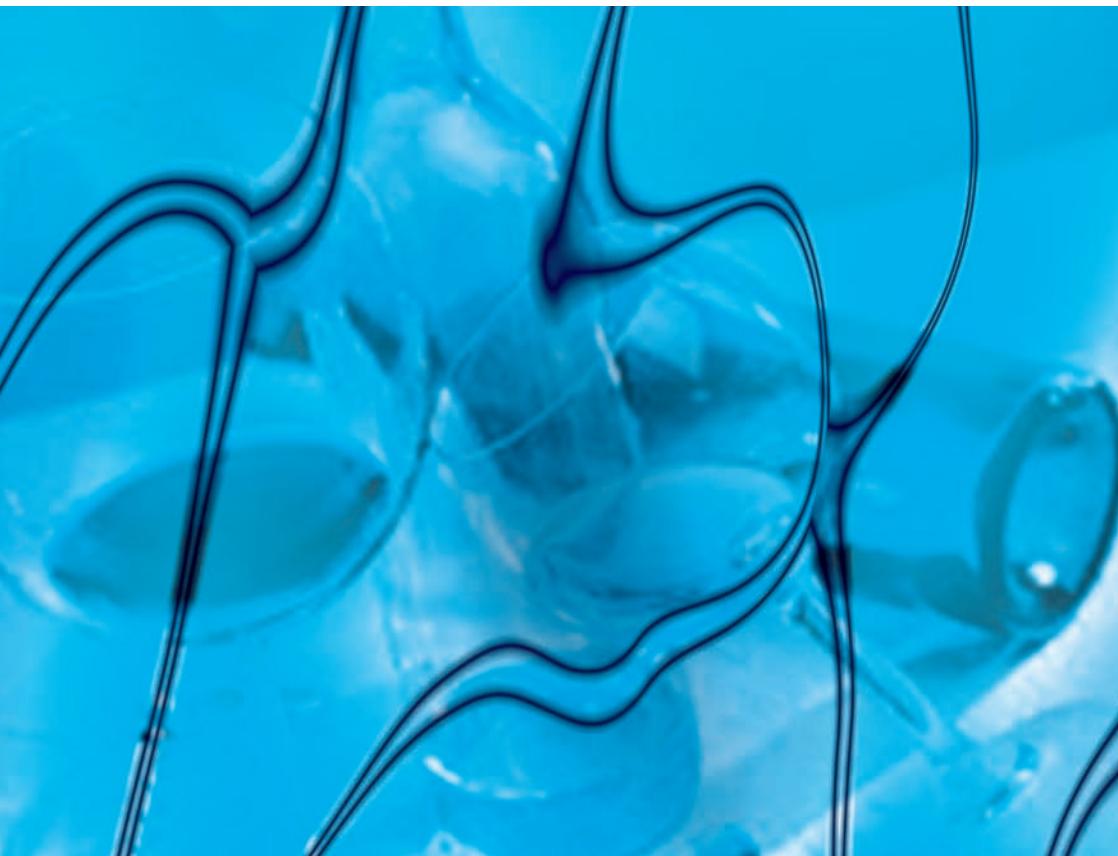


Guía para o manexo ambulatorio dos problemas  
relacionados co consumo de alcohol





Guía para o manexo ambulatorio dos problemas  
relacionados co consumo de alcohol



**EDITA**  
XUNTA DE GALICIA  
Consellería de Sanidade

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE  
Secretaría Xeral

**SUBDIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE MENTAL E DROGODEPENDENCIAS**  
Víctor Pedreira Crespo

**RESPONSABLE DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL**  
Fernando Márquez Gallego

**PSIQUIATRA ADSCRITO AO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL**  
Ernesto Ferrer Gómez del Valle

**AUTOR**  
Gerardo Flórez Menéndez

**DIRECCIÓN E COORDINACIÓN**  
Fernando Marquéz Gallego

**GRUPO REVISOR**  
Ana M<sup>a</sup> Caaveiro García  
Mercedes Castro Val  
Braulio del Palacio López  
Gerardo Flórez Menéndez  
Alfonso García Carballal  
Braulio García Zamorano  
Carmen Guimaraens Freijeiro  
Katy Gómez Ben  
Angeles Lorenzo Lago  
Fernando Márquez Gallego  
Luís Nogueira Fernández  
Lucía Pérez Rey

**APOIO TÉCNICO**  
José María Alonso Ramos  
Consuelo Carballal Balsa  
Juan Juarez Casado  
Sara Fernández Lamas  
Teresa Castro Lado

# Presentación

O alcoholismo é un problema de saúde cada vez máis relevante e que afecta de xeito crecente aos grupos máis novos. Na pasada década o noso país situouse entre o terceiro e o quinto posto mundial en consumo de alcohol por habitante. A repercusión social no noso medio é enorme. Un de cada catro galegos coñece persoas no seu contorno familiar e social que tiveron problemas co consumo de alcohol. A incidencia na morbi-mortalidade directa en adultos é indirecta (accidentes de tráfico) en mozos, e presenta novos comportamentos grupais de risco en menores e mozos (botellón, uso combinado con outras substancias adictivas).

Está guía ten como obxectivo describir os métodos de diagnóstico e tratamento, xunto coa súa evidencia clínica actual, de persoas que presentan problemas relacionados co alcohol tanto en atención primaria como en consultas de especialidades. Faise un detallado percorrido polas técnicas de detección do trastorno en atención primaria e especializada, intervencións breves a realizar en primaria e os tratamientos especializados de desintoxicación e deshabituación. Así mesmo ofrécese información útil aos enfermos e familiares para un correcto tratamiento e información sobre actitudes axeitadas en situaciones de risco concretas (actividades perigosas, embarazo, coñecidos con sospeita de abuso, persoas con medicacións, con enfermidades mentais, terceira idade, adolescentes).

**Mª José Rubio Vidal**  
*Conseleira de Sanidade*



# Prólogo

En primeiro lugar quero resaltar o esforzo e acerto do autor desta guía de alcoholismo que tenta facilitar ao clínico, tanto de atención primaria como de especializada, as pautas da avaliación diagnóstica como do tratamiento nos diferentes estadios polos que pasan os pacientes alcohólicos. Esta publicación intenta promover a excelencia clínica ao que todo bo clínico debe aspirar.

Para a elaboración desta guía clínica, o Dr. Flórez, en consonancia coas axencias sanitarias internacionais que promoven pautas ou protocolos de actuación clínica, propón recomendacións orientadas ás actuacións xerarquizadas en función do estado clínico e asistencial dos pacientes. Apostá dende a dita actuación respectiva polas actuacións clínicas baseadas nas probas, o que implica o uso axeitado do valor dos estudos publicados en revistas de referencia, pero inclúe así mesmo o decisivo valor que a experiencia clínica achega.

A guía, promovida polo Programa de Saúde Mental da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias do Sergas, achega non só o estado das probas de efectividade das estratexias farmacolóxicas senón tamén das intervencións psicoterapéuticas e psicosociais, tanto as dirixidas a producir cambio de actitude cara ao tratamento como as dirixidas a manter abstinencia.

Estou convencido que esta guía contribuirá ao ordenamento e xerarquización das pautas de avaliación e tratamiento dos consumos prexudiciais e adiccións ao alcohol e será enriquecida coa necesaria e debida experiencia clínica, e así mesmo resultará de utilidade tanto para os pacientes e familiares como para os profesionais que os atenden.

**Julio Bobes**  
*Catedrático e Xefe do Servizo de Psiquiatría  
Universidade de Oviedo  
Presidente de Socidrogalcohol*



## Niveis de evidencia e graos de recomendación 8

Niveis de evidencia 10

Graos de recomendación 11

## 1 Introdución 13

1.1. Definicións 15

1.1.1. Unidade de bebida estándar (UBE) 15

1.1.2. Consumo de risco 16

1.1.3. Consumo prexudicial 17

1.1.4. Síndrome de dependencia alcohólica 18

## 2 Detección e avaliación 19

2.1. Detección a través da historia clínica 21

2.1.1. Complicacións físicas 21

2.1.2. Complicacións neuropsiquiátricas 22

2.1.3. Complicacións sociais 23

2.1.4. Técnicas para a elaboración da historia clínica 23

2.2. Detección a través de instrumentos de avaliação 25

2.2.1. Cuestionario CAGE 25

2.2.2. Cuestionario AUDIT 26

2.2.3. Cuestionario MALT 27

2.2.4. Índice europeo de gravidade da adicción (EuropASI) 28

2.2.5. Interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos (ISCA) 28

2.3. Detección a través de marcadores biolóxicos de consumo de alcohol 29

2.3.1. Volume corporcular medio (VCM) 30

2.3.2. Gammaglutamiltranspeptidase (GGT) 30

2.3.3. Transaminases (GOT/GPT) 31

2.3.4. Transferrina deficiente de carbohidratos (CDT) 31

2.3.5. Outras probas biolóxicas de interese 32

2.3.6. Medición do consumo recente de alcohol 33

## 3 Intervención breve 35

3.1. Esquema dunha intervención breve 39

3.2. O enfoque motivacional 41

3.3. Derivación e seguimento 43

## Índice

- 4 Desintoxicación 47**
  - 4.1. Desintoxicación ambulatoria 49
  - 4.2. Tratamientos farmacológicos para a desintoxicación 51
    - 4.2.1. ¿Cando non é necesaria a medicación? 51
    - 4.2.2. Benzodiápecinas (BZD) 52
    - 4.2.3. O clometiazol 53
    - 4.2.4. Fármacos anticonvulsionantes 53
      - 4.2.4.1. Gabapentina 53
      - 4.2.4.2. Carbamazepina e oxcarbamazepina 54
      - 4.2.4.3. Ácido valproico 55
    - 4.2.5. Suplementos vitamínicos 56
    - 4.2.6. Antipsicóticos 57
    - 4.2.7. Betabloqueantes 57
  - 4.3. Outros aspectos relacionados coa desintoxicación ambulatoria 58
  - 4.4. *Delirium tremens* 59
  - 4.5. Crises convulsivas (*Rum Fits*) 59
- 5 Deshabitación 61**
  - 5.1. Tratamientos farmacológicos 63
    - 5.1.1. Naltrexona 63
    - 5.1.2. Nalmefeno 64
    - 5.1.3. Acamprosato 65
    - 5.1.4. Disulfiram 66
    - 5.1.5. Inhibidores selectivos da recaptación de serotonina (ISRS) 67
    - 5.1.6. Fármacos anticonvulsionantes 68
      - 5.1.6.1. Carbamazepina 68
      - 5.1.6.2. Ácido valproico 69
      - 5.1.6.3. Topiramato 69
    - 5.1.7. Tiapride 69
    - 5.1.8. Combinacións terapéuticas 70
    - 5.1.9. Aspectos clínicos dos fármacos indicados para a deshabitación alcohólica 70
  - 5.2. Intervencións psicoterapéuticas 71
    - 5.2.1. Reforzamento comunitario 71
    - 5.2.2. Manexo de continxencias 72
    - 5.2.3. Terapia de exposición a pistas 73
    - 5.2.4. Adestramento en habilidades sociais e de afrontamento 73
    - 5.2.5. Prevención de recaídas 74
    - 5.2.6. Terapia condutual familiar 75

- 6 Información para o paciente e para os seus familiares 77**
    - 6.1. Información para desintoxicación ambulatoria 79
    - 6.2. Normas de consumo moderado 80
  - 7 Información para grupos de poboación específicos 83**
    - 7.1. Pessoas implicadas en actividades de risco 85
    - 7.2. Pessoas responsables de establecementos onde se serven bebidas alcohólicas 85
    - 7.3. Pessoas que teñen algúun familiar con problemas relacionados co alcohol 85
    - 7.4. Pessoas que padecen enfermidades mentais 86
    - 7.5. Pessoas que toman algunha medicación de forma crónica ou puntual 86
    - 7.6. Pessoas da terceira idade 86
    - 7.7. Pessoas novas (18–25 anos) 87
    - 7.8. Adolescentes 87
    - 7.9. Mulleres embarazadas ou que desexan quedar embarazadas 88
  - 8 Información para o persoal sanitario 89**
    - 8.1. Principais interaccións entre o alcohol e os fármacos 91
      - 8.1.1. Analxésicos 91
      - 8.1.2. Anestésicos 91
      - 8.1.3. Antiandroxénicos 91
      - 8.1.4. Antiarrítmicos 91
      - 8.1.5. Antiasmáticos 92
      - 8.1.6. Anticoagulantes 92
      - 8.1.7. Antidiabéticos 92
      - 8.1.8. Antihipertensivos 92
      - 8.1.9. Antihistamínicos 93
      - 8.1.10. Antiinfecciosos 93
      - 8.1.11. Antineoplásicos 93
      - 8.1.12. Antiparkinsonianos 93
      - 8.1.13. Psicofármacos 93
    - 8.2. Recursos para a entrevista motivacional 94
      - 8.2.1. O discurso motivacional 94
      - 8.2.2. Técnicas motivacionais 95
  - 9 Desenvolvemento desta guía clínica 97**
  - 10 Anexos 113**
- Versión en castelán 125

# Niveis de evidencia

- 1<sup>++</sup>** Meta-análises de alta calidade, revisións sistemáticas de ensaios controlados e aleatorizados ou ensaios controlados e aleatorizados con moi baixo risco de presentar nesgos.
- 1<sup>+</sup>** Meta-análises ben deseñadas, revisións de ensaios controlados e aleatorizados ou ensaios controlados e aleatorizados con baixo risco de presentar nesgos.
- 1<sup>-</sup>** Meta-análises, revisións de ensaios controlados revisións de ensaios controlados e aleatorizados ou ensaios controlados e aleatorizados con alto risco de presentar nesgos.
- 2<sup>++</sup>** Revisións sistemáticas de alta calidade de estudos caso-control ou de cohortes. Estudos caso-control ou de cohortes de alta calidade con moi baixo risco de presentar nesgos e unha alta probabilidade de que a relación sexa causal.
- 2<sup>+</sup>** Estudos caso-control ou de cohortes ben deseñados con baixo risco de presentar nesgos e unha moderada probabilidade de que a relación sexa causal.
- 2<sup>-</sup>** Estudos caso-control ou de cohortes con alto risco de presentar nesgos e unha baixa probabilidade de que a relación sexa causal.
- 3** Estudos non controlados (series de casos, casos illados).
- 4** Opinión dun ou varios expertos na materia.

# Graos de recomendación

- A** Existe polo menos unha meta-análise, unha revisión sistemática de ensaios controlados e aleatorizados ou un ensaio controlado aleatorizado cun nivel de evidencia 1<sup>++</sup>, e con conclusíons directamente aplicables á poboación diana; ou existe un corpo de evidencia, con resultados homoxéneos, formado principalmente por estudos cun nivel de evidencia 1<sup>+</sup>, e con conclusíons directamente aplicables á poboación diana.
- B** Un corpo de evidencia, con resultados homoxéneos, que inclúe estudos cun nivel de evidencia 2<sup>++</sup>, e con conclusíons directamente aplicables á poboación diana; ou conclusíons extraíbles de estudos cun nivel de evidencia 1<sup>++</sup> ou 1<sup>+</sup>.
- C** Un corpo de evidencia, con resultados homoxéneos, que inclúe estudos cun nivel de evidencia 2<sup>+</sup>, e con conclusíons directamente aplicables á poboación diana; ou conclusíons extraíbles de estudos cun nivel de evidencia 2<sup>++</sup>.
- D** Niveis de evidencia 3 ou 4; ou conclusíons extraíbles de estudos cun nivel de evidencia 2<sup>+</sup>.

Os graos de recomendación relaciónanse cos niveis de evidencia pero non reflictan a importancia clínica da recomendación.



# Introducción

1



O noso país está á cabeza mundial en consumo de alcohol. Estímase que durante a pasada década en España se consumían entre 9–10 litros de etanol por habitante e ano; oscilando o noso país entre o terceiro e o quinto posto mundial no que a consumo de alcohol se refire. Calcúlase que un 65 % da poboación española consome de forma regular bebidas alcohólicas; entre o 7 % e o 10 % da nosa poboación é bebedora de risco e un 50 % dos bebedores de risco cumplen criterios de dependencia. Anualmente son atendidos uns 34.000 pacientes con problemas de dependencia alcohólica, xerando un gasto que se estima ao redor dos 4.000 millóns de euros.

Esta guía ten como obxectivo describir os métodos de diagnóstico e tratamento, xunto coa súa evidencia clínica actual, de persoas que presentan problemas relacionados co alcohol.

## 1.1. Definicións

### 1.1.1. Unidade de bebida estándar (UBE)

As UBE representan un sistema ideado para medir de forma rápida e estandarizada o consumo diario de alcohol dunha persoa<sup>(1)</sup>. A súa fórmula é a seguinte:

$$\text{UBE} = \text{volume en litros pola porcentaxe de alcohol que contén a bebida por 0,8}$$

Cada UBE representa uns 8–10 g de etanol —isto pode variar en función da cantidade de alcohol que se serve na bebida e das diferentes cantidades de alcohol presentes nas distintas variedades dun mesmo tipo de alcohol (viños, cervexas, etc)—; un vaso de viño de mesa (100 ml) representa unha UBE, unha cana de cervexa (250 ml) representa unha UBE, unha copa dunha bebida destilada (30 ml) (vodka, xenebra, etc) representa unha UBE. Unha botella de viño convencional (750 ml cunha porcentaxe de alcohol en torno ao 12 %) contén unhas 7–8 UBE e unha botella dunha bebida destila-

da convencional (700 ml cunha porcentaxe de alcohol ao redor do 40 %) contén unhas 28 UBE.

En resumo, a UBE é un sistema rápido pero inexacto para estandarizar os consumos de alcohol realizados por unha persoa (o cálculo dos gramos de etanol é unha medida máis exacta, aínda que tamén difícil de obter a través de entrevistas co paciente e cos seus familiares).

### 1.1.2. Consumo de risco

Termo de gran aceptación e difusión entre os profesionais sociosanitarios. O consumo de risco implica: un consumo diario en homes superior a 40 g de etanol (5 UBE ou máis) e en mulleres superior a 20 g de etanol (3 UBE ou máis) e/ou un consumo semanal igual ou superior a 21 UBE semanais para homes e a 14 UBE semanais para mulleres, isto quere dicir que o consumo que se considera seguro se se toma alcohol todos os días é de: 3 UBE diárias para homes e 2 UBE diárias para mulleres.

Estas medidas son puntos de corte extraídos de estudos epidemiolóxicos que comparaban o risco de sufrir problemas de saúde cos consumos de alcohol relatados polas persoas entrevistadas<sup>(2)</sup>. Un consumo superior a 40 g en homes dobraba o seu risco de padecer enfermedades hepáticas (o 60 % presentan alteracións hepáticas ao cabo de 10 anos), hipertensión arterial, algúns cancros, e para sufrir unha morte violenta. En mulleres o consumo superior a 24 g de etanol aumenta o risco de padecer enfermedades hepáticas e cancro de mama<sup>(2)</sup>.

Tamén cómpre ter en conta aspectos cualitativos do consumo: beber en situacións de ansiedade ou depresión, beber co único obxectivo de alcanzar os efectos psicoactivos do alcohol, beber a soas ou mesturar o alcohol con outras drogas son situacións que aumentan o risco, favorecer a absorción do alcohol bebendo en xaxún ou consumindo bebidas alcohólicas carbonatadas (cava, viño con gasosa, cuba-libre, etc), beber bebidas alcohólicas con bebidas que conteñan cafeína que atrasa os efectos neurolóxicos da intoxicación.

En comparación con outras drogas o alcohol tarda en desenvolver un cadro de dependencia, e por iso os problemas aparecen en torno aos 40–45 anos. Non obstante, cambios nas pautas de consumo (mesturas con bebidas car-bónicas que favorecen a absorción e aumentan a capacidade de consumo, o paso de bebidas fermentadas a bebidas destiladas) están provocando un adiantamento na aparición de cadros de dependencia, os cales empezan a detectarse en torno aos 30–35 anos<sup>(4)</sup>.

Para facilitar o labor dos clínicos existen varios cuestionarios validados para a nosa poboación que miden o grao de dependencia, valorando síntomas (físicos, afectivos, condutuais) e patróns de consumo, como son: o *Cuestionario sobre a gravidade da dependencia ao alcohol (SADQ)*<sup>(5, 6)</sup> ou a *Escala da intensidade da dependencia ao alcohol (EIDA)*<sup>(7)</sup>.

### **1.1.3. Consumo prexudicial**

Para a CIE-10 (décima revisión da Clasificación Internacional de Enfermedades) o consumo prexudicial implica unha forma de consumo que actualmente afecta a saúde física (por exemplo: dano hepático) e/ou psíquica (por exemplo: cadros depresivos secundarios ante consumos masivos de alcohol) sen que haxa síntomas de dependencia<sup>(3)</sup>. De forma estándar considérase que un consumo superior a 60 g/día de etanol no home e superior a 40 g/día na muller provocará con toda seguridade as alteracións propias do consumo prexudicial.

#### 1.1.4. Síndrome de dependencia alcohólica

Para a CIE-10 a síndrome de dependencia consiste nun conxunto de manifestacións fisiolóxicas, de comportamento e cognoscitivas no cal o consumo de alcohol adquire a máxima prioridade para o individuo, maior incluso que calquera outro tipo de comportamento dos que no pasado tiveron o valor máis alto. A manifestación característica desta síndrome é o desexo (a miúdo forte e ás veces insuperable) de consumir alcohol<sup>(3)</sup>. A recaída tras un período de abstinencia leva á instauración máis rápida da síndrome en comparación con suxeitos non dependentes.

O diagnóstico de dependencia só se debe facer se durante ou nalgún momento dos 12 meses previos estiveron presentes tres ou máis dos seguintes trazos:

- Desexo intenso ou vivencia dunha compulsión a consumir alcohol.
- Diminución da capacidade para controlar o consumo de alcohol, unhas veces para controlar o comezo do consumo e outras para poder terminalo.
- Síntomas somáticos de abstinencia cando o consumo de alcohol se reduce ou cesa (por exemplo: tremor, suores, insomnio, taquicardia, ansiedade, e en casos graves, convulsións ou *delirium*). O alcohol, ou substancias similares, consómese coa intención de aliviar ou evitar este cadre.
- Tolerancia. Para alcanzar os mesmos efectos son necesarias cada vez doses máis elevadas.
- Abandono progresivo doutras fontes de pracer ou diversións a causa do consumo de alcohol. Aumento do tempo necesario para obter ou inxerir a substancia ou para recuperarse dos seus efectos.
- Persistencia no consumo da substancia a pesar das súas evidentes consecuencias, físicas ou psíquicas, prexudiciais.

## Detección e avaliação

2



## 2.1. Detección a través da historia clínica

A realización dunha historia clínica exhaustiva ante calquera caso que acuda á consulta é unha ferramenta básica á hora de detectar unha serie de complicacións —signos e síntomas— que poden facer sospitar ao médico da presenza dun problema derivado dun consumo excesivo de alcohol.

### 2.1.1. Complicacións físicas

A continuación preséntase unha lista de alteracións físicas relacionadas cun consumo prexudicial de alcohol (en negriña as más significativas) e que todo profesional sanitario debe ter en conta á hora de elaborar unha historia clínica:

- *Alteracións dixestivas*: alteracións hepáticas (esteatose hepática, hepatitis alcohólica, cirrose alcohólica), pancreatite (aguda e crónica), alteracións gástricas (gastrite e ulceras pépticas), malabsorción intestinal, síndrome de Mallory–Weiss.
- *Alteracións musculoesqueléticas*:gota, osteoporose, miopatía.
- *Alteracións endócrinas*: hipogonadismo masculino, pseudo Cushing.
- *Alteracións cardiovasculares*: arritmias (fibrilación atrial), hipertensión (dun 20 % a un 30 % dos casos), ACV, cardiomiopatía, enfermedade coronaria.
- *Alteracións respiratorias*: pneumonía e tuberculose.
- *Alteracións metabólicas*: hipoglícemia, cetoacidose, hiperlipidemia.
- *Alteracións hematológicas*: anemia con macrocitose, ferropenia, neutropenia, trombocitopenia.
- *Alteracións neurolóxicas*: crises convulsivas, neuropatía periférica, alteracións cerebelosas, amблиopia e encefalopatía alcohólica.
- *Alteracións cutáneas*: psoríase, eccema.

- Traumatismos, accidentes, alteracións do nivel de conciencia.

Dada a elevada presenza de alteracións físicas relacionadas cun consumo excesivo de alcohol e o elevado número de ingresos e complicacións médicas que se detectaron en estudos epidemiolóxicos<sup>(8, 9, 10)</sup> (*nivel de evidencia 3 e 4*) é conveniente recomendar que:



**Grao de recomendación D:** a exploración dos hábitos de consumo alcohólico debe ser rutineira na práctica médica diaria, tanto hospitalaria como ambulatoria.

### 2.1.2. Complicacións neuropsiquiátricas

O consumo excesivo de alcohol pode provocar ou precipitar os seguintes cadros<sup>(11)</sup>:

- *Trastornos psicóticos:* alucinacións transitorias, alucinose alcohólica, intoxicación con síntomas psicóticos, celotipia.
- *Trastornos do comportamento:* intoxicación patolóxica.
- *Trastornos do nivel de conciencia:* delirium tremens, síndrome de Wernicke.
- *Trastornos cognitivos:* amnesia (episódica ou crónica como na síndrome de Korsakoff), demencia (alcohólica ou por déficit vitamínico).

Se a isto se lle suma a elevada comorbilidade entre o consumo excesivo de alcohol e os trastornos psiquiátricos (sobre todo cos trastornos afectivos, coa esquizofrenia e cos trastornos de personalidade) detectada en estudos epidemiolóxicos<sup>(12, 13, 14)</sup> (*nivel de evidencia 3 e 4*) é conveniente recomendar que:



**Grao de recomendación D:** a exploración dos hábitos de consumo alcohólico debe ser rutineira na práctica psiquiátrica diaria, tanto hospitalaria como ambulatoria.

### 2.1.3. Complicacións sociais

- Problemas familiares: maltrato e abandono.
- Problemas laborais: absentismo, baixo rendemento, accidentes.
- Problemas económicos.
- Problemas xudiciais: condutas violentas, condución baixo os efectos do alcohol.

A pesar de todas as complicacións relatadas, a taxa de detección de persoas que teñen problemas derivados do seu excesivo consumo de alcohol é baixa en todos os ámbitos<sup>(15, 16)</sup>. A miúdo descoñécense as claves diagnósticas, non hai unha excesiva vixilancia a pesar de que se trata dun problema de elevada prevalencia, algúns profesionais non se senten cómodos preguntando acerca dos consumos de alcohol, outros non preguntan porque dubidan que facer ante un posible caso; ademais os pacientes séntense xulgados e con frecuencia minimizan o seu consumo<sup>(17)</sup>, algo que non parece suceder nos estudos de investigación<sup>(18)</sup>.

### 2.1.4. Técnicas para a elaboración da historia clínica

Para aumentar a capacidade de detección a través da entrevista clínica recoméndanse as seguintes técnicas:

- Realizar unha entrevista semiestruturada que é presentada ao paciente e aos seus acompañantes como un proceso rutineiro. A entrevista pode iniciarse cunha frase do estilo da seguinte: "Sempre lle pregunto a todo o mundo que vén á miña consulta acerca dos seus hábitos de bebida, creo que é un tema de saúde máis que se debe tratar sen que ningúen se sinta comprometido". A partir deste punto a entrevista debe continuar con preguntas abertas acerca de situacións ou momentos nos cales o paciente ou algún achegado se preocuparon polos consumos de alcohol ou por situacións derivadas deseos consumos ("Dígame, ¿algunha vez o alcohol lle trouxo

problemas na súa vida?"), preguntar sobre preocupacións ou sentimentos negativos en primeiro lugar facilita a entrevista, xa que suxire a necesidade de descubrir cal foi a xénese deles; preguntarlle inicialmente ao paciente canto bebe acostuma xerar respuestas automáticas pouco informativas como: "o normal". A continuación xa pode comezar o interrogatorio sistematizado sobre os hábitos de bebida.

- Recordar grupos e presentacións de risco: persoas que viven en condicións de illamento social, persoas que cambian de domicilio, de traballo, de relacións con frecuencia, persoas que se encontran en situacíons de conflito familiar constante, persoas que se queixan de nerviosismo, irritabilidade, insomnio, depresión, amnesia, persoas con queixas suicidas, persoas que acoden de forma frecuente a puntos de urxencia con queixas inespecíficas, persoas que tiveron repetidos accidentes ou traumatismos, persoas con queixas gastrointestinais, trastornos cardíacos inexplicables, crises convulsivas de aparición tardía, hipertensión moderada ou grave, persoas que abusan doutros tóxicos como a nicotina, persoas con queixas de disfunción sexual, persoas con queixas de tose crónica e náuseas e vómitos matutinos.
- Detectar signos clínicos de consumo excesivo de alcohol: facies pletórica, acne hipertrófico no nariz, arañas vasculares, inxección conxuntival, xinecomastia, obesidade, tremor nas mans, arroibamento das palmas das mans, paso alongado e ángulo profundo do xeonlllo.
- Buscar fontes alternativas de información: a opinión de familiares e persoas próximas ao paciente é fundamental.

A continuación preséntanse os aspectos básicos que se deben recoller nunha entrevista clínica duns 15–20 minutos de duración:

- Historia familiar: antecedentes de consumo de alcohol, presenza de enfermidades orgánicas e/ou trastornos psiquiátricos.
- Historia persoal: enfermidades e tratamentos previos e actuais, historia escolar, laboral, social, forense.

- Patróns de consumo de alcohol: evolución do consumo de alcohol e dos problemas relacionados con el, reconstrucción dun día típico de bebida recente (actividades e consumos de alcohol detallados), reconstrucción do consumo ao longo dunha semana recente, influencia actual do alcohol na personalidade do paciente e nas súas actividades.
- Períodos previos de abstinencia: duración, motivo, métodos empregados para consegui-lo.
- Motivación do paciente para deixar de beber.

En resumo, diferentes grupos de expertos<sup>(1, 19)</sup> (*Nivel de evidencia 4*) avalan a entrevista clínica como ferramenta para detectar e iniciar o tratamiento dos pacientes con problemas relacionados co consumo de alcohol, por iso é conveniente recomendar:

**G D** **Grao de recomendación D:** a entrevista clínica semiestruturada debe ser utilizada como ferramenta diagnóstica dos problemas relacionados co alcohol en todos os ámbitos clínicos sempre que se dispoña polo menos de 15 minutos para realizarla.

## 2.2. Detección a través de instrumentos de avaliação

Existen diversos cuestionarios, traducidos e validados para a nosa poboación, de grande utilidade para detectar de forma rápida, precoz e precisa aqueles casos nos cales o alcohol supón un problema de saúde. A continuación presentamos os más utilizados.

### 2.2.1. Cuestionario CAGE (Anexo I)

Este cuestionario desenvolvido por Ewing, J.A.<sup>(20)</sup>, e validado para a nosa poboación por Rodríguez-Martos, A.<sup>(21)</sup>, consta de 4 ítems heteroaplicados dicotómicos (SI = 1 punto/NON = 0 puntos). 3 destes ítems exploran valoracións subxectivas da persoa acerca do consumo de alcohol e o 4º ítem valo-

ra aspectos relacionados coa abstinencia alcohólica. O cuestionario pásase con rapidez e as preguntas poden mesmo camuflarse dentro da entrevista clínica. Os puntos de corte recomendados son os seguintes:

- 0 puntos: non hai problemas relacionados co alcohol.
- 1 punto: indicio de problemas relacionados co alcohol.
- 2-4 puntos: presenza de problemas relacionados co alcohol.

O CAGE demostrou a súa eficacia en todos os ámbitos clínicos, sobre todo para detectar problemas de dependencia<sup>(22, 23, 24)</sup>. Agora ben, a súa intemporalidade non permite precisar a situación actual de consumo polo que poden aparecer un maior numero de bebedores problemáticos dos que en realidade hai, véndose a especificidade do cuestionario afectada. Ademais os ítems 2 e 3 referidos a sensacións subxectivas negativas derivadas do consumo de bebidas alcohólicas teñen menor capacidade discriminativa en lugares onde a tolerancia social ao consumo é alta, como en España e Galicia.

### 2.2.2. Cuestionario AUDIT (Anexo 2)

Este cuestionario desenvolvido pola Organización Mundial da Saúde<sup>(25)</sup> e validado para a nosa poboación por Rubio, G.<sup>(26)</sup>, consta de 10 ítems autoaplicados que exploran o consumo de alcohol e os problemas derivados del. Cada ítem ten criterios operativos específicos de puntuación (que oscilan entre 0 e 4 puntos), oscilando a puntuación total entre 0 e 40. Os puntos de corte recomendados son os seguintes:

	Homes	Mulleres
Sen problemas	0-7	0-5
Bebedor de risco	8-12	6-12
Problemas físico-psíquicos e probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

Este cuestionario foi elaborado para axudar os médicos de atención primaria a identificar precozmente problemas en relación co consumo de alcohol en persoas que aínda non cumplían criterios de dependencia nin presentaban problemas físicos ou psicosociais crónicos. Os tres primeiros ítems avalían o consumo de alcohol, do cuarto ao sexto refírense á dependencia ao alcohol, o séptimo e o oitavo a reaccións negativas á bebida e o noveno e o décimo a problemas derivados do consumo.

O AUDIT (cuxo tempo de execución é de 5 minutos) demostrou ser superior ao CAGE en canto á súa sensibilidade á hora de detectar consumos de risco — as súas preguntas son más concretas, refírense a un consumo recente (durante o último ano), e as súas catro alternativas de resposta permiten matizar as situacións—<sup>(23, 24)</sup>; para conseguir a sensibilidade do AUDIT o CAGE precisa que se lle incorporen preguntas de consumo diario e semanal<sup>(27)</sup>.

### 2.2.3. Cuestionario MALT (Anexo 3)

Este cuestionario desenvolvido por Feurlein, W.<sup>(28)</sup>, e validado para a nosa poboación por Rodríguez-Martos, A.<sup>(29)</sup>, consta de dúas partes; a primeira, o MALT-S, configúrana 27 ítems autoaplicables dicotómicos (SI = 1 punto /NON = 0 puntos) acerca da percepción subxectiva do paciente sobre os seus problemas actuais co alcohol, a segunda, o MALT-O, configúrana 7 ítems dicotómicos (SI = 4 puntos/NON = 0 puntos) indicadores orgánicos (obtidos a partir da historia clínica e de probas de laboratorio) da dependencia alcohólica (esta parte debe ser administrada polo clínico). Os puntos de corte recomendados son:

- 0-5 puntos: non hai problemas relacionados co alcohol.
- 6-10 puntos: sospeita de problemas relacionados co alcohol.
- 11 ou máis puntos: presenza de problemas relacionados co alcohol.

O MALT é un cuestionario diagnóstico de gran precisión<sup>(30)</sup> pero require a realización de análise de sangue, polo que non se pode considerar unha

proba de detección senón de confirmación da presenza de problemas relacionados co alcohol.

#### **2.2.4. Índice europeo de gravidade da adicción (EuropASI) (Anexo 4)**

Este instrumento diagnóstico desenvolvido por Kokkevi, A.<sup>(31)</sup>, e validado para a nosa poboación por Bobes, J.<sup>(32)</sup>, é unha entrevista semiestruturada e estandarizada que proporciona información sobre: aspectos vitais do paciente que puideron contribuír ao seu consumo de tóxicos, necesidades do paciente, planificar tratamentos e avaliar resultados. Consta de seis áreas diferentes: situación médica (16 ítems), situación laboral/soportes (26 ítems), consumo de alcohol/outras drogas (28 ítems), problemas legais (23 ítems), relacións familiares/sociais (26 ítems), estado psiquiátrico (22 ítems). Cada área contén ítems obxectivos e subxectivos (con puntuacións específicas), conxugándoos obtense unha puntuación de gravidade (de 0 a 9) que determina a necesidade ou non dun tratamento máis ou menos intensivo segundo cada puntuación.

Esta entrevista é heteroaplicada, a súa duración estímase entre 45–60 minutos, e recoméndase realizar un curso previo para a súa correcta utilización. O EuropASI foi utilizado con éxito en pacientes con problemas derivados do seu consumo de alcohol no noso país<sup>(33)</sup>.

A súa duración e complexidade reserva o EuropASI para consultas especializadas na valoración e tratamiento das adiccións.

#### **2.2.5. Interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos (ISCA) (Anexo 5)**

Este cuestionario, desenvolvido por Gual, A.<sup>(34)</sup>, permite detectar precozmente bebedores de risco que acoden ás consultas de atención primaria, para iso avalíase o patrón de consumo alcohólico semanal, regular e irregular. Consta de tres preguntas —consumo de alcohol, frecuencia do consumo, variacións entre días festivos e laborais—. Os consumos transfórmanse en UBE. Instrumento heteroaplicado cuxos puntos de corte son: 28 UBE semanais para homes e 17 para mulleres (valorando a situación nos casos entre 11 e 16).

Niveis de evidencia 1<sup>++</sup>, 2<sup>++</sup>, 2<sup>+</sup> permiten recomendar:

- G B** Grao de recomendación B: o cuestionario AUDIT pode ser utilizado en consultas de atención primaria para a cribaxe de problemas relacionados co alcohol.
- G B** Grao de recomendación B: o cuestionario CAGE pode ser utilizado en consultas de atención primaria para a cribaxe de problemas relacionados co alcohol sempre que vaia acompañado de medicións de patróns de consumo (por exemplo: ISCA).
- G C** Grao de recomendación C: o cuestionario MALT e o EuropASI deben reservase para confirmar diagnósticos e planificar estratexias terapéuticas en consultas especializadas.

Todas estas recomendacións indican a necesidade de explorar de forma rutinaria os consumos de alcohol de todos os pacientes que acoden tanto a consultas de atención primaria como de psiquiatría, e a mellor maneira de realizar esa exploración de forma eficaz é o uso de cuestionarios validados.

### 2.3. Detección a través de marcadores biológicos de consumo de alcohol

Existen hoxe en día diversos marcadores biológicos que poden ser utilizados para a detección de pacientes con problemas relacionados cos consumos de alcohol. Estes marcadores permiten abordar casos nos cales o paciente nega ou minimiza o consumo e para introducir unha motivación clara para controlar o consumo ou alcanzar a abstinencia, ademais permiten determinar a gravidade física do consumo e monitorizar a evolución; tamén se poden utilizar para detectar consumos excesivos en grandes grupos poboacionais. Actualmente non dispoñemos dun marcador individual cunha especificidade e sensibilidade suficiente para ser utilizado de forma individual, sendo máis recomendable a utilización dunha batería de marcadores<sup>35, 36, 37</sup>. Sempre é importante recordar que estas probas non miden

outras áreas, sociofamiliares ou psicopatolóxicas, onde o alcohol pode estar xerando problemas que xa xustifiquen unha intervención.

A continuación preséntanse os marcadores biolóxicos más utilizados:

### **2.3.1. Volume corpuscular medio (VCM)**

A elevación deste parámetro é o achado hematolóxico que con máis frecuencia se encontra en pacientes con problemas relacionados co alcohol. Parece estar relacionado con alteracións que o alcohol produciría de forma directa nos eritroblastos. Requiere consumos de alcohol elevados (máis de 60 gramos por día) durante períodos prolongados.

A sensibilidade desta proba sitúase ao redor do 20–50 %, cunha especificidade de 55–90 %<sup>(35, 38)</sup>. Existen unha serie de condicións médicas, algunas frecuentes en pacientes alcohólicos, que producen ou agravan esta elevación do VCM, e que deben ser tidas en conta á hora de interpretar os resultados dunha análise, estas condicións son: déficit de vitamina B ou ácido fólico (especialmente frecuente en pacientes alcohólicos), enfermedades hepáticas, tabaquismo e certos fármacos. O VCM require un período prolongado para normalizarse (isto é debido á longa vida media dos eritrocitos (uns 120 días)), unha vez que se alcanza a abstinencia, polo que non é un bo parámetro para medila a curto prazo.

### **2.3.2. Gammaglutamiltranspeptidase (GGT)**

A elevación da GGT é o parámetro biolóxico máis utilizado hoxe en día. É un bo indicador do aumento da actividade enzimática microsomal inducida polo alcohol. Dado que a GGT non é un enzima exclusivamente hepático (tamén se encontra no ril, no páncreas e no intestino delgado) existen unha serie de situacións clínicas alleas ao consumo de alcohol que poden aumentar os seus niveis en sangue como son: enfermedades hepatobiliares, procesos pancreáticos, insuficiencia cardíaca, diabetes, obesidade, tabaquismo, certos fármacos como as benzodiacepinas ou os anticonceptivos<sup>(35, 36, 37)</sup>.

A GGT presenta unha sensibilidade do 35–90 % e unha especificidade do 50–90 %<sup>(39, 35)</sup>. Se a GGT se elevou por un consumo excesivo de alcohol, a abstinencia de bebidas alcohólicas produce unha rápida diminución dela, normalizándose ao redor das 1-4 semanas (isto depende do nivel de alteración previo) pero presentando unha caída nos primeiros 5 días que é patognomónica<sup>(35, 39)</sup>.

### 2.3.3. Transaminases (GOT/GPT)

A transaminase glutámico–oxalacética (GOT ou ASAT) é un enzima intracelular presente no fígado, músculo estriado, ril e noutros tecidos orgánicos. A transaminase glutámico–pirúvica (GPT ou ALAT) é un enzima intracelular case exclusivamente hepático. A GOT pode elevarse en sangue por diversas patoloxías (afeccións musculares, infartos de miocardio, enfermidades renais e hepáticas) nas cales a súa elevación é parella ao grao de necrose celular. Pola súa parte a GPT elévase en procesos hepáticos crónicos ou agudos<sup>(35, 36, 37)</sup>.

A sensibilidade destes enzimas para detectar alteracións producidas por un consumo de alcohol sitúase ao redor do 10–40 % e a súa especificidade é inferior ao 50 %. Nas hepatopatías provocadas polo alcohol o cociente GOT/GPT acostuma ser superior a 2, ao contrario que noutras hepatopatías nas cales a GPT está máis elevada que a GOT<sup>(35, 36, 37)</sup>.

### 2.3.4. Transferrina deficiente de carbohidratos (CDT)

A CDT é unha transferrina cuxa concentración aumenta parella ao incremento do consumo de alcohol. Existen circunstancias alleas a este consumo, menos prevalentes que nas probas mencionadas anteriormente, que poden alterar esta proba: enfermidades hepáticas avanzadas, embarazo, déficits conxénitos e alteracións xenéticas. Para que a CDT apareza alterada requírense consumos superiores a 60 gramos por día durante polo menos unha semana<sup>(35, 39, 40)</sup>.

A súa sensibilidade para a detección de consumos excesivos de alcohol sitúase ao redor do 75–90 % (a máis elevada) e a súa especificidade ao redor do 70–100 %. Coa abstinencia de bebidas alcohólicas o seu valor normalízase nunhas dúas semanas<sup>(35, 39, 40, 41, 42)</sup>. Unha diminución igual ou superior ao 30 % da inicial indica unha redución significativa do consumo.

De todos estes marcadores a CDT parece o máis valioso, incluso se considera que a súa combinación coa GGT permite establecer un valor preditivo do 100 % en consumos superiores a 60 gramos de alcohol por día, porén esta proba non se realiza de forma rutineira no noso medio clínico, polo que se recomenda combinar os valores da GGT co VCM<sup>(35, 38, 43)</sup>.

*Niveis de evidencia 2+ permiten recomendar:*

**G  
B**

**Grao de recomendación B:** os marcadores biolóxicos de consumo excesivo de alcohol, especialmente a combinación da GGT e o VCM, débense utilizar en situacions de detección, tanto en atención primaria como en consultas especializadas, cando existan indicios de que a información que dá o paciente é pouco fiable. Estes marcadores non deben ser utilizados como única técnica de detección de problemas relacionados co consumo de alcohol.

Estes marcadores permitirán ademais aumentar a motivación do paciente e monitorizar os seus progresos.

### **2.3.5. Outras probas biolóxicas de interese**

Aínda que sen un obxectivo diagnóstico ou de detección, máis ben para avaliar o estado físico dun caso xa confirmado, recoméndase realizar a seguinte batería analítica<sup>(35)</sup>:

- Hemograma completo.
- Bioquímica xeral: función hepática (transaminases, GGT, bilirrubina total, fosfatases alcalinas), urea e creatinina, lípidos, glicosa, ácido úrico, elecrólitos, CPK, amilase.
- Análise de urina.
- VSG.
- Proteinograma.
- Estudo de coagulación.
- Marcadores de VHC e VHB e seroloxía luética.

### **2.3.6. Medición do consumo recente de alcohol**

Os marcadores biolóxicos presentados nos puntos anteriores permiten estudar consumos crónicos de alcohol, pero non son válidos para determinar consumos agudos del. En ocasións, como en dispositivos de emergencia, a detección dun consumo agudo pode ser a forma de detectar un paciente que presente problemas en relación co seu consumo de alcohol. Para realizar esta detección hai que determinar os niveis actuais de alcohol no organismo. Estes niveis pódense medir en sangue e en urina (os máis fiables; non se debe utilizar alcohol como antiséptico cutáneo cando se realice unha extracción sanguínea); ademais existen probas para a detección de alcohol en saliva, en aire espirado, en suor ou a nivel transdérmico. Niveis de alcohol en sangue de entre 100 (ataxia)–300 (alteracións do nivel de conciencia) mg/dl son suficientes de intoxicación alcohólica (níveis superiores a 150 mg/dl sen signos de intoxicación suxiren gran tolerancia ao alcohol), aínda que os problemas de atención e a euforia aparecen xa con niveis de 30 mg/dl, e con 50 mg/dl xa se poden presentar problemas de coordinación. As probas dan positivas ata 24 horas despois do consumo, o ritmo de aclaración do alcohol en sangue é duns 15 mg/100 ml hora<sup>(35)</sup>. A medición de alcohol a través do aire

espirado e a saliva é a forma máis sinxela de medir os niveis de alcohol en sangue e pode ser útil para monitorizar a abstinencia<sup>(44)</sup>.

*Niveis de evidencia 2<sup>+</sup>* permiten recomendar:

- G** **B** **Grao de recomendación B:** os dispositivos de emerxencia deben dispor de medios para poder medir de forma inmedia- ta os niveis de alcohol presentes no organismo.



Intervención breve

3



Na bibliografía referente ao tratamento dos problemas relacionados co alcohol as intervencións breves cobren un rango temporal que vai desde os 5 ata os 45 minutos. Non obstante, a maior parte dos estudos de efectividade realizados implicaban unha intervención de entre 5 e 20 minutos, cunha revisión breve para comprobar os resultados obtidos e afianzar a melloría<sup>(45)</sup>.

As siglas **FRAMES** resumen a esencia da intervención breve<sup>(45)</sup>:

- **Feedback** (retroalimentación): sobre un risco para a saúde e o benestar, físico e/ou psíquico, do paciente. O médico debe informar o paciente de forma neutra sobre as implicacións do seu consumo de alcohol no seu estado físico e/ou psíquico.
- **Responsability** (responsabilidade): o médico enfatía a necesidade de facerse responsable do problema para cambiar, o paciente é responsable de si mesmo e polo tanto libre de elixir entre modificar ou non as súas condutas.
- **Advice** (consello): o médico aconsella, ou recomenda de forma clara, sobre as necesidades de cambio nos hábitos do paciente no que ao seu consumo de alcohol se refire, indicando a necesidade de abstinencia ou dun consumo non de risco. Hai que evitar o estilo autoritario e mostrar apoio e comprensión.
- **Menu** (menú de cambio): o médico ofrécelle ao paciente un abano de posibilidades, o paciente escolle a que prefire. Ambos teñen que chegar a un acordo concreto (deter–reducir–estabilizar o consumo de alcohol), con obxectivos claros e medibles.
- **Empathy** (empatía): o médico debe buscar un ton empático, cálido, reflexivo e de apoio, evitando as actitudes condenatorias e a confrontación. Debe explorar co paciente as razóns que este ten para cambiar a súa forma de consumir bebidas alcohólicas.

- *Self efficacy* (auto-eficacia): o médico debe reforzar a confianza do paciente en si mesmo, débese mostrar seguro de que o paciente conseguirá alcanzar os seus obxectivos.

Estas intervencións demostraron a través de numerosos estudos e meta-análises a súa eficacia para reducir os consumos de risco en pacientes que acoden ás consultas de atención primaria durante un período dun ano<sup>(46-64)</sup>, non hai evidencias claras do que sucede despois dese período<sup>(65-69)</sup>. Estímase que é necesario tratar de 7 a 9 pacientes para conseguir reducir de forma eficaz o consumo de alcohol nun deles (isto demostra unha moi elevada eficacia, hai que recordar que é necesario tratar entre 40 e 125 pacientes hipertensos para previr un accidente cardiovascular en cinco anos nun deles)<sup>(49, 50, 70, 71)</sup>; agora ben, dado que só o 5 % dos pacientes que acoden a unha consulta de atención primaria son candidatos para esta intervención, é necesario realizar unha avaliación eficaz duns 1000 pacientes para que a intervención sexa eficaz<sup>(49, 51, 59, 60, 72)</sup>. Tampouco se demostrou con claridade canto debe durar a intervención para que esta sexa máis operativa e eficaz, é posible que intervencións de 5–10 minutos teñan a mesma eficacia que outras de 20 a 45 minutos<sup>(73-75)</sup>.

Os estudos presentan variacións no momento de realizar a intervención, algúns propoñen realizala o mesmo día da detección e outros prefieren concertar unha nova cita para iso<sup>(73-75)</sup>.

O uso dunha cita de revisión e de material impreso mellora os resultados da intervención<sup>(53)</sup>.

A intervención está descrita para pacientes con consumos de risco ou consumos prexudiciais que se identifican por primeira vez na consulta do médico de atención primaria<sup>(76)</sup>. Pacientes que cumplen criterios de dependencia ou que presentan comorbilidade psiquiátrica ou orgánica severa non son candidatos para esta intervención<sup>(76)</sup>.

Os estudos demostraron a necesidade de que o persoal de atención primaria que vaia realizar a intervención reciba o adestramento adecuado<sup>(77, 78)</sup>.

Estes modelos de intervención breve tamén demostraron a súa eficacia en servizos de urxencias<sup>(79, 80)</sup> e consultas de atención prenatal<sup>(81)</sup>.

*Niveis de evidencia 1<sup>++</sup>, 1<sup>+</sup>, 3, 4 permiten recomendar:*

**G A** **Grao de recomendación A:** os dispositivos de atención primaria deben aplicar intervencións breves para reducir ou controlar o consumo de alcohol daqueles pacientes aos que, durante a avaliación diagnóstica, se lles detecte un consumo de risco ou prexudicial. Estas intervencións non se deben aplicar a pacientes que presenten síntomas ou signos de dependencia ao alcohol ou que presenten comorbilidade psiquiátrica ou orgánica severa.

**G D** **Grao de recomendación D:** o persoal dos dispositivos de atención primaria que vaia aplicar estas intervencións debe recibir un adestramento específico nelas.

**G B** **Grao de recomendación B:** os servizos de urxencias e as consultas de atención prenatal deben aplicar estas intervencións breves cando detecten un paciente cun consumo de alcohol de risco ou prexudicial. Polo tanto, tamén deben recibir un adestramento adecuado.

### 3.1. Esquema dunha intervención breve

A continuación preséntase un esquema en que se sintetizan os pasos que hai que seguir durante unha intervención breve.

### Detección e avaliación do problema

- Técnica de entrevista, instrumentos de avaliação, disponibilidade de probas biolóxicas.
- ¿Detéctanse problemas durante a avaliação ou presenta o paciente un consumo de risco (en homes consumo diario superior a 40 g de etanol (5 UBE ou máis), e en mulleres consumo diario superior a 20 g de etanol (3 UBE ou máis) e/ou consumo semanal superior a 21 UBE semanas para homes, e a 14 UBE semanais para mulleres) ou prexudicial?

SI

NON

#### Non-intervención

Asegurar que non hai consumos esporádicos excesivos, ou problemas médicos que indiquen a necesidade de abstinencia alcohólica, ou historia familiar de alcoholismo.

#### Aplicar a intervención (FRAMES)

¿Móstrase o paciente interesado na intervención?

SI

NON

¿Presenta o paciente un cadro de dependencia, ou presenta comorbilidade orgánica ou psiquiátrica severa?

NON

SI

#### Determinar obxectivos

#### Derivar a Consultas Especializadas

#### Redución

- Establecer obxectivos medibles.
- Proporcionar información.
- Avaliar resultados.

#### Abstinencia

- Buscar apoio sociofamiliar.
- Considerar o uso de fármacos para tratar síntomas de abstinencia e para a deshabituación.
- Avaliar resultados.

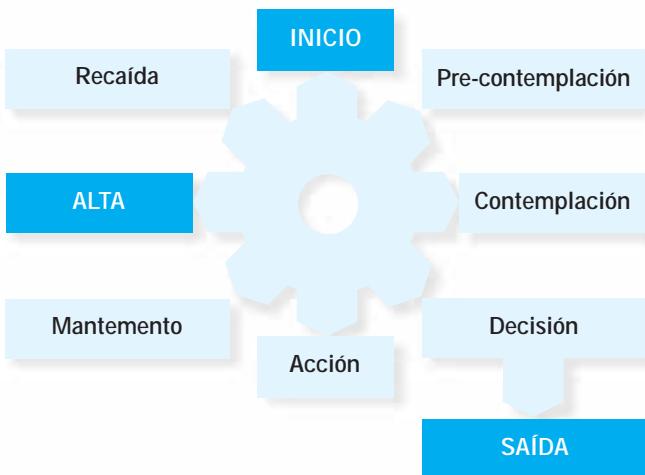
#### Revisión

Se non se conseguem obxectivos

### 3.2. O enfoque motivacional

A entrevista motivacional<sup>(19, 82)</sup> –un estilo de entrevista que evita xulgar e confrontar os pacientes e cuxo obxectivo é que o propio paciente xulgue as vantaxes e desvantaxes do seu consumo e aumente a súa eficacia á hora de reducir ou eliminar o consumo de bebidas alcohólicas— representa un estilo terapéutico que foi utilizado con éxito nas intervencións breves<sup>(82)</sup>.

Para aplicar os métodos da entrevista motivacional é necesario coñecer cal é a predisposición ao cambio do paciente cando acode por primeira vez á consulta. Os *Estadios do cambio* de Prochaska e Di Clemente ilustran as distintas posibilidades<sup>(83)</sup>:



Segundo a fase de cambio en que acuda o paciente as intervencións poden ser diferentes, tal e como se mostra no esquema da páxina 38.

- Cando se debe aconsellar abstinencia: se o paciente respondeu de forma afirmativa a 3 ou 4 preguntas do CAGE ou a súa puntuación no AUDIT supera os niveis de consumo de risco, se se trata dunha muller embarazada ou que planea ter fillos, se hai alteracións físicas relacionadas co consumo

### Paciente en pre-contemplación

*O paciente non cre que teña que cambiar os seus hábitos de consumo*

A través de preguntas abertas e unha actitude non axuizadora búscase que o paciente fale do seu consumo de alcohol. Mostrar empatía e crear discrepancia.

### Paciente en contemplación

*O paciente comprende o positivo e o negativo dos seus hábitos de consumo de alcohol, pero aínda non decidiu realizar cambios neles: móstrase ambivalente*

Valórarse de forma obxectiva se existen problemas relacionados co alcohol (entrevista, instrumentos, probas de laboratorio). Formar autoeficacia.

### Paciente en decisión

*O paciente decidiu que debe cambiar os seus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas.*

Determinanse obxectivos cuantificables (estabilización, redución ou abstinencia). Porporcionar información escrita ao paciente.

### Paciente en acción

*O paciente iniciou cambios nos seus hábitos de consumo.*

Autovixilancia a través dun diario de consumo, pautase unha visita de revisión para valorar o cumprimento dos obxectivos e redefinilos se é necesario. Implicar a rede social do paciente.

### Paciente en mantemento

*O paciente conseguiu cambiar os seus hábitos de consumo e debe consolidar as novas condutas.*

Seguimento segundo a situación do paciente. Valorar de forma positiva o conseguido polo paciente. Obter información da rede social do paciente.

de alcohol, se o paciente informa de amnesias lacunares en relación co consumo, intentos previos de redución falidos, historia familiar de alcoholismo, disfunción sociofamiliar en relación co consumo.

- Cando se debe aconsellar redución: se o paciente respondeu de forma afirmativa a 2 ou menos preguntas do CAGE ou a súa puntuación no AUDIT se sitúa nos niveis de consumo de risco ou o seu patrón de consumo diario e/ou semanal o sitúa nun consumo de risco. O paciente non presenta complicacións físicas, psíquicas ou sociofamiliares relacionadas co seu consumo de alcohol ou que se poidan ver agravadas polo consumo de alcohol.
- Cando se debe aconsellar estabilización: se o paciente responde de forma negativa a todas as preguntas do AUDIT ou a súa puntuación no AUDIT o sitúa na zona de "sen problemas". O paciente non presenta complicacións físicas, psíquicas ou sociofamiliares relacionadas co seu consumo de alcohol ou que se poidan ver agravadas polo consumo de alcohol.

Existe un instrumento autoaplicado deseñado para avaliar o estadio do cambio en que se encontra o paciente, *Readiness to Change Questionnaire (RCQ)*<sup>(84)</sup>, que dispón dunha versión española<sup>(85)</sup>.

*Niveis de evidencia 1<sup>+</sup>* permiten recomendar:

**G  
B**

**Grao de recomendación B:** as técnicas da entrevista motivacional deben ser aplicadas nas intervencións breves que se realicen en atención primaria destinadas a reducir, estabilizar ou suprimir os consumos de bebidas alcohólicas. Por iso é necesario que o persoal sanitario que se vaia involucrar nestas intervencións breves reciba o adestramento adecuado para dominar estas técnicas.

### 3.3. Derivación e seguimento

Aqueles pacientes detectados en atención primaria con consumos de alcohol problemáticos que presenten signos ou síntomas de dependencia ou que

presenten comorbilidade psiquiátrica ou orgánica severa, así como con aqueles outros nos cales as intervencións breves non fosen eficaces, deben ser derivados a un dispositivo asistencial específico para o tratamiento de problemas relacionados co alcohol. Estes dispositivos deben cumplir as seguintes características<sup>(86-90)</sup>:

- Dispor de profesionais especializados en aplicar distintas modalidades psicoterapéuticas: terapia cognitivo–condutual, terapia motivacional, terapia familiar, adestramento en habilidades de afrontamento e comunicación, programas de prevención de recaídas.
- Dispor de persoal médico cualificado para manexar os fármacos que demostraron a súa utilidade no mantemento da abstinencia.
- Manter un contacto estreito cos dispositivos de atención primaria: para axilizar as derivacións (o atraso asóciase claramente ao fenómeno do abandono terapéutico)<sup>(91-93)</sup>, para dar apoio a aqueles profesionais de atención primaria más involucrados nas intervencións breves e para organizar o seguimento dos pacientes.
- Manter un estreito contacto con servizos médicos especializados: para axilizar as derivacións cando aparecen problemas físicos severos que requieren a intervención de servizos médicos especializados (por exemplo: medicina interna, dixestivo, neuroloxía, etc)<sup>(94, 95)</sup>.
- Dispor de persoal cualificado para avaliar e tratar a comorbilidade psiquiátrica que poidan presentar os pacientes, recordando que en casos de comorbilidade con trastornos afectivos menores e de ansiedade está más indicado tratar primeiro e con más intensidade os problemas que poida ter xerado o alcohol<sup>(96, 97)</sup>.
- Manter un estreito contacto cos dispositivos hospitalarios e de urxencias: para poder programar ingresos cando sexa necesario e para coordinar de forma eficaz o plan de tratamiento dos pacientes que vaian ser dados de alta e requirran atención ambulatoria por presentar problemas relacionados co alcohol<sup>(94)</sup>.

Niveis de evidencia 1<sup>++</sup>, 1<sup>+</sup>, 2<sup>++</sup>, 3, 4 permiten recomendar:

**G  
A**

**Grao de recomendación A:** os pacientes detectados en atención primaria con consumos de alcohol problemáticos que presenten signos ou síntomas de dependencia ou que presenten comorbilidade psiquiátrica ou orgánica severa, así como aqueles outros nos cales as intervencións breves non fosen eficaces, deben ser derivados a un dispositivo asistencial específico para o tratamiento de problemas relacionados co alcohol. Estes servizos deben dispor do persoal e os medios adecuados para tratar a uns pacientes con numerosa comorbilidade.

**G  
B**

**Grao de recomendación B:** os dispositivos específicos deben manter unha estreita relación con atención primaria para axilizar as derivacións e garantir os seguimentos.

**G  
B**

**Grao de recomendación B:** os dispositivos específicos deben manter unha estreita relación cos servizos médicos especializados para garantir a avaliación e o tratamiento das posibles patoloxías físicas que presenten os pacientes.

**G  
B**

**Grao de recomendación B:** os pacientes con problemas derivados polo consumo de alcohol que á vez presenten un trastorno depresivo leve–moderado ou un trastorno de ansiedade deben ser tratados primeiro do problema derivado do consumo de alcohol.





Desintoxicación

4



A desintoxicación implica axudar o paciente a superar a posible síndrome de abstinencia que lle provoque o abandono do consumo de bebidas alcohólicas, é polo tanto o primeiro paso no proceso terapéutico. Para moitos pacientes este foi un obstáculo insuperable naquelhas ocasións en que decidiron intentar abandonar o consumo de alcohol sen axuda sanitaria.

A síndrome de abstinencia provocada polo cesamento ou a diminución de bebidas alcohólicas é un cadro que pode presentar os seguintes síntomas: desorientación, alteracións na atención, suores, insomnio, ansiedade, tremor, taquicardia, síntomas gastrointestinais, axitación, alteracións no contacto cos demais, alucinacións, ideas delirantes e crises convulsivas. A súa duración media é de 48 horas tras o último consumo. A causa deste cadro é a regulación á baixa do neurotransmisor GABA e á alta do neurotransmisor glutamato que produce o consumo crónico e habitual de alcohol<sup>(98)</sup>.

#### 4.1. Desintoxicación ambulatoria

A desintoxicación ambulatoria é a primeira opción que hai que considerar xa que:

- En pacientes con diagnóstico de dependencia ao alcohol non se encontraron diferencias ao cabo de seis meses (no que se refire a número de pacientes que permanecían en abstinencia) entre pacientes que realizaron a desintoxicación de forma ambulatoria e os que a realizaron ingresados<sup>(99, 100)</sup>.
- Tres de cada catro pacientes poden ser desintoxicados con éxito nun programa ambulatorio<sup>(99, 100)</sup>.
- O tratamiento ambulatorio é máis eficiente<sup>(99-104)</sup>.
- A maioría dos pacientes prefieren realizar a desintoxicación no seu domicilio<sup>(103)</sup>.

Sempre e cando o proceso de desintoxicación sexa supervisado de cerca por persoal sanitario experimentado, a desintoxicación ambulatoria debe ser a opción para aqueles pacientes que presenten un cadro de abstinencia de

leve a moderado. Non obstante, hai unha serie de situacíons nas cales o paciente debe ser derivado a un servizo hospitalario para realizar a desintoxicación<sup>(104, 105)</sup>:

- O paciente está confuso ou ten alucinacións.
- Ten historia previa de síndrome de abstinencia complicada (*delirium tremens*).
- Ten historia de crises convulsivas.
- Está desnutrido.
- Ten vómitos ou diarrea severa.
- Hai risco suicida.
- O grao de dependencia é alto e o paciente non pode acudir con frecuencia a revisións ambulatorias.
- Presenta síntomas de abstinencia, tremor agudo ou taquicardias, incontrolables con medicación oral.
- Ten un episodio agudo dunha enfermidade psiquiátrica comórbida.
- Presenta unha enfermidade física severa (cirrose).
- Presenta un abuso de múltiples substancias tóxicas.
- No seu ambiente sociofamiliar non ten os suficientes apoyos.
- Intentos de desintoxicación ambulatoria previa fracasaron.

*Niveis de evidencia 1<sup>++</sup>, 1<sup>+</sup>, 2<sup>++</sup>, 2<sup>-</sup>, 3 permiten recomendar:*

**G** **A** *Grao de recomendación A:* a desintoxicación dos pacientes con dependencia ao alcohol débese realizar de forma ambulatoria sempre que non existan causas que o contraindiquen. Esta desintoxicación debe ser supervisada por persoal sanitario con experiencia en desintoxicacións e que dispoña do tempo suficiente para seguir e avaliar cada caso de forma estreita.

## 4.2. Tratamentos farmacolóxicos para a desintoxicación

### 4.2.1. ¿Cando non é necesaria a medicación?

Aqueles pacientes que presentan unha dependencia leve non adoitan precisar medicación. Cando o consumo era inferior a 15 UBE por día en homes ou a 10 UBE por día en mulleres e o paciente non informa de síntomas recentes ou de consumos recentes para inhibir a síndrome de abstinencia tampouco acostuma ser necesaria a medicación<sup>(105)</sup>.

Nos bebedores que non consomen alcohol a diario non adoita ser necesaria a medicación a non ser que presenten consumos superiores a 20 UBE por día<sup>(105)</sup>.

*(Nivel de evidencia 4) é conveniente recomendar que:*

**G** **D** *Grao de recomendación D:* é conveniente valorar a necesidade de medicación. A aqueles pacientes que non se lles recete ningún tratamento é necesario informalos de que os primeiros días é posible que se sintan algo nerviosos e con algunas dificultades para conciliar o sono.

#### 4.2.2. Benzodiacepinas (BZD)

As BZD presentan unha tolerancia cruzada co alcohol, característica fundamental para ser fármaco de elección para tratar a síndrome de abstinencia provocada por un tóxico, e demostraron a súa eficacia en numerosos estudos controlados<sup>(106-113)</sup>, por iso son os fármacos de primeira elección. Dado que as BZD teñen os seus propios efectos secundarios (sobre todo as súas interferencias nos procesos de aprendizaxe e planificación) e que a síndrome de abstinencia alcohólica non é de duración prolongada, os réximes de tratamento ambulatorio con BZD non deben superar os 7–12 días<sup>(106-112)</sup>, aínda que en ocasións se produce unha síndrome de abstinencia prolongada ou tardía que require manter o tratamiento durante máis tempo.

Ningunha BZD demostrou unha eficacia superior ás outras no tratamento da abstinencia alcohólica, por iso a elección dunha ou outra BZD está determinada por outros aspectos como<sup>(106-113)</sup>:

- O diazepam (dose recomendada entre 30–80 mg por día, empezando con tres tomas ao día) é a BZD que más se asocia a consumos con fins adictivos e a intoxicacións más severas cando se mestura con alcohol. É preferible reservar esta BZD para uso hospitalario, especialmente se hai risco de crises convulsivas<sup>(114-120)</sup>.
- O clordiazepóxido (200–400 mg por día, empezando con catro tomas ao día) e o ketazolam (60–90 mg por día, empezando con dúas ou tres tomas ao día) e o clorazepato dipotásico (15–200 mg por día, empezando con catro tomas ao día) alcanzan a súa concentración plasmática sanguínea más lentamente, o que atrasa e diminúe o seu efecto psicoactivo e por iso o risco de abuso é menor. Dado que as presentacións do clordiazepoxido son de baixa dose, recoméndase a utilización do clorazepato dipotásico ou do ketazolam nos tratamentos ambulatorios<sup>(114-122)</sup>.
- O lorazepam (3–15 mg por día, empezando por tres tomas día) presenta unha metabolización hepática más rápida e que xera un metabolito inactivo, polo que é de elección en casos de insuficiencia hepática e en persoas de idade avanzada<sup>(123)</sup>.

*Niveis de evidencia 1<sup>++</sup>, 1<sup>+</sup>, 2<sup>++</sup>, 2<sup>+</sup>, 3, 4 permiten recomendar:*

**G A** **Grao de recomendación A:** as BZD son o fármaco de primeira elección na desintoxicación alcohólica. A elección dunha BZD non depende da súa maior ou menor eficacia para tratar esta síndrome, senón dos seus efectos secundarios e das características farmacolóxicas. A duración do tratamento non debe superar os 7 días.

#### 4.2.3. O clometiazol

O clometiazol (1.344–2.680 mg por día, empezando por catro tomas ao día) tamén demostrou a súa tolerancia cruzada co alcohol polo que é un tratamento eficaz para a síndrome de abstinencia alcohólica<sup>(122, 124, 125)</sup>. Non obstante, o clometiazol presentou un alto índice de interaccións mortais ao consumirse xunto con alcohol e numerosos problemas de tolerancia, polo que é pouco seguro en pautas ambulatorias; por outro lado non se recomenda en casos de insuficiencia hepática ou para persoas de idade avanzada<sup>(124, 125)</sup>.

*Niveis de evidencia 1<sup>-</sup>, 3, 4 permiten recomendar:*

**G D** **Grao de recomendación D:** o clometiazol non se debe usar en desintoxicacións alcohólicas ambulatorias como primeira opción terapéutica.

#### 4.2.4. Fármacos anticonvulsionantes

##### 4.2.4.1. Gabapentina

O mecanismo de acción exacto deste fármaco non se coñece, pero relaciónase cun aumento da acción do neurotransmisor GABA<sup>(126)</sup>, este efecto é o que,

a nivel teórico, apoia o o seu uso na síndrome de abstinencia alcohólica<sup>(127)</sup>. Diversos estudos abertos (monoterapia)<sup>(128-129)</sup> e un estudio controlado (combinada con clometiazol)<sup>(130)</sup> demostraron a súa eficacia, a dose de polo menos 1200 mg por día en tres tomas diarias. A gabapentina presenta un moi baixo risco de adicción, non produce alteracións cognitivas, e pode ser utilizada en pacientes con insuficiencia hepática ou alteracións hematológicas.

Niveis de evidencia 2 ; 3 permiten recomendar:

**G**  
**D**

**Grao de recomendación D:** a gabapentina é unha opción terapéutica de segunda elección para o tratamento da abstinencia alcohólica. Pacientes que presenten contraindicacións ás BZD ou nos cales a dose de BZD non se poida pautar ás súas doses más altas poderían beneficiarse dun tratamento en mono ou politerapia con gabapentina.

#### 4.2.4.2. Carbamazepina e oxcarbamazepina

A carbamazepina demostrou ser eficaz no tratamento da abstinencia alcohólica, tal vez a través do seu efecto *anti-kindling* implicado nos fenómenos biológicos que fan que cada novo episodio de abstinencia sexa máis grave<sup>(131)</sup>. A ausencia de potencial adictivo e a escasa afectación que para o seu metabolismo implica a disfunción hepática convértea nunha opción terapéutica segura para os tratamentos ambulatorios. É necesario ter en conta que o consumo de alcohol a grandes doses inhibe o metabolismo da carbamazepina.

Varios estudos randomizados demostraron a eficacia de carbamazepina en monoterapia e politerapia (dose de 200–400 mg tres veces ao día) no tratamiento da síndrome de abstinencia alcohólica<sup>(132-134)</sup>, de intensidade leve a moderada.

A oxcarbamazepina é un análogo da carbamazepina que non presenta os problemas de interaccións farmacolóxicas nin algúns dos efectos secundarios que presenta a primeira. Requiere doses un 50 % superiores á carbamazepina para ser eficaz<sup>(128)</sup>, e aínda que non hai estudos que demostren a súa

eficacia no tratamento da síndrome de abstinencia alcohólica, o seu mecanismo de acción análogo ao da carbamazepina fai supor a súa eficacia<sup>(128)</sup>.

*Niveis de evidencia 1-, 2++, 2+ permiten recomendar:*

- G** **B** **Grao de recomendación B:** a carbamazepina débese considerar unha segunda opción terapéutica para a desintoxicación alcohólica ambulatoria. Pacientes que presenten contraindicacións ás BZD ou nos cales a dose de BZD non se pode pautar ás súas doses más altas poderían beneficiarse dun tratamento en mono ou politerapia con carbamazepina. A oxcarbamazepina, aínda que presenta un prometedor futuro, non se debe considerar fármaco de elección para o tratamento da abstinencia alcohólica ata que se realicen estudos que demostren a súa eficacia.

#### 4.2.4.3. Ácido valproico

O ácido valproico demostrou en varios estudos controlados ser un tratamiento eficaz, en monoterapia ou politerapia, para o tratamento da síndrome de abstinencia alcohólica, en especial para casos graves<sup>(138-142)</sup> (doses de 500 mg, tres veces ao día).

*Niveis de evidencia 1-, 2++, 2+ permiten recomendar:*

- G** **B** **Grao de recomendación B:** o ácido valproico débese considerar unha segunda opción terapéutica para a desintoxicación alcohólica ambulatoria. Pacientes que presenten contraindicacións ás BZD ou nos cales a dose de BZD non se pode pautar ás súas doses más altas poderían beneficiarse dun tratamento en mono ou politerapia con ácido valproico.

#### 4.2.5. Suplementos vitamínicos

Os signos clásicos do déficit vitamínico do complexo B (confusión, ataxia, oftalmoplexia, nistagmo, alteracións da memoria, hipotermia–hipotensión, e en casos extremos coma) que forman a síndrome de Wernicke–Korsakov, non se manifestan abertamente ata que o déficit vitamínico é moi intenso e por iso pode ser pasado por alto. É por isto que o uso de fórmulas terapéuticas que conteñan un complexo vitaminado B é práctica rutineira na desintoxicación alcohólica<sup>(143-146)</sup>.

Se o paciente presenta algúns síntomas de Wernicke–Korsakov ou está nunha situación de risco (diarrea, vómitos, desnutrición severa, anorexia severa, enfermidades físicas graves) é necesario tratar o paciente con tiamina (B1) por vía parenteral, xa que por vía oral a tiamina só ten un tope de absorción ao redor dos 5–10 mg por día, o que impide tratar por esta vía as situacións de urxencia<sup>(144, 146)</sup>. O uso de ampolas intramusculares (2 ampolas de 100 mg por día durante tres días, e logo unha ata que se tolere o tratamento oral) é o que recomandan os expertos<sup>(146)</sup>. En pacientes que non estean en situacións de risco recoméndase o tratamiento oral (200–300 mg por día, en varias tomas para facilitar a absorción; é necesario recordar que o alcohol diminúa a súa absorción)<sup>(144, 143)</sup>.

Niveis de evidencia 1+, 4 permiten recomendar:



**Grao de recomendación B:** pacientes en tratamiento de desintoxicación alcohólica con síntomas, incluso leves, da síndrome de Wernicke–Korsakov ou en situación de risco para padecela deben recibir unha pauta de tiamina intramuscular.



**(Grao de recomendación D)** pacientes en tratamiento de desintoxicación alcohólica cunha dieta deficiente pódense beneficiar dun tratamento con vitaminas do grupo B por vía oral.



**(Grao de recomendación D)** pacientes cun problema de alcohol crónico, estean ou non en tratamiento para desintoxicarse, pódense beneficiar dun tratamento con vitaminas do grupo B por vía oral.

#### 4.2.6. Antipsicóticos

A diminución da actividad dopaminérxica durante o período de abstinencia, xunto coas alteracións térmicas e hepáticas e a diminución do límbar para padecer crises convulsivas desaconsella o uso de fármacos antipsicóticos no tratamento da abstinencia alcohólica. A única excepción é o *tiapride*, que demostrou eficacia en estudos controlados no tratamento da abstinencia alcohólica, e que se pode utilizar por vía intramuscular ou intravenosa (400 a 1.200 mg por día en varias tomas) con relativa seguridade. Por vía oral establecese unha dose máxima de 800 mg por día<sup>(136, 147-150)</sup>. O tiapride pode ser particularmente útil en pacientes con insuficiencia respiratoria ou pacientes que presentan síntomas psicóticos.

Niveis de evidencia 1·,2· permiten recomendar:

- G** Grao de recomendación C: o tiapride débese considerar unha segunda opción terapéutica para a desintoxicación alcohólica ambulatoria. Pacientes que presenten contraindicacións ás BZD ou nos cales a dose de BZD non se pode pautar ás súas doses más altas poderían beneficiarse dun tratamento en mono ou politerapia con tiapride.

#### 4.2.7. Betabloqueantes

Betabloqueantes como o propanolol ou o atenolol poden ser útiles para tratar certos síntomas da síndrome de abstinencia alcohólica, como a taquicardia ou o tremor. Non obstante o uso destes fármacos só se recomenda en politerapia, pois son inferiores ás BZD no control da sintomatoloxía que provoca a abstinencia alcohólica<sup>(151)</sup>.

Niveis de evidencia 1· permiten recomendar:

- G** Grao de recomendación C: os beta bloqueantes pódense utilizar como medicación complementaria na síndrome de abstinencia alcohólica para tratar síntomas como o tremor ou a taquicardia; pero nunca deben ser utilizados en monoterapia.

### 4.3. Outros aspectos relacionados coa desintoxicación ambulatoria

A desintoxicación ambulatoria exixe unha estreita vixilancia e monitorización da situación do paciente. Para facilitar ese labor existen instrumentos como a "Escala de valoración da intensidade da síndrome de abstinencia" (*Clinical Institute Withdrawal Assessment: CIWA-AR*)<sup>(152-153)</sup>, que permiten valorar a situación inicial do paciente e a súa evolución axustando o tratamento en función das puntuacións obtidas coa escala; está modalidade de redución de doses non demostrou ser, en consultas de atención primaria, máis eficaz que a diminución de doses en pautas fixas<sup>(154-158)</sup>.

*Niveis de evidencia 1+, 2+ permiten recomendar:*

**G  
B**

**Grao de recomendación B:** as pautas fixas de medicación para o tratamento da abstinencia alcohólica son o sistema que se recomenda para as consultas de atención primaria sempre que se poida realizar unha monitorización exhaustiva. As consultas especializadas presentan unha poboación de pacientes más heteroxénea que require en ocasións pautas de tratamiento más flexibles.

Os pacientes de idade avanzada poden presentar con máis facilidade un episodio confusional no contexto da abstinencia, sobre todo se padecen enfermedades crónicas. Por outro lado, a súa capacidade metabólica é menor; non obstante, non requieren coidados especiais durante o período de abstinencia e tamén son candidatos ao tratamento ambulatorio<sup>(158,159)</sup>.

*Niveis de evidencia 1+ permiten recomendar:*

**G  
C**

**Grao de recomendación C:** os pacientes de idade avanzada deben recibir o tratamento convencional para a síndrome de abstinencia alcohólica; nestes pacientes sempre se debe ter en conta á hora de planificar o tratamento as enfermedades crónicas que padece cada paciente.

#### 4.4. *Delirium tremens*

O *delirium tremens* é a principal complicación da síndrome de abstinencia alcohólica. Trátase dun episodio confusional agudo cuxa tríade sintomática clásica consiste en: diminución do nivel de conciencia, alucinacións que poden afectar calquera modalidade sensorial e tremor intenso (outros síntomas son: medo, delirios paranoides, delirios ocupacionais, axitación e insomnio, alta suxestionabilidade, hiperexcitabilidade do sistema nervioso autónomo con suores, anorexia, hipertensión, febre). O cadro aparece tras 24–150 horas despois da última consumición alcohólica, alcanzando un pico sintomático entre as 72 e as 96 horas, a súa duración é de 3 a 5 días. É frecuente o inicio nocturno. Trátase dun cadro que pode pór en perigo a vida do paciente, estimándose que un 5 % dos pacientes que ingresan con este cadro falecen (por colapso cardiovascular, deshidratación ou infeccións concomitantes) <sup>(11)</sup>.

Dada a gravidade deste cadro a súa sospeita a nivel ambulatorio implica unha derivación hospitalaria para confirmación de diagnóstico e ingreso se é necesario <sup>(105)</sup>.

Niveis de evidencia 4 permiten recomendar:

**G D** Grao de recomendación D: os servizos ambulatorios deben dispor de protocolos de derivación urgente de pacientes con sospeita de *delirium tremens*.

#### 4.5. Crises convulsivas (*Rum Fits*)

As crises convulsivas que aparecen en relación coa síndrome de abstinencia alcohólica adoitan ser tónico-clónicas, acostuman aparecer ás 7-48 horas da abstinencia cun pico de incidencia entre 12–24 horas. Os status epilépticos son infrecuentes e con respecto á epilepsia estas crises aparecen máis tardeamente <sup>(160)</sup>.

O tratamento das crises é a da síndrome de abstinencia, e non é preciso engadir ningún anticonvulsivante (como a fenitoína) como tratamiento de

mantemento para previr novas crises (esta práctica clínica non demostrou ser superior a placebo cando dos grupos de investigación se exclúen aqueles pacientes que tiñan un diagnóstico previo de epilepsia) <sup>(161)</sup>.

*Niveis de evidencia 2 ++ permiten recomendar:*



**Grao de recomendación B:** os pacientes que presenten crises convulsivas no contexto dunha síndrome de abstinencia alcohólica e non teñan antecedentes de epilepsia non requieren tratamento de mantemento cun anticonvulsivante.



Deshabituación

5



Unha vez completada a desintoxicación o paciente entra na fase de deshabituación. Nesta fase, que debe ser controlada por persoal especializado, o paciente debe neutralizar os mecanismos da adicción para logo concentrarse en previr as recaídas.

Diversos tratamentos farmacolóxicos e psicoterapéuticos demostraron a súa eficacia nesta fase; a continuación preséntanse aqueles que, ata a data, obtiveron un maior apoio nos estudos científicos.

## 5.1. Tratamentos farmacolóxicos

### 5.1.1. Naltrexona

O antagonista opioide naltrexona desenvolveuse para previr as recaídas en pacientes que completasen unha desintoxicación de opiáceos. Ten unha vida media dunhas 4 horas, aínda que o seu principal metabolito activo, o 6-β-naltrexol, alcanza as 12 horas de vida media. A naltrexona absórbese rapidamente alcanzando o pico plasmático aos 60–90 minutos tras a súa inxestión; sofre un primeiro paso hepático. O seu antagonismo opioide bloquea os efectos reforzantes do alcohol, mediados por receptores opioides, nos circuitos motivacionais cerebrais<sup>(162)</sup>.

A naltrexona, a doses de 50 mg por día, demostrou en numerosos estudos controlados a súa eficacia durante a fase de deshabituación alcohólica<sup>(163-176)</sup>. A naltrexona parece ser más eficaz evitando recaídas que promovendo a abstinencia. É posible que a naltrexona reduza o *craving* e a euforia asociada co consumo de bebidas alcohólicas. A naltrexona demostrou ser eficaz en combinación con intervencións psicosociais. É necesario indicar que os estudos realizados con naltrexona tiveron unha duración de 12 semanas de tratamiento e posteriormente de 12 semanas de seguimento. Son necesarios estudos que investiguen a utilidade terapéutica do fármaco pasadas as primeiras 12 semanas.

A naltrexona presenta un baixo índice de efectos secundarios, sendo as náuseas, que aparecen nun 10 % dos pacientes, o síntoma máis frecuente. Outros efectos secundarios son: cefalea (8 %), vertixe (4 %), nerviosismo (4 %), fatiga (4 %), insomnio (3 %), vómitos (3 %), ansiedadade (2 %) e somnolencia (2 %)<sup>(177)</sup>.

A naltrexona está contraindicada en pacientes que presenten unha dependencia a opiáceos ou que requiran fármacos analxésicos derivados do opio; é importante recordar o efecto antagonista opioide á hora de pautar un tratamento analxésico (o ácido acetilsalicílico, o paracetamol e o ibuprofeno son os indicados); se o tratamento analxésico con derivados do opio é imprescindible, é necesario deter o tratamiento con naltrexona e realizar un período de lavado de tres días. Dado que a naltrexona pode producir toxicidade hepática, ainda que este é un efecto dose-dependente que adoita aparecer con doses de 200 mg por día ou superiores, é necesario revisar periodicamente a función hepática, sobre todo se o paciente toma outros fármacos con potencial hepatotóxico (por exemplo o paracetamol ou o disulfiram) <sup>(177)</sup>.

A dose habitual é de 50 mg por día, en pacientes cun desexo recorrente de consumir alcohol a dose pode elevarse a 100 mg por día. O tratamento prográmase para os primeiros 3–6 meses, ainda que pode ser necesario prolongalo ata os 12 meses. Naltrexona pódese combinar con antidepresivos sen que aparezca un aumento de efectos secundarios ou interaccións. Antes de iniciar o tratamiento recoméndase un período de abstinencia de 5 a 7 días.

Niveis de evidencia 1 <sup>++</sup> permiten recomendar:

**G**  
**A**

**Grao de recomendación A:** a naltrexona, a doses de 50 mg por día, débese utilizar en pacientes con diagnóstico de dependencia alcohólica que cumpran os seguintes criterios: que estean médica e socialmente estables, que non teñan unha enfermidade hepática activa, que desexen tomar o fármaco, que non consuman derivados opioides legais ou ilegais, cuxo obxectivo terapéutico sexa a abstinencia e que reciban a naltrexona dentro dun programa de tratamiento psicosocial.

### 5.1.2. Nalmefeno

O nalmefeno é outro antagonista opioide de estrutura e actividade similar á da naltrexona. Estudos preliminares confirman a súa eficacia con menor risco

hepatotóxico. Son necesarios novos estudos que confirmen os datos preliminares. As doses sitúanse entre 20 e 80 mg por día<sup>(178, 179)</sup>.

*Niveis de evidencia 1<sup>+</sup> permiten recomendar:*

**G** Grao de recomendación B: o nalmefeno preséntase como unha alternativa eficaz á naltrexona, especialmente en casos en que se detecte unha enfermidade hepática activa.

### 5.1.3. Acamprosato

O acamprosato é un análogo estrutural do neurotransmisor GABA, con alta afinidade polos receptores gabaérxicos. O acamprosato modula a actividade gabaérxica e bloquea o receptor NMDA glutamatérxico, sobre todo a nivel do núcleo Accumbens, estrutura central nos sistemas motivacionais cerebrais<sup>(180, 181)</sup>.

O acamprosato non se metaboliza no fígado e expúlsase de forma preferente polo ril, cunha vida media de 18 horas. O seu efecto secundario máis frecuente é a diarrea (10 %). O acamprosato non parece interaccionar con outros psicofármacos<sup>(181-182)</sup>. O acamprosato necesita sete días para alcanzar niveis terapéuticos.

Estes efectos na neurotransmisión cerebral dotan dunha base teórica os resultados obtidos polo acamprosato en numerosos estudos de investigación controlados<sup>(182-193)</sup>. A dose de 1.332 mg por día (4 comprimidos por día en 3 tomas diárias) en pacientes cun peso inferior a 60 kg e de 1.998 (6 comprimidos por día en 3 tomas diárias) se o peso é superior a 60 kg o período de tratamiento nos estudos abarcou de 3 a 12 meses de terapia cun seguimento de ata 12 meses, mantendo o acamprosato a súa eficacia tras 6-12 meses de se ter suspendido a súa administración. Con estas doses e períodos de tratamiento, o acamprosato demostrou ser superior a placebo no que ao mantemento da abstinencia se refire<sup>(181-192)</sup>.

Non debe ser administrado a persoas con insuficiencia renal ou fallo hepático grave, ou a mulleres embarazadas ou en período de lactación.

Niveis de evidencia 1<sup>++</sup> permiten recomendar:



**Grao de recomendación A:** o acamprosato, coa dose segundo o peso corporal, débese utilizar en pacientes con diagnóstico de dependencia alcohólica que cumpran os seguintes criterios: que estean médica e socialmente estables, que non teñan unha insuficiencia renal activa, que desexen tomar o fármaco, que o seu obxectivo terapéutico sexa a abstinencia e que reciban o acamprosato dentro dun programa de tratamento psicosocial.

#### 5.1.4. Disulfiram

O disulfiram introducido en 1949 inhibe o enzima hepático aldehido deshidroxenase bloqueando o metabolismo do alcohol no estado de acetaldehido; este último acumúlase no organismo provocando unha reacción tóxica (*o efecto antabus*) que se caracteriza por: cefalea, suores, taquicardia–palpitacións, aumento da frecuencia respiratoria, arroibamento facial, náuseas, sensación subxectiva de calor, vómitos, sequidade da mucosa bucal e da garganta e malestar xeral. Inxestións elevadas de alcohol poden producir arritmias, hipotensión e desmaios. A reacción adoita empezar 10-30 minutos despois de consumir alcohol e dura varias horas. A reacción pode chegar a ser perigosa para pacientes coas seguintes patoloxías: fallo cardíaco, enfermedade coronaaria, insuficiencia hepática ou renal, insuficiencia respiratoria, hipertensión, diabetes ou epilepsia<sup>(194-199)</sup>.

Se se produce unha reacción severa con fallo cardiovascular hai que tombar o paciente coas pernas elevadas e debe administrárselle un vasopresor xunto con vitamina C ou un antihistamínico intravenoso.

Cando ao paciente se lle recepta o fármaco, a decisión de beber ou non só se toma unha vez ao día (no momento en que se decide tomar ou non tomar o fármaco). Se o toma sabe que experimentará a reacción negativa e iso axúdalo a resistir en posibles situacións en que deseche beber alcohol. Trátase dun proceso en que se vai producindo unha aprendizaxe secundaria.

A dose diaria é de 100 a 200 mg por día (os intentos de crear un implante subcutáneo fracasaron xa que a disponibilidade sanguínea do fármaco era moi irregular<sup>(200)</sup>) e require varios días para alcanzar un efecto pleno. Os seus efectos secundarios más frecuentes son: letarxía, fatiga, vómitos, halitose e sabor oral desagradable, impotencia e en ocasións dificultades respiratorias. O disulfiram interacciona con varios fármacos: aumenta o efecto das warfarinas, inhibe o metabolismo dos antidepresivos tricíclicos, da fenitoína e das BZD.

Dado que o efecto inhibidor do disulfiram se prolonga durante sete días é posible realizar unha pauta na cal o fármaco só se tome dúas veces por semana.

O disulfiram demostrou ser eficaz en situacóns en que o fármaco se utilizou con pacientes motivados dentro dun programa terapéutico<sup>(194-199)</sup>.

*Niveis de evidencia 2<sup>+</sup> permiten recomendar:*

**G C** **Grao de recomendación C:** o disulfiram débese utilizar en pacientes con diagnóstico de dependencia alcohólica que cumpran os seguintes criterios: que estean médica e socialmente estables; que non teñan as seguintes patoloxías: fallo cardíaco, enfermedade coronaria, insuficiencia hepática ou renal, insuficiencia respiratoria, hipertensión, diabete ou epilepsia; que desexen tomar o fármaco, que o seu obxectivo terapéutico sexa a abstinencia e que reciban o disulfiram dentro dun programa de tratamiento psicosocial.

*(Existe outro fármaco, a cianamida cálcica, que tamén inhibe a aldehido deshidroxenase. A dose terapéutica é de 50 mg cada 12 horas. A inhibición é máxima ás 2 horas e desaparece ao cabo de 24 horas. Os seus efectos secundarios son menores que os do disulfiram, pero apenas se realizaron estudos que demostren a súa eficacia fronte a placebo ou fronte a disulfiram).*

### 5.1.5. Inhibidores selectivos da recaptación de serotonina (ISRS)

Os ISRS son un grupo de antidepresivos cun perfil de efectos secundarios mellorado con respecto a antidepresivos más antigos (tricíclicos, tetracíclicos,

IMAOS). Dada a implicación do sistema serotoninérxico no control do estado de ánimo, da ansiedade e dos impulsos (funcións alteradas nos pacientes con dependencia alcohólica) e, tendo en conta a posible implicación do sistema serotoninérxico na resposta cerebral ao consumo de alcohol, realizarónse numerosos estudos controlados para comprobar a eficacia dos ISRS no tratamento da dependencia ao alcohol.

Os resultados dos estudos realizados en pacientes non deprimidos son inconsistentes; nalgúns casos os estudos reflectiron resultados positivos<sup>(201, 202)</sup>, noutrós os resultados foron iguais para o ISRS e para o placebo<sup>(203)</sup>, e noutrós os resultados foron incluso negativos<sup>(204, 205)</sup> —aumentando o consumo de alcohol en alcohólicos tipo B: más impulsivos, con maior disforia, e un cadro de dependencia alcohólica máis severo e máis precoz<sup>(206)</sup>—. Cando os pacientes presentaban un trastorno depresivo ou de ansiedade comórbido os resultados obtidos foron positivos<sup>(207)</sup>.

Niveis de evidencia 1 + permiten recomendar:



**Grao de recomendación B:** os ISRS non se deben utilizar como primeira opción para o tratamiento farmacolóxico durante a fase de deshabituación. O seu uso débese reservar para pacientes que cumpran criterios de depresión ou de ansiedade e non pertenezan ao subtipo B de alcoholismo.

*(O ondansetron, antagonista serotoninérxico 5-HT3, demostrou ser eficaz na fase de deshabituación de pacientes cun inicio precoz da dependencia alcohólica<sup>(208, 209)</sup>).*

### 5.1.6. Fármacos anticonvulsionantes

#### 5.1.6.1. Carbamazepina

A carbamazepina demostrou ser eficaz na fase de deshabituación nun estudio controlado<sup>(210)</sup>.

### 5.1.6.2. Ácido valproico

O ácido valproico demostrou ser eficaz na fase de deshabituación nun estudio controlado<sup>(211)</sup>.

### 5.1.6.3. Topiramato

O topiramato demostrou ser eficaz na fase de deshabituación nun estudio controlado<sup>(212)</sup>.

*Niveis de evidencia 1* permiten recomendar:

- G** Grao de recomendación C: os axentes anticonvulsivantes carbamazepina, ácido valproico e topiramato non reuniron ata a data suficiente evidencia científica para poder ser recomendados como fármacos de primeira elección no tratamento da deshabituación alcohólica; polo tanto o seu uso recoméndase en situacíons de comorbilidade, como tratamento adxunto ou se aparecen intolerancias aos fármacos de primeira elección.

### 5.1.7. Tiapride

O antagonista dopaminérgico D2 demostrou, nun estudio controlado, ser capaz de promover a abstinencia en pacientes alcohólicos con sintomatoloxía depresiva ou ansiosa. Non obstante, o seu perfil de efectos secundarios dificulta o seu uso prolongado<sup>(213, 214)</sup>.

*Niveis de evidencia 1* permiten recomendar:

- G** Grao de recomendación C: o tiapride non reuniu ata a data suficiente evidencia científica para poder ser recomendado como fármaco de primeira elección no tratamento da deshabituación alcohólica; polo tanto o seu uso recoméndase en situacíons de comorbilidade, como tratamento adxunto ou se aparecen intolerancias aos fármacos de primeira elección.

### 5.1.8. Combinacións terapéuticas

Dado que numerosos sistemas de neurotransmisión parecen estar implicados na dependencia ao alcohol e no proceso de recaída, é lóxico pensar que a combinación de varios fármacos para o tratamiento da dependencia alcohólica poida dar resultados superiores ao uso individual de cada un deses fármacos. Ademais, o uso de varios fármacos podería permitir reducir as doses eficaces de cada un aumentando a tolerancia ao tratamento ao diminuír os efectos secundarios dose dependente.

As combinacións ensaiadas en estudos controlados foron:

- Acamprosato e disulfiram: nun estudio dobre cego, disulfiram aumentou a eficacia de acamprosato ao incrementar o número de días que os pacientes permaneceron abstinentes. Porén, o tratamento con disulfiram non se aleatorizou senón que foi voluntario<sup>(190)</sup>.

Outras combinacións están sendo investigadas pero áinda non se publicaron resultados.

*Niveis de evidencia 1* · permiten recomendar:



**Grao de recomendación C:** as combinacións terapéuticas non reuniron ata a data suficiente evidencia científica para poder ser recomendadas como estratexias farmacolóxicas de primeira elección no tratamiento da deshabituación alcohólica; polo tanto o seu uso recoméndase en situacións de comorbilidade, en pacientes resistentes á monoterapia ou se aparecen intolerancias aos fármacos de primeira elección.

### 5.1.9. Aspectos clínicos dos fármacos indicados para a deshabituación alcohólica

- Os tratamentos descritos nesta epígrafe non producen un alivio inmediato dos síntomas.

- Os seus efectos beneficiosos prodúcense a longo prazo mantendo a abstinencia e previndo recaídas.
- Estes dous feitos unidos aos efectos reforzantes do consumo de alcohol e a que os pacientes non adoitan atribuír á medicación ningún papel no mantemento da abstinencia complican a adherencia ao tratamento. É por isto que o uso destes fármacos se debe realizar no contexto dun programa psicoterapéutico que garanta a adherencia.

## 5.2. Intervencións psicoterapéuticas

As terapias psicolóxicas son compoñentes críticos para o tratamento efectivo na fase de deshabituación do alcohol. A continuación preséntanse aqueles que obtiveron unha maior validación e aprobación científica. Cómpre recordar que os estudos que a continuación se mencionan foron realizados en dispositivos que garantían a formación e o adestramento dos seus terapeutas.

### 5.2.1. Reforzamiento comunitario

O *Community Reinforcement Approach (CRA)*<sup>(215)</sup> é un programa condutual que conta cun gran soporte empírico. Este modelo psicoterapéutico aplícase de forma individual ou en grupo, e é útil en medios ambulatorios e hospitalarios. O seu obxectivo é reducir o consumo de alcohol e mellorar o funcionamento social e laboral dos pacientes mediante as seguintes técnicas:

- Tratamento con disulfiram que supervisa un familiar do paciente; a adhesión refórzase mediante técnicas operantes.
- Adestramento en habilidades de comunicación. O paciente e as persoas más relevantes do seu medio adéstranse para crear unha rutina de actividades non relacionadas co alcohol. O medio do paciente reforza socialmente este programa. A intoxicación comporta a perda dese reforzo social.

- Creación dun “club social de abstemios” que ofrece actividades sociais e posibilidades de reinserción sociolaboral.
- Adestramento para se enfrentar aos desexos de beber e á presión social pro-consumo de alcohol.

Este modelo foi obxecto de numerosas investigacións controladas nas cales demostrou a súa eficacia<sup>(216-223)</sup>.

*Niveis de evidencia 1 +* permiten recomendar:



**Grao de recomendación B:** o *Community Reinforcement Approach* é unha modalidade psicoterapéutica que se debe considerar como primeira opción terapéutica no tratamiento de deshabituación alcohólica tanto en pacientes ambulatorios como en pacientes hospitalarios.

### 5.2.2. Manexo de contixencias

Nesta modalidade psicoterapéutica o consumo de alcohol enfócase como unha conduta operante mantida polos efectos biolóxicos do alcohol e o reforzo social. Esta situación intétase modificar ofrecendo reforzadores tangibles da abstinencia, eses reforzadores poden ser bens ou servizos.

Esta modalidade utilizouse máis noutras adiccións e por iso non hai suficientes estudos que avalen o seu uso nos problemas relacionados co alcohol<sup>(224-228)</sup>.

*Niveis de evidencia 1 -* permiten recomendar:



**Grao de recomendación C:** o manexo de continxencias débese considerar unha opción psicoterapéutica de segunda liña no tratamiento da deshabituación alcohólica.

### 5.2.3. Terapia de exposición a pistas

Para este modelo psicoterapéutico (*Cue Exposure Treatment, CET*), os estímulos neutros que se van asociando ao consumo de alcohol poden chegar a ser capaces de provocar respuestas condicionadas de consumo de alcohol. O obxectivo do tratamento é desactivar esa asociación de estímulos neutros – desexo de consumir alcohol.

Tanto os estudos realizados no laboratorio<sup>(229)</sup> como os realizados con poboación clínica<sup>(230-234)</sup> obtiveron resultados equívocos.

*Niveis de evidencia 1* permiten recomendar:



**Grao de recomendación C:** o manexo de continxencias débese considerar unha opción psicoterapéutica de segunda liña no tratamento da deshabituación alcohólica.

### 5.2.4. Adestramento en habilidades sociais e de afrontamento

Esta modalidade psicoterapéutica, enmarcada na corrente cognitivo-conductual, ten como obxectivo principal dotar o paciente de habilidades de comunicación que lle permitan enfrentarse e controlar situacións de risco, entendendo como tales situacións sociais en que estímulos concretos desencadean o desexo de consumir alcohol.

Numerosos estudos controlados<sup>(235-245)</sup> e meta-análises<sup>(246-250)</sup> avalan a efectividade desta intervención. Ademais, esta intervención demostrou mellorar os seus resultados cando se combina con fármacos como a naltrexona<sup>(251, 252)</sup> e o acamprosato<sup>(253)</sup>, aínda que non todos os estudos foron capaces de replicar eses achados<sup>(254)</sup>.

*Niveis de evidencia 1 ++* permiten recomendar:



**Grao de recomendación A:** o adestramento en habilidades sociais e de afrontamento débese considerar como primeira opción terapéutica no tratamento da deshabituación alcohólica.

*Niveis de evidencia 1 + permiten recomendar:*



**Grao de recomendación C:** o adestramento en habilidades sociais e de afrontamento débese considerar a modalidade psicoterapéutica ideal para combinar con tratamentos farmacológicos.

### 5.2.5. Prevención de recaídas

O programa psicoterapéutico de Marlatt e Gordon, *Relapse Prevention*, é unha variante do modelo cognitivo-conductual cuxa base teórico-práctica é traballar para detectar situacións de alto risco de recaída no consumo de alcohol; unha vez detectadas trabállase co paciente para poder afrontalas con garantías de éxito.

Diversos estudos controlados<sup>(164, 255-261)</sup> e meta-análises<sup>(247, 248, 262, 263, 264)</sup> avalan a utilización desta modalidade psicoterapéutica durante a fase de deshabituación alcohólica. Ademais, esta modalidade psicoterapéutica demostrou a súa eficacia no tratamiento dos pacientes más graves (con niveis de dependencia más intensos, comorbilidade psiquiátrica e peor apoio social) en comparación con outras intervencións<sup>(265)</sup>.

*Niveis de evidencia 1 + permiten recomendar:*



**Grao de recomendación A:** a prevención de recaídas débese considerar como primeira opción terapéutica no tratamiento da deshabituación alcohólica.

*Na páxina seguinte preséntase un esquema de modelo de prevención de recaídas, cos pasos que levan á recaída e as medidas coas que afrontar cada un deles e deter o proceso.*

### 5.2.6. Terapia condutual familiar

A terapia condutual familiar céñtrase en mellorar as capacidades de comunicación na familia. Esta terapia utiliza múltiples ferramentas dos modelos expostos con anterioridade e o seu aspecto diferencial é o traballo co paciente e os integrantes do seu medio familiar<sup>(266, 267)</sup>.

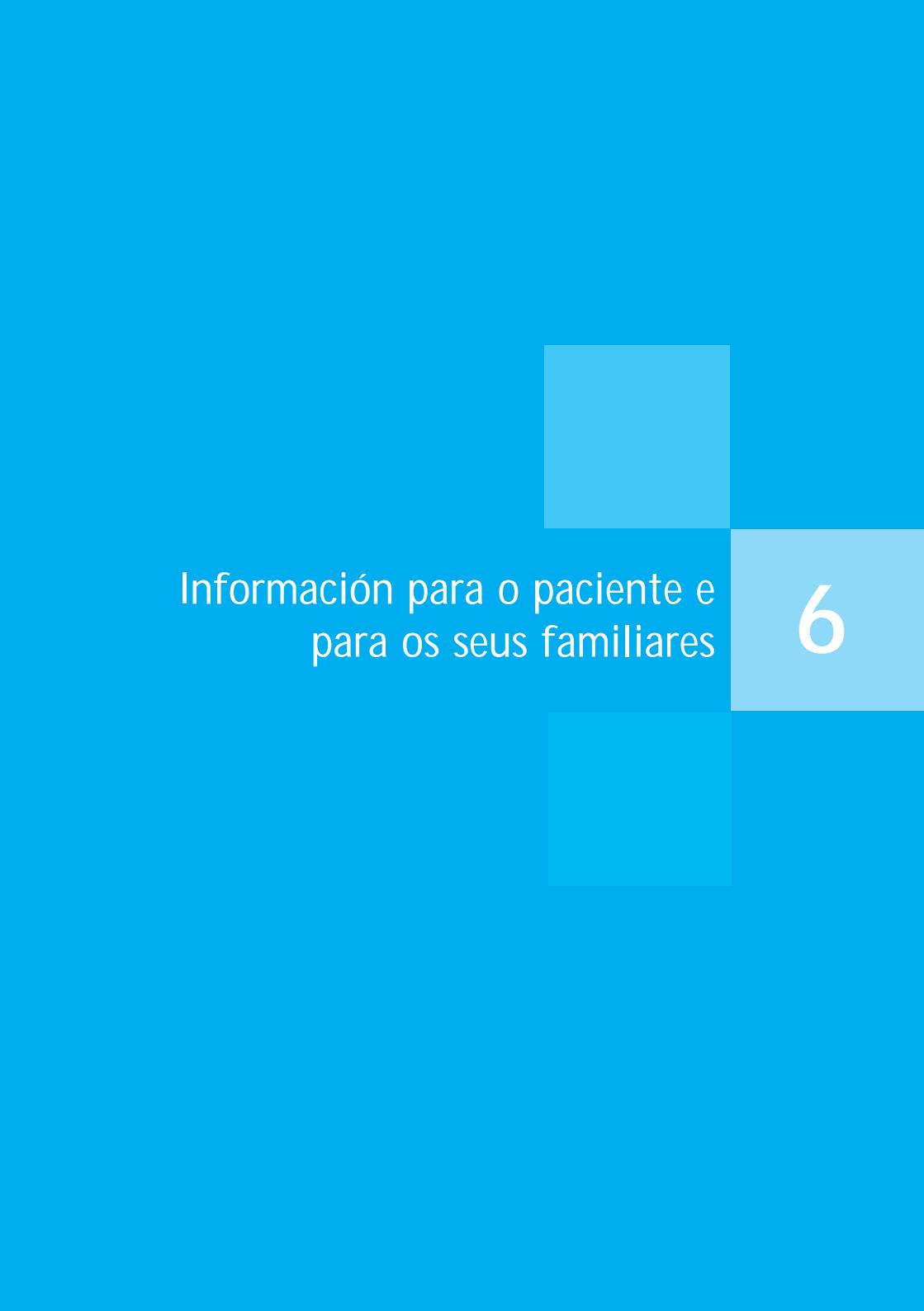
Diversos estudos controlados<sup>(221, 223, 268-275)</sup> e unha revisión dos estudos realizados<sup>(259)</sup> avalan o uso de técnicas de manexo familiar na deshabituación alcohólica.

*Niveis de evidencia 1 + permiten recomendar:*



**Grao de recomendación A:** a incorporación da familia, e en especial da parella, do paciente débese considerar como parte fundamental do tratamento da deshabituación alcohólica.





Información para o paciente e  
para os seus familiares

6



## 6.1. Información para desintoxicación ambulatoria

- Se decidiu deixar de beber alcohol é posible que durante os primeiros días se encontre nervioso, axitado, suorento ou con insomnio. Estes síntomas forman parte da síndrome de abstinencia alcohólica. Esta síndrome, que algunas persoas padecen ao deixar de beber, ou reducir o consumo, aparece tras un período longo tomando de forma regular bebidas alcohólicas. Para evitar estes síntomas tan desagradables o seu médico teralle receitado unha medicación. Dado que este síntoma alcanza a súa máxima intensidade ás 48 horas e desaparece ao redor dos 7 días, non necesitará o tratamento máis alá dese período de tempo. O seu médico explicaralle como debe tomar o tratamiento, siga as súas recomendacións.
- Ao deixar de beber bebidas alcohólicas a xente acostuma ter sede. Procure beber auga, leite e zumes de froitas pero sen excederse (2 litros ao día é suficiente), non se trata de "lavar" o alcohol que hai no corpo. Non beba máis de 3 cafés ou 5 tés ao día xa que ambas as bebidas conteñen cafeína que é un excitante e provoca nerviosismo e insomnio.
- Procure relaxarse. O máis importante agora é pasar este difícil período sen beber alcohol. Realice actividades que o distraian e o manteñan afastado do alcohol (pasear, escoitar música, etc). Procure realizar un pouco de exercicio (20 minutos á mañá e 20 á tarde, pero non faga exercicio despois das 20:00 horas).
- Incluso co tratamiento pode notar que ten dificultades para durmir, non se preocupe e, sobre todo, non volva beber alcohol para mellorar o seu sono. Trátase dunha situación transitoria que nuns días desaparecerá. Evite durmir durante o día.
- Recorde que o tratamiento que lle indicou o seu médico pode producir somnolencia, sobre todo os primeiros días, por iso procure non conducir nin realizar tarefas perigosas.

- Procure comer regularmente áinda que non teña moita fame, coma pequenas cantidades. O seu apetito recuperarase pronto.
- Se se sente moi somnolento non tome a seguinte dose.
- Busque o apoio dos seus familiares e amigos.
- Se está tomando outros medicamentos consulte o seu médico.

## 6.2. Normas de consumo moderado

- É recomendable que antes de iniciar un período de consumo moderado estea 2 ou 3 semanas sen beber nada de alcohol, desta forma é máis fácil comezar o consumo nos límites establecidos que se se vai reducindo a cantidade que se bebe gradualmente.
- Non beba máis de 3 UBE (300 ml de vino de mesa) se é un home e 2 UBE se é unha muller.
- Non beba máis de 4 días á semana.
- Non beba a soas.
- Beba sempre co estómago cheo.
- Non beba se se sente mal, especialmente se está deprimido.
- Beba soamente cando se sinta física e psíquicamente estable.
- Non pida outra bebida ata que remate que está consumindo.
- Beba a sorbos e apoie sempre o vaso entre sorbo e sorbo.
- Tarde polo menos 15 minutos en tomar cada consumición alcohólica; déalle polo menos 6 sorbos a cada bebida alcohólica.
- Intercala bebidas non alcohólicas coas consumicións que si teñan alcohol.

- Procure evitar as bebidas destiladas, especialmente as mesturas de bebidas destiladas con bebidas gasosas que conteñan cafeína.
- Pida consumicións con menor volume (curtos en vez de canas de cervexa; chupitos en vez de copas, etc.).
- Rexeite participar en roldas de bebida.
- Leve sempre un reconto do que xa bebeu.
- Procure levar a cabo actividades que sexan incompatibles co alcohol (practicar un deporte).
- Evite beber alcohol con persoas que consomen de forma excesiva e perden o control con facilidade.



# Información para grupos de poboación específicos

7



## 7.1. Persoas implicadas en actividades de risco

Se nas súas actividades cotiás manexa maquinaria, vehículos, explosivos ou armas de fogo; ou se practica ou supervisa actividades deportivas que impliquen un risco para a integridade física das persoas, debe evitar as bebidas alcohólicas antes e durante esas actividades.

Recorde que incluso pequenas cantidades de alcohol poden afectar os seus reflexos e a súa capacidade de xugar o perigo e de intervir se sucede algúnsa complicación.

Canto máis alcohol consuma máis tardará o seu corpo en eliminarlo. En xeral, o noso corpo necesita unha hora para eliminar unha UBE (uns 100 ml de viño de mesa) e se a cantidad que bebeu é importante o tempo de eliminación de cada UBE será aínda maior.

## 7.2. Persoas responsables de establecementos onde se serven bebidas alcohólicas

Debe vostede promover un consumo responsable evitando servir alcohol a persoas xa intoxicadas. Se unha persoa con signos de intoxicación pide unha nova bebida suxíralle que tome unha consumición sen alcohol. Supervise o consumo das persoas novas. Dispoña de comida para os seus clientes. Intenta que os seus clientes alternen bebidas non alcohólicas coas consumicións que si teñan alcohol. Procure dispor dun medio de transporte seguro para aqueles clientes que non poidan conducir.

## 7.3. Persoas que teñen algún familiar con problemas relacionados co alcohol

Se algún familiar directo (pai, nai, irmáns, avós, tíos ou primos) seu tivo ou ten problemas co alcohol debe vostede vixiar a cantidad de alcohol que toma, xa que é posible que teña vostede unha maior vulnerabilidade ao alcohol. Procure non beber todos os días da semana.

#### 7.4. Persoas que padecen enfermidades mentais

O consumo de alcohol empeora as enfermidades mentais (en especial a depresión, e dentro da depresión a ideación suicida) e entorpece os seus tratamentos. Por iso, se vostede está a tratamiento por padecer algunha enfermidade mental evite tomar bebidas alcohólicas.

Se é vostede unha persoa ansiosa evite combater esa ansiedade tomando alcohol, xa que, aínda que a curto prazo o alcohol pode controlar esa ansiedade, a longo prazo empeorará o seu estado de ánimo e diminuirá a súa capacidade de responder aos problemas diarios xeradores de ansiedade, provocando un empeoramento da ansiedade.

Recorde que o alcohol altera o sono. Abonda con tomar unha consumición alcohólica para que se produzcan espertares precoces que empeoran a calidade do sono.

#### 7.5. Persoas que toman algunha medicación de forma crónica ou puntual

Lea o prospecto do medicamento, mesmo se se trata dun producto de medecina natural, e verifique se o fármaco interacciona ou non co alcohol. Se toma calquera fármaco con efectos sedantes (ansiolíticos, hipnóticos, analxésicos derivados do opio) suspenda o consumo de bebidas alcohólicas mentres tome o tratamento.

Se toma vostede varios tratamentos o risco é sempre superior.

Ante calquera dúbida consulte o seu médico ou o seu farmacéutico.

#### 7.6. Persoas da terceira idade

Coa idade a capacidade do corpo para eliminar o alcohol diminúe e isto fai que as persoas maiores toleren peor o alcohol. Ademais, as persoas maiores presentan más patoloxías crónicas, o que as obriga a tomar combinacións de fármacos de forma continuada; estas combinacións farmacolóxicas

implican un maior risco de interaccións co alcohol. Por outro lado, o risco de fracturas debido a caídas aumenta coa idade.

Por todo isto recoméndase que as persoas maiores non beban máis dunha UBE ao día, sempre e cando non presenten enfermidades ou tomen medicinas que impliquen a necesidade dunha abstinencia total.

## 7.7. Persoas novas (18–25 anos)

As persoas novas son as que máis risco teñen de presentar complicacións agudas en relación con consumos excesivos de alcohol (accidentes, pelexas, sexo inseguro e condutas suicidas).

Cómpre que compares os efectos beneficiosos do alcohol a curto prazo (a desinhibición e a euforia) cos riscos que ese consumo de alcohol implica.

Lee con atención o ANEXO 7.2. e utiliza aquellas estratexias que sexan más útiles para controlar o teu consumo de alcohol.

## 7.8. Adolescentes

A capacidade dun adolescente para tolerar o alcohol depende do seu grao de desenvolvemento físico e psíquico. En xeral a súa capacidade é inferior á dos adultos, ademais fáltalles a experiencia dos adultos no manexo do consumo de alcohol.

En xeral, canto antes se empeza a beber alcohol máis risco hai de ter problemas relacionados co alcohol no futuro.

Se decides non beber alcohol busca o apoio doutros que tomasen a mesma decisión ca ti. Bebe o menos posible. Busca o consello dos adultos da túa familia se tes algunha dúbida con respecto ao alcohol.

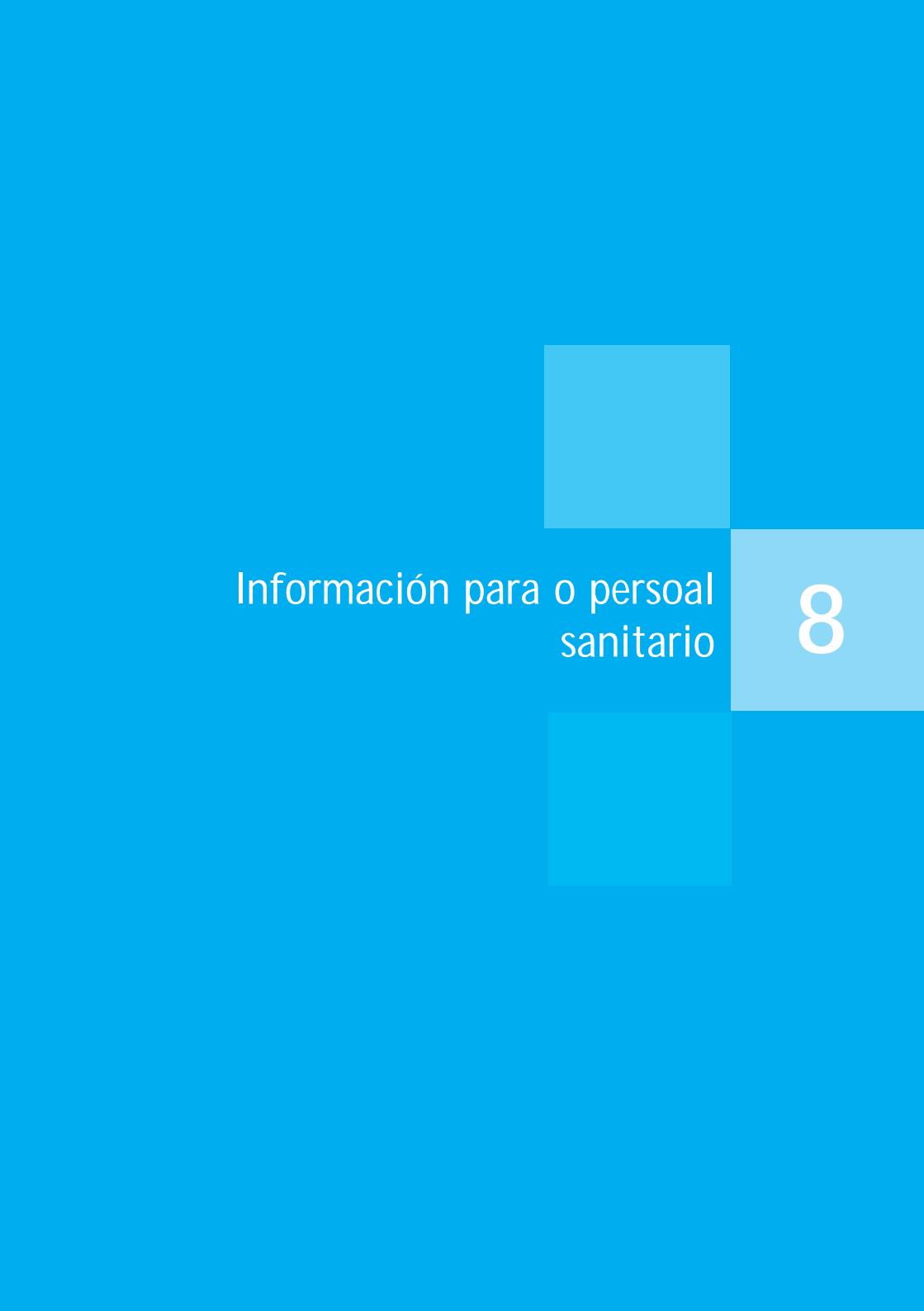
## 7.9. Mulleres embarazadas ou que desexan quedar embarazadas

O alcohol atravesa a placenta e alcanza o sistema circulatorio do neno, isto pode afectar o seu desenvolvemento, especialmente durante as primeiras semanas do embarazo. Non se sabe con exactitude a partir de que niveis de alcohol aparece o risco de malformacións, por iso o mellor é non beber alcohol durante o embarazo.

Se a pesar desta información decide beber alcohol durante o seu embarazo non debe beber máis dunha UBE ao día.

Xa que as primeiras semanas son as más críticas, aquelas mulleres que poñan quedar embarazadas tamén deberían aplicar estas normas de consumo.

Estas normas tamén son aplicables a mulleres que estean dando lactación materna aos seus fillos, xa que pequenas achegas de alcohol no leite materno causan irritabilidade, perda de apetito e alteracións do sono aos nenos.



## Información para el personal sanitario

8



## 8.1. Principais interaccións entre o alcohol e os fármacos<sup>(276, 277)</sup>

### 8.1.1. Analxésicos

- Salicilatos: o alcohol potencia o seu efecto ulceroxénico ao aumentar a secreción gástrica. A inxestión de AAS aumenta a disponibilidade do alcohol ao diminuir a actividade da ADH gástrica.
- Paracetamol: a inxesta aguda de alcohol aumenta a súa vida media; a inxesta crónica de alcohol, ao actuar sobre o CYP2E1 diminúe a súa vida media. O risco de toxicidade é elevado debido a ese efecto enzimático e a que, en casos de malnutrición secundaria a un alcoholismo crónico, os niveis de glutatión e de glicosa poden ser baixos o que dificulta a metabolización do paracetamol. É por isto que o uso de paracetamol en persoas que consomen alcohol de forma crónica está contraindicado.
- Derivados do opio: potenciación do efecto depresor sobre o SNC.

### 8.1.2. Anestésicos

- Halotano–Enfluorano: o alcohol atrasa a súa metabolización ao interferir na función do CYP2E1 aumentando a súa toxicidade.

### 8.1.3. Antiandroxénicos

- Ciproterona: o alcohol reduce o seu efecto clínico.

### 8.1.4. Antiarrítmicos

- Procainamida: o alcohol reduce a súa vida media.
- Disopiramida: o alcohol aumenta a súa aclaración renal.

### 8.1.5. Antiasmáticos

- Teofilinas: o alcohol aumenta as súas concentracións plasmáticas e o seu efecto farmacolóxico.

### 8.1.6. Anticoagulantes

- Dicumarol: a inxesta aguda de alcohol potencia o seu efecto anticoagulante; a inxesta crónica de alcohol reduce o seu efecto anticoagulante.
- Warfarina: a inxesta crónica de alcohol reduce o seu efecto anticoagulante.

### 8.1.7. Antidiabéticos

- Insulina: o alcohol potencia o efecto hipoglicemiante da insulina ao reducir a gliconeoxénese hepática.
- Sulfonilureas: o alcohol potencia o seu efecto hipoglicemiante.
- Biguanidas: o alcohol potencia o seu efecto hipoglicemiante.
- *Efecto antabus*: tolbutamida, clorpropamida.

### 8.1.8. Antihipertensivos

- Antagonistas do calcio: o alcohol aumenta os efectos farmacolóxicos de felodipino e nimodipino; o verapamilo aumenta a concentración de alcohol e ten *efecto antabus*.
- Vasodilatadores (guanetidina, hidralazina, metildopa): o alcohol aumenta o seu efecto vasodilatador.
- Nitratos: o alcohol aumenta o seu efecto hipotensor.
- Propanolol: o alcohol reduce os seus efectos farmacolóxicos.

### 8.1.9. Antihistáminicos

- H-1: o alcohol aumenta os seus efectos depresores sobre o SNC.
- H-2: a cimetidina inhibe o sistema microsomal hepático potenciando os efectos do alcohol.

### 8.1.10. Antiinfecciosos

- Doxiciclina: o alcohol reduce o seu efecto antimicrobiano.
- *Efecto antabus*: metronidazol, griseofulvina, ketoconazol, furazolidona, quinacrina, isoniazida, cloramfenicol e as cefalosporinas.

### 8.1.11. Antineoplásicos

- Metrotrexate: o alcohol aumenta a súa toxicidade hepática.

### 8.1.12. Antiparkinsonianos

- Bromocriptina: o alcohol aumenta os seus efectos tóxicos.

### 8.1.13. Psicofármacos

- Antipsicóticos: o alcohol aumenta a depresión do SNC que producen estes fármacos. A inxesta de alcohol en pacientes que tomen antipsicóticos e que á vez padezan de asma, EPOC ou outros problemas respiratorios pode ser fatal.
- Barbitúricos: o alcohol aumenta a depresión do SNC que producen estes fármacos. A dose letal dos barbitúricos redúcese a un 50 % se á vez se inxire alcohol.
- Benzodiazepinas: o alcohol aumenta a depresión do SNC que producen estes fármacos nun 20-30 %. Ademais, grandes cantidades de alcohol inhiben o metabolismo das BZD.

- IMAOS: estes fármacos inhiben a ADH potenciando os efectos do alcohol. O alcohol aumenta a síntese catecolaminérgica no SNC.
- Mianserina: o alcohol aumenta a depresión do SNC que produce este fármaco.
- Fenitoína: consumos elevados de alcohol inhiben a metabolización enzimática da fenitoína, é importante recordar este aspecto cando o paciente inicia un tratamento de desintoxicación–deshabituación alcohólica.
- Trazodona: o alcohol aumenta a depresión do SNC que produce este fármaco.
- Antidepresivos tricíclicos: o alcohol aumenta a depresión do SNC que producen estes fármacos. Tanto o alcohol como estes fármacos reducen o limiar convulsivo.

## 8.2. Recursos para a entrevista motivacional

### 8.2.1. O discurso motivacional

- Expressar empatía: a empatía baséase no respecto. É necesario aceptar e escutar o punto de vista do paciente. O médico debe intentar comprender a situación do paciente, sen criticar, xulgar ou condenar. A ambivalencia á hora de decidir abandonar unha conduta como é o consumo excesivo de alcohol é unha actividade psicolóxica normal, non é unha conduta patolóxica. Todo isto non significa darlle a razón ao paciente e aprobar o seu consumo excesivo de alcohol.
- Desenvolver discrepancia: a maior parte dos pacientes recoñecen os efectos adversos que o consumo excesivo de alcohol xera nas súas vidas. Desenvolver discrepancia implica intensificar, amplificar e acentuar a percepción, cognitiva e emocional, deseos efectos negativos. Frente a eles hai que situar obxectivos familiares, sociais, laborais e de saúde que se poden ver prexudicados polos efectos negativos do consumo de alcohol. É conveniente buscar exemplos recentes dese efecto prexudicial.

- Evitar a confrontación: a confrontación directa volve o paciente remiso ao cambio. É preferible traballar sempre desde a óptica do paciente. Frases como: "vostede é un alcohólico", "vostede mente" só obstaculizan o cambio.
- Traballar a resistencia: a resistencia ao cambio debe ser presentada como un fenómeno normal e natural, aínda que superable, da experiencia humana. A motivación para vencer esa resistencia ten que xurdir do paciente. As ameazas, más ou menos veladas, débense evitar.
- Estimular a confianza nun mesmo: o paciente debe confiar nas súas posibilidades para controlar o seu consumo de alcohol. A esperanza e a confianza son ingredientes fundamentais. O médico debe estimular a idea de que un cambio no comportamento é posible, especialmente cando o paciente se fai responsable dese cambio.
- Clarificar obxectivos: o médico debe axudar o paciente a establecer obxectivos realistas, alcanzables e medibles.
- Axuda activa: o médico, aínda respectando a liberdade de decisión do paciente, non se debe comportar de forma pasiva. O seu obxectivo é manter a terapia en marcha e por iso, non só debe informar e aconsellar, senón que tamén ten que facilitar o acceso ás citas e debe intentar recuperar o paciente se este abandona a terapia.

### 8.2.2. Técnicas motivacionais

Para conseguir este cambio no comportamento son útiles as seguintes técnicas:

- Empregar preguntas abertas como: ¿Que é o que lle preocupa acerca da súa forma de beber?, ¿Como cre que o podo axudar?
- Utilizar a escucha reflexiva para concentrarse nas preocupacións e ambivalencias do paciente con respecto aos seus hábitos de bebida: xa vexo, escóitoo, cónteme máis acerca diso.

- Facer que o paciente analice os efectos positivos e negativos tanto de beber alcohol, como de deixar de facelo.
- Reforzar con mensaxes de apoio o relato do paciente para inspirar confianza: conseguiu reducir o seu consumo en pouco tempo, podo entender porque bebe, agradézolle que sexa tan sincero nesta entrevista.
- Destacar do discurso do paciente mensaxes promotores de cambio:
  - Recoñecemento de problemas: "nunca me din conta do moito que bebo, é posible que estea correndo un risco estúpido".
  - Manifestacións de preocupación: "estou preocupado polo que a miña familia poida pensar de min".
  - Intencións de cambio: "non sei cómo, pero quero intentar cambiar".
  - Optimismo: "podo facelo, vou solucionar este problema".

AS TÉCNICAS MOTIVACIONAIS PÓDENSE

RESUMIR NA SEGUINTE FRASE:

UNHA PERSOA CRE O QUE SE ESCOITA DICIR A SI MESMA.



Desenvolvimento desta  
guía clínica

9



Os niveis de evidencia presentes nesta guía clínica obtívéreronse a través dunha revisión sistemática da literatura realizada nas seguintes bases de datos: *Medline*, *Embase*, *Healthstar*, *Cinahl*, *PsychINFO* e *The Cochrane Library*. O período temporal abranguido vai de 1990 a 2003, incluíndo artigos anteriores ao ano 1990 cando se consideraron de alto interese. Esta busca foi complementada con material dos seguintes textos:

PÉREZ, A.; FERNÁNDEZ, J.R.; FERNÁNDEZ, C.; AMIGO, I.: *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide, 2003.

BOBES, J.; CASAS, M.; GUTIÉRREZ, M.: *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Médica, 2003.

BERGLUND, M.; THELANDER, S.; JONSSON, E.: *Treating alcohol and drug abuse*. Wienheim: Wiley–VCH, 2003.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.; COOK, Ch.: *The treatment of drinking problems*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

SANTO–DOMINGO, J.; JIMÉNEZ–ARRIERO, M.A.: *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones*. Sociedade Española de Psiquiatría, 2003.

SOCIEDADE ESPAÑOLA DE ALCOHOLISMO: *Manual SET de alcoholismo*. Madrid: Editorial Panamericana, 2003.

HEATHER, N.; STOCKWELL, T.: *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems*. Chichester: Wiley and Sons, 2004.



- 1** GRIFFITH, E.; MARSHALL E.J.; COOK C.C.: *Assessment as the beginning of therapy*. En "The Treatment of Drinking Problems a guide for the helping professions fourth edition". Cambridge: Cambridge University Press 2003: 234-262.
- 2** CORRAO, G.; BAGNARDI, V.; ZAMBON, A.; ARICO, S.: *Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis*. Addiction 1999; 94(10): 1551-1573.
- 3** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA SAÚDE: *CIE-10, Décima Revisión da Clasificación Internacional das Enfermidades*. Madrid: Organización Mundial da Saude 1992.
- 4** ECHEBURÚA, E.: *Abuso de Alcohol*. Madrid: Síntesis 2001.
- 5** STOCKWELL, T.; HODGSON, R.; EDWARDS, G.; TAYLOR, C.; RANKIN, H.: *Developmental of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence*. Br J Addiction 1979; 74: 79-87.
- 6** RUBIO, G.; UROSA, B.; RUBIO, M.C.; ULIBARRI, S.; MATA, F.: *Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia al alcohol en población española*. An Psiquiatría 1996; 12: 285-289.
- 7** RUBIO, G.; UROSA, B.; SANTO DOMINGO, J.: *Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol*. Psiquiatría Biológica 1998; 5(supl 1): 44-47.
- 8** LIEBRE, C.S.: *Medical disorders of alcoholism*. New England Journal of Medicine 1995; 333: 1058-1065.
- 9** SJÖGREN, H.; ERIKSSON, A.; AHLIM, K.: *Role of alcohol in unnatural deaths: a study of all deaths in Sweden*. Alcohol: Clinical and Experimental Research 2000; 24: 1050-1056.
- 10** WETTERLING, T.; VELTRUP, C.; DRIESSEN, M.; JOHN, U.: *Drinking pattern and alcohol-related medical disorders*. Alcohol and Alcoholism 1999; 34: 330-336.
- 11** LISHMAN, W.A.: *Toxic Disorders*. Organic Psychiatry, Tercera Edición. Oxford: Blackwell Science 1998: 594-638.
- 12** FARRELL, M.; HOWES, S.; TAYLOR, C. et al: *Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey*. Addictive Behaviours 1998; 23: 909-918.
- 13** HELZER, J.E.; PRYZBECK, T.R.: *The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment*. Journal of studies on Alcohol 1988; 49: 219-224.
- 14** KESSLER, R.C.; CRUM RM.; WARNER LA.; NELSON CB.; SCHULENBERG J.; ANTHONY JC.: *Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey*. Archives of General Psychiatry 1997; 54: 313-321.
- 15** REID, A.L.; WEBB, G.R.; HENNIKUS, D.; FAHEY, P.P.; SANSON-FISHER, R.W.: *Detection of patients with high alcohol intake by general practitioners*. British Medical Journal 1986; 293: 735-738.
- 16** CANNING, U.P.; KENNELL-WEBB S.A.; MARSHALL, E.J.; WESSELY, S.C.; PETERS, T.J.: *Substance misuse in acute general medical admissions*. Quarterly Journal of Medicine 1999; 92: 319-326.
- 17** ROLLNICK, S.; KINNERSLEY, P.; STOT, N.: *Methods of helping patients with behaviour change*. British Medical Journal 1993; 307 (6897): 188-190.
- 18** BABOR, T.F.; STEINBERG, K.; ANTON, R.; DEL BOCA, F.: *Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials*. Journal of Studies of Alcohol 2000; 61(1):55-63.
- 19** MILLER, W.R.; ROLLNICK, S.: *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidos 1999.
- 20** EWING, J.A.: *Detecting Alcoholism, the CAGE questionnaire*. J Am Med Assoc 1984; 252: 1905-1907.
- 21** RODRÍGUEZ-MARTOS, A.; NAVARRO, R.; VECINO, C.; PÉREZ, R.: *Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo*. Drogalcohol 1986; 11: 132-139.
- 22** BRADLEY, K.A.; BOYD-WICKIZER, J.; POWELL, S.H.; BURMAN, M.L.: *Alcohol screening questionnaires in woman: a critical review*. JAMA 1998; 280 (2): 166-171.
- 23** FIELLIN, D.A.; REID, M.C.; O'CONNOR, P.G.: *Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review*. Arch Intern Med 2000; 160(13): 1977-1989.
- 24** AERTGEERTS, B.; BUNTINX, F.; ANSOMS, S.; FEVERY, J.: *Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population*. Br J Gen Pract 2001; 51(464): 206-217.
- 25** SAUNDERS, J.B.; AASLAND, O.G.; BABOR, T.F.; DE LA FUENTE, J.R.; GRANT, T.I.: *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II*. Addiction 1993; 88: 791-804.
- 26** RUBIO, G.; BERMEJO, J.; CABELLERO, M.C.; SANTO DOMINGO, J.: *Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de*

- alcohol (AUDIT) en atención primaria. Rev Clin Esp 1998; 198: 11-14.
- 27 BRADLEY, K.A.; BUSH, K.R.; McDONELL, M.B.; MALONE, T.; FIHN, S.D.: *Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT*. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. J Gen Intern Med 1998; 13(6): 379-388.
- 28 FEURLEIN, W.; RINGER, C.; KÜFNER K.A.: *Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkollismus (MALT)*. München Med Wochr 1977; 119: 1275-1282.
- 29 RODRÍGUEZ-MARTOS, A.; SUÁREZ, R.: *MALT (Münchner Alkoholismus Test)*. Validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. Rev Psiquiatr Psicol. Mend 1984; 16: 421-432.
- 30 RODRÍGUEZ-MARTOS, A.: *Alcoholismo: diagnóstico, concepto, motivación y tratamiento*. En BECOÑA, E.; RODRÍGUEZ, A.; SALAZAR, I. eds. "Drogodependencias". V. Avances. Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións da Universidade de Santiago de Compostela 1999.
- 31 KOKKEVI, A.; HARTGERS, C.: *European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence*. Eur Addict Res 1995; 1: 208-210.
- 32 BOBES, J.; GONZÁLEZ, M.P.; SÁIZ, P.A.; BOUSÓN, M.: *Índice europeo de severidad de la adicción: EuroASI*. Versión Española. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría. 1996; 201-218.
- 33 GONZÁLEZ, M.P.; SÁIZ P.A.; BOUSÓN, M.; BOBES, J.: *Evaluación de la gravedad de la conducta alcohólica*. Psiquiatría Biológica 1998; 5 (Supl 1): 40-43.
- 34 GUAL, A.; CONTEL, M.; SEGURA, L.; RIBAS, A.; COLOM, J.: *El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo*. Med Clin 2001; 117: 685-689.
- 35 SANTO-DOMINGO, J.; JIMÉNEZ-ARRIERO, M.A.: *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Adicciones*. Euromedice ediciones médicas 2003.
- 36 CHAN, A.W.K.: *Biochemical markers for alcoholism*. En WINDLE, M.; SEARLES, J.S. eds. "Children of alcoholics". New York: The Guilford Press 1990: 39-72.
- 37 SANTO-DOMINGO, J.; RUBIO, G.; MARÍN, J.J.; MARTÍNEZ, M.I.; AMALICH, F.: *Transferrina deficiente en carbohidratos y otros marcadores de consumo de alcohol en el hospital general*. Revista Clínica Española 1997; 197(9): 627-630.
- 38 CONIGRAVE, K.M.; SAUNDERS, J.B.; WHITFIELD, J.B.: *Diagnostic tests for alcohol consumption*. Alcohol and Alcoholism 1995; 30: 61-66.
- 39 CONIGRAVE, K.M.; DEGENHARDT, L.J.; WHITFIELD, J.B.; SAUNDERS, J.B.; HELANDER, A.; TABAKOFF, B.: *CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project*. Alcohol Clin Exp Res 2002; 26(3): 332-339.
- 40 ANTON, R.F.; STOUT, R.L.; ROBERTS, J.S.; ALLEN, J.P.: *The effect of drinking intensity and frequency on serum carbohydrate—deficient transferrin and gamma—glutamyl transferase levels in outpatient alcoholics*. Alcohol Clin Exp Res 1998; 22(7): 1456-1462.
- 41 SCOULLER, K.; CONIGRAVE, K.M.; MACASKILL, P.; IRWIG, L.; WHITFIELD, J.B.: *Should we use carbohydrate—deficient transferrin instead of gamma—glutamyl transferase for detecting problem drinkers? A systematic review and metaanalysis*. Clin Chem 2000; 46(12): 1894-1902.
- 42 SALASPURO, M.: *Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review*. Alcohol 1999; 19(3): 261-271.
- 43 HOEKSEMA, H.L.; DE BOCK, G.H.: *The value of laboratory tests for the screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients*. Alcohol Clin Exp Res 1998; 22(6): 1300-1311.
- 44 BATES, M.E.; MARTIN, C.S.: *Immediate, quantitative estimation of blood alcohol concentration from saliva*. J Stud Alcohol 1997; 58(5): 5331-5338.
- 45 BIEN, T.H.; MILLER, W.R.; TONIGAN, J.S.: *Brief interventions for alcohol problems: a review*. Addiction 1993; 88(3): 315-335.
- 46 KAHAN, M.; WILSON, L.; BECKER, L.: *Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review*. CMAJ 1995; 152(6): 851-859.
- 47 WILK, A.I.; JENSEN, N.M.; HAVIGHURST, T.C.: *Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers*. J Gen Intern Med 1997; 12(5): 274-283.
- 48 SENFT, R.A.; POLEN, M.R.; FREEBORN, D.K.; HOLLIS, J.F.: *Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers*. Am J Prev Med 1997; 13(6): 464-470.
- 49 OCKENE, J.K.; ADAMS, A.; HURLEY, T.G.; WHEELER, E.V.; HEBERT, J.R.: *Brief physician—and nurse practitioner—delivered counseling for high-risk drinkers: does it work?*. Arch Intern Med 1999; 159 (18): 2198-2205.

- 50** WHO Brief Intervention Study Group. Am J Public Health 1996; 86(7): 948-955.
- 51** FLEMING, M.F.; BARRY, K.L.; MANWELL, L.B.; JOHNSON, K.; LONDON, R.: *Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices.* JAMA 1997; 277(13): 1039-1045.
- 52** HEATHER, N.: *Using brief opportunities for change in medical settings.* En MILLER, R.W.; HEATHER, N. eds. "Treating Addictive behaviors", 2<sup>nd</sup> edition. New York: Plenum Press 1998: 133-148.
- 53** MULLEN, P.D.; SIMON-MORTON, D.G.; RAMIREZ, G.; FRANKOWSKI, R.F.; GREEN, L.W.; MAINS, D.A.: *A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors.* Patient Educ Couns 1997; 32(3): 157-173.
- 54** WALLACE, P.; CUTLER, S.; HAINES, A.: *Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption.* Br Med Journal 1988; 297: 663-668.
- 55** FREEMANTLE, N.; GILL, P.; GODFREY, C.: *Brief interventions and alcohol use.* Effective Health Care Bulletin 1993; 7: 1-14.
- 56** KANER, E.F.S.; HEATHER, N.; McAVOY, B.R.; LOCK, C.A.; GILVARRY, E.: *Interventions for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners.* Alcohol and Alcoholism 1999; 34: 559-566.
- 57** KANER, E.F.S.; LOCK, C.A.; McAVOY, B.R.; LOCK, C.A.; GILVARRY, E.: *A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners.* Br J Gen Practice 1999; 49: 699-703.
- 58** POIKOLAINEN, K.: *Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis.* Prev Med 1999; 28(5): 503-509.
- 59** ANDERSON, P.; SCOTT, E.: *The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men.* Br J Addict 1992; 87(6): 891-900.
- 60** SCOTT, E.; ANDERSON, P.: *Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption.* Drug Alcohol Rev 1990; 10(4): 313-321.
- 61** WHO Brief Intervention Study Group. *A Cross-National Trial of Brief Interventions With Heavy Drinkers.* American Journal of Public Health 1996; 86: 948-955.
- 62** CÓRDOBA, R.; DELGADO, M.T.; PICO, V.; ALTSIENT, R.; FORES, D.; MONREAL, A.; FRISAS, O.; LÓPEZ DEL VAL, A.: *Effectiveness of Brief Intervention on Non-Dependant Alcohol Drinkers (EBIAL): A Spanish Multi-Centre Study.* Journal of Family Practice 1998; 15: 562-568.
- 63** FLEMING, M.F.; MUNDT, M.P.; FRENCH, M.T.; MANWELL, L.B.; STAUFFACHER, E.A.; BARRY, K.L.: *Benefit-Cost Analysis of Brief Physician Advice With Problem Drinkers in Primary Care Settings.* Medical Care 2000; 38: 7-18.
- 64** KAHAN, M.; WILSON, L.; BECKER, L.: *Effectiveness of Physician-Based Interventions With Problem Drinkers: A Review.* Canadian Medical Associate Journal 1995; 152: 851-859.
- 65** AALTO, M.; SAKSANEN, P.; LAINE, P.; FORSSSTROM, R.; RAIKAA, M.; KIVILUOTO, M.: *Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized controlled study.* Alcohol Clin Exp Res 2000; 24(11): 1680-1686.
- 66** AALTO, M.; SEPPÄ, K.; MATTILA, P.; MUSTONEN, H.; RUUTH, K.; HYVARINEN, H.: *Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized controlled study.* Alcohol Alcohol 2001; 36(3): 224-230.
- 67** WUTZKE, S.E.; CONIGRAVE, K.M.; SAUNDERS, J.B.; HALL, W.D.: *The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up.* Addiction 2002; 97(6): 665-675.
- 68** FLEMING, M.F.; MUNDT, M.P.; FRENCH, M.T.; MANWELL, L.B.; STAUFFACHER, E.A.; BARRY, K.L.: *Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis.* Alcohol Clin Exp Res 2002; 26(1): 36-43.
- 69** KRISTENSON, H.; OHLIN, H.; HULTEN-NOSSLIN, M.B.; TRELL, E.; HOOD, B.: *Identification and Intervention of Heavy Drinking in Middle-Aged Men: Result and Follow-Up of 24-60 Months of Long-Term Study With Randomized Controls.* Alcohol Clin Exp Res 1983; 7: 203-209.
- 70** KRISTENSON, H.; OSTERLING, A.; NILSSON, J.A.; LINDEGARDE, F.: *Prevention of alcohol-related deaths in middle-aged heavy drinkers.* Alcohol Clin Exp Res 2002; 26(1): 36-43.
- 71** PSATY, B.M.; SMITH, N.L.; SISCOVICK, D.S.; KOEPSELL, T.D.; WEISS, N.S.; HECKBERT, S.R.: *Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analysis.* JAMA 1997; 277(9): 739-745.
- 72** RICHMOND, R.; HEATHER, N.; WODAK, A.; KEHOE, L.; WEBSTER, I.: *Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for*

- excessive drinking. *Addiction* 1995; 90(1): 119-132.
- 73** MAISTO, S.A.; CONIGLIARO, J.; McNEIL, M.; KRAEMER, K.; CONIGLIARO, J.L.; KELLEY, M.E.: *Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers*. *J Stud Alcohol* 2001; 65(5): 605-614.
- 74** KANER, E.F.; LOCK, C.A.; MCAVOY, B.R.; HEATHER N.; GILVARRY, E.: *A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners*. *Br J Gen Pract* 1999; 49(446): 699-703.
- 75** LOCK, C.A.; KANER, E.F.; HEATHER, N.; McAVOY, B.R.; GILVARRY, E.: *A randomized trial of three marketing strategies to disseminate a screening and brief alcohol intervention programme to general practitioners*. *Br J Gen Pract* 1999; 49(446): 699-703.
- 76** MOYER, A.; FINNEY, J.W.; SWEARINGEN, C.E.; VERGUN, P.: *Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment —seeking and non-treatment— seeking populations*. *Addiction* 2002; 97(3): 279-292.
- 77** KANER, E.F.; WUTZKE, S.; SAUNDERS, J.B.; POWELL, A.; MORAWSKI, J.; BOUIX, J.C.: *Impact of alcohol education and training on general practitioners diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study*. *J Stud Alcohol* 2001; 62(5): 621-627.
- 78** KANER, E.; LOCK, C.; HEATHER, N.; McNAMEE, P.; BOND, S.: *Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: a cluster randomised controlled trial*. *Patient educ Couns* 2003 in press.
- 79** MONTI, P.M.; COLBY, S.M.; BARNETT, N.P.; SPIRITO, A.; ROHSENOW, D.J.; MYERS, M.: *Brief interventions for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department*. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67(6): 989-994.
- 80** PETERS, J.; BROOKER, C.; McCABE, C.; SHORT, N.: *Problems encountered with opportunistic screening for alcohol-related problems in patients attending an accident and emergency department*. *Addiction* 1998; 93(4): 589-594.
- 81** CHANG, G.; WILKINS-HAUG, L.; BERMAN, S.; GOETZ, M.A.: *Brief intervention for alcohol use in pregnancy: a randomized trial*. *Addiction* 1999; 94(10): 1499-1508.
- 82** DI CLEMENTE, C.C.; PROCHASKA, J.O.: *Towards a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviors*. MILLER, W.R.; HEATHER, N. eds. "Treating Addictive Behaviors", 2<sup>nd</sup> Edition. New York: Plenum Press 1998: 133-148.
- 83** DUNN, C.; DEROO, L.; RIVARA, F.P.: *The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review*. *Addiction* 2001; 96(12): 1725-1742.
- 84** ROLLNICK, S.; HEATHER, N.; GOLD, R.; HALL, W.: *Development of a short readiness to change questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers*. *B J Addict* 1992; 87: 743-754.
- 85** RODRÍGUEZ-MARTOS, A.; RUBIO, G.; AUBÁ, J.; SANTO-DOMINGO, J.; TORRALBA, L.I.; CAMPILLO, M.: *Readines to change questionnaire: Reliability study of its Spanish versión*. *Alcoh Alcoholism* 2000; 35: 270-275.
- 86** SLATTERY, J.; CHICK, J.; COCHRANE, M.; CRAIG, I.; GODFREY, C.; KOHLI, H.: *Prevention of relapse in alcohol dependence*. Glasgow: Health Technology Board for Scotland 2003. Health technology assesment report 3.
- 87** DEEHAN, A.; MARSHALL, E.J.; STRANG, J.: *Tackling alcohol misuse: opportunities and obstacles in primary care*. *Br J Gen Pract* 1998; 48(436): 1779-1182.
- 88** DRUMMOND, D.C.; THOM, B.; BROWN, C.; EDWARDS, G.; MULLAN, M.J.: *Specialist versus general practitioners treatment of problem drinkers*. *Lancet* 1990; 336(8270): 915-918.
- 89** WEISNER, C.; MERTENS, J.; PARTHASARATHY, S.; MOORE, C.; LU, Y.: *Integrating primary medical care with addiction treatment a randomized controlled trial*. *JAMA* 2001; 286(14): 1715-1723.
- 90** SAMET, J.H.; FREIDMANN, P.; SAITZ, R.: *Benefits of linking primary medical care and substance services: patient, provider, and society perspectives*. *Arch Intern Med* 2001; 161(1): 85-91.
- 91** LEIGH, G.; OGBORNE, A.C.; CLELAND, P.: *Factors associated with patient dropout from an outpatient alcoholism treatment service*. *J Stud Alcohol* 1984; 45(4): 359-362.
- 92** REES, D.W.; BEECH, H.R.; HORE, B.D.: *Some factors associated with compliance in the treatment of alcoholism*. *Alcohol Alcohol* 1984; 19(4): 303-307.
- 93** REES, D.W.: *Health beliefs and compliance with alcoholism treatment*. *J Stud Alcohol* 1985; 46(4): 517-524.
- 94** HILTON, M.E.; MAISTO, S.A.; CONIGLIARO, J.; McNIEL, M.; KRAEMER, K.; KELLEY, M.E.: *Improving alcoholism treatment across the*

- spectrum of services. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; 25(1): 128-35.
- 95 STOUT, R.L.; RUBIN, A.; ZWICK, W.; ZYWIAK, W.; BELLINO, L.: *Optimizing the cost-effectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring*. *Addict Behav* 1999; 24(1): 17-35.
- 96 DRAKE, R.E.; MERCER-MCFADDEN, C.; MUESER, K.T.; MCHUGO, G.J.; BOND, G.R.: *Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders*. *Schizophr Bull* 1998; 24(4): 589-608.
- 97 HELLERSTEIN, D.J.; ROSENTHAL, R.N.; MINER, C.R.: *A prospective study of integrated outpatient treatment for substance-abusing schizophrenic patients*. *Am J Addict* 1995; 4(1): 33-42.
- 98 DIAMOND, I.; GORDON, A.S.: *Cellular and molecular neuroscience of alcoholism*. *Physiol Rev* 1997; 77: 1-20.
- 99 HAYASHIDA, M.; ALTERMAN, A.I.; MCLELLAN, A.T.; O'BRIEN, C.P.; PURTILL, J.J.; VOLPICELLI, J.R.: *Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome*. *N Engl J Med* 1989; 320(6): 358-365.
- 100 BENNIE, C.: *A comparison of home detoxification and minimal intervention strategies for problem drinkers*. *Alcohol Alcohol* 1998; 32(2): 157-163.
- 101 KLIJNSMA, M.P.; CAMERON, M.L.; BURNS, T.P.; McGUIGAN, S.M.: *Out-patient alcohol detoxification-outcome after 2 months*. *Alcohol Alcohol* 1995; 30(5): 669 - 673.
- 102 BARTU, A.; SAUNDERS, W.: *Domiciliary detoxification: a cost effective alternative to inpatient treatment*. *Aust J Adv Nurs* 1994; 11(4): 12-18.
- 103 STOCKWELL, T.; BOLT, L.; MILNER, I.; PUGH, P.; YOUNG, I.: *Home detoxification for problem drinkers: acceptability to clients, relatives, general practitioners and outcome after 60 days*. *Br J Addict* 1990; 85(1): 61-70.
- 104 COLLINS, M.N.; BURNS, T.; VAN DEN BERK, P.A.; TUBMAN, G.F.: *A structured programme for out-patient alcohol detoxification*. *Br J Psychiatry* 1990, 156: 871-874.
- 105 GRIFFITH, E.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.: *Withdrawal states and treatment of withdrawal*. En "The Treatment of Drinking Problems a guide for the helping professions fourth edition". Cambridge: Cambridge University Press 2003: 263-279.
- 106 SANTO-DOMINGO, J.; JIMÉNEZ-ARRIERO, M.A.: *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Adicciones*. Euromedice ediciones médicas 2003.
- 107 MAYO-SMITH, M.F.: *Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline*. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA* 1997; 278(2): 144-151.
- 108 HOLBROOK, A.M.; CROWTHER, R.; LOTTER, A.; CHENG, C.; KING, D.: *Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal*. *CMAJ* 1999; 160(5): 649-655.
- 109 SCHAFER, A.; NARANJO, C.A.: *Recommended drug treatment strategies for the alcoholic patient*. *Drugs* 1998; 56(4): 571-585.
- 110 SAITZ, R.; MAYO-SMITH, M.F.; ROBERTS, M.S.: *Individualized treatment for alcohol withdrawal*. *JAMA* 1994; 272: 519-523.
- 111 CHANG, P.H.; STEINBERG, M.B.: *Alcohol withdrawal*. *Med Clin North Am* 2001; 85(5): 1191-1212.
- 112 WILLIAMS, D.; McBRIDE, A.J.: *The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: a systematic review*. *Alcohol Alcohol* 1998; 33(2): 103-115.
- 113 MOSCOWITZ, G.; CHALMERS, TC.; SACKS, H.S.; FAGERSTROM, R.H.; SMITH, H. Jr.: *Deficiencies of clinical trials of alcohol withdrawal*. *Clin Pharmacol Ther* 1983; 34(6): 822-826.
- 114 HILL, A.; WILLIAMS, D.: *Hazards associated with the use of benzodiazepines in alcohol detoxification*. *J Subst Abuse Treat* 1993; 10(5): 449-451.
- 115 RITSON, B.; CHICK, J.: *Comparison of two benzodiazepines in the treatment of alcohol withdrawal: effects on symptoms and cognitive recovery*. *Drug Alcohol Depend* 1986; 18(4): 329-334.
- 116 KOLIN, I.S.; LINET, O.I.: *Double-blind comparison of Alprazolam and Diazepam for subchronic withdrawal from alcohol*. *J Clin Psychiatry* 1981; 42: 169-173.
- 117 WILSON, A.; VULCANO, B.A.: *Double-blind trial of Alprazolam and Clordiazepoxide in the management of the acute ethanol withdrawal syndrome*. *Alcohol Clin Exp Res* 1985; 5: 23-27.
- 118 MILLER, W.C. Jr.; MCCURDY, L.: *A double-blind comparison of the efficacy and safety of Lorazepam and Diazepam in the treatment of the acute alcohol withdrawal syndrome*. *Clin Ther* 1984; 6(3): 364-371.
- 119 D'ONOFRIO, G.; RATHLEW, N.K.; ULRICH, A.S.; FISH, S.S.; FREEDLAND, E.S.: *Lorazepam for the*

- prevention of recurrent seizures related to alcohol. *N Engl J Med* 1999; 340: 915-919.
- 120** GRIFFITHS, R.R.; WOLF, B.: *Relative abuse liability of different benzodiazepines in drug abusers*. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10(4): 237-243.
- 121** SERFATY, M.; MASTERTON, G.: *Fatal poisoning attributed to benzodiazepines in Britain during the 1980s*. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 386-393.
- 122** BURROUGHS, A.K.; MORGAN, M.Y.; SHERLOCK, S.: *Double-blind controlled trial of bromocriptine, chlordiazepoxide and clormethiazole for alcohol withdrawal symptoms*. *Alcohol Alcohol* 1985; 20(3): 263-271.
- 123** PEPPERS, M.P.: *Benzodiazepines for alcohol withdrawal in the elderly and in patients with liver disease*. *Pharmacotherapy* 1996; 16(1): 49-57
- 124** MCINNES, G.T.: *Clormethiazole and alcohol: a lethal cocktail*. *Br Med J (Clin Res Ed)*: 294(6572): 595.
- 125** MORGAN, M.Y.: *The management of alcohol withdrawal using clormethiazole*. *Alcohol Alcohol* 1995; 30(6): 771-774.
- 126** TAYLOR, C.P.; GEE, N.S.; SU, T.Z.; KOCSIS, J.D.; WELTY, D.F.; BROWN, J.P.; DOOLEY, D.J.; BODEN, P.; SINGH, L.: *A summary of mechanistic hypothesis of gabapentin pharmacology*. *Epilepsy Res* 1998; 29: 233-249.
- 127** GENTRY, J.R.; HILL, B.S.; MALCOLM, R.: *New Anticonvulsants: a Review of Applications for the Management of Substance Abuse Disorders*. *Annals of Clinical Psychiatry* 2002; 14(4): 233-245.
- 128** WATSON, W.P.; ROBINSON, E.; LITTLE, H.J.: *The novel anticonvulsant, gabapentin, protects against both convulsive and anxiogenic aspects of the ethanol withdrawal syndrome*. *Neuropharmacology* 1997; 36: 1369-1375.
- 129** MYRICK, H.; MALCOLM, R.; BRADY, K.: *Gabapentin treatment of alcohol withdrawal*. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1626.
- 130** BONNET, U.; BANGER, M.; LEWEKE, F.M.; MASCHKE, M.; KOWALSKI, T.; GASTPAR, M.: *Treatment of alcohol withdrawal syndrome with gabapentin*. *Pharmacopsychiatry* 1999; 32: 107-109.
- 131** BALLENGER, J.C.; POST, R.M.: *Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes*. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 1-14.
- 132** MALCOLM, R.; BALLENGER, J.C.; STURGIS, E.T.; ANTON, R.: *Double-blind controlled trial comparing carbamazepine to oxazepam treatment of alcohol withdrawal*. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 617-621.
- 133** BALLARD, C.G.; MOHAN, R.N.; HANDY, S.: *Carbamazepine in alcohol withdrawal*. *Br J Psychiatry* 1991; 158:133.
- 134** STUPPAAECK, C.H.; PYCHA, R.; WHITWORTH, A.B.; OBERBAUER, H.; FLEISCHHACKER, W.W.: *Carbamazepine versus Oxazepam in the treatment of alcohol withdrawal: a double-blind study*. *Alcohol Alcohol* 1992; 27: 153-158.
- 135** MALCOLM, R.; MYRICK, H.; ROBERTS, J.; WANG, W.; ANTON, R.F.; BALLENGER, J.C.: *The effects of Carbamazepine and Lorazepam on single versus multiple previous alcohol withdrawals in an outpatient randomized trial*. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 1-7.
- 136** FRANZ, M.; DLABAL, H.; KUNZ, S.; ULFERTS, J.; GRUPPE, H.; GALLHOFER, B.: *Treatment of alcohol withdrawal tiapride and carbamazepine versus clomethiazol. A pilot study*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251(4): 185-192.
- 137** STERNEBRING, B.; LIDEN, A.; ANDERSSON, K.; MELANDER, A.: *Carbamazepine kinetics and adverse effects during and after ethanol exposure in alcoholics and in healthy volunteers*. *Eur J Clin Pharmacol* 1992; 43(4): 393-397.
- 138** LAMBIE, D.G.; JOHNSON, R.H.; VIJAYASENAN, M.E.; WHITESIDE, E.A.: *Sodium valproate in the treatment of the alcohol withdrawal syndrome*. *Aust NZ J Psychiatry* 1980; 14(3): 213-215.
- 139** ROSENTHAL, RN.; PERKEL, C.; SINGH, P.; ANAND, O.; MINER, C.R.: *A pilot open randomized trial of valproate and phenobarbital in the treatment of acute alcohol withdrawal*. *Am J Addict* 1998; 7(3): 189-197.
- 140** MYRICK, H.; BRADY, K.T.; MALCOLM, R.: *Divalproex in the treatment of alcohol withdrawal*. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000; 26(1): 155-160.
- 141** REOUX, J.P.; SAXON, A.J.; MALTE, C.A.; BAER, J.S.; SLOAN, K.L.: *Divalproex sodium in alcohol withdrawal: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial*. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; 25(9): 1324-1329.
- 142** LONGO, L.P.; CAMPBELL, T.; HUBATCH, S.: *Divalproex sodium (Depakote) for alcohol withdrawal and relapse prevention*. *J Addict Dis* 2002; 21(2): 55-64.
- 143** THOMSON, A.D.; COOK, C.C.; TOUQUET, R.; HENRY, J.A.; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS LONDON. *The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and emergency department*. *Alcohol Alcohol* 2002; 37(6): 513-521.

- 144** CHATAWAY, J.; HARDMAN, E.: *Thiamine in Wernicke's syndrome—how much and how long?*. Postgrad Med J 1995; 71(834): 249.
- 145** AMBROSE, M.L.; BOWDEN, S.C.; WHELAN, G.: *Thiamine treatment and working memory function of alcohol-dependent people: preliminary findings*. Alcohol Clin Exp Res 2001; 25(1): 112-116.
- 146** BAINES, M.; BLIGH, J.G.; MADDEN, J.S.: *Tissue thiamin levels of hospitalised alcoholics before and after oral or parenteral vitamins*. Alcohol Alcohol 1988; 23(1): 49-52.
- 147** LUCHT, M.; KUEHN, K.U.; AMBRUSTER, J.; ABRAHAM, G.; GAENSICKE, M.; BARNOW, S.; TRETZEL H.; FREYBERGER, H.J.: *Alcohol withdrawal treatment in intoxicated vs non-intoxicated patients: a controlled open-label study with tiapride/carbamazepine, clomethiazol and diazepam*. Alcohol Alcohol 2003; 38(2): 168-175.
- 148** SOYKA, M.; MORHART-KLUTE, V.; HORAK, M.: *A combination of carbamazepine/tiapride in outpatient alcohol detoxification. Results from an open clinical study*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002; 252(5): 197-200.
- 149** LEPOLA, U.; KOKKO, S.; NUUTILA, J.; GORDIN, A.: *Tiapride and chlordiazepoxide in acute alcohol withdrawal. A controlled clinical trial*. Int J Clin Pharmacol Res 1984; 4(5): 321-326.
- 150** MURPHY, D.J.; SHAW, G.K.; CLARKE, I.: *Tiapride and Clormethiazole in alcohol withdrawal: a double-blind trial*. Alcohol Alcohol 1983; 18: 227-237.
- 151** WORNER, T.M.: *Propanol versus diazepam in the management of the alcohol withdrawal syndrome: double-blind controlled trial*. Am J Drug Alcohol Abuse 1994; 20(1): 115-124.
- 152** SULLIVAN, J.T.; SYKORA, K.; SCHNEIDERMAN, J.; NARANJO, C.A.; SELLERS, E.M.: *Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-AR)*. Br J Addict 1989;84: 1353-1357.
- 153** RODRÍGUEZ-MARTOS, A.: *Manual de alcoholismo para el médico de cabecera*. Barcelona: Salvat editores 1989.
- 154** SAINZ, R.; MAYO-SMITH, M.F.; ROBERTS, M.S.; REDMOND, H.A.; BERNARD, D.R.; CALKINS, D.R.: *Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial*. JAMA 1994; 272(7): 519-523.
- 155** SELLERS, E.M.; NARANJO, C.A.; HARRISON, M.; DEVENYI, P.; ROACH, C.; SYKORA, K.: *Diazepam loading: simplified treatment of alcohol withdrawal*. Clin Pharmacol Ther 1983; 34(6): 822-826.
- 156** JAEGER, T.M.; LOHR, R.H.; PANKRATZ, V.S.: *Symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal syndrome in medical inpatients*. Mayo Clin Proc 2001; 76(7): 695-701.
- 157** MANIKANT, S.; TRIPATHI, B.M.; CHAVAN, B.S.: *Loading dose diazepam therapy for alcohol withdrawal state*. Indian J Med Res 1993; 98: 170-173.
- 158** WETTERLING, T.; DRIESSEN, M.; KANITZ, R.D.; JUNGHANNSS, K.: *The severity of alcohol withdrawal is not age dependent*. Alcohol Alcohol 2001; 36(1): 75-78.
- 159** KRAEMER, K.L.; MAYO-SMITH, M.F.; CALKINS, D.R.: *Impact of age on the severity, course, and complications of alcohol withdrawal*. Arch Intern Med 1997; 157(19): 2234-2241.
- 160** TURNER, R.C.; LICHSTEIN, P.R.; PEDEN, J.G.; BUSHER, J.T.; WAIVERS, L.E.: *Alcohol withdrawal syndromes: a review of pathophysiology, clinical presentation, and treatment*. J Gen Intern Med 1989; 4: 432-444.
- 161** RATHLEV, N.; D'ONOFRIO, G.; FISH, S.: *The lack of efficacy of phenytoin in the prevention of recurrent alcohol-related seizures*. Ann Emerg Med 1994; 23: 513-518.
- 162** FROEHLICH, J.C.; BADIA-ELDER, N.E.; ZINK, R.W.; McCULLOUGH, D.E.; PORTOGHESE, P.S.: *Contribution of the opioid system to alcohol aversion and alcohol drinking behavior*. J Pharmacol Exp Ther 1998; 287(1): 284-292.
- 163** VOLPICELLI, J.R.; ALTERMAN, A.I.; HAYASHIDA, M.; O'BRIEN, C.P.: *Naltrexone in the treatment of alcohol dependence*. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 876-880.
- 164** O'MALLEY, S.S.; JAFFE, A.J.; CHANG, G.; SCHOTTENFELD, R.S.; MEYER, R.E.; ROUNSAVILLE, B.: *Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence, a controlled study*. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 881-887.
- 165** O'MALLEY, S.S.: *Naltrexone in the treatment of alcohol dependence: a combined analysis of two trials*. Psychiatr Ann 1995; 25: 681-688.
- 166** O'MALLEY, S.S.; JAFFE, A.J.; CHANG, G.; RODE, S.; SCHOTTENFELD, R.; MEYER RE.; ROUNSAVILLE, B.: *Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence*. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 217-224.
- 167** VOLPICELLI, J.R.; RHINES, K.C.; RHINES, J.C.; VOLPICELLI, L.A.; ALTERMAN, A.I.; O'BRIEN, C.P.: *Naltrexone and alcohol dependence*. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 737-742.

- 168** OSLIN, D.; LIBERTO, J.G.; O'BRIEN, J.; KROIS, S.; NORBERCK, J.: *Naltrexone as an adjunctive treatment for older patients with alcohol dependence*. Am J Geriatr Psychiatr 1997; 5(4): 324-332.
- 169** ANTON, R.F.; MOAK, D.H.; WAID, R.; LATHAM, P.K.; MALCOLM, R.J.; DIAS, J.K.: *Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of out-patient alcoholics: results of a placebo-controlled trial*. Am J Psychiatry 1999; 156: 1758-1764.
- 170** CHICK, J.; ANTON, R.; CHECINSKI, K.; CROOP, R.; DRUMMOND, D.C.; FARMER, R.; LABRIOLA, D.; MARSHALL, J.; MONCRIEFF, J.; MORGAN, M.Y.; PETERS T.; RITSON B.: *A multicentre, randomised, double-blind, placebo controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol dependence*. Alcohol and Alcoholism 2000; 35: 587-593.
- 171** KRANZLER, H.R.; MODESTO-LOWE, V.; VAN KIRK, J.: *Naltrexone versus Nefazodone for treatment of alcohol dependence. A placebo-controlled trial*. Neuropsychopharmacology 2000; 22(5): 493-503.
- 172** MORRIS, P.L.P.; HOPWOOD, M.; WHELAN, G.; GARDINER, J.; DRUMMOND, E.: *Naltrexone for alcohol dependence: a randomised controlled trial*. Addiction 2001; 96: 1565-1573.
- 173** KRYSTAL, J.H.; CRAMER, J.A.; KROL, W.F.; KIRK, G.F.; ROSENHECK, R.A.: *Naltrexone in the treatment of alcohol dependence*. New England Journal of Medicine 2001; 345: 1734-1739.
- 174** STREETON, C.; WHELAN, G.: *Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: a meta-analysis of randomized controlled trials*. Alcohol Alcohol 2001; 36(6): 544-552.
- 175** SRISURAPANOT, M.; JARUSURAISIN, N.: *Opioid antagonist for alcohol dependence (Cochrane Review)*. The Cochrane Library. Issue 1,2003. Oxford: Update Software.
- 176** MILLER, W.R.; WILBOURNE, P.L.: *Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders*. Addiction 2002; 97: 265-277.
- 177** CROOP, R.S.; FAULKNER, E.B.; LABRIOLA, D.F.: *The safety profile of naltrexone in the treatment of alcoholism. Results from a multicenter usage study*. The Naltrexone Usage Study Group. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(12): 1130-1135.
- 178** MASON, B.J.; RITVO, E.C.; MORGAN, R.O.; SALVATO, F.R.; GOLDBERG, G.; WELCH, B.; MANTERO-ATIENZA, E.: *A double-blind, placebo controlled pilot study to evaluate the efficacy and safety of oral nalmefene HCl for alcohol dependence*. Alcohol Clin Exp Res 1994; 18(5): 1162-1167.
- 179** MASON, B.J.; SALVATO, F.R.; WILLIAMS, L.D.; RITVO, E.C.; CUTLER, R.B.: *A double-blind placebo-controlled study of oral nalmefene for alcohol dependence*. Arch Gen Psychiatry 1996; 275: 761-767.
- 180** WILDE, M.I.; WAGSTAFF, A.J.: *Acamprosate. A review of its pharmacology and clinical potential in the management of alcohol dependence after detoxification*. Drugs 1997; 53(6): 1038-1053.
- 181** LITTLETON, J.: *Acamprosate in alcohol dependence: how does it work?* Addiction 1995; 90(9): 1179-1188.
- 182** LHUINTRE, J.P.; MOORE, N.; TRAN, G.; STERU, L.; LANGRENON, S.; DAOUST, M.; PAROT, P.; LADURE, P.; LIBERT, C.; BOISMARE, F.: *Acamprosate appears to decrease alcohol intake in weaned alcoholics*. Alcohol Alcohol 1990; 25(6): 613-622.
- 183** PAILLE, F.M.; GUELJ, J.D.; PERKINS, A.C.; ROYER, J.; STERU, L.; PAROT, P.: *Double-blind randomised multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol*. Alcohol and Alcoholism 1995; 30: 239-247.
- 184** SASS, H.; SOYKA, M.; MANN, K.; ZIEGLGÄNSBERGER, W.: *Relapse prevention by acamprosate: results from a placebo controlled study on alcohol dependence*. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 673-680.
- 185** WHITWORTH, A.B.; FISCHER, F.; LESCH, O.M.; NIMMERRICHTER, A.; OBERBAUER, H.; PLATZ, T.; POTGIETER, A.; WALTER, H.; FLEISCHHACKER, W.W.: *Comparison of Acamprosate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence*. Lancet 1996; 347: 1438-1442.
- 186** PELC, I.; VERBANCK, P.; LE BON, O.; GAVRILOVIC, M.; LION, K.; LEHERT, P.: *Efficacy and safety of acamprosate in the treatment of detoxified alcohol-dependent patients*. Br J Psychiatry 1997; 171: 73-77.
- 187** BARRIAS, J.A.: *Acamprosate: multicenter Portuguese efficacy and tolerance evaluation study*. Psiquiatr Clin 1997; 18: 149-160.
- 188** GEERLINGS, P.J.; ANSOMS, C.; VAN DEN BRINK, W.: *Acamprosate and prevention of relapse in alcoholics*. Eur Addict Res 1997; 3: 129-137.
- 189** POLDRUGO, F.: *Acamprosate in a long-term community-based alcohol rehabilitation program*. Addiction 1997; 92: 1537-1546.
- 190** BESSON, J.; AEBY, F.; KASAS, A.; LEHERT, P.; POTGIETER, A.: *Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism: a controlled study*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1998; 22: 573-579.

- 191** TEMPESTA, E.; JANIRI, L.; BIGNAMINI, A.; CHABAC, S.; DOTGIETER A.: *Acamprosate and relapse prevention in the treatment of alcohol dependence: a placebo-controlled study.* *Alcohol and Alcoholism* 2000; 35: 202-209.
- 192** CHICK, J.; HOWLETT, H.; MORGAN, M.Y.; RIBON, B.: *United Kingdom multicentre acamprosate study (UKMAS): a 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol.* *Alcohol and alcoholism* 2000; 35: 176-187.
- 193** MASON, B.J.; OWNBY, R.L.: *Acamprosate for the treatment of alcohol dependence: a review of double-blind, placebo-controlled trials.* *CNS Spectrum* 2000; 5(2): 58-69.
- 194** AZRIM, N.H.; SISSON, R.W.; MEYERS, R.; GODLEY, M.: *Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy.* *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 1982; 13: 105-112.
- 195** FULLER, R.K.; BRANCHET, L.; BRIGHTWELL, D.R.; DERMAN, R.M.; EMRICK, C.D.; IBER, F.L.; JAMES, K.E.; LACOURSIERE, R.B.; LEE, K.K.; LOWENSTAM, I.: *Disulfiram treatment of alcoholism: a Veteran Administration co-operative study.* *JAMA* 1986; 256: 1449-1455.
- 196** DUCKERT, F.; JOHNSEN, J.: *Behavioural use of Disulfiram in the treatment of problem drinking.* *International Journal of the Addictions* 1987; 22: 445-454.
- 197** WRIGHT, C.; MOORE, R.D.: *Disulfiram treatment of alcoholism.* *Am J Medicine* 1990; 88: 647-665.
- 198** CHICK, J.; GOUGH, K.; FALKOWSKI, W.; KERSHAW, P.; HORE, B.; MEHTA, B.; RITSON, B.; ROPNE, R.R.; TORLEY, D.: *Disulfiram treatment of alcoholism.* *Br J Psychiatry* 1992; 161: 84-89.
- 199** HUGHES, J.L.; COOK, C.H.: *The efficacy of disulfiram: a review of outcome studies.* *Addiction* 1997; 92: 381-396.
- 200** JOHNSEN, J.; MORLAND, J.: *Disulfiram implant: a double-blind placebo controlled follow-up on treatment outcome.* *Alcohol Clin Exp Res* 1991; 15(3): 532-536.
- 201** ANGELONE, S.M.; BELLINI, L.; DI BELLA, D.; CATALANO, M.: *Effects of Fluvoxamine and citalopram in maintaining abstinence in a sample of Italian detoxified alcoholics.* *Alcohol and Alcoholism* 1998; 33: 151-156.
- 202** TIIHONEN, J.; RYNNANEN, O.P.; KAUHANEN, K.; HAKOLA, H.P.; SALASPURO, M.: *Citalopram in the treatment of alcoholism: a double-blind placebo-controlled study.* *Pharmacopsychiatry* 1996; 29(1): 27-29.
- 203** KRANZLER, H.R.; BURLESON, J.A.; KORNER, P.; DEL BOCA, F.K.; BOHN, M.J.; BROWN, J.; LIEBOWITZ, N.: *Placebo-controlled trial of fluoxetine as an adjunct to relapse prevention in alcoholics.* *Am J Psychiatry* 1995; 152(3): 391-397.
- 204** KRANZLER, H.R.; BURLESON, J.A.; BROWN, J.; BABOR, T.F.: *Fluoxetine treatment seems to reduce the beneficial effects of cognitive-behavioural therapy in type B alcoholics.* *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1996; 20: 1534-1541.
- 205** PETTINATI, H.M.; VOLPICELLI, J.R.; KRANZLER, H.R.; LUCK, G.; RUKSTALIS, M.R.; CNAAN, A.: *Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype.* *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2000; 24: 1041-1049.
- 206** BABOR, T.; DOLINSKY, Z.; MEYER, R.; HESSEL BROCK, M.; HOFFMAN, M.; TENNEN, H.: *Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes.* *Br J Addiction* 1992; 87: 105-112.
- 207** CORNELIUS, J.R.; SALLOUM, I.M.; EHLER, J.G.; JARRETT, P.J.; CORNELIUS, M.D.; PEREL, J.M.; THASE, M.E.; BLACK, A.: *Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind, placebo-controlled trial.* *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(8): 700-705.
- 208** SELLERS, E.M.; TONEATTO, T.; ROMACH, M.K.; SOMER, G.R.; SOBELL, L.C.; SOBELL, M.B.: *Clinical efficacy of the 5-HT3 antagonist Ondansetron in alcohol abuse and dependence.* *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18(4): 879-885.
- 209** JOHNSON, B.A.; ROACHE, J.D.; JAVORS, M.A.; DI CLEMENTE, C.C.; CLONINGER, C.R.; PRIHODA, T.J.; BORDNICK, P.S.; AIT-DAOUD, N.; HENSLER, J.: *Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients.* *JAMA* 2000; 284: 963-971.
- 210** MUELLER, T.I.; STOUT, R.L.; RUDDEN, S.; BROWN, R.A.; GORDON, A.; SOLOMON, D.A.; RECUPERO, P.R.: *A Double-blind placebo-controlled pilot study of carbamazepine in the treatment of alcohol dependence.* *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1997; 21: 86-92.
- 211** BRADY, K.T.; MYRICK, H.; HENDERSON, S.; COFFEY, S.F.: *The use of Divalproex in alcohol relapse prevention: a pilot study.* *Drug Alcohol Depend* 2002; 67: 323-330.
- 212** JOHNSON, B.A.; AIT-DAOUD, N.; BOWDEN, C.H.; DI CLEMENTE, C.; ROACHE, J.D.; LAWSON, K.; JAVORS, M.A.; MA, J.Z.: *Oral Topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised control trial.* *Lancet* 2003; 361: 1677-1685.

- 213** PETERS, D.H.; PAULDS, D.: *Tiapride: a review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of the alcohol dependence syndrome.* Drugs 1994; 147: 1010-1032.
- 214** SHAW, G.K.; WALLER, S.; MAJUMDAR, S.I.; ALBERTS, I.L.; LATHARN, C.J.; DUNN, G.: *Tiapride in the prevention of relapse in recently detoxified alcoholics.* Br J Psychiatry 1994; 165: 515-523.
- 215** HUNT, G.M.; AZRIM, N.H.: A *community-reinforcement approach to alcoholism.* Behaviour Research and Therapy 1973; 11: 91-104.
- 216** AZRIM, N.H.: *Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism.* Behaviour Research and therapy 1976; 14: 339-348.
- 217** AZRIM, N.H.; SISSON, W.; MEYERS, R.; GODLEY, M.: *Alcoholism treatment by Disulfiram and community reinforcement therapy.* J Behavior Therapy & Experimental Psychiatry 1982; 13: 105-112.
- 218** MALLAMS, J.H.; GODLEY, M.D.; HALL, G.M.; MEYERS, R.J.: *A social-system approach to resocializing alcoholics in the community.* J Stud Alcohol 1982; 43: 1115-1123.
- 219** SISSON, R.W.; AZRIN, N.H.: *Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers.* Behavior Therapy & Experimental Psychiatry 1986; 17: 15-21.
- 220** SMITH, J.E.; MEYERS R.J.; DELANNEY, H.D.: The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. J Consulting and Clinical Psychology 1998; 66: 541-548.
- 221** MEYERS R.J.; MILLER, W.R.; HILL, D.E.; TONIGAN, J.S.: *Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment.* J Substance Abuse 1999; 10: 291-308.
- 222** MILLER, W.R.; MEYERS R.J.: HILLER-STURMHÖFFEL, S.: *The Community-Reinforcement Approach.* Alcohol Research and Health 1999; 23: 116-119.
- 223** MILLER, W.R.; MEYERS, R.J.; TONIGAN, J.S.: *Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members.* J Consulting and Clinical Psychology 1999; 67: 688-697.
- 224** IGUCHI, M.Y.; BELDING, M.A.; MORRAL, A.R.; LAMB, R.J.; HUSBAND, S.D.: *Reinforcing operants other than abstinence in drug abuse treatment: an effective alternative for reducing drug use.* J Consulting and Clinical Psychology 1997; 65: 421-428.
- 225** HIGGINS, S.T.; PETRY, N.M.: *Contingency management. Incentives for sobriety.* Alcohol Research and Health 1999; 23: 122-127.
- 226** PETRY, N.M.; MARTIN, B.; COONEY, J.L.; KRANZLER, H.R.: *Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence.* J Consulting and Clinical Psychology 2000; 68: 250-257.
- 227** PETRY, N.M.; TEDFORD, J.; MARTIN, B.: *Reinforcing compliance with non-drug related activities.* J of Substance Abuse Treatment 2001; 20: 33-44.
- 228** PETRY, N.M.; SIMCIC, F.: *Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: clinical and research perspectives.* J of Substance Abuse Treatment 2002; 23: 81-86.
- 229** CARTER, B.L.; TIFFANY, S.T.: *Meta-analysis of cue—reactivity in addiction research.* Addiction 1999; 94: 327-340.
- 230** DAWE, S.; POWELL, J.; RICHARDS,, D.; GOSSOP, M.; MARKS, I.; STRANG, J.; GRAY, J.A.: *Does post-withdrawal cue exposure improve outcome in opiate addiction? A controlled trial.* Addiction 1993; 88: 1233-1245.
- 231** MONTI, P.M.; ROHSENOW, D.J.; RUBONIS, A.V.; NIAURA, R.S.; SIROTA, A.D.; COLBY, S.M.; GODDARD, P.; ABRAMS, D.B.: *Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation.* J Consulting and Clinical Psychology 1993; 61: 1011-1019.
- 232** DRUMMOND, D.C; GLAUTIER, S.: *A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence.* J Consulting and Clinical Psychology 1994; 62: 809-817.
- 233** SITHARTHAN, T.; SITHARTHAN, G.; HOUGH, M.J.; KAVANAGH, D.J.: *Cue exposure in moderation drinking: a comparison with cognitive-behavior therapy.* J Consulting and Clinical Psychology 1997; 65: 878-882.
- 234** ROHSENOW, D.J.; MONTI, P.M.; RUBONIS, A.V.; GULLIVER, S.B.; COLBY, S.M.; BINKOFF, J.A.; ABRAMS, D.B.: *Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes.* Addiction 2001; 96: 1161-1174.
- 235** CHANEY, E.F.; O'LEARLY M.R.; MARLATT, G.A.: *Skill training with alcoholics.* J Consulting and Clinical Psychology 1978; 46: 1092-1104.
- 236** OEI, T.P.S.; JACKSON, P.R.: *Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics.* Addictive Behaviors 1980; 5: 129-136.

- 237** FERRELL, W.L.; GALASSI, J.P.: *Assertion training and human relations training in the treatment of chronic alcoholics*. International Journal of the Addictions 1981; 16: 959-968.
- 238** OEI, T.P.S.; JACKSON, P.R.: *Social skills and cognitive behavioral approaches to the treatment of problem drinking*. J Stud on Alcohol 1982; 43: 532-547.
- 239** JONES, S.L.; KANFER, R.; LANYON, R.I.: *Skill training with alcoholics: A clinical extension*. Addictive Behaviors 1982; 7: 285-290.
- 240** ERIKSEN, L.; BJØRNSTAD, S.; GÖTTESMAN, K.G.: *Social Skills training in groups for alcoholics: One-year treatment outcome for groups and individuals*. Addictive Behaviors 1986; 11: 309-330.
- 241** MONTI, P.M.; ABRAMS, D.B.; BINKOFF, J.A.; ZWICK, W.R.; LIEPMAN, M.R.; NIRENBERG, T.D.; ROHSENOW, D.J.: *Communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics*. J Stud on Alcohol 1990; 51: 263-270.
- 242** COONEY, N.L.; KADDEN, R.M.; LITT, M.D.; GERTER, H.: *Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-years follow-up results*. J Consulting and Clinical Psychology 1991; 59: 598-601.
- 243** BURTSCHIEDT, W.; SCHWARTZ, R.; WOLWER, W.; GAEBEL, W.: *Outpatient behavioural treatment in alcoholism: alcohol consumption and sociodemographic factors*. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 2001; 69: 526-531.
- 244** BURTSCHIEDT, W.; WOLWER, W.; SCHWARTZ, R.; STRAUSS, W.; GAEBEL, W.: *Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years*. Acta Psychiatrica Scandinavica 2002; 106: 227-232.
- 245** LITT, M.D.; KADDEN, R.M.; COONEY, N.L.; KABELA, E.: *Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism*. J Consulting and Clinical Psychology 2003; 71: 118-128.
- 246** HOLDER, H.D.; LONGABAUGH, R.; MILLER, W.R.; RUBONIS, A.V.: *The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation*. J Stud on Alcohol 1991; 52: 517-540.
- 247** MATTICK, R.P.; JARVIS, T. (eds): *An outline for the management of alcohol problems: Quality assurance in the treatment of drug dependence project*. Canberra: Australian Government publishing Service Monograph series nº 20, 1993.
- 248** MILLER, W.R.; BROWN, J.M.; SIMPSON, T.L.; HANDMAKER, N.S.; BIEN, T.H.; LUCKIE, L.F.; MONTGOMERY, H.A.; HESTER, R.K.; TONIGAN, J.S.: *What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature*. En HESTER, R.K.; MILLER, R.W. (Eds). "Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives". Needham Heights, MS: Allyn and Bacon 1995.
- 249** LONGABAUGH, R.; MORGESTERN, J.: *Cognitive-Behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence: current states and future directions*. Alcohol Research and Health 1999; 23: 78-85.
- 250** MORGESTERN, J.; LONGABAUGH, R.: *Cognitive-Behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanism of action*. Addiction 2000; 95: 1475-1490.
- 251** FEENEY, G.F.; YOUNG, R.M.; CONNOR, J.P.; TUCKER, J.; MCPHERSON, A.: *Outpatient cognitive behavioural therapy programme for alcohol dependence: impact of naltrexone use on outcome*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2001; 35: 443-448.
- 252** MONTI, P.M.; ROHSENOW, D.J.; SWIFT, R.M.; GULLIVER, S.B.; COLBY, S.M.; MUELLER, T.I.; BROWN, R.A.; GORDON, A.; ABRAMS, D.B.; NIAURA, R.S.; ASHER, M.K.: *Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills training for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2001; 25: 1634-1647.
- 253** FEENEY, G.F.; YOUNG, R.M.; CONNOR, J.P.; TUCKER, J.; MCPHERSON, A.: *Cognitive behavioural therapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved?*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2002; 36: 622-628.
- 254** WILDT, W.A.; SCHIPPERS, G.M.; VAN DEN BRINK, W.; POTGIETERS, A.S.; DECKERS, F.; BETS, D.: *Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems?*. Alcohol Alcohol 2002; 37(4): 375-382.
- 255** ANNIS, H.M.; PEACHEY, J.E.: *The use of calcium carbimide in relapse prevention counselling: Results of a randomized control trial*. Br J Addiction 1992; 87: 63-72.
- 256** O'FARRELL, T.J.; CHOQUETTE, K.A.; CUTTER, H.S.; BROWN, E.D.; McCOURT, W.F.: *Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives*. J Stud Alcohol 1993; 54: 652-666.
- 257** MAISTO, S.A.; MCKAY, J.R.; O'FARRELL, T.J.: *Relapse precipitants and behavioral marital therapy*. Addictive Behaviors 1995; 20: 383-393.
- 258** SOBELL, M.B.; SOBELL, L.C.; GAVIN, D.R.: *Portraying alcohol treatment outcomes: different*

- yardsticks of success. *Behavior Therapy* 1995; 26: 643-669.
- 259** O'FARRELL, T.J.; CHOQUETTE, K.A.; CUTTER, R.H.S.: *Couples relapse prevention: sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after starting treatment*. *J Stud Alcohol* 1998; 59: 357-370.
- 260** ANTON, R.F.; MOAK, D.H.; WAID, L.R.; LATHAM, P.K.; MALCOLM, R.J.; DIAS, J.K.: *Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of out-patient alcoholics: results of a placebo-controlled trial*. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1758-1764.
- 261** SCHONFELD, L.; DUPREE, L.W.; DICKSON-EUHRMANN, E.; ROYER, C.M.; McDERMOTT, C.H.; ROSANSKY, J.S.; TAYLOR, S.; JARVIK, L.F.: *Cognitive-Behavioral treatment of older veterans with substance-abuse problems*. *J Geriatric Psychiatry and Neurology* 2000; 13: 124-129.
- 262** CARROLL, K.M.: *Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials*. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1996; 4: 46-54.
- 263** JAFFE, A.J.; ROUNSAVILLE, B.; CHANG, G.; SCHOTTFIELD, R.S.; MEYER, R.F.; O'MALLEY, S.S.: *Naltrexone, relapse prevention and supportive therapy with alcoholics: an analysis of patient treatment matching*. *J Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 1044-1063.
- 264** IRVIN, J.E.; BOWERS, C.A.; DUNN, M.E.; WANG, M.C.: *Efficacy of Relapse Prevention: a meta-analytic review*. *J Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67: 563-570.
- 265** HOLDER, H.D.; CISLER, R.A.; LONGABAUGH, R.; STOUT, R.L.; TRENO, A.J.; ZWEBEN, A.: *Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH*. *Addiction* 2000; 95: 999-1013.
- 266** O'FARRELL, T.J.: *Marital and family therapy*. En HESTER, R.K.; MILLER, W.R.; eds. "Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives". Needham Heights, Allyn & Bacon 1995.
- 267** EPSTEIN, E.E.; McCRADY, B.S.: *Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: current status and innovations*. *Clinical Psychology Review* 1998; 18: 689-711.
- 268** O'FARRELL, T.J.; CUTTER, H.S.; FLOYD, F.J.: *Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: effects on marital adjustment and communication from before to after treatment*. *Behavior Therapy* 1985; 16: 147-167.
- 269** McCRADY, B.S.; LONGABAUGH, R.; FINK, E.; STOUT, R.; BEATTIE, M.; RUGGIERI-AUTHELET, A.: *Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-months outcomes*. *J Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54: 708-713.
- 270** McCRADY, B.S.; NOEL, N.E.; ABRAMS, D.B.; STOUT, R.L.; NELSON, H.F.; HAY, W.M.: *Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment*. *J Stud Alcohol* 1986; 47: 459-467.
- 271** BOWERS, T.G.; AL-REDHA, M.R.: *A comparison of outcome with group/marital and standard/individual therapies with alcoholics*. *J Stud Alcohol* 1990; 51: 301-309.
- 272** McCRADY, B.S.; STOUT, R.; NOEL, N.E.; ABRAMS, D.B.; NELSON, H.F.: *Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment*. *Br J Addictions* 1991; 86: 1415-1424.
- 273** O'FARRELL, T.J.; CHOQUETTE, K.A.; CUTTER, H.S.; FLOYD, F.J.; BAYOG, R.; BROWN, E.D.; LOWE, J.; CHAN, A.; DENEAULT, P.: *Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment*. *J Substance Abuse* 1996; 8: 145-166.
- 274** FALS-STEWART, W.; O'FARRELL, T.J.; BIRCHLER, G.R.: *Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcomes analysis*. *J Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 789-802.
- 275** O'FARRELL, T.J.; VAN HUTTON, V.; MURPHY, C.M.: *Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two-year longitudinal study*. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 317-321.
- 276** ÁLAMO, C.; LÓPEZ-MUÑOZ, F.; MARTÍN, B.; CUENCA, E.: *Farmacología del etanol*. En RUBIO, G.; SANTO-DOMINGO, J. eds. "Guía práctica de intervención en el alcoholismo". Madrid: Nilo 2000: 85-113.
- 277** BAZIRE, S.: *Psychotropic Drug Directory 2003/04*. Salisbury: Fivepin Publishing Limited 2003.

# Anexos

# 10



## 1. Cuestionario CAGE

	Sí	Non
1. ¿Tivo vostede algunha vez a impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Molestoulle algunha vez a xente criticándolle a súa forma de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sentiuse algunha vez mal ou culpable polo seu costume de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Algúnha vez o primeiro que fixo pola mañá foi beber para calmar os seus nervios ou para librarse dunha resaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Test AUDIT

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. ¿Con qué frecuencia consome algúna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Unha ou menos veces ao mes 2. De 2 a 4 veces ao mes 3. De 2 a 3 veces á semana 4. Catro ou máis veces á semana
2. ¿Cantas consumicións de bebidas alcohólicas adoita realizar nun día de consumo normal?	0. Unha ou 2 1. Tres ou 4 2. Cinco ou 6 3. De 7 a 9 4. Dez ou máis
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 ou máis bebidas alcohólicas nunha soa ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos dunha vez ao mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario ou case a diario
4. ¿Con qué frecuencia no curso do último ano foi incapaz de parar de beber una vez empezou?	0. Nunca 1. Menos dunha vez ao mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario ou case a diario
5. ¿Con qué frecuencia no curso do último ano non pudo facer o que se esperaba de vostede porque bebera?	0. Nunca 1. Menos dunha vez ao mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario ou case a diario
6. ¿Con qué frecuencia no curso do último ano necesitou beber en axaxún para recuperarse despois de beber moito o día anterior?	0. Nunca 1. Menos dunha vez ao mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario ou case a diario
7. ¿Con qué frecuencia no curso do último ano tivo remordementos ou sentimientos de culpa despois de ter bebido?	0. Nunca 1. Menos dunha vez ao mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario ou case a diario
8. ¿Con qué frecuencia no curso do último ano non pudo recordar o que sucedeu a noite anterior porque estivera bebendo?	0. Nunca 1. Menos dunha vez ao mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario ou case a diario
9. ¿Vostede ou algúna outra persoa resultaron feridos porque vostede bebera?	0. Non 1. Si, pero non no curso do último ano 4. Si, o último ano
10. ¿Algún familiar, amigo, médico ou profesional sanitario mostraron preocupación polo seu consumo de bebidas alcohólicas ou lle suxeriron que deixe de beber?	0. Non 1. Si, pero non no curso do último ano 4. Si, o último ano

### 3. Müncher Alkolistmusters Test (MALT)

Cuestionario MALT-O

	Sí	Non
1. Enfermidade hepática (mínimo 1 síntoma clínico, p. ej., hepatomegalia, dor á presión, etc., e polo menos 1 valor de laboratorio patológico, p. ej., GOT, GPT, GGT). (Só procede cando se trata dunha hepatopatía alcohólica ou de orixe desconocida: descartar hepatitis viral, hepatomegalia de hepatopatía conxestiva, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Polineuropatía (só procede cando non existen outras causas coñecidas, p. ej., diabetes mellitus ou intoxicacións crónicas específicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Delírium trémens (actual ou na anamnesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Consumo de alcohol superior aos 150 ml (na muller 120 ml) de alcohol puro ao día, polo menos durante uns meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Consumo de alcohol superior aos 300ml (na muller 240ml) de alcohol puro, unha ou máis veces ao mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aliento alcohólico (no momento da exploración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os familiares ou achegados xa buscaron, nunha ocasión, consello acerca do problema alcohólico do paciente (co médico, asistente social ou institucións pertinentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario MALT-S

	Sí	Non
1. Nos últimos tempos tremenme a miúdo as máns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A temporadas, sobre todo polas mañás, teño unha sensación de náuseas ou ganas de vomitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Algúnha vez, intentei calmar a resaca, o tremor ou a náusea matutina con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Actualmente, síntome amargado polos meus problemas e dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Non é raro que beba alcohol antes do almorzo ou do xantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tras os primeiros vasos dunha bebida alcohólica, ás veces sinto a necesidade irresistible de seguir bebendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Frecuentemente penso no alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ás veces bebin alcohol, mesmo cando o médico mo prohibiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nas temporadas en que bebo máis, como menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No traballo chámronme xa a atención polas miñas inxestas de alcohol ou algunha vez faltei ao traballo por ter bebido demasiado a véspera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Últimamente, prefiero beber alcohol a soas (e sen que me vexan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bebo dun trago e máis prásas ca os demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Desde que bebo máis, son menos activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Frecuentemente remórdeme a conciencia (sentimento de culpa) despois de ter bebido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ensaiei un sistema para beber (p. ex., non beber antes de determinadas horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Creo que debería limitar as miñas inxestas de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sen alcohol non tería eu tantos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cando estou excitado bebo alcohol para calmarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Creo que o alcohol está destruíndo a miña vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tan pronto quero deixar de beber como cambio de idea e volvo a pensar que non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Outras persoas non poden comprender por que bebo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Se eu non bebeses, levaríame mellor co meu esposo/a (ou parella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Xa probei a pasar temporadas sen alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Se non bebeses, estaría contento conmigo mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Repetidamente mencionáronme o meu «alento alcohólico»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Aguanto cantidades importantes de alcohol sen apenas notalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ás veces, ao despertar, despois dun día de ter bebido moito, áinda que sen embriagarme, no recordo en absoluto as cousas que ocorreron a véspera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. Índice europeo de gravidade da adicción (EuropASI)

<p><b>INSTRUÇÓNS</b></p> <p>1. Cubrir totalmente. Cando sexa preciso utilizar: X = pregunta non contestada N = pregunta non aplicable Use un só carácter por ítem</p> <p>2. As preguntas rodeadas por un círculo van dirixidas ao estudo de seguimento. As preguntas con asterisco son acumulativas, e deberían ser reformuladas para o seguimento</p> <p>3. Existe espacio ao final de cada sección para realizar comentarios adicionais</p> <p>A. Nº de identific. <input type="text"/></p> <p>B. TIPO DE TRATAMIENTO: <input type="text"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desintoxicación ambulatoria</li> <li>2. Desintoxicación hospitalaria</li> <li>3. Tratamento substitutivo ambulatorio</li> <li>4. Tratamento libre de drogas ambulatorio</li> <li>5. Tratamento libre de drogas hospitalario</li> <li>6. Centro de día</li> <li>7. Hospital psiquiátrico</li> <li>8. Outro hospital/servizo</li> <li>9. Outro:</li> <li>0. Sen tratamento</li> </ol> <p>C. DATA DE ADMISIÓN: <input type="text"/></p> <p>D. DATA DA ENTREVISTA: <input type="text"/></p> <p>*E. Hora de inicio: <input type="text"/></p> <p>*F. Hora de fin: <input type="text"/></p> <p>G. TIPO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingreso</li> <li>2. Seguimiento</li> </ol> <p>H. CÓDIGO DE CONTACTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personal</li> <li>2. Telefónico</li> </ol> <p>I. SEXO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Home</li> <li>2. Muller</li> </ol> <p>J. CÓDIGO DO ENTREVISTADOR: <input type="text"/></p> <p>K. ESPECIAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paciente finalizou a entrevista</li> <li>2. Paciente rexeitou</li> <li>3. Paciente incapaz de responder</li> </ol>	<p><b>ESCALAS DE GRAVIDADE</b></p> <p>As escalas se severidade miden estimacións de necesidades de tratamento en cada área. O rango de la escala oscila desde 0 (non necesita ningún tratamiento) ata 9 (tratamiento necesario en situación de risco vital). Cada escala está baseada en historia de síntomas problema, estado actual e valoración subxectiva das súas necesidades de tratamiento en cada área. Para unha mellor calificación desta severidade consultar o manual</p> <p><b>INFORMACIÓN XERAL</b></p> <p>1. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: <input type="text"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciudad grande (&gt; 100.000)</li> <li>2. Mediana (10-100.000)</li> <li>3. Pequena (rural) (&lt; 10.000)</li> </ol> <p>2. CÓDIGO DA CIDADE: <input type="text"/></p> <p>*3. Desde cando vive vostede nese enderezo <input type="text"/> anos <input type="text"/> meses</p> <p>*4. Ese lugar de residencia, ¿é propiedade de vostede ou da súa familia? <input type="text"/> 0 = Non      1 = Sí</p> <p>5. IDADE <input type="text"/></p> <p>6. NACIONALIDADE <input type="text"/></p> <p>7. PAÍS DE NACIMENTO DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevistado <input type="text"/></li> <li>Pai <input type="text"/></li> <li>Mai <input type="text"/></li> </ul> <p>8. ¿Estivo ingresado no último mes nun centro deste tipo? <input type="text"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Non</li> <li>2. Cárcere</li> <li>3. Tratamento de alcohol ou drogas</li> <li>4. Tratamento médico</li> <li>5. Tratamento psiquiátrico</li> <li>6. Únicamente desintoxicación</li> <li>7. Outro: <input type="text"/></li> </ol> <p>9. ¿Cantos días? <input type="text"/></p>	<p><b>SUMARIO DO AUTOEVALUACIÓN DO PACIENTE</b></p> <p>0. Ningunha 1. Leve 2. Moderado 3. Considerable 4. Extrema</p> <p><b>RESULTADOS DOS TESTS ADICIONAIS</b></p> <p>..... <input type="text"/></p> <p>..... <input type="text"/></p> <p>..... <input type="text"/></p> <p>..... <input type="text"/></p> <p><b>PERFIL DE GRAVIDADE</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROBLEMAS</th> <th>MÉDICO</th> <th>EMPRÉGO/DEPORTES</th> <th>ALCOHOL</th> <th>DROGAS</th> <th>LEGAL</th> <th>FAMILIA/SOCIAL</th> <th>PSICOLOGICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PROBLEMAS	MÉDICO	EMPRÉGO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLOGICO	9								8								7								6								5								4								3								2								1								0							
PROBLEMAS	MÉDICO	EMPRÉGO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLOGICO																																																																																			
9																																																																																										
8																																																																																										
7																																																																																										
6																																																																																										
5																																																																																										
4																																																																																										
3																																																																																										
2																																																																																										
1																																																																																										
0																																																																																										

\*Ítems opcionais.

SITUACIÓN MÉDICA		ESCALA DE GRAVIDAD PARA O ENTREVISTADOR	
1. ¿Cantas veces na súa vida estivo hospitalizado por problemas médicos? (incluir sobredesto, delirium trémens, excluir desintoxicaciones)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. En caso afirmativo, ¿hai cantos meses?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. ¿Hai canto tempo estivo hospitalizado por última vez por problemas médicos? anos meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. ¿Cal foi o último resultado do test?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interferindo coa súa vida?	<input type="checkbox"/>	0. VIH-negativo 1. VIH-positivo 2. Non o sei	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0. Non 1. Sí:.....		3. Rexeita contestar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez estivo infectado de hepatite?	<input type="checkbox"/>	8. ¿Está tomando alguma medicación prescrita de forma regular para un problema físico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0. Non 1. Sí 2. Non o sei 3. Rexeita contestar		0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez realizou as probas do VIH?	<input type="checkbox"/>	9. ¿Recibe alguma pensión por invalidez médica? (excluir invalidez psiquiátrica)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0. Non 1. Sí 2. Non o sei 3. Rexeita contestar		0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PARA AS PREGUNTAS 12 E 13, POR FAVOR, PIDALLE AO PACIENTE QUE UTILICE A ESCALA DE AUTOEVALUACION		10. ¿Foi tratado por un médico por problemas médicos nos últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. ¿Cantos días tivo problemas médicos no último mes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. ¿Cantos veces na súa vida estivo hospitalizado por problemas médicos? (incluir sobredesto, delirium trémens, excluir desintoxicaciones)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PARA AS PREGUNTAS 12 E 13, POR FAVOR, PIDALLE AO PACIENTE QUE UTILICE A ESCALA DE AUTOEVALUACION		13. ¿Qué importancia ten agora para vostede o tratamento destos problemas médicos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		14. ¿Cómo puntuaría a necesidade do paciente de tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		15. ¿Maxen distorsionada do paciente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		16. ¿A incapacidade para comprender do paciente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Comentarios	
EMPREGO/SOPORTES			
1. Anos de educación básica:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. ¿Cuántos días traballou durante no último mes? (excluir tráfico, prostitución ou outras actividades ilegais)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Anos de educación superior (Universidade/Técnicos):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Recibiu diñero para o seu mantemento dalguna das seguintes fontes durante o último mes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Grao académico superior obtido:	<input type="checkbox"/>	10. ¿Emprego?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. ¿Ten carné de conducir en vigor?	<input type="checkbox"/>	0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0. Non 1. Sí		11. ¿Paro?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. ¿Canto durou el período más longo de emprego regular (ver o manual para definición)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
anos meses		12. ¿Axuda social?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. ¿Canto durou o período más longo de desemprego?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
anos meses		13. ¿Pensión ou seguridade social?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Ocupación habitual (ou última):  (especificar detalladamente)	<input type="checkbox"/>	0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Patrón de emprego usual nos últimos 3 anos	<input type="checkbox"/>	14. ¿Compañeiros, familiares ou amigos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Tempo completo 2. Tempo parcial (horario regular) 3. Tempo parcial (horario irregular, temporal)		0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Estudiante 5. Servizo militar 6. Retirado/invalidez 7. Desempregado (incluir ama de casa) 8. En ambiente protexido		15. ¿Illegal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		16. ¿Prostitución?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		17. ¿Outras fontes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		18. ¿Cál é a principal fonte de ingresos que ten? (utilice os códigos 10-17)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		19. ¿Ten deudas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		0. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		1. Sí:..... (cantidad)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Comentarios	
ESCALA DE GRAVIDAD PARA O ENTREVISTADOR			
A información anterior está significativamente distorsionada por:		20. ¿Cantas persoas dependen de vostede para a maioría do seu alimento, aloxamento, etc.?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		21. ¿Cantos días tivo problemas de emprego/desemprego no último mes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		PARA AS PREGUNTAS 22 E 23, POR FAVOR, PIDALLE AO PACIENTE QUE UTILICE A ESCALA DE AUTOEVALUACION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		22. ¿Canto lle molestaron ou preocuparon estes problemas de emprego no último mes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		23. ¿Qué importancia ten agora para vostede o asesoramento para emprego?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ESCALA DE GRAVIDAD PARA O ENTREVISTADOR			
24. ¿Cómo puntuaría a necesidade do paciente de asesoramiento para emprego?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
PUNTUACIONES DE VALIDEZ			
A información anterior está significativamente distorsionada por:		25. ¿Maxen distorsionada do paciente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		26. ¿A incapacidade para comprender do paciente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		0. Non 1. Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Comentarios	

USO DE ALCOHOL E DROGAS				
	Idade (inicio)	Ao longo da vida	Último mes	Vía admón.*
1. Alcohol: calquera dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alcohol: grandes cantidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Metadona/LAAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Outros opióicos/analgésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Benzodiacepinas/barbitúricos/ sedantes/hipnóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alucinóxenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mais de 1 sustancia/día (itens 2 a 12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nota: consulte o manual para os exemplos representativos de cada clase de drogas.				
*Vía de administración: 1= oral;				
2=nasal; 3=fumada; 4= inxección no IV;				
5= inxección IV.				
14. ¿Algunha vez se inxectou?	<input type="checkbox"/>			
0. Non     1. Sí	<input type="checkbox"/>			
14A. Idade en que se inxectou por primeira vez (anos).	<input type="checkbox"/>			
Inxectouse:				
– Ao longo de la vida (anos)	<input type="checkbox"/>			
– Nos últimos 6 meses (meses)	<input type="checkbox"/>			
– Nos últimos meses (días)	<input type="checkbox"/>			
14B. Se se inxectou nos últimos 6 meses:	<input type="checkbox"/>			
1. Non compartiu xiringa	<input type="checkbox"/>			
2. Algunhas veces compartiu xiringa con outros	<input type="checkbox"/>			
3. A menudo compartiu xiringa	<input type="checkbox"/>			
15. ¿Cantas veces tivo delirio trémens?:	<input type="checkbox"/>			
Sobredosis por drogas:	<input type="checkbox"/>			
16. Tipo de servizos e número de veces que recibiu tratamento				
1. Desintoxicación ambulatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Desintoxicación residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Tto. substitutivo ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Tto. libre de drogas ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Tto. libre de drogas residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Centro de dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Hospital psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Outro hospital/servizo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Outro tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Alcohol	Drogas		
17. ¿Cantos meses durou o período más longo que estivo abstinentemente como consecuencia dun destes tratamentos?				
Alcohol (meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Drogas (meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18. ¿Qué substancia é o principal problema? Por favor utilice os códigos anteriores: 0=0=non problemas; 15= alcohol e outras drogas (adicción doble); 16= polítoxicómano. Cando teña dúbidas, pregunte o paciente				
19. ¿Canto tempo durou o último período de abstinencia voluntaria desta substancia principal, sen que fose consecuencia de tratamiento? (meses) (00 = nunca abstinent):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20. ¿Hai cantos meses terminou esa abstinencia? (00 = ainda abstinent) (meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21. ¿Cuánto dinero diría usted que gastou no último mes en: Alcohol?: (euros).....				
Drogas?: (euros).....				
22. ¿Cuántos días estivo recibindo tratamento ambulatorio para alcohol ou drogas no último mes? (Inclúe grupos de autoaxuda do tipo Alcohólicos Anónimos [AA], Narcóticos Anónimos [NA])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23. ¿Cantos días no último mes experimentou problemas relacionados co el alcohol? (días)	<input type="checkbox"/>			
problemas con outras drogas? (días)	<input type="checkbox"/>			
PARA AS PREGUNTAS 24 E 25, POR FAVOR, PIDALLE AO PACIENTE QUE UTILICE A ESCALA DE AUTOEVALUACION				
24. ¿Canto lle han molestaron ou preocuparon no último mes estes problemas				
problemas relacionados co alcohol?	<input type="checkbox"/>			
problemas con outras drogas?	<input type="checkbox"/>			
25. ¿Qué importancia ten agora para vostede o tratamento para estes problemas				
relacionados co alcohol?	<input type="checkbox"/>			
con outras drogas?	<input type="checkbox"/>			
<b>ESCALA DE GRAVIDADE PARA O ENTREVISTADOR</b>				
26. ¿Cómo puntuaría a necesidade do paciente de tratamento para:				
abuso de alcohol?	<input type="checkbox"/>			
abuso de outras drogas?	<input type="checkbox"/>			
<b>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</b>				
A información anterior está significativamente distorsionada por:				
27. ¿Imaxen distorsionada do paciente?	<input type="checkbox"/>			
0. Non     1. Sí	<input type="checkbox"/>			
28. ¿A incapacidade para comprender do paciente?	<input type="checkbox"/>			
0. Non     1. Sí	<input type="checkbox"/>			
Comentarios				

SITUACIÓN LEGAL											
1. ¿Esta admisión foi promovida ou suxerida polo Sistema Xudicial? (xuíz, titor de liberdade condicional, etc.) 0. Non    1. Sí	12. ¿Cantos meses na súa vida estivo na cárcere? (meses) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20. ¿Qué importancia ten agora para vostede o asesoramento para eses problemas legais? <input type="checkbox"/>									
2. ¿Está en liberdade condicional? 0. Non    1. Sí	13. ¿Canto tiempo durou o seu último período na cárcere? (meses) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
¿Cantas veces na súa vida foi acusado de:	14. ¿Cál foi a causa? (use os códigos 03-06, 08-11. Se houbo múltiples cargos codifíquelo o más grave) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ESCALA DE GRAVIDADE PARA O ENTREVISTADOR 21. ¿Cómo puntuaría a necesidade do paciente de servicios legais ao asesoramento? <input type="checkbox"/>									
3. Posesión e tráfico de drogas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15. No momento actual, ¿está pendente de cargos, xuízo ou sentenza? 0. Non    1. Sí	PUNTUACIONES DE VALIDEZ A información anterior está significativamente distorsionada por: 22. ¿Imaxen distorsionada do paciente? 0. Non    1. Sí									
4. Delitos contra a propiedade? (roubos en domicilios, tendas, fraudes, extorsión, falsificación de diñeiro, compra de obxectos roubados) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16. ¿Por qué? (se hai múltiples cargos codifíquelo o más grave) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	23. ¿A incapacidade para comprender do paciente? 0. Non    1. Sí									
5. Delitos violentos? (atacos, asaltos, incendios, violación, homicidio) <input type="checkbox"/>	17. ¿Cantos días no último mes estivo detido o encarcerado? (días) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
6. Outros delitos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18. ¿Cantos días no último mes realizou actividades ilegais para o seu beneficio? (días) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
7. ¿Cantos desos cargos resultaron en condenas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
¿Cantas veces na súa vida foi acusado de:											
8. Alteración do orden, vagabundeo, intoxicación pública? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PARA AS PREGUNTAS 19 E 20, POR FAVOR, PÍDALLE Ó PACIENTE QUE UTILICE A ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN 19. ¿Cómo de serios pensa que son os seus problemas legais actuais? (excluir problemas civís) <input type="checkbox"/>	Comentarios									
9. Prostitución? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
10. Conducir embriagado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
11. Delitos de tráfico? (velocidade, conducir sen carné, conducción perigosa, etc.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
HISTORIA FAMILIAR											
¿Algún dos seus familiares tivo o que vostede chamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de outras drogas ou psiquiátrico, que o levou ou debería levalo a recibir tratamiento?											
Rama materna	Rama paterna	Irmáns									
	Alcohol	Drogas	Psq		Alcohol	Drogas	Psq		Alcohol	Drogas	Psq
Avoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irmán 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermán 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irmá 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irmá 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medio irmán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Instruccions: Poña un «0» na categoría familiar cando a resposta sexa claramente non para todos los familiares da categoría, «1» cando a resposta é claramente Sí para algún familiar dentro desa categoría, «X» cando a resposta non estéa de todo clara ou sexa non sei, e «N» cando nunca existise un familiar na dita categoría. En caso de que existan máis de 2 irmáns por categoría, codifíquense os máis problemáticos.

		RELACIONES FAMILIARES/SOCIAIS			
1. Estado civil:		8. ¿Está satisfecho coa forma en que utiliza o seu tempo libre?		19. ¿Cantos días no último mes tivo problemas serios	
1. Casado 2. Casado en 2 <sup>as</sup> nupcias 3. Viúvo 4. Separado 5. Divorciado 6. Solteiro		0. Non 1. Indiferente 2. Sí		A. Coa súa familia? B. Con outra xente? (excluir familia)	
2. ¿Hai tanto tempo ten este estado civil?		Instrucciones para 9A a 18: Poña un «X» en a categoría familiar cando a resposta sexa claramente non para todos os familiares da categoría, «1» cando a resposta é claramente sí para algún familiar dentro esa categoría, «X» cando a resposta non estea de todo clara ou sexa «non sei» e «No» cando nunca existiese un familiar na dita categoría.		PARA AS PREGUNTAS 20 E 23, POR FAVOR, PIDALLE AO PACIENTE QUE UTILICE A ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN	
3. ¿Está satisfecho con esa situación?		9A. ¿Diría vostede que tivo relaciones próximas, duraderas, personais con algunha das seguintes persoas na súa vida?		¿Canto lle molestaron ou preocuparon no último mes os seus	
0. Non 1. Indiferente 2. Sí		Nai Pai Ermáns/irmáns Parella sexual/esposo Fillos Amigos		20. Problemas familiares? 21. Problemas sociais?	
4. Convivencia habitual (nos últimos 3 años)		Tivo períodos en que experimentou problemas serios con:		¿Qué importancia ten agora para vostede o asesoramento para eses:	
1. Parella e fillos 2. Parella 3. Fillos 4. País 5. Familia 6. Amigos 7. Só 8. Medio protexido 9. Non estable		0. Non      1. Sí		22. Problemas familiares? 23. Problemas legais?	
5. ¿Canto tempo viviu nesa situación?		Último mes      Ao longo da vida		ESCALA DE GRAVIDADE PARA O ENTREVISTADOR	
(Sé é con país ou familia contar a partir dos 18 anos)		10. Nai 11. Pai 12. Ermáns/irmáns 13. Parella sexual/esposo 14. Fillos 15. Outro familiar 16. Amigos íntimos 17. Vecíños 18. Compañeros de traballo		24. ¿Cómo puntuaría a necesidade do paciente de asesoramento familiar e/ou social?	
6. ¿Está satisfecho con esa convivencia?		Último mes      Ao longo da vida		PUNTUACIONES DE VALIDEZ	
0. Non 1. Indiferente 2. Sí		19A. Emocionalmente? (insultándoo, etc.) 19B. Físicamente? (produciéndolle danos físicos) 19C. Sexualmente? (forzándolo a manter relacóns sexuais)		A información anterior está significativamente distorsionada por:	
7. ¿Vive con alguien que:		0. Non      1. Sí		25. ¿Imaxen distorsionada do paciente? 0. Non      1. Sí	
6A. Actualmente ten problemas relacionados co alcohol?		Último mes      Ao longo da vida		26. ¿A incapacidade para comprender do paciente? 0. Non      1. Sí	
6B. Usa drogas psicoactivas?		Último mes      Ao longo da vida		Comentarios	
7. ¿Con quién pasa a maior parte do seu tempo libre?		18A. Emocionalmente? (insultándoo, etc.) 18B. Físicamente? (produciéndolle danos físicos) 18C. Sexualmente? (forzándolo a manter relacóns sexuais)			
1. Familia, sen problemas actuais de alcohol ou drogas 2. Familia, con problemas actuais de alcohol ou drogas 3. Amigos, sen problemas actuais de alcohol ou drogas 4. Amigos, con problemas actuais de alcohol ou drogas					

		ESTADO PSQUIÁTRICO		ESCALA DE GRAVIDADE PARA O ENTREVISTADOR	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>PARA AS PREGUNTAS 12 E 13, POR FAVOR, PÍDALLE AO PACIENTE QUE UTILICE A ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</b>		<b>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</b> A información anterior está significativamente distorsionada por:	
1. ¿Cantas veces recibiu tratamento por problemas psicolóxicos ou emocionais?  Tratamento hospitalario: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamento ambulatorio: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		12. ¿Canto lle preocuparon ou molestaron no último mes estes problemas psicolóxicos ou emocionais?		20. ¿Cómo puntuaría a necesidade do paciente de tratamento psiquiátrico/psicolóxico? <input type="checkbox"/>	
2. ¿Recibe unha pensión por incapacidade psíquica? 0. Non    1. Sí		13. ¿Qué importancia ten agora para vostede o tratamento para esos problemas psicolóxicos?		21. ¿Imaxen distorsionada do paciente? 0. Non    1. Sí	
Pasou un período de tempo significativo (non directamente debido ao uso de alcohol ou drogas) no qual vostede (consulte o manual para definicións): 0. Non    1. Sí		Último mes    Ao longo da vida		22. ¿A incapacidade para Comprender do paciente? 0. Non    1. Sí	
3. ¿Experimentou depresión severa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		14. Francamente deprimido/ retraído <input type="checkbox"/>		Comentarios	
4. ¿Experimentou ansiedad ou tensión severa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		15. Francamente hostil <input type="checkbox"/>			
5. ¿Experimentou problemas para comprender, concentrarse ou recordar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		16. Francamente ansioso/ nervioso <input type="checkbox"/>			
6. ¿Experimentou alucinacións? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		17. Con problemas para interpretar a realidade, trastornos do pensamento, ideación paranoide <input type="checkbox"/>			
7. ¿Experimentou problemas para controlar conductas violentas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		18. Con problemas de comprensión, concentración ou recordo <input type="checkbox"/>			
8. ¿Recibía medicación prescrita por problemas emocionais o psicológicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		19. Con ideación suicida <input type="checkbox"/>			
9. ¿Experimentó ideación suicida severa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
10. ¿Realizou intentos suicidas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
10A. ¿Cuántas veces intentó suicidarse?					
11. ¿Cantos días no último mes experimentou esos problemas psicológicos/ emocionais? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

## 5. Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA)

1. Se nalguna ocasión toma bebidas alcohólicas (viño, cervexa, etc.). ¿Cantas consumicións toma o día que bebe? (expresado en UBE)
2. ¿Con qué frecuencia o fai? (número de días á semana)
3. ¿As fins de semana (ou os días laborais) cambia os seus hábitos de consumo?

Folla de rexistro (en UBE):

	Cantidad	Días	Subtotal
Consumo días laborais			
Consumo días festivos			
Total:			_____

Guía para el manejo ambulatorio de los problemas  
relacionados con el consumo de alcohol





# Presentación

El alcoholismo es un problema de salud cada vez más relevante y que afecta de forma creciente a los grupos más jóvenes. En la pasada década nuestro país se situó entre el tercer y el quinto puesto mundial en consumo de alcohol por habitante. La repercusión social en nuestro medio es enorme. Uno de cada cuatro gallegos conoce personas en su entorno familiar y social que tuvieron problemas con el consumo de alcohol. La incidencia en la morbi-mortalidad directa en adultos es indirecta (accidentes de tráfico) en jóvenes, y presenta nuevos comportamientos grupales de riesgo en menores y jóvenes (botellón, uso combinado con otras sustancias adictivas).

Esta guía tiene como objetivo describir los métodos de diagnóstico y tratamiento, junto con su evidencia clínica actual, de personas que presentan problemas relacionados con alcohol tanto en atención primaria como en consultas de especialidades. Se hace un detallado recorrido por las técnicas de detección del trastorno en atención primaria y especializada, intervenciones breves a realizar en primaria y los tratamientos especializados de desintoxicación y deshabituación. Así mismo se ofrece información útil a los enfermos y familiares para un correcto tratamiento e información sobre actitudes adecuadas en situaciones de riesgo concretas (actividades peligrosas, embarazo, conocidos con sospecha de abuso, personas con medicaciones, con enfermedades mentales, tercera edad, adolescentes).

**Mª José Rubio Vidal**  
*Consejera de Sanidade*



# Prólogo

En primer lugar quiero resaltar el esfuerzo y acierto del autor, de esta guía de alcoholismo que intenta facilitar al clínico, tanto de atención primaria como de especializada, las pautas de evaluación diagnóstica como del tratamiento en los diferentes estados por los que pasan los pacientes alcohólicos. Esta publicación intenta promover la excelencia clínica a la que todo buen clínico debe aspirar.

Para la elaboración de esta guía clínica, el Dr. Flórez, en consonancia con las agencias sanitarias internacionales que promueven pautas y protocolos de actuación clínica, propone recomendaciones orientadas a actuaciones jerarquizadas en función del estado clínico y asistencial de los pacientes. Apuesta desde dicha actuación respectiva por las actuaciones clínicas basadas en las pruebas, lo que implica el uso adecuado del valor de los estudios publicados en revista de referencia, pero incluye así mismo el decisivo valor que la experiencia clínica concede.

La guía, promovida por el programa de Saúde Mental de la Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias do Sergas, reúne no sólo el estado de las pruebas de efectividad de las estrategias farmacológicas sino también de las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, tanto las dirigidas a producir cambio de actitud cara al tratamiento como las dirigidas a mantener abstinencia.

Estoy convencido que esta guía contribuirá al ordenamiento y jerarquización de las pautas de evaluación y tratamiento de los consumos perjudiciales y adicciones al alcohol y será enriquecida con la necesaria y debida experiencia clínica, y así resultará de utilidad tanto para los pacientes y familiares como para los profesionales que los atienden.

**Julio Bobes**  
*Catedrático y Jefe del Servicio de Psiquiatría  
Universidad de Oviedo  
Presidente de Socidrogalcohol*



## ■ Niveles de evidencia y grados de recomendación 134

Niveles de evidencia 134

Grados de recomendación 135

## 1 Introducción 137

### 1.1. Definiciones 139

1.1.1. Unidad de bebida estándar (UBE) 139

1.1.2. Consumo de riesgo 140

1.1.3. Consumo perjudicial 141

1.1.4. Síndrome de dependencia alcohólica 142

## 2 Detección y evaluación 143

### 2.1. Detección a través de la historia clínica 145

2.1.1. Complicaciones físicas 145

2.1.2. Complicaciones neuropsiquiátricas 146

2.1.3. Complicaciones sociales 144

2.1.4. Técnicas para la elaboración de la historia clínica 147

### 2.2. Detección a través de instrumentos de evaluación 149

2.2.1. Cuestionario CAGE 149

2.2.2. Cuestionario AUDIT 150

2.2.3. Cuestionario MALT 151

2.2.4. Índice europeo de gravedad de la adicción (EuropASI) 152

2.2.5. Interrogatorio sistematizado de consumos  
alcohólicos (ISCA) 152

### 2.3. Detección a través de marcadores biológicos de consumo de alcohol 153

2.3.1. Volume corporcular medio (VCM) 154

2.3.2. Gammaglutamiltranspeptidase (GGT) 154

2.3.3. Transaminases (GOT/GPT) 155

2.3.4. Transferrina deficiente de carbohidratos (CDT) 155

2.3.5. Otras pruebas biológicas de interés 156

2.3.6. Medición del consumo reciente de alcohol 157

## 3 Intervención breve 159

### 3.1. Esquema de una intervención breve 163

3.2. El enfoque motivacional 165

3.3. Derivación y seguimiento 167

- 4 Desintoxicación 171**
- 4.1. Desintoxicación ambulatoria 173**
  - 4.2. Tratamientos farmacológicos para la desintoxicación 175**
    - 4.2.1. ¿Cuando no es necesaria la medicación? 175**
    - 4.2.2. Benzodiapecinas (BZD) 176**
    - 4.2.3. El clometiazol 177**
    - 4.2.4. Fármacos anticonvulsionantes 177**
      - 4.2.4.1. Gabapentina 177**
      - 4.2.4.2. Carbamazepina y oxcarbamazepina 178**
      - 4.2.4.3. Ácido valproico 179**
    - 4.2.5. Suplementos vitamínicos 180**
    - 4.2.6. Antipsicóticos 181**
    - 4.2.7. Betabloqueantes 181**
  - 4.3. Otros aspectos relacionados con la desintoxicación ambulatoria 182**
  - 4.4. *Delirium tremens* 183**
  - 4.5. Crisis convulsivas (*Rum Fits*) 183**
- 5 Deshabituación 185**
- 5.1. Tratamientos farmacológicos 187**
    - 5.1.1. Naltrexona 187**
    - 5.1.2. Nalmefeno 188**
    - 5.1.3. Acamprosato 189**
    - 5.1.4. Disulfiram 190**
    - 5.1.5. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) 191**
    - 5.1.6. Fármacos anticonvulsionantes 192**
      - 5.1.6.1. Carbamazepina 192**
      - 5.1.6.2. Ácido valproico 193**
      - 5.1.6.3. Topiramato 193**
    - 5.1.7. Tiapride 193**
    - 5.1.8. Combinaciones terapéuticas 194**
    - 5.1.9. Aspectos clínicos de los fármacos indicados para la deshabituación alcohólica 194**
  - 5.2. Intervenciones psicoterapéuticas 195**
    - 5.2.1. Reforzamiento comunitario 195**
    - 5.2.2. Manejo de contingencias 196**
    - 5.2.3. Terapia de exposición a pistas 197**
    - 5.2.4. Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento 197**
    - 5.2.5. Prevención de recaídas 198**
    - 5.2.6. Terapia conductual familiar 199**

- 6** Información para el paciente y para sus familiares 201  
6.1. Información para desintoxicación ambulatoria 203  
6.2. Normas de consumo moderado 204
- 7** Información para grupos de población específicos 207  
7.1. Personas implicadas en actividades de riesgo 209  
7.2. Personas responsables de establecimientos donde se sirven bebidas alcohólicas 209  
7.3. Personas que tienen algún familiar con problemas relacionados con el alcohol 209  
7.4. Personas que padecen enfermedades mentales 210  
7.5. Personas que toman alguna medicación de forma crónica o puntual 210  
7.6. Personas de la tercera edad 210  
7.7. Personas jóvenes (18–25 años) 211  
7.8. Adolescentes 211  
7.9. Mujeres embarazadas o que desean quedarse embarazadas 212
- 8** Información para el personal sanitario 213  
8.1. Principales interacciones entre el alcohol y los fármacos 215  
8.1.1. Analgésicos 215  
8.1.2. Anestésicos 215  
8.1.3. Antiandrogénicos 215  
8.1.4. Antiarrítmicos 215  
8.1.5. Antiasmáticos 216  
8.1.6. Anticoagulantes 216  
8.1.7. Antidiabéticos 216  
8.1.8. Antihipertensivos 216  
8.1.9. Antihistamínicos 217  
8.1.10. Antiinfecciosos 217  
8.1.11. Antineoplásicos 217  
8.1.12. Antiparkinsonianos 217  
8.1.13. Psicofármacos 217  
8.2. Recursos para la entrevista motivacional 218  
8.2.1. El discurso motivacional 218  
8.2.2. Técnicas motivacionales 219
- 9** Desarrollo de esta guía clínica 221
- 10** Anexos 237

# Niveles de evidencia

- 1<sup>++</sup> Meta–análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados y aleatorizados o ensayos controlados y aleatorizados con muy bajo riesgo de presentar sesgos.
- 1<sup>+</sup> Meta–análisis bien diseñados, revisiones de ensayos controlados y aleatorizados o ensayos controlados y aleatorizados con bajo riesgo de presentar sesgos.
- 1<sup>-</sup> Meta–análisis, revisiones de ensayos controlados y aleatorizados o ensayos controlados y aleatorizados con alto riesgo de presentar sesgos.
- 2<sup>++</sup> Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios caso–control o de cohortes. Estudios caso–control o de cohortes de alta calidad con muy bajo riesgo de presentar sesgos y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
- 2<sup>+</sup> Estudios caso–control o de cohortes bien diseñados con bajo riesgo de presentar sesgos y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
- 2<sup>-</sup> Estudios caso–control o de cohortes con alto riesgo de presentar sesgos y una baja probabilidad de que la relación sea causal.
- 3 Estudios no controlados (series de casos, casos aislados).
- 4 Opinión de uno o varios expertos en la materia.

# Grados de recomendación

- A** Existe por lo menos un meta-análisis, una revisión sistemática de ensayos controlados y aleatorizados o un ensayo controlado aleatorizado con un nivel de evidencia 1<sup>++</sup>, y con conclusiones directamente aplicables a la población diana; o existe un cuerpo de evidencia, con resultados homogéneos, formado principalmente por estudios con un nivel de evidencia 1<sup>+</sup>, y con conclusiones directamente aplicables a la población diana.
- B** Un cuerpo de evidencia, con resultados homogéneos, que incluye estudios con un nivel de evidencia 2<sup>++</sup>, y con conclusiones directamente aplicables a la población diana; o conclusiones extraíbles de estudios con un nivel de evidencia 1<sup>++</sup> o 1<sup>+</sup>.
- C** Un cuerpo de evidencia, con resultados homogéneos, que incluye estudios con un nivel de evidencia 2<sup>+</sup>, y con conclusiones directamente aplicables a la población diana; o conclusiones extraíbles de estudios con un nivel de evidencia 2<sup>++</sup>.
- D** Niveles de evidencia 3 ó 4; o conclusiones extraíbles de estudios con un nivel de evidencia 2<sup>+</sup>.

Los grados de recomendación se relacionan con los niveles de evidencia pero no reflejan la importancia clínica de la recomendación.



# Introducción

1



Nuestro país está a la cabeza mundial en consumo de alcohol. Se estima que durante la pasada década en España se consumían entre 9-10 litros de etanol por habitante y año; oscilando nuestro país entre el tercero y el quinto puesto mundial en lo que a consumo de alcohol se refiere. Se calcula que un 65% de la población española consume de forma regular bebidas alcohólicas; entre el 7% y el 10% de nuestra población es bebedora de riesgo y un 50% de los bebedores de riesgo cumplen criterios de dependencia. Anualmente son atendidos unos 34,000 pacientes con problemas de dependencia alcohólica, generando un gasto que se estima alrededor de los 4.000 millones de euros.

Esta guía tiene como objetivo describir los métodos de diagnóstico y tratamiento, junto con su evidencia clínica actual, de personas que presentan problemas relacionados con el alcohol.

## 1.1. Definiciones

### 1.1.1. Unidad de bebida estándar (UBE)

Las UBEs representan un sistema ideado para medir de forma rápida y estandarizada el consumo diario de alcohol de una persona (1). Su fórmula es la siguiente:

$$\text{UBE} = \text{volume en litros por el porcentaje de alcohol que contiene la bebida por 0,8}$$

Cada UBE representa unos 8 - 10gr de etanol (siendo 10gr la medida más práctica y utilizada) – esto puede variar en función de la cantidad de alcohol que se sirve en la bebida y de las diferentes cantidades de alcohol presentes en las distintas variedades de un mismo tipo de alcohol (vinos, cervezas, etc) -; un vaso de vino de mesa (100ml) representa una UBE, una caña de cerveza (250 ml) representa una UBE, una copa de una bebida destilada (30 ml) – vodka, ginebra, etc – representa una UBE. Una botella de vino convencional (750 ml con un porcentaje de alcohol en torno al 12%) contiene unas 7-8

UBEs y una botella de una bebida destilada convencional (700 ml con un porcentaje de alcohol en torno al 40%) contiene unas 28 UBEs.

En resumen, la UBE es un sistema rápido pero inexacto para estandarizar los consumos de alcohol realizados por una persona (el cálculo de los gramos de etanol es una medida más exacta, aunque también difícil de obtener a través de entrevistas con el paciente y sus familiares).

### 1.1.2. Consumo de riesgo

Término de gran aceptación y difusión entre los profesionales socio-sanitarios. El consumo de riesgo implica: un consumo diario en varones superior a 40gr de etanol (5 UBEs o más) y en mujeres superior a 20gr de etanol (3 UBEs o más) y / o un consumo semanal igual o superior a 21 UBEs semanales para varones y a 14 UBEs semanales para mujeres, esto quiere decir que el consumo que se considera seguro si se toma alcohol todos los días es de: 3 UBEs diarias para varones y 2 UBEs diarias para mujeres.

Estas medidas son puntos de corte extraídos de estudios epidemiológicos que comparaban el riesgo de sufrir problemas de salud con los consumos de alcohol relatados por las personas entrevistadas (2). Un consumo superior a 40gr en varones doblaba su riesgo de padecer: enfermedades hepáticas (el 60% presentan alteraciones hepáticas al cabo de 10 años), Hipertensión Arterial, algunos cánceres; y para sufrir una muerte violenta. En mujeres el consumo superior a 24gr de etanol aumenta el riesgo de padecer enfermedades hepáticas y cáncer de mama (2).

También es necesario tener en cuenta aspectos cualitativos del consumo: beber en situaciones de ansiedad o depresión, beber con el único objetivo de alcanzar los efectos psicoactivos del alcohol, beber a solas o mezclar el alcohol con otras drogas son situaciones que aumentan el riesgo, favorecer la absorción del alcohol bebiendo en ayunas o consumiendo bebidas alcohólicas carbonatadas (cava, vino con gaseosa, cuba-libre, etc), beber bebidas alcohólicas con bebidas que contengan cafeína que retrasa los efectos neurológicos de la intoxicación.

En comparación con otras drogas el alcohol tarda en desarrollar un cuadro de dependencia, y por ello los problemas aparecen en torno a los 40-45 años. Sin embargo, cambios en las pautas de consumo (mezclas con bebidas carbónicas que favorecen la absorción y aumentan la capacidad de consumo, el paso de bebidas fermentadas a bebidas destiladas) están provocando un adelantamiento en la aparición de cuadros de dependencia, los cuales empiezan a detectarse en torno a los 30-35 años<sup>(4)</sup>.

Para facilitar la labor de los clínicos existen varios cuestionarios validados para nuestra población que miden el grado de dependencia, valorando síntomas (físicos – afectivos – conductuales) y patrones de consumo, como son: *El Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia al alcohol (SADQ)*<sup>(5,6)</sup> o la *Escala de la Intensidad de la Dependencia al Alcohol (EIDA)*<sup>(7)</sup>.

### **1.1.3. Consumo perjudicial**

Para la CIE -10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades) el Consumo Perjudicial implica una forma de consumo que actualmente afecta a la salud física (p.e. daño hepático) y / o psíquica (p.e. cuadros depresivos secundarios a consumos masivos de alcohol) sin que haya síntomas de dependencia (3). De forma estandar se considera que un consumo superior a 60gr / día de etanol en el hombre y superior a 40gr / día en la mujer provocará con toda seguridad las alteraciones propias del consumo perjudicial.

#### 1.1.4. Síndrome de dependencia alcohólica

Para la CIE-10 el Síndrome de Dependencia consiste en un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica de este síndrome es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de consumir alcohol (3). La recaída tras un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del síndrome en comparación con sujetos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante o en algún momento de los 12 meses previos han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo.
- Síntomas somáticos de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa (p.e. temblor, sudoración, insomnio, taquicardia, ansiedad, y en casos graves, convulsiones o delirium). El alcohol, o sustancias similares, se consume con la intención de aliviar o evitar este cuadro.
- Tolerancia. Para alcanzar los mismos efectos son necesarias cada vez dosis más elevadas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol. Aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias, físicas o psíquicas, perjudiciales.

## Detección e avaliação

2



## 2.1. Detección a través de la historia clínica

La realización de una Historia Clínica exhaustiva ante cualquier caso que acuda a consulta es una herramienta básica a la hora de detectar una serie de complicaciones - signos y síntomas - que pueden hacer sospechar al médico de la presencia de un problema derivado de un consumo excesivo de alcohol.

### 2.1.1. Complicaciones físicas

A continuación se presenta una lista de alteraciones físicas relacionadas con un consumo perjudicial de alcohol (en negrita las más significativas) y que todo profesional sanitario debe tener en cuenta a la hora de elaborar una Historia Clínica:

- *Alteraciones digestivas*: alteraciones hepáticas (la esteatosis hepática – hepatitis alcohólica – cirrosis alcohólica), pancreatitis (aguda y crónica), alteraciones gástricas (gastritis y ulceras pépticas), malabsorción intestinal, síndrome de Mallory – Weiss.
- *Alteraciones musculoesqueléticas*: gota, osteoporosis, miopatía.
- *Alteraciones endocrinas*: Hipogonadismo masculino, pseudo Cushing.
- *Alteraciones cardiovasculares*: arritmias (fibrilación atrial), hipertensión (de un 20% a un 30% de los casos), ACV, cardiomiopatía, enfermedad coronaria.
- *Alteraciones respiratorias*: neumonía y tuberculosis.
- *Alteraciones metabólicas*: hipoglucemia, cetoacidosis, hiperlipidemia.
- *Alteraciones hematológicas*: anemia con macrocitosis, ferropenia, neutropenia, trombocitopenia.
- *Alteraciones neurológicas*: crisis convulsivas, neuropatía periférica, alteraciones cerebelosas, amблиopia y encefalopatía alcohólica.
- *Alteraciones cutáneas*: psoriasis, eczema.

- Traumatismos, accidentes, alteraciones del nivel de conciencia.

Dada la elevada presencia de alteraciones físicas relacionadas con un consumo excesivo de alcohol y el elevado número de ingresos y complicaciones médicas que se han detectado en estudios epidemiológicos<sup>(8,9,10)</sup> (*nivel de evidencia 3 y 4*) es conveniente recomendar que:



**Grado de recomendación D:** La exploración de los hábitos de consumo alcohólico debe ser rutinaria en la práctica médica diaria, tanto hospitalaria como ambulatoria.

### 2.1.2. Complicaciones neuropsiquiátricas

El consumo excesivo de alcohol puede provocar o precipitar los siguientes cuadros<sup>(11)</sup>:

- *Trastornos Psicóticos:* Alucinaciones transitorias, alucinosis alcohólica, intoxicación con síntomas psicóticos, celotipia.
- *Trastornos del Comportamiento:* Intoxicación patológica.
- *Trastornos del nivel de Conciencia:* Delirium Tremens, Síndrome de Wernicke.
- *Trastornos Cognitivos:* Amnesia (episódica o crónica como en el Síndrome de Korsakoff), demencia (alcohólica o por déficit vitamínico).

Si a esto se le suma la elevada comorbilidad entre el consumo excesivo de alcohol y los Trastornos Psiquiátricos (sobre todo con los Trastornos Afetivos, con la Esquizofrenia y con los Trastornos de Personalidad) detectada en estudios epidemiológicos<sup>(12,13,14)</sup> (*nivel de evidencia 3 y 4*) es conveniente recomendar que:



**Grado de recomendación D:** La exploración de los hábitos de consumo alcohólico debe ser rutinaria en la práctica psiquiátrica diaria, tanto hospitalaria como ambulatoria.

### 2.1.3. Complicaciones sociales

- Problemas familiares: Maltrato y abandono.
- Problemas laborales: Absentismo, bajo rendimiento, accidentes.
- Problemas económicos.
- Problemas judiciales: Conductas violentas, conducción bajo los efectos del alcohol.

A pesar de todas las complicaciones relatadas, la tasa de detección de personas que tienen problemas derivados de su excesivo consumo de alcohol es baja en todos los ámbitos<sup>(15,16)</sup>. A menudo se desconocen las claves diagnósticas, no hay una excesiva vigilancia a pesar de que se trata de un problema de elevada prevalencia, algunos profesionales no se sienten cómodos preguntando acerca de los consumos de alcohol, otros no preguntan porque dudan qué hacer ante un posible caso; además los pacientes se sienten juzgados y con frecuencia minimizan su consumo<sup>(17)</sup> (algo que no parece suceder en los estudios de investigación<sup>(18)</sup>).

### 2.1.4. Técnicas para la elaboración de la historia clínica

Para aumentar la capacidad de detección a través de la entrevista clínica se recomiendan las siguientes técnicas:

- Realizar una entrevista semi – estructurada que es presentada al paciente y a sus acompañantes como un proceso rutinario. La entrevista puede iniciarse con una frase del estilo de la siguiente: “*Siempre pregunto a todo el mundo que viene a mi consulta acerca de sus hábitos de bebida – creo que es un tema de salud más que se debe tratar sin que nadie se sienta comprometido*”. A partir de este punto la entrevista debe continuar con preguntas abiertas acerca de situaciones o momentos en los que el paciente o algún allegado se preocuparon por los consumos de alcohol o por situaciones derivadas de esos consumos (“*Dígame, ¿alguna vez el alcohol le ha traído problemas en su vida?*”), preguntar sobre preo-

cupaciones o sentimientos negativos en primer lugar facilita la entrevista, ya que sugiere la necesidad de averiguar cuál fue la génesis de los mismos; preguntar inicialmente al paciente cuánto bebe suele generar respuestas automáticas poco informativas como: "*lo normal*". A continuación ya puede comenzar el interrogatorio sistematizado sobre los hábitos de bebida.

- Recordar grupos y presentaciones de riesgo: Personas que viven en condiciones de aislamiento social, personas que cambian de domicilio – trabajo – relaciones con frecuencia, personas que se encuentran en situaciones de conflicto familiar constante, personas que se quejan de nerviosismo – irritabilidad – insomnio – depresión - amnesia, personas con quejas suicidas, personas que acuden de forma frecuente a puntos de urgencia con quejas inespecíficas, personas que han tenido repetidos accidentes o traumatismos, personas con quejas gastrointestinales – trastornos cardíacos inexplicables – crisis convulsivas de aparición tardía – hipertensión moderada o grave, personas que abusan de otros tóxicos como la nicotina, personas con quejas de disfunción sexual, personas con quejas de tos crónica y náuseas y vómitos matutinos.
- Detectar signos clínicos de consumo excesivo de alcohol: Facies pletórica, acné hipertrófico en la nariz, arañas vasculares, inyección conjuntival, ginecomastia, obesidad, temblor en las manos, enrojecimiento de las palmas de las manos, paso alargado y ángulo profundo de la rodilla.
- Buscar fuentes alternativas de información: La opinión de familiares y personas cercanas al paciente es fundamental.

A continuación se presentan los aspectos básicos a recoger en una entrevista clínica de unos 15-20 minutos de duración:

- Historia familiar: Antecedentes de consumo de alcohol, presencia de enfermedades orgánicas y / o trastornos psiquiátricos.
- Historia personal: Enfermedades y tratamientos previos y actuales, historia escolar – laboral – social – forense.

- Patrones de consumo de alcohol: Evolución del consumo de alcohol y de los problemas relacionados con el mismo, reconstrucción de un día típico de bebida reciente (actividades y consumos de alcohol detallados), reconstrucción del consumo a lo largo de una semana reciente, influencia actual del alcohol en la personalidad del paciente y en sus actividades.
- Periodos previos de abstinencia: Duración, motivo, métodos empleados para conseguirlo.
- Motivación del paciente para dejar de beber.

En resumen, diferentes grupos de expertos (1,19) (*Nivel de evidencia 4*) avalan la entrevista clínica como herramienta para detectar e iniciar el tratamiento de los pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol, por ello es conveniente recomendar:

**G D** **Grado de recomendación D:** La entrevista clínica semi-estructurada debe ser utilizada como herramienta diagnóstica de los problemas relacionados con el alcohol en todos los ámbitos clínicos siempre que se disponga de al menos 15 minutos para realizarla.

## 2.2. Detección a través de instrumentos de evaluación

Existen diversos cuestionarios, traducidos y validados para nuestra población, de gran utilidad para detectar de forma rápida, precoz y precisa aquellos casos en los que el alcohol supone un problema de salud. A continuación presentamos los más utilizados.

### 2.2.1. Cuestionario CAGE (Anexo I)

Este cuestionario desarrollado por Ewing JA.<sup>(20)</sup>, y validado para nuestra población por Rodríguez- Martos A.<sup>(21)</sup>, consta de 4 ítems heteroaplicados dicotómicos (Sí=1 punto/NO = 0 puntos). 3 de estos ítems exploran valoraciones subjetivas de la persona acerca del consumo de alcohol y el 4º ítem

valora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. El cuestionario se pasa con rapidez y las preguntas pueden incluso camuflarse dentro de la entrevista clínica. Los puntos de corte recomendados son los siguientes:

- 0 puntos: No hay problemas relacionados con el alcohol.
- 1 punto: Indicio de problemas relacionados con el alcohol.
- 2-4 puntos: Presencia de problemas relacionados con el alcohol.

El CAGE ha demostrado su eficacia en todos los ámbitos clínicos, sobre todo para detectar problemas de dependencia (22, 23, 24). Ahora bien, su intemporalidad no permite precisar la situación actual de consumo por lo que pueden aparecer un mayor número de bebedores problemáticos de los que en realidad hay, viéndose la especificidad del cuestionario afectada. Además los ítems 2 y 3 referidos a sensaciones subjetivas negativas derivadas del consumo de bebidas alcohólicas tienen menor capacidad discriminativa en lugares donde la tolerancia social al consumo es alta, como en España y Galicia.

### **2.2.2. Cuestionario AUDIT (Anexo 2)**

Este cuestionario desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (25) y validado para nuestra población por Rubio G. (26), consta de 10 ítems autoplicados que exploran el consumo de alcohol y los problemas derivados del mismo. Cada ítem tiene criterios operativos específicos de puntuación (que oscilan entre 0 y 4 puntos), oscilando la puntuación total entre 0 y 40. Los puntos de corte recomendados son los siguientes:

	Hombres	Mujeres
Sin problemas	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-12	6-12
Problemas físico-psíquicos y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

Este cuestionario fue elaborado para ayudar a los Médicos de Atención Primaria a identificar precozmente problemas en relación con el consumo de alcohol en personas que todavía no cumplían criterios de dependencia ni presentaban problemas físicos o psicosociales crónicos. Los tres primeros ítems evalúan el consumo de alcohol, del 4-6 se refieren a la dependencia al alcohol, el 7 y el 8 a reacciones negativas a la bebida y el 9 y el 10 a problemas derivados del consumo.

El AUDIT (cuyo tiempo de ejecución es de 5 minutos) ha demostrado ser superior al CAGE en cuanto a su sensibilidad a la hora de detectar consumos de riesgo –sus preguntas son más concretas, se refieren a un consumo reciente (durante el último año), y sus cuatro alternativas de respuesta permiten matizar las situaciones<sup>(23,24)</sup>; para conseguir la sensibilidad del AUDIT el CAGE precisa que se le incorporen preguntas de consumo diario y semanal<sup>(27)</sup>.

### 2.2.3. Cuestionario MALT (Anexo 3)

Este cuestionario desarrollado por Fuerlein W. (28), y validado para nuestra población por Rodríguez- Martos A.<sup>(29)</sup>, consta de dos partes; la primera, el MALT-S, la configuran 27 ítems autoaplicables dicotómicos (Sí = 1 punto / NO = 0 puntos) acerca de la percepción subjetiva del paciente sobre sus problemas actuales con el alcohol, la segunda, el MALT-O, la configuran 7 ítems dicotómicos (Sí = 4 puntos / NO = 0 puntos) indicadores orgánicos – (obtenidos a partir de la Historia Clínica y de pruebas de laboratorio) de la dependencia alcohólica (esta parte debe ser administrada por el clínico). Los puntos de corte recomendados son:

- 0-5 puntos: No hay problemas relacionados con el alcohol.
- 6-10 puntos: Sospecha de problemas relacionados con el alcohol.
- 11 o más puntos: Presencia de problemas relacionados con el alcohol.

El MALT es un cuestionario diagnóstico de gran precisión<sup>(30)</sup> pero requiere la realización de análisis de sangre, por lo que no se puede considerar una

prueba de detección sino de confirmación de la presencia de problemas relacionados con el alcohol.

#### **2.2.4. Índice europeo de gravedad de la adicción (EuropASI) (Anexo 4)**

Este instrumento diagnóstico desarrollado por Kokkevi A. (31), y validado para nuestra población por Bobes J.<sup>(32)</sup>, es una entrevista semiestructurada y estandarizada que proporciona información sobre: aspectos vitales del paciente que han podido contribuir a su consumo de tóxicos, necesidades del paciente, planificar tratamientos y evaluar resultados. Consta de 6 áreas diferentes: situación médica (16 ítems), situación laboral / soportes (26 ítems), consumo de alcohol/ otras drogas (28 ítems), problemas legales (23 ítems), relaciones familiares / sociales (26 ítems), estado psiquiátrico (22 ítems). Cada área contiene ítems objetivos y subjetivos (con puntuaciones específicas), conjugándolos se obtiene una puntuación de gravedad (de 0 a 9) que determina la necesidad o no de un tratamiento más o menos intensivo según cada puntuación.

Esta entrevista es heteroaplicada, su duración se estima entre 45 – 60 minutos, y se recomienda realizar un curso previo para su correcta utilización. El EuropASI ha sido utilizado con éxito en pacientes con problemas derivados de su consumo de alcohol en nuestro país<sup>(33)</sup>.

Su duración y complejidad reserva el EuropASI para consultas especializadas en la valoración y tratamiento de las adicciones.

#### **2.2.5. Interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos (ISCA) (Anexo 5)**

Este cuestionario, desarrollado por Gual A.<sup>(34)</sup>, permite detectar precozmente bebedores de riesgo que acuden a las consultas de Atención Primaria., para ello se evalúa el patrón de consumo alcohólico semanal, regular e irregular. Consta de 3 preguntas – consumo de alcohol, frecuencia del consumo, variaciones entre días festivos y laborales -. Los consumos se transforman en UBE. Instrumento heteroaplicado cuyos puntos de corte son: 28 UBE semanales para varones y 17 para mujeres (valorando la situación en los casos entre 11 y 16).

Niveles de evidencia 1<sup>++</sup>, 2<sup>++</sup>, 2<sup>+</sup> permiten recomendar:

- G B** Grado de recomendación B: el cuestionario AUDIT puede ser utilizado en consultas de Atención Primaria para el cribado de problemas relacionados con el alcohol.
- G B** Grado de recomendación B: el cuestionario CAGE puede ser utilizado en consultas de Atención Primaria para el cribado de problemas relacionados con el alcohol siempre que se acompañe de mediciones de patrones de consumo (p.e ISCA).
- G C** Grado de recomendación C: el cuestionario MALT y el Euro-pASI deben reservarse para confirmar diagnósticos y planificar estrategias terapéuticas en consultas especializadas.

Todas estas recomendaciones indican la necesidad de explorar de forma rutinaria los consumos de alcohol de todos los pacientes que acuden tanto a consultas de Atención Primaria como de Psiquiatría, y la mejor manera de realizar esa exploración de forma eficaz es el uso de cuestionarios validados.

### 2.3. Detección a través de marcadores biológicos de consumo de alcohol

Existen hoy en día diversos marcadores biológicos que pueden ser utilizados para la detección de pacientes con problemas relacionados con los consumos de alcohol. Estos marcadores permiten abordar casos en los que el paciente niega o minimiza el consumo y para introducir una motivación clara para controlar el consumo o alcanzar la abstinencia, además permiten determinar la gravedad física del consumo y monitorizar la evolución; también pueden utilizarse para detectar consumos excesivos en grandes grupos poblacionales. Actualmente no disponemos de un marcador individual con una especificidad y sensibilidad suficiente para ser utilizado de forma individual, siendo más recomendable la utilización de una batería de marcado-

res<sup>(35, 36, 37)</sup>. Siempre es importante recordar que estas pruebas no miden otras áreas, sociofamiliares o psicopatológicas, donde el alcohol puede estar generando problemas que ya justifiquen una intervención.

A continuación se presentan los marcadores biológicos más utilizados:

### **2.3.1. Volumen corpuscular medio (VCM)**

La elevación de este parámetro es el hallazgo hematológico que con más frecuencia se encuentra en pacientes con problemas relacionados con el alcohol. Parece estar relacionado con alteraciones que el alcohol produciría de forma directa en los eritroblastos. Requiere consumos de alcohol elevados (más de 60 gramos por día) durante períodos prolongados.

La sensibilidad de esta prueba se sitúa en torno al 20-50%, con una especificidad de 55-90%<sup>(35, 38)</sup>. Existe una serie de condiciones médicas, algunas frecuentes en pacientes alcohólicos, que producen o agravan esta elevación del VCM, y que deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados de unos análisis, estas condiciones son: déficit de vitamina B o ácido fólico (especialmente frecuente en pacientes alcohólicos), enfermedades hepáticas, tabaquismo y ciertos fármacos. El VCM requiere un periodo prolongado para normalizarse (esto es debido a la larga vida media de los eritrocitos (unos 120 días)), una vez que se alcanza la abstinencia, por lo que no es un buen parámetro para medir a corto plazo la misma.

### **2.3.2. Gammaglutamiltranspeptidase (GGT)**

La elevación de la GGT es el parámetro biológico más utilizado hoy en día. Es un buen indicador del aumento de la actividad enzimática microsomal inducida por el alcohol. Dado que la GGT no es una enzima exclusivamente hepática (también se encuentra en el riñón, en el páncreas y en el intestino delgado) existen una serie de situaciones clínicas ajena al consumo de alcohol que pueden aumentar sus niveles en sangre como son: enfermedades hepatobiliarias, procesos pancreáticos, insuficiencia cardiaca, diabetes, obesidad, tabaquismo, ciertos fármacos como las Benzodiacepinas o los Anticonceptivos<sup>(35,36,37)</sup>.

La GGT presenta una sensibilidad del 35-90% y una especificidad del 50-90%<sup>(39,35)</sup>. Si la GGT se ha elevado por un consumo excesivo de alcohol, la abstinencia de bebidas alcohólicas produce una rápida disminución de la misma, normalizándose en torno a las 1-4 semanas (esto depende del nivel de alteración previo) pero presentando una caída en los primeros 5 días que es patognomónica<sup>(35,39)</sup>.

### 2.3.3. Transaminases (GOT/GPT)

La Transaminasa Glutámico – Oxalacética (GOT o ASAT) es una enzima intracelular presente en el hígado, músculo estriado, riñón y en otros tejidos orgánicos. La Transaminasa Glutámico – Pirúvica (GPT o ALAT) es una enzima intracelular casi exclusivamente hepática. La GOT puede elevarse en sangre por diversas patologías (afecciones musculares, infartos de miocardio, enfermedades renales y hepáticas) en las que su elevación es pareja al grado de necrosis celular. Por su parte la GPT se eleva en procesos hepáticos crónicos o agudos<sup>(35, 36, 37)</sup>.

La sensibilidad de estas enzimas para detectar alteraciones producidas por un consumo de alcohol se sitúa en torno al 10-40% y su especificidad es inferior al 50%. En las hepatopatías provocadas por el alcohol el cociente GOT/GPT suele ser superior a 2, al contrario que en otras hepatopatías en las que la GPT está más elevada que la GOT<sup>(35, 36, 37)</sup>.

### 2.3.4. Transferrina deficiente de carbohidratos (CDT)

La CDT es una transferrina cuya concentración aumenta pareja al incremento del consumo de alcohol. Existen circunstancias ajenas a este consumo, menos prevalentes que en las pruebas mencionadas anteriormente, que pueden alterar esta prueba: enfermedades hepáticas avanzadas, embarazo, déficit congénitos y alteraciones genéticas. Para que la CDT aparezca alterada se requieren consumos superiores a 60 gramos por día durante al menos una semana<sup>(35, 39, 40)</sup>.

Su sensibilidad para la detección de consumos excesivos de alcohol se sitúa en torno al 75-90% (la más elevada) y su especificidad en torno al 70-100%. Con la abstinencia de bebidas alcohólicas su valor se normaliza en unas dos semanas <sup>(35, 39, 40, 41, 42)</sup>. Una disminución igual o superior al 30% de la inicial indica una reducción significativa del consumo.

De todos estos marcadores la CDT parece el más valioso, incluso se considera que su combinación con la GGT permite establecer un valor predictivo del 100% en consumos superiores a 60 gramos de alcohol por día, sin embargo esta prueba no se realiza de forma rutinaria en nuestro medio clínico, por lo que se recomienda combinar los valores de la GGT con el VCM <sup>(35, 38,43)</sup>.

Niveles de evidencia 2+ permiten recomendar:



**Grado de recomendación B:** los marcadores biológicos de consumo excesivo de alcohol, especialmente la combinación de la GGT y el VCM, deben utilizarse en situaciones de detección, tanto en Atención Primaria como en consultas especializadas, cuando existan indicios de que la información que aporta el paciente es poco fiable. Estos marcadores no deben ser utilizados como única técnica de detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Estos marcadores permitirán además aumentar la motivación del paciente y monitorizar sus progresos.

### 2.3.5. Otras pruebas biológicas de interés

Aunque sin un objetivo diagnóstico o de detección, más bien para evaluar el estado físico de un caso ya confirmado, se recomienda realizar la siguiente batería analítica <sup>(35)</sup>:

- Hemograma completo.
- Bioquímica general: función hepática (transaminasas, GGT, bilirrubina total, fosfatases alcalinas), urea y creatinina, lípidos, glucosa, ácido úrico, electrolitos, CPK, amilasa.
- Análisis de orina.
- VSG.
- Proteinograma.
- Estudio de coagulación.
- Marcadores de VHC y VHB y serología Luética.

### **2.3.6. Medición del consumo reciente de alcohol**

Los marcadores biológicos presentados en los puntos anteriores permiten estudiar consumos crónicos de alcohol, pero no son válidos para determinar consumos agudos del mismo. En ocasiones, como en dispositivos de emergencia, la detección de un consumo agudo puede ser la forma de detectar a un paciente que presente problemas en relación a su consumo de alcohol. Para realizar esta detección hay que determinar los niveles actuales de alcohol en el organismo. Estos niveles se pueden medir en sangre y en orina (los más fiables; no debe utilizarse alcohol como antiséptico cutáneo cuando se realice una extracción sanguínea); además existen pruebas para la detección de alcohol en saliva, en aire espirado, en sudor o a nivel transdérmico. Niveles de alcohol en sangre de entre 100 (ataxia) – 300 (alteraciones del nivel de conciencia)mg / dl son sugestivos de intoxicación alcohólica (niveles superiores a 150mg / dl sin signos de intoxicación sugieren gran tolerancia al alcohol), aunque los problemas de atención y la euforia aparecen ya con niveles de 30mg / dl, y con 50mg / dl ya pueden presentarse problemas de coordinación. Las pruebas dan positivas hasta 24 horas después del consumo, el ritmo de aclaramiento del alcohol en sangre es de unos 15mg / 100 ml hora<sup>(35)</sup>. La medición de alcohol a través del aire espirado y la saliva es la

forma más sencilla de medir los niveles de alcohol en sangre y puede ser útil para monitorizar la abstinencia<sup>(44)</sup>.

*Niveles de evidencia 2 + permiten recomendar:*

- G** **B** **Grado de recomendación B:** los dispositivos de emergencia deben disponer de medios para poder medir de forma inmediata los niveles de alcohol presentes en el organismo.



Intervención breve

3



En la bibliografía referente al tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol las intervenciones breves cubren un rango temporal que va desde los 5 hasta los 45 minutos. Sin embargo, la mayor parte de los estudios de efectividad realizados implicaban una intervención de entre 5 y 20 minutos, con una revisión breve para comprobar los resultados obtenidos y afianzar la mejoría<sup>(45)</sup>.

Las siglas **FRAMES** resumen la esencia de la intervención breve<sup>(45)</sup>:

- **Feedback (retroalimentación):** Sobre un riesgo para la salud y el bienestar, físico y / o psíquico, del paciente. El médico debe informar al paciente de forma neutra sobre las implicaciones de su consumo de alcohol en su estado físico y / o psíquico.
- **Responsability (responsabilidad):** El médico enfatiza la necesidad de hacerse responsable del problema para cambiar, el paciente es responsable de sí mismo y por lo tanto libre de elegir entre modificar o no sus conductas.
- **Advice (consejo):** El médico aconseja, o recomienda de forma clara, sobre las necesidades de cambio en los hábitos del paciente en lo que a su consumo de alcohol se refiere, indicando la necesidad de abstinencia o de un consumo no de riesgo. Hay que evitar el estilo autoritario y mostrar apoyo y comprensión.
- **Menu (menú de cambio):** El médico ofrece al paciente un abanico de posibilidades, el paciente escoge la que prefiere. Ambos tienen que llegar a un acuerdo concreto (detener – reducir – estabilizar el consumo de alcohol), con objetivos claros y medibles.
- **Empathy (empatía):** El médico debe buscar un tono empático, cálido, reflexivo y de apoyo, evitando las actitudes condenatorias y la confrontación. Debe explorar con el paciente las razones que éste tiene para cambiar su forma de consumir bebidas alcohólicas.

- ***Self efficacy (auto - eficacia):*** El médico debe reforzar la confianza del paciente en sí mismo, debe mostrarse seguro de que el paciente conseguirá alcanzar sus objetivos.

Estas intervenciones han demostrado a través de numerosos estudios y meta-análisis su eficacia para reducir los consumos de riesgo en pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria durante un periodo de un año<sup>(46-64)</sup>, no hay evidencias claras de lo que sucede después de ese periodo<sup>(65-69)</sup>. Se estima que es necesario tratar de 7 a 9 pacientes para conseguir reducir de forma eficaz el consumo de alcohol en uno de ellos (esto demuestra una muy elevada eficacia, hay que recordar que es necesario tratar entre 40 y 125 pacientes hipertensos para prevenir un accidente cardiovascular en cinco años en uno de ellos)<sup>(49,50,70,71)</sup>; ahora bien, dado que sólo el 5% de los pacientes que acuden a una consulta de Atención Primaria son candidatos para esta intervención, es necesario realizar una evaluación eficaz de unos 1000 pacientes para que la intervención sea eficaz<sup>(49,51,59,60,72)</sup>. Tampoco se ha demostrado con claridad cuanto debe durar la intervención para que ésta sea más operativa y eficaz, es posible que intervenciones de 5-10 minutos tengan la misma eficacia que otras de 20 a 45 minutos<sup>(73-75)</sup>.

Los estudios presentan variaciones en el momento de realizar la intervención, algunos proponen realizarla el mismo día de la detección y otros prefieren concertar una nueva cita para ello<sup>(73-75)</sup>.

El uso de una cita de revisión y de material impreso mejora los resultados de la intervención<sup>(53)</sup>.

La intervención está descrita para pacientes con consumos de riesgo o consumos perjudiciales que se identifican por primera vez en la consulta del Médico de Atención Primaria<sup>(76)</sup>. Pacientes que cumplen criterios de dependencia o que presentan comorbilidad psiquiátrica u orgánica severa no son candidatos para esta intervención<sup>(76)</sup>.

Los estudios han demostrado la necesidad de que el personal de Atención Primaria que vaya a realizar la intervención reciba el entrenamiento adecuado<sup>(77,78)</sup>.

Estos modelos de intervención breve también han demostrado su eficacia en: Servicios de Urgencias<sup>(79,80)</sup>, consultas de atención prenatal<sup>(81)</sup>.

*Niveles de evidencia 1<sup>++</sup>, 1<sup>+</sup>, 3, 4 permiten recomendar:*

**G  
A**

**Grado de recomendación A:** los dispositivos de Atención Primaria deben aplicar intervenciones breves para reducir o controlar el consumo de alcohol de aquellos pacientes a los que, durante la evaluación diagnóstica, se les detecte un consumo de riesgo o perjudicial. Estas intervenciones no deben aplicarse a pacientes que presenten síntomas o signos de dependencia al alcohol o que presenten comorbilidad psiquiátrica u orgánica severa.

**G  
D**

**Grado de recomendación D:** el personal de los dispositivos de Atención Primaria que vaya a aplicar estas intervenciones debe recibir un entrenamiento específico en las mismas.

**G  
B**

**Grado de recomendación B:** los Servicios de Urgencias y las consultas de atención prenatal deben aplicar estas intervenciones breves cuando detecten a un paciente con un consumo de alcohol de riesgo o perjudicial. Por lo tanto, también deben recibir un entrenamiento adecuado.

### 3.1. Esquema de una intervención breve

A continuación se presenta un esquema en el que se sintetizan los pasos a seguir durante una intervención breve.

### Detección e evaluación del problema

- Técnica de entrevista, instrumentos de evaluación, disponibilidad de pruebas biológicas.
- ¿Se detectan problemas durante la evaluación o presenta el paciente un consumo de riesgo (en varones consumo diario superior a 40 g de etanol (5 UBE o más), y en mujeres consumo diario superior a 20 g de etanol (3 UBE o más) y/o consumo semanal superior a 21 UBEs semanales para varones, y a 14 UBEs semanales para mujeres) o perjudicial?

SI

NO

#### No-intervención

Asegurar que no hay consumos esporádicos excesivos, o problemas médicos que indiquen la necesidad de abstinencia alcohólica, o historia familiar de alcoholismo.

#### Aplicar la intervención (FRAMES)

¿Se muestra el paciente interesado en la intervención?

SI

NO

¿Presenta el paciente un cuadro de dependencia, o presenta comorbilidad orgánica o psiquiátrica severa?

NO

SI

#### Determinar objetivos

#### Derivar a Consultas Especializadas

#### Reducción

- Establecer objetivos medibles.
- Proporcionar información.
- Evaluar resultados.

#### Abstinencia

- Buscar apoyo sociofamiliar.
- Considerar el uso de fármacos para tratar síntomas de abstinencia para la deshabituación.
- Evaluar resultados.

#### Revisión

**Si no se consiguen objetivos**

### 3.2. El enfoque motivacional

La entrevista motivacional<sup>(19,82)</sup> – un estilo de entrevista que evita juzgar y confrontar a los pacientes y cuyo objetivo es que el propio paciente juzgue las ventajas y desventajas de su consumo y aumente su eficacia a la hora de reducir o eliminar el consumo de bebidas alcohólicas – representa un estilo terapéutico que ha sido utilizado con éxito en las intervenciones breves<sup>(82)</sup>.

Para aplicar los métodos de la entrevista motivacional es necesario conocer cual es la predisposición al cambio del paciente cuando acude por primera vez a la consulta. Los ESTADIOS DEL CAMBIO de Prochaska y Diclemente ilustran las distintas posibilidades<sup>(83)</sup>:



Según la fase de cambio en que acuda el paciente las intervenciones pueden ser diferentes, tal y como se muestra en el siguiente esquema:

- Cuándo aconsejar abstinencia: Si el paciente ha respondido de forma afirmativa a 3 ó 4 preguntas del CAGE o su puntuación en el AUDIT supera los niveles de consumo de riesgo, si se trata de una mujer embarazada o que planea tener hijos, si hay alteraciones físicas relacionadas con el consumo

### Paciente en pre-contemplación

*El paciente no cree que tenga que cambiar sus hábitos de consumo*

A través de preguntas abiertas y una actitud no enjuiciadora se busca que el paciente hable de su consumo de alcohol. Mostrar empatía y crear discrepancia.

### Paciente en contemplación

*El paciente comprende lo positivo y lo negativo de sus hábitos de consumo de alcohol, pero todavía no ha decidido realizar cambios en ellos: se muestra ambivalente*

Se valora de forma objetiva si existen problemas relacionados con el alcohol (entrevista, instrumentos, pruebas de laboratorio). Fomentar autoeficacia.

### Paciente en decisión

*El paciente ha decidido que debe cambiar sus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas.*

Se determinan objetivos cuantificables (estabilización, reducción o abstinencia). Porporcionar información escrita al paciente.

### Paciente en acción

*El paciente ha iniciado cambios en sus hábitos de consumo.*

Auto-vigilancia a través de un diario de consumo, se pauta una visita de revisión para valorar el cumplimiento de los objetivos y redefinirlos si es necesario. Implicar a la red social del paciente.

### Paciente en mantenimiento

*El paciente ha conseguido cambiar sus hábitos de consumo y debe consolidar las nuevas conductas.*

Seguimiento según la situación del paciente. Valorar de forma positiva lo conseguido por el paciente. Obtener información de la red social del paciente.

de alcohol, si el paciente informa de: amnesias lacunares en relación con el consumo, intentos previos de reducción fallidos, historia familiar de alcoholismo, disfunción socio – familiar en relación con el consumo.

- Cuándo aconsejar reducción: Si el paciente ha respondido de forma afirmativa a 2 o menos preguntas del CAGE o su puntuación en el AUDIT se sitúa en los niveles de consumo de riesgo o su patrón de consumo diario y / o semanal le sitúa en un consumo de riesgo. El paciente no presenta complicaciones físicas, psíquicas o socio – familiares relacionadas con su consumo de alcohol o que puedan verse agravadas por el consumo de alcohol.
- Cuándo aconsejar estabilización: Si el paciente responde de forma negativa a todas las preguntas del AUDIT o su puntuación en el AUDIT le sitúa en la zona de "sin problemas". El paciente no presenta complicaciones físicas, psíquicas o socio – familiares relacionadas con su consumo de alcohol o que puedan verse agravadas por el consumo de alcohol.

Existe un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar el estadio del cambio en que se encuentra el paciente, *Readiness to Change Questionnaire (RCQ)* (84), que dispone de una versión española (85).

*Niveles de evidencia 1<sup>+</sup>* permiten recomendar:

- G** **B** **Grado de recomendación B:** las técnicas de la entrevista motivacional deben ser aplicadas en las Intervenciones Breves que se realicen en Atención Primaria destinadas a reducir, estabilizar o suprimir los consumos de bebidas alcohólicas. Por ello es necesario que el personal sanitario que vaya a involucrarse en estas Intervenciones Breves reciba el entrenamiento adecuado para dominar dichas técnicas.

### 3.3. Derivación y seguimiento

Aquellos pacientes detectados en Atención Primaria con consumos de alcohol problemáticos que presenten signos o síntomas de dependencia o que

presenten comorbilidad psiquiátrica u orgánica severa, así como con aquellos otros en los que las intervenciones breves no hayan sido eficaces, deben ser derivados a un dispositivo asistencial específico para el tratamiento de problemas relacionados con el alcohol. Estos dispositivos deben cumplir las siguientes características<sup>(86 - 90)</sup>:

- Disponer de profesionales especializados en aplicar distintas modalidades psicoterapéuticas: terapia cognitivo-conductual, terapia motivacional, terapia familiar, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y comunicación, programas de prevención de recaídas.
- Disponer de personal médico cualificado para manejar los fármacos que han demostrado su utilidad en el mantenimiento de la abstinencia.
- Mantener un contacto estrecho con los dispositivos de Atención Primaria: Para agilizar las derivaciones (el retraso se asocia claramente al fenómeno del abandono terapéutico<sup>(91-93)</sup>), para dar apoyo a aquellos profesionales de Atención Primaria más involucrados en las Intervenciones Breves y para organizar el seguimiento de los pacientes.
- Mantener un estrecho contacto con servicios médicos especializados: Para agilizar las derivaciones cuando aparecen problemas físicos severos que requieren la intervención de servicios médicos especializados (p.e. Medicina Interna, Digestivo, Neurología, etc)<sup>(94,95)</sup>.
- Disponer de personal cualificado para evaluar y tratar la comorbilidad psiquiátrica que puedan presentar los pacientes, recordando que en casos de comorbilidad con trastornos afectivos menores y de ansiedad está más indicado tratar primero y con más intensidad los problemas que pueda haber generado el alcohol<sup>(96,97)</sup>.
- Mantener un estrecho contacto con los dispositivos hospitalarios y de urgencias: Para poder programar ingresos cuando sea necesario y para coordinar de forma eficaz el plan de tratamiento de los pacientes que vayan a ser dados de alta y requieran atención ambulatoria por presentar problemas relacionados con el alcohol<sup>(94)</sup>.

Niveles de evidencia 1<sup>++</sup>, 1<sup>+</sup>, 2<sup>++</sup>, 3, 4 permiten recomendar:

- G A** Grado de recomendación A: os pacientes detectados en Atención Primaria con consumos de alcohol problemáticos que presenten signos o síntomas de dependencia o que presenten comorbilidad psiquiátrica u orgánica severa, así como aquellos otros en los que las intervenciones breves no hayan sido eficaces, deben ser derivados a un dispositivo asistencial específico para el tratamiento de problemas relacionados con el alcohol. Estos servicios deben disponer del personal y los medios adecuados para tratar a unos pacientes con numerosa comorbilidad.
- G B** Grado de recomendación B: los dispositivos específicos deben mantener una estrecha relación con Atención Primaria para agilizar las derivaciones y garantizar los seguimientos.
- G B** Grado de recomendación B: los dispositivos específicos deben mantener una estrecha relación con los servicios médicos especializados para garantizar la evaluación y el tratamiento de las posibles patologías físicas que presenten los pacientes.
- G B** Grado de recomendación B: los pacientes con problemas derivados por el consumo de alcohol que a la vez presenten un Trastorno Depresivo Leve – Moderado o un Trastorno de Ansiedad deben ser tratados primero del problema derivado del consumo de alcohol.





Desintoxicación

4



La desintoxicación implica ayudar al paciente a superar el posible síndrome de abstinencia que le provoque el abandono del consumo de bebidas alcohólicas, es por lo tanto el primer paso en el proceso terapéutico. Para muchos pacientes este ha sido un obstáculo insuperable en aquellas ocasiones en que decidieron intentar abandonar el consumo de alcohol sin ayuda sanitaria.

El síndrome de abstinencia provocado por el cese o la disminución de bebidas alcohólicas es un cuadro que puede presentar los siguientes síntomas: desorientación, alteraciones en la atención, sudoración, insomnio, ansiedad, temblor, taquicardia, síntomas gastrointestinales, agitación, alteraciones en el contacto con los demás, alucinaciones, ideas delirantes y crisis convulsivas. Su duración media es de 48 horas tras el último consumo. La causa de este cuadro es la regulación a la baja del Neurotransmisor GABA y al alta del Neurotransmisor Glutamato que produce el consumo crónico y habitual de alcohol<sup>(98)</sup>.

#### 4.1. Desintoxicación ambulatoria

La desintoxicación ambulatoria es la primera opción a considerar ya que:

- En pacientes con diagnóstico de dependencia al alcohol no se encontraron diferencias al cabo de seis meses (en lo que a número de pacientes que permanecían en abstinencia) entre pacientes que realizaron la desintoxicación de forma ambulatoria y los que la realizaron ingresados<sup>(99,100)</sup>.
- Tres de cada cuatro pacientes pueden ser desintoxicados con éxito en un programa ambulatorio<sup>(99,100)</sup>.
- El tratamiento ambulatorio es más eficiente<sup>(99-104)</sup>.
- La mayoría de los pacientes prefieren realizar la desintoxicación en su domicilio<sup>(103)</sup>.

Siempre y cuando el proceso de desintoxicación sea supervisado de cerca por personal sanitario experimentado, la desintoxicación ambulatoria debe ser la opción para aquellos pacientes que presenten un cuadro de abstinencia de leve a moderado. Sin embargo, hay una serie de situaciones en las que

el paciente debe ser derivado a un servicio hospitalario para realizar la desintoxicación<sup>(104,105)</sup>:

- El paciente está confuso o tiene alucinaciones.
- Tiene historia previa de Síndrome de Abstinencia complicado (*delirium tremens*).
- Tiene historia de crisis convulsivas.
- Está desnutrido.
- Tiene vómitos o diarrea severa.
- Hay riesgo suicida.
- El grado de dependencia es alto y el paciente no puede acudir con frecuencia a revisiones ambulatorias.
- Presenta síntomas de abstinencia, temblor agudo o taquicardias, incontrolables con medicación oral.
- Tiene un episodio agudo de una enfermedad psiquiátrica comórbida.
- Presenta una enfermedad física severa (cirrosis).
- Presenta un abuso de múltiples sustancias tóxicas.
- En su ambiente socio – familiar no tiene los suficientes apoyos.
- Intentos de desintoxicación ambulatoria previa fracasaron.

Niveles de evidencia 1<sup>++</sup>, 1<sup>+</sup>, 2<sup>++</sup>, 2, 3, permiten recomendar:

**G A** Grado de recomendación A: la desintoxicación de los pacientes con dependencia al alcohol debe realizarse de forma ambulatoria siempre que no existan causas que lo contraindiquen. Dicha desintoxicación debe ser supervisada por personal sanitario con experiencia en desintoxicaciones y que disponga del tiempo suficiente para seguir y evaluar cada caso de forma estrecha.

## 4.2. Tratamientos farmacológicos para la desintoxicación

### 4.2.1. ¿Cuando no es necesaria la medicación?

Aquellos pacientes que presentan una dependencia leve no suelen precisar medicación. Cuando el consumo era inferior a 15 UBEs por día en varones o a 10 UBEs por día en mujeres y el paciente no informa de síntomas recientes o de consumos recientes para inhibir el síndrome de abstinencia tampoco suele ser necesaria la medicación <sup>(105)</sup>.

En los bebedores que no consumen alcohol a diario no suele ser necesaria la medicación a no ser que presentasen consumos superiores a 20 UBEs por día <sup>(105)</sup>.

(Nivel de evidencia 4) es conveniente recomendar que:

**G D** Grado de recomendación D: es conveniente valorar la necesidad de medicación. A aquellos pacientes que no se les recete ningún tratamiento es necesario informarles de que los primeros días es posible que se sientan algo nerviosos y con algunas dificultades para conciliar el sueño.

#### 4.2.2. Benzodiacepinas (BZD)

Las BZD presentan una tolerancia cruzada con el alcohol, característica fundamental para ser fármaco de elección para tratar el Síndrome de Abstinencia provocado por un tóxico, y han demostrado su eficacia en numerosos estudios controlados <sup>(106-113)</sup>, por ello son los fármacos de primera elección. Dado que las BZD tienen sus propios efectos secundarios (sobre todo sus interferencias en los procesos de aprendizaje y planificación) y que el Síndrome de Abstinencia Alcohólica no es de duración prolongada, los regímenes de tratamiento ambulatorio con BZD no deben superar los 7 - 12 días <sup>(106-112)</sup>, aunque en ocasiones se produce un Síndrome de Abstinencia prolongado o tardío que requiere mantener el tratamiento durante más tiempo.

Ninguna BZD ha demostrado una eficacia superior a las otras en el tratamiento de la abstinencia alcohólica, por ello la elección de una u otra BZD está determinada por otros aspectos como <sup>(106-113)</sup>:

- El Diazepam (dosis recomendada entre 30-80mg por día, empezando con tres tomas al día) es la BZD que más se asocia a consumos con fines adictivos y a intoxicaciones más severas cuando se mezcla con alcohol. Es preferible reservar esta BZD para uso hospitalario, especialmente si hay riesgo de crisis convulsivas <sup>(114-120)</sup>.
- El Clordiazepóxido (200 – 400mg por día, empezando con cuatro tomas al día) y el Ketazolam (60 – 90mg por día, empezando con dos o tres tomas al día) y el Clorazepato Dipotásico (15-200mg por día, empezando con cuatro tomas al día) alcanzan su concentración plasmática sanguínea más lentamente lo que retrasa y disminuye su efecto psicoactivo y por ello el riesgo de abuso es menor. Dado que las presentaciones del Clordiazepoxido son de baja dosis, se recomienda la utilización del Clorazepato Dipotásico o del Ketazolam en los tratamientos ambulatorios <sup>(114-122)</sup>.
- El Lorazepam (3 – 15mg por día, empezando por tres tomas día) presenta una metabolización hepática más rápida y que genera un metabolito inactivo, por lo que es de elección en casos de insuficiencia hepática y en personas de edad avanzada <sup>(123)</sup>.

Niveles de evidencia 1<sup>++</sup>, 1<sup>+</sup>, 2<sup>++</sup>, 2<sup>+</sup>, 3, 4 permiten recomendar:

- G A** Grado de recomendación A: las BZD son el fármaco de primera elección en la desintoxicación alcohólica. La elección de una BZD no depende de su mayor o menor eficacia para tratar este síndrome, sino de sus efectos secundarios y características farmacológicas. La duración del tratamiento no debe superar los 7 días.

#### 4.2.3. El clometiazol

El Clometiazol (1344 – 2680 mg por día, empezando por cuatro tomas al día) también ha demostrado su tolerancia cruzada con el alcohol por lo que es un tratamiento eficaz para el Síndrome de Abstinencia Alcohólico (122, 124, 125). Sin embargo, el Clometiazol ha presentado un alto índice de interacciones mortales al consumirse junto con alcohol y numerosos problemas de tolerancia, por lo que es poco seguro en pautas ambulatorias; por otro lado no se recomienda en casos de insuficiencia hepática o para personas de edad avanzada <sup>(124,125)</sup>.

Niveles de evidencia 1<sup>-</sup>, 3, 4 permiten recomendar:

- G D** Grado de recomendación D: el Clometiazol no debe usarse en desintoxicaciones alcohólicas ambulatorias como primera opción terapeútica.

#### 4.2.4. Fármacos anticonvulsionantes

##### 4.2.4.1. Gabapentina

El mecanismo de acción exacto de este fármaco no se conoce, pero se relaciona con un aumento de la acción del neurotransmisor GABA <sup>(126)</sup>, este efecto es el que, a nivel teórico, apoya su uso en el Síndrome de Abstinencia

Alcohólica<sup>(127)</sup>. Diversos estudios abiertos (monoterapia)<sup>(128-129)</sup> y un estudio controlado (combinada con Clometiazol)<sup>(130)</sup> han demostrado su eficacia, a dosis de al menos 1200mg por día en tres tomas diarias. Gabapentina presenta un muy bajo riesgo de adicción, no produce alteraciones cognitivas, y puede ser utilizado en pacientes con insuficiencia hepática o alteraciones hematológicas.

Niveles de evidencia 2, 3 permiten recomendar:

**G  
D**

**Grado de recomendación D:** la Gabapentina es una opción terapeútica de segunda elección para el tratamiento de la abstinencia alcohólica. Pacientes que presenten contraindicaciones a las BZD o en los que la dosis de BZD no pueda pautarse a sus dosis más altas podrían beneficiarse de un tratamiento en mono o politerapia con Gabapentina.

#### 4.2.4.2. Carbamazepina y oxcarbamazepina

La Carbamazepina ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la abstinencia alcohólica, tal vez a través de su efecto *Anti-kindling* implicado en los fenómenos biológicos que hacen que cada nuevo episodio de abstinencia sea más grave<sup>(131)</sup>. La ausencia de potencial adictivo y la escasa afectación que para su metabolismo implica la disfunción hepática la convierte en una opción terapeútica segura para los tratamientos ambulatorios. Es necesario tener en cuenta que el consumo de alcohol a grandes dosis inhibe el metabolismo de la Carbamazepina.

Varios estudios randomizados han demostrado la eficacia de Carbamazepina en monoterapia y politerapia (dosis de 200 – 400mg tres veces al día) en el tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica<sup>(132-134)</sup>, de intensidad leve a moderada.

La Oxcarbamazepina es un análogo de la Carbamazepina que no presenta los problemas de interacciones farmacológicas ni algunos de los efectos secundarios que presenta la primera. Requiere dosis un 50% superiores a la Carbamazepina para ser eficaz<sup>(128)</sup>, y aunque no hay estudios que demuestren su eficacia

en el tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica, su mecanismo de acción análogo al de la Carbamazepina hace suponer su eficacia<sup>(128)</sup>.

*Niveles de evidencia 1-, 2++, 2+ permiten recomendar:*

**G**  
**B**

**Grado de recomendación B:** la Carbamazepina debe considerarse una segunda opción terapéutica para la desintoxicación alcohólica ambulatoria. Pacientes que presenten contraindicaciones a las BZD o en los que la dosis de BZD no puede pautarse a sus dosis más altas podrían beneficiarse de un tratamiento en mono o politerapia con Carbamazepina. La Oxcarbamazepina, aunque presenta un prometedor futuro, no debe considerarse fármaco de elección para el tratamiento de la abstinencia alcohólica hasta que se realicen estudios que demuestren su eficacia.

#### 4.2.4.3. Ácido valproico

El Ácido Valproico ha demostrado en varios estudios controlados ser un tratamiento eficaz, en monoterapia o politerapia, para el tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica, en especial para casos graves<sup>(138-142)</sup> (dosis de 500mg tres veces al día).

*Niveles de evidencia 1-, 2++, 2+ permiten recomendar:*

**G**  
**B**

**Grado de recomendación B:** el Ácido Valproico debe considerarse una segunda opción terapéutica para la desintoxicación alcohólica ambulatoria. Pacientes que presenten contraindicaciones a las BZD o en los que la dosis de BZD no puede pautarse a sus dosis más altas podrían beneficiarse de un tratamiento en mono o politerapia con Ácido Valproico.

#### 4.2.5. Suplementos vitamínicos

Los signos clásicos del déficit vitamínico del complejo B (confusión, ataxia, oftalmoplejia, nistagmo, alteraciones de la memoria, hipotermia – hipotensión, y en casos extremos coma) que forman el Síndrome de Wernicke – Korsakov, no se manifiestan abiertamente hasta que el déficit vitamínico es muy intenso y por ello puede ser pasado por alto. Es por esto que el uso de fórmulas terapéuticas que contengan un complejo vitaminado B es práctica rutinaria en la desintoxicación alcohólica <sup>(143-146)</sup>.

Si el paciente presenta algún síntoma de Wernicke – Korsakov o está en una situación de riesgo (diarrea, vómitos, desnutrición severa, anorexia severa, enfermedades físicas graves) es necesario tratar al paciente con Tiamina (B1) por vía parenteral, ya que por vía oral la Tiamina sólo tiene un tope de absorción en torno a los 5-10mg por día, lo que impide tratar por esta vía las situaciones de urgencia <sup>(144, 146)</sup>. El uso de ampollas intramusculares (2 ampollas de 100 mg por día durante tres días, y luego una hasta que se tolera el tratamiento oral) es lo que recomiendan los expertos (146). En pacientes que no estén en situaciones de riesgo se recomienda el tratamiento oral (200 – 300mg por día, en varias tomas para facilitar la absorción; es necesario recordar que el alcohol disminuye su absorción) <sup>(144,143)</sup>.

Niveles de evidencia 1<sup>+</sup>, 4 permiten recomendar:



**Grado de recomendación B:** pacientes en tratamiento de desintoxicación alcohólica con síntomas, incluso leves, del Síndrome de Wernicke – Korsakov o en situación de riesgo para padecerlo deben recibir una pauta de Tiamina intramuscular.



**(Grado de recomendación D)** pacientes en tratamiento de desintoxicación alcohólica con una dieta deficiente pueden beneficiarse de un tratamiento con vitaminas del grupo B por vía oral.



**(Grado de recomendación D)** pacientes con un problema de alcohol crónico, estén o no en tratamiento para desintoxicarse, pueden beneficiarse de un tratamiento con vitaminas del grupo B por vía oral.

#### 4.2.6. Antipsicóticos

La disminución de la actividad dopaminérgica durante el periodo de abstinencia, junto con las alteraciones térmicas y hepáticas y la disminución del umbral para padecer crisis convulsivas desaconseja el uso de fármacos antipsicóticos en el tratamiento de la abstinencia alcohólica. La única excepción es el Tiapride, que ha demostrado eficacia en estudios controlados en el tratamiento de la abstinencia alcohólica, y que puede utilizarse por vía intramuscular o intravenosa (400 a 1200mg por día en varias tomas) con relativa seguridad. Por vía oral se establece una dosis máxima de 800mg por día<sup>(136,147-150)</sup>. El Tiapride puede ser particularmente útil en pacientes con Insuficiencia Respiratoria o pacientes que presentan síntomas psicóticos.

*Niveles de evidencia 1-, 2+ permiten recomendar:*

**G** Grado de recomendación C: el Tiapride debe considerarse una segunda opción terapeútica para la desintoxicación alcohólica ambulatoria. Pacientes que presenten contraindicaciones a las BZD o en los que la dosis de BZD no puede pautarse a sus dosis más altas podrían beneficiarse de un tratamiento en mono o politerapia con Tiapride.

#### 4.2.7. Betabloqueantes

Beta Bloqueantes como el Propanolol o el Atenolol pueden ser útiles para tratar ciertos síntomas del Síndrome de Abstinencia Alcohólica, como la taquicardia o el temblor. Sin embargo el uso de estos fármacos sólo se recomienda en politerapia, pues son inferiores a las BZD en el control de la sintomatología que provoca la Abstinencia Alcohólica<sup>(151)</sup>.

*Niveles de evidencia 1- permiten recomendar:*

**G** Grado de recomendación C: los Beta Bloqueantes pueden utilizarse como medicación complementaria en el Síndrome de Abstinencia Alcohólica para tratar síntomas como el temblor o la taquicardia; pero nunca deben ser utilizados en monoterapia.

### 4.3. Otros aspectos relacionados con la desintoxicación ambulatoria

La desintoxicación ambulatoria exige una estrecha vigilancia y monitorización de la situación del paciente. Para facilitar esa labor existen instrumentos como la "Escala de Valoración de la Intensidad del Síndrome de Abstinencia" (*Clinical Institute Withdrawal Assessment: CIWA-AR*) <sup>(152-153)</sup>, que permiten valorar la situación inicial del paciente y su evolución ajustando el tratamiento en función de las puntuaciones obtenidas con la escala; esta modalidad de reducción de dosis no ha demostrado ser, en consultas de Atención Primaria, más eficaz que la disminución de dosis en pautas fijas <sup>(154-158)</sup>.

Niveles de evidencia 1<sup>+</sup> ,2<sup>+</sup> permiten recomendar:



**Grado de recomendación B:** las pautas fijas de medicación para el tratamiento de la abstinencia alcohólica son el sistema que se recomienda para las consultas de Atención Primaria siempre que se pueda realizar una monitorización exhaustiva. Las consultas especializadas presentan una población de pacientes más heterogénea que requiere en ocasiones pautas de tratamiento más flexibles.

Los pacientes de edad avanzada pueden presentar con más facilidad un episodio confusional en el contexto de la abstinencia, sobre todo si padecen enfermedades crónicas. Por otro lado, su capacidad metabólica es menor; sin embargo, no requieren cuidados especiales durante el periodo de abstinencia y también son candidatos al tratamiento ambulatorio <sup>(158,159)</sup>.

Niveles de evidencia 1<sup>+</sup> permiten recomendar:



**Grado de recomendación C:** los pacientes de edad avanzada deben recibir el tratamiento convencional para el Síndrome de Abstinencia Alcohólica; en estos pacientes siempre debe tenerse en cuenta a la hora de planificar el tratamiento las enfermedades crónicas que padece cada paciente.

#### 4.4. *Delirium tremens*

El Delirium Tremens es la principal complicación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica. Se trata de un episodio confusional agudo cuya triada sintomática clásica consiste en: disminución del nivel de conciencia, alucinaciones que pueden afectar cualquier modalidad sensorial y temblor intenso ( otros síntomas son: miedo, delirios paranoides, deliros ocupacionales, agitación e insomnio, alta sugestionabilidad, hiperexcitabilidad del Sistema Nervioso Autónomo con sudoración, anorexia, hipertensión, fiebre). El cuadro aparece tras 24-150 horas después de la última consumición alcohólica, alcanzando un pico sintomático entre las 72 y las 96 horas, su duración es de 3 a 5 días. Es frecuente el inicio nocturno. Se trata de un cuadro que puede poner en peligro la vida del paciente, estimándose que un 5% de los pacientes que ingresan con este cuadro fallecen (por colapso cardiovascular, deshidratación o infecciones concomitantes) <sup>(105)</sup>.

Dada la gravedad de este cuadro su sospecha a nivel ambulatorio implica una derivación hospitalaria para confirmación de diagnóstico e ingreso si necesario <sup>(105)</sup>.

*Niveles de evidencia* 4 permiten recomendar:

- G** Grado de recomendación D: los servicios ambulatorios deben disponer de protocolos de derivación urgente de pacientes con sospecha de *Delirium Tremens*.

#### 4.5. Crisis convulsivas (*Rum Fits*)

Las crisis convulsivas que aparecen en relación con el Síndrome de Abstinencia Alcohólica suelen ser tónico – clónicas, suelen aparecer a las 7-48 horas de la abstinencia con un pico de incidencia entre 12-24 horas. Los status epilépticos son infrecuentes y con respecto a la epilepsia estas crisis aparecen más tarde <sup>(160)</sup>.

El tratamiento de las crisis es el del Síndrome de Abstinencia, y no es preciso añadir ningún anticonvulsivante (como la fenitoína) como tratamiento de

mantenimiento para prevenir nuevas crisis (esta práctica clínica no ha demostrado ser superior a placebo cuando de los grupos de investigación se excluyen aquellos pacientes que tenían un diagnóstico previo de epilepsia) <sup>(161)</sup>.

*Niveles de evidencia 2<sup>++</sup>* permiten recomendar:

**G**  
**B**

**Grado de recomendación B:** los pacientes que presenten crisis convulsivas en el contexto de un Síndrome de Abstinencia Alcohólica y no tengan antecedentes de epilepsia no requieren tratamiento de mantenimiento con un anticonvulsivante.



Deshabituación

5



Una vez completada la desintoxicación el paciente entra en la fase de deshabituación. En esta fase, que debe ser controlada por personal especializado, el paciente debe neutralizar los mecanismos de la adicción para luego concentrarse en prevenir las recaídas.

Diversos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos han demostrado su eficacia en esta fase; a continuación se presentan aquellos, que hasta la fecha, han obtenido un mayor respaldo en los estudios científicos.

## 5.1. Tratamientos farmacológicos

### 5.1.1. Naltrexona

El antagonista opioide Naltrexona se desarrolló para prevenir las recaídas en pacientes que habían completado una desintoxicación de opiáceos. Tiene una vida media de unas 4 horas, aunque su principal metabolito activo, el 6-β-naltrexol, alcanza las 12 horas de vida media. Naltrexona se absorbe rápidamente alcanzando el pico plasmático a los 60 – 90 minutos tras su ingesta; sufre un primer paso hepático. Su antagonismo opioide bloquea los efectos reforzantes del alcohol, mediados por receptores opioides, en los circuitos motivacionales cerebrales <sup>(162)</sup>.

Naltrexona, a dosis de 50mg por día, ha demostrado en numerosos estudios controlados su eficacia durante la fase de deshabituación alcohólica <sup>(163-176)</sup>. Naltrexona parece ser más eficaz evitando recaídas que promoviendo la abstinencia. Es posible que Naltrexona reduzca el *Craving* y la euforia asociada al consumo de bebidas alcohólicas. Naltrexona ha demostrado ser eficaz en combinación con intervenciones psicosociales. Es necesario indicar que los estudios realizados con Naltrexona han tenido una duración de 12 semanas de tratamiento y posteriormente de 12 semanas de seguimiento. Son necesarios estudios que investiguen la utilidad terapeútica del fármaco pasadas las primeras 12 semanas.

Naltrexona presenta un bajo índice de efectos secundarios, siendo las náuseas, que aparecen en un 10% de los pacientes, el síntoma más frecuente. Otros efectos secundarios son: cefalea (8%), vértigo (4%), nerviosismo (4%), fatiga (4%), insomnio (3%), vómitos (3%), ansiedad (2%) y somnolencia (2%) <sup>(177)</sup>. Nal-

trexona está contraindicada en pacientes que presenten una dependencia a opiáceos o que requieran fármacos analgésicos derivados del opio; es importante recordar el efecto antagonista opioide a la hora de pautar un tratamiento analgésico (el Ácido Acetilsalicílico, el Paracetamol y el Ibuprofeno son los indicados); si el tratamiento analgésico con derivados del opio es imprescindible, es necesario detener el tratamiento con Naltrexona y realizar un periodo de lavado de tres días. Dado que a Naltrexona puede producir toxicidad hepática, aunque este es un efecto dosis – dependiente que suele aparecer con dosis de 200mg por día o superiores, es necesario revisar periódicamente la función hepática, sobre todo si el paciente toma otros fármacos con potencial hepatotóxico (por ejemplo el Paracetamol o el Disulfiram) <sup>(177)</sup>.

La dosis habitual es de 50mg por día, en pacientes con un deseo recurrente de consumir alcohol la dosis puede elevarse a 100mg por día. El tratamiento se programa para los primeros 3-6 meses, aunque puede ser necesario prolongarlo hasta los 12 meses. Naltrexona puede combinarse con antidepresivos sin que aparezca un aumento de efectos secundarios o interacciones. Antes de iniciar el tratamiento se recomienda un periodo de abstinencia de 5 a 7 días.

*Niveles de evidencia 1<sup>++</sup>* permiten recomendar:



**Grado de recomendación A:** Naltrexona, a dosis de 50mg por día, debe utilizarse en pacientes con diagnóstico de dependencia alcohólica que cumplan los siguientes criterios: que estén médica y socialmente estables, que no tengan una enfermedad hepática activa, que deseen tomar el fármaco, que no consuman derivados opioides legales o ilegales, cuyo objetivo terapéutico sea la abstinencia y que reciban la Naltrexona dentro de un programa de tratamiento psicosocial.

### 5.1.2. Nalmefeno

Nalmefeno es otro antagonista opioide de estructura y actividad similar a la de la Naltrexona. Estudios preliminares confirman su eficacia con menor

riesgo hepatotóxico. Son necesarios nuevos estudios que confirmen los datos preliminares. Las dosis se sitúan entre 20 y 80mg por día<sup>(178,179)</sup>.

*Niveles de evidencia 1+* permiten recomendar:



**Grado de recomendación B:** Nalmefeno se presenta como una alternativa eficaz a Naltrexona, especialmente en casos en que se detecte una enfermedad hepática activa.

### 5.1.3. Acamprosato

El Acamprosato es un análogo estructural del Neurotransmisor GABA, con alta afinidad por los receptores Gabaérgicos. Acamprosato modula la actividad Gabaérgica y bloquea el receptor NMDA Glutamatérgico, sobre todo a nivel del Núcleo Accumbens, estructura central en los sistemas motivacionales cerebrales<sup>(180,181)</sup>.

Acamprosato no se metaboliza en el hígado y se expulsa de forma preferente por el riñón, con un vida media de 18 horas. Su efecto secundario más frecuente es la diarrea (10%). Acamprosato no parece interaccionar con otros psicofármacos<sup>(181-182)</sup>. Acamprosato necesita siete días para alcanzar niveles terapéuticos.

Estos efectos en la neurotransmisión cerebral dotan de una base teórica a los resultados obtenidos por Acamprosato en numerosos estudios de investigación controlados<sup>(182-193)</sup>. A dosis de 1332mg por día (4 tabletas por día en 3 tomas diarias) en pacientes con un peso inferior a 60 Kg. y de 1998 (6 tabletas por día en 3 tomas diarias) si el peso es superior a 60 Kg. El periodo de tratamiento en los estudios abarcó de 3 a 12 meses de terapia con un seguimiento de hasta 12 meses, manteniendo el Acamprosato su eficacia tras 6-12 meses de haber suspendido su administración. Con estas dosis y periodos de tratamiento, Acamprosato ha demostrado ser superior a placebo en lo que al mantenimiento de la abstinencia se refiere<sup>(181-192)</sup>.

No debe ser administrado a personas con insuficiencia renal o fallo hepático grave, o a mujeres embarazadas o en lactancia.

Niveles de evidencia 1++ permiten recomendar:



**Grado de recomendación A:** Acamprosato, a dosis según peso corporal, debe utilizarse en pacientes con diagnóstico de dependencia alcohólica que cumplan los siguientes criterios: que estén médica y socialmente estables, que no tengan una insuficiencia renal activa, que deseen tomar el fármaco, que su objetivo terapéutico sea la abstinencia y que reciban el Acamprosato dentro de un programa de tratamiento psicosocial.

#### 5.1.4. Disulfiram

El Disulfiram introducido en 1949 inhibe la enzima hepática Aldehido Deshidrogenasa bloqueando el metabolismo del alcohol en el estado de acetaldehído; este último se acumula en el organismo provocando una reacción tóxica (*el efecto Antabus*) que se caracteriza por: cefalea, sudoración, taquicardia – palpitaciones, aumento de la frecuencia respiratoria, enrojecimiento facial, náuseas, sensación subjetiva de calor, vómitos, sequedad de la mucosa bucal y de la garganta y malestar general. Ingestiones elevadas de alcohol pueden producir arritmias, hipotensión y desmayos. La reacción suele empezar 10-30 minutos después de consumir alcohol y dura varias horas. La reacción puede llegar a ser peligrosa para pacientes con las siguientes patologías: fallo cardíaco, enfermedad coronaria, insuficiencia hepática o renal, insuficiencia respiratoria, hipertensión, diabetes o epilepsia (194-199).

Si se produce una reacción severa con fallo cardiovascular hay que tumbar al paciente con las piernas elevadas y debe administrársele un vasopresor junto con Vitamina C o un Antihistamínico Intravenoso.

Cuando al paciente se le receta el fármaco la decisión de beber o no sólo se toma una vez al día (en el momento en que se decide tomar o no tomar el fármaco). Si lo toma sabe que experimentará la reacción negativa y eso le ayuda a resistir en posibles situaciones en que desee beber alcohol. Se trata de un proceso en el que se va produciendo un aprendizaje secundario.

La dosis diaria es de 100 a 200mg por día (los intentos de crear un implante subcutáneo fracasaron ya que la disponibilidad sanguínea del fármaco era muy irregular<sup>(200)</sup>) y requiere varios días para alcanzar un efecto pleno. Sus efectos secundarios más frecuentes son: letargia, fatiga, vómitos, halitosis y sabor oral desagradable, impotencia y en ocasiones dificultades respiratorias. Disulfiram interacciona con varios fármacos: aumenta el efecto de las warfarinas, inhibe el metabolismo de los antidepresivos tricíclicos, de la fenitoína y de las BZD.

Dado que el efecto inhibidor de Disulfiram se prolonga durante siete días es posible realizar una pauta en la que el fármaco sólo se tome dos veces por semana.

Disulfiram ha demostrado ser eficaz en situaciones en que el fármaco se ha utilizado con pacientes motivados dentro de un programa terapéutico<sup>(194-199)</sup>.

*Niveles de evidencia 2<sup>+</sup>* permiten recomendar:

**G C** Grado de recomendación C: Disulfiram debe utilizarse en pacientes con diagnóstico de dependencia alcohólica que cumplan los siguientes criterios: que estén médica y socialmente estables, que no tengan las siguientes patologías: fallo cardíaco, enfermedad coronaria, insuficiencia hepática o renal, insuficiencia respiratoria, hipertensión, diabetes o epilepsia; que deseen tomar el fármaco, que su objetivo terapéutico sea la abstinencia y que reciban el Disulfiram dentro de un programa de tratamiento psicosocial.

*(Existe otro fármaco, la Cianamida Cálcica, que también inhibe la Aldehido Deshidrogenasa. La dosis terapéutica es de 50mg cada 12 horas. La inhibición es máxima a las 2 horas y desaparece al cabo de 24 horas. Sus efectos secundarios son menores que los del Disulfiram, pero apenas se han realizado estudios que demuestren su eficacia frente a placebo o frente a Disulfiram)*

#### 5.1.5. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Los ISRS son un grupo de antidepresivos con un perfil de efectos secundarios mejorado con respecto a antidepresivos más antiguos (tricíclicos, tetracíclicos,

IMAOS). Dada la implicación del sistema serotoninérgico en el control del estado de ánimo, de la ansiedad y de los impulsos (funciones alteradas en los pacientes con dependencia alcohólica) y, teniendo en cuenta la posible implicación del sistema serotoninérgico en la respuesta cerebral al consumo de alcohol, se han realizado numerosos estudios controlados para comprobar la eficacia de los ISRS en el tratamiento de la dependencia al alcohol.

Los resultados de los estudios realizados en pacientes no deprimidos son inconsistentes; en algunos casos los estudios reflejaron resultados positivos<sup>(201,202)</sup>, en otros los resultados fueron iguales para el ISRS y para el placebo<sup>(203)</sup>, y en otros los resultados fueron incluso negativos<sup>(204,205)</sup> – aumentando el consumo de alcohol en alcohólicos tipo B: más impulsivos, con mayor disforia, y un cuadro de dependencia alcohólica más severo y más precoz<sup>(206)</sup> -. Cuando los pacientes presentaban un Trastorno depresivo o de ansiedad comórbido los resultados obtenidos fueron positivos<sup>(207)</sup>.

Niveles de evidencia 1+ permiten recomendar:



**Grado de recomendación B:** los ISRS no deben utilizarse como primera opción para el tratamiento farmacológico durante la fase de deshabituación. Su uso debe reservarse para pacientes que cumplan criterios de depresión o de ansiedad y no pertenezcan al subtipo B de alcoholismo.

*(El Ondansetron, antagonista serotoninérgico 5-HT3, ha demostrado ser eficaz en la fase de deshabituación de pacientes con un inicio precoz de la dependencia alcohólica<sup>(208,209)</sup>).*

### 5.1.6. Fármacos anticonvulsionantes

#### 5.1.6.1. Carbamazepina

La Carbamazepina ha demostrado ser eficaz en la fase de deshabituación en un estudio controlado<sup>(210)</sup>.

### 5.1.6.2. Ácido valproico

El Ácido Valproico ha demostrado ser eficaz en la fase de deshabituación en un estudio controlado (211).

### 5.1.6.3. Topiramato

El Topiramato ha demostrado ser eficaz en la fase de deshabituación en un estudio controlado (212).

*Niveles de evidencia 1-* permiten recomendar:

G  
C

**Grado de recomendación C:** los agentes anticonvulsivantes Carbamazepina, Ácido Valproico y Topiramato no han reunido hasta la fecha suficiente evidencia científica para poder ser recomendados como fármacos de primera elección en el tratamiento de la deshabituación alcohólica; por lo tanto su uso se recomienda en situaciones de comorbilidad, como tratamiento adjunto o si aparecen intolerancias a los fármacos de primera elección.

### 5.1.7. Tiapride

El antagonista Dopaminérgico D2 ha demostrado, en un estudio controlado, ser capaz de promover la abstinencia en pacientes alcohólicos con sintomatología depresiva o ansiosa. Sin embargo, su perfil de efectos secundarios dificulta su uso prolongado (213,214).

*Niveles de evidencia 1-* permiten recomendar:

G  
C

**Grado de recomendación C:** el Tiapride no ha reunido hasta la fecha suficiente evidencia científica para poder ser recomendado como fármaco de primera elección en el tratamiento de la deshabituación alcohólica; por lo tanto su uso se recomienda en situaciones de comorbilidad, como tratamiento adjunto o si aparecen intolerancias a los fármacos de primera elección.

### 5.1.8. Combinaciones terapéuticas

Dado que numerosos sistemas de neurotransmisión parecen estar implicados en la dependencia al alcohol y en el proceso de recaída, es lógico pensar que la combinación de varios fármacos para el tratamiento de la dependencia alcohólica pueda dar resultados superiores al uso individual de cada uno de esos fármacos. Además, el uso de varios fármacos podría permitir reducir las dosis eficaces de cada uno aumentando la tolerancia al tratamiento al disminuir los efectos secundarios dosis dependiente.

Las combinaciones ensayadas en estudios controlados han sido:

- ACAMPROSATO Y DISULFIRAM: En un estudio doble ciego, Disulfiram aumentó la eficacia de Acamprosato al incrementar el número de días que los pacientes permanecieron abstinentes. Sin embargo, el tratamiento con Disulfiram no se aleatorizó sino que fue voluntario<sup>(190)</sup>.

Otras combinaciones están siendo investigadas pero todavía no se han publicado resultados.

*Niveles de evidencia 1* permiten recomendar:



**Grado de recomendación C:** las combinaciones terapéuticas no han reunido hasta la fecha suficiente evidencia científica para poder ser recomendadas como estrategias farmacológicas de primera elección en el tratamiento de la deshabituación alcohólica; por lo tanto su uso se recomienda en situaciones de comorbilidad, en pacientes resistentes a la monoterapia o si aparecen intolerancias a los fármacos de primera elección.

### 5.1.9. Aspectos clínicos de los fármacos indicados para la deshabituación alcohólica

- Los tratamientos descritos en este apartado no producen un alivio inmediato de los síntomas.

- Sus efectos beneficiosos se producen a largo plazo manteniendo la abstinencia y previniendo recaídas.
- Estos dos hechos unidos a los efectos reforzantes del consumo de alcohol y a que los pacientes no suelen atribuir a la medicación ningún papel en el mantenimiento de la abstinencia complican la adherencia al tratamiento. Es por esto que el uso de estos fármacos debe realizarse en el contexto de un programa psicoterapéutico que garantice la adherencia.

## 5.2. Intervenciones psicoterapéuticas

Las terapias psicológicas son componentes críticos para el tratamiento efectivo en la fase de deshabituación del alcohol. A continuación se presentan aquellos que han obtenido una mayor validación y aprobación científica. Es necesario recordar que los estudios que a continuación se mencionan fueron realizados en dispositivos que garantizaban la formación y el entrenamiento de sus terapeutas.

### 5.2.1. Reforzamiento comunitario

El *Community Reinforcement Approach (CRA)*<sup>(215)</sup> es un programa conductual que cuenta con un gran soporte empírico. Este modelo psicoterapéutico se aplica de forma individual o en grupo, y es útil en medios ambulatorios y hospitalarios. Su objetivo es reducir el consumo de alcohol y mejorar el funcionamiento social y laboral de los pacientes mediante las siguientes técnicas:

- Tratamiento con Disulfiram que supervisa un familiar del paciente; la adhesión se refuerza mediante técnicas operantes.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación. El paciente y las personas más relevantes de su medio se entrena para crear una rutina de actividades no relacionadas con el alcohol. El medio del paciente refuerza socialmente este programa. La intoxicación conlleva la perdida de ese refuerzo social.

- Creación de un “club social de abstemios” que ofrece actividades sociales y posibilidades de reinserción socio-laboral.
- Entrenamiento para enfrentarse a los deseos de beber y a la presión social pro – consumo de alcohol.

Este modelo ha sido objeto de numerosas investigaciones controladas en las que ha demostrado su eficacia <sup>(216-223)</sup>.

*Niveles de evidencia 1<sup>+</sup>* permiten recomendar:



**Grado de recomendación B:** El *Community Reinforcement Approach* es una modalidad psicoterapéutica que debe considerarse como primera opción terapéutica en el tratamiento de deshabituación alcohólica tanto en pacientes ambulatorios como en pacientes hospitalarios.

### 5.2.2. Manejo de contingencias

En esta modalidad psicoterapéutica el consumo de alcohol se enfoca como una conducta operante mantenida por los efectos biológicos del alcohol y el refuerzo social. Esta situación se intenta modificar ofreciendo reforzadores tangibles de la abstinencia, esos reforzadores pueden ser bienes o servicios.

Esta modalidad se ha utilizado más en otras adicciones y por ello no hay suficientes estudios que avalen su uso en los problemas relacionados con el alcohol <sup>(224-228)</sup>.

*Niveles de evidencia 1<sup>+</sup>* permiten recomendar:



**Grado de recomendación C:** el Manejo de Contingencias debe considerarse una opción psicoterapéutica de segunda línea en el tratamiento de la deshabituación alcohólica.

### 5.2.3. Terapia de exposición a pistas

Para este modelo psicoterapéutico (*Cue Exposure Treatment, CET*), los estímulos neutros que se van asociando al consumo de alcohol pueden llegar a ser capaces de provocar respuestas condicionadas de consumo de alcohol. El objetivo del tratamiento es desactivar esa asociación de estímulos neutros – deseo de consumir alcohol.

Tanto los estudios realizados en el laboratorio<sup>(229)</sup> como los realizados con población clínica<sup>(230-234)</sup> han obtenido resultados equívocos.

*Niveles de evidencia 1-* permiten recomendar:

**G** Grado de recomendación C: el Manejo de Contingencias debe considerarse una opción psicoterapéutica de segunda línea en el tratamiento de la deshabituación alcohólica.

### 5.2.4. Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento

Esta modalidad psicoterapéutica, enmarcada en la corriente cognitivo-conductual, tiene como objetivo principal dotar al paciente de habilidades de comunicación que le permitan enfrentarse y controlar situaciones de riesgo, entendiendo como tales situaciones sociales en las que estímulos concretos desencadenan el deseo de consumir alcohol.

Numerosos estudios controlados<sup>(235-245)</sup> y meta-análisis<sup>(246-250)</sup> avalan la efectividad de esta intervención. Además, esta intervención ha demostrado mejorar sus resultados cuando se combina con fármacos como la Naltrexona<sup>(251,252)</sup> y el Acamprosato<sup>(253)</sup>, aunque no todos los estudios han sido capaces de replicar esos hallazgos<sup>(254)</sup>.

*Niveles de evidencia 1<sup>++</sup>* permiten recomendar:

**G** Grado de recomendación A: El Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento debe considerarse como primera opción terapéutica en el tratamiento de la deshabituación alcohólica.

Niveles de evidencia 1<sup>+</sup> permiten recomendar:



**Grado de recomendación C:** El Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento debe considerarse la modalidad psicoterapéutica ideal para combinar con tratamientos farmacológicos.

### 5.2.5. Prevención de recaídas

El programa psicoterapéutico de Marlatt y Gordon, *Relapse Prevention*, es una variante del modelo cognitivo – conductual cuya base teórico – práctica es trabajar para detectar situaciones de alto riesgo de recaída en el consumo de alcohol; una vez detectadas se trabaja con el paciente para poder afrontarlas con garantías de éxito.

Diversos estudios controlados<sup>(164, 255-261)</sup> y meta-análisis<sup>(247, 248, 262, 263, 264)</sup> avalan la utilización de esta modalidad psicoterapéutica durante la fase de deshabituación alcohólica. Además, esta modalidad psicoterapéutica ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los pacientes más graves (con niveles de dependencia más intensos, comorbilidad psiquiátrica y peor apoyo social) en comparación con otras intervenciones<sup>(265)</sup>.

Niveles de evidencia 1<sup>+</sup> permiten recomendar:



**Grado de recomendación A:** La Prevención de Recaídas debe considerarse como primera opción terapéutica en el tratamiento de la deshabituación alcohólica.

*A continuación se presenta un esquema de modelo de prevención de recaídas, con los pasos que llevan a la recaída y las medidas con las que afrontar cada uno de ellos y detener el proceso:*

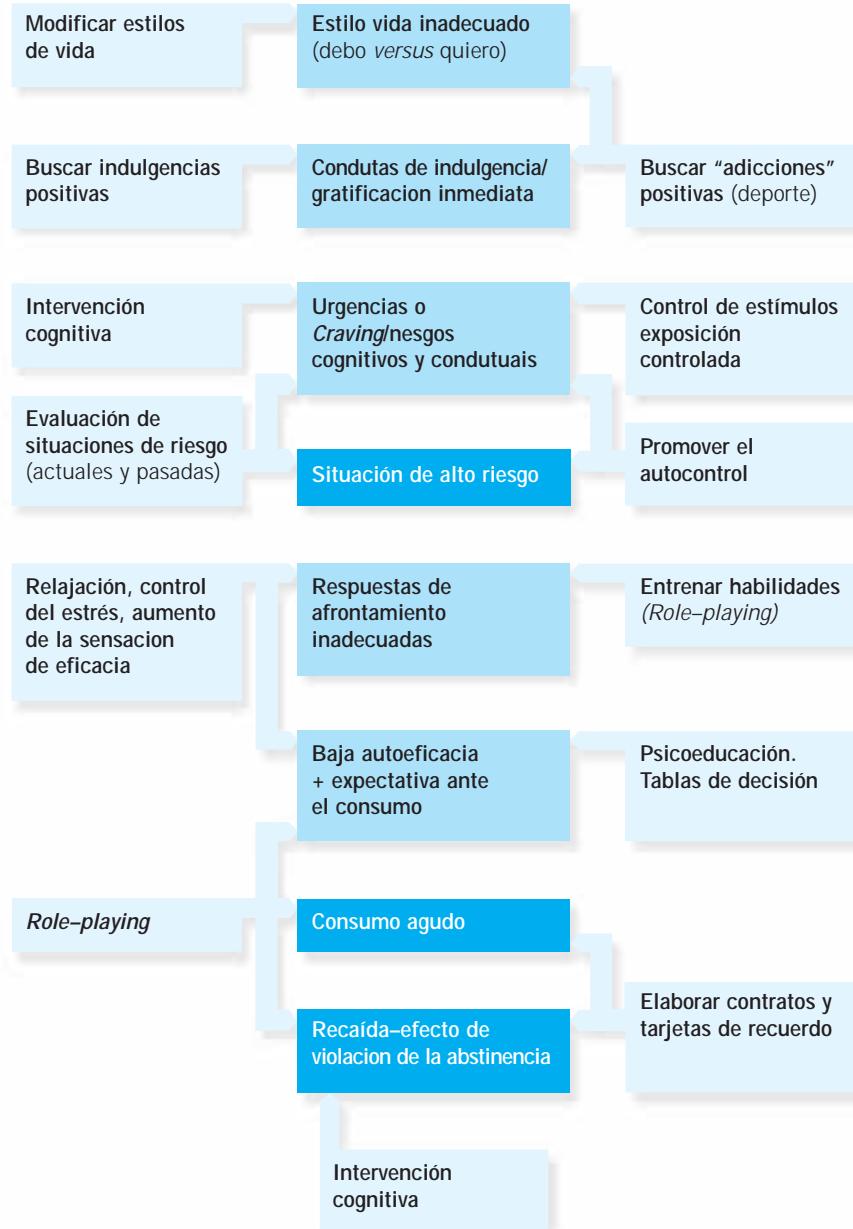
### 5.2.6. Terapia conductual familiar

La Terapia Conductual Familiar se centra en mejorar las capacidades de comunicación en la familia. Esta terapia utiliza múltiples herramientas de los modelos expuestos con anterioridad y su aspecto diferencial es el trabajo con el paciente y los integrantes de su medio familiar<sup>[266,267]</sup>.

Diversos estudios controlados<sup>[221,223, 268-275]</sup> y una revisión de los estudios realizados<sup>[259]</sup> avalan el uso de técnicas de manejo familiar en la deshabituación alcohólica.

*Niveles de evidencia 1<sup>+</sup>* permiten recomendar:

- G** Grado de recomendación A: la incorporación de la familia, y en especial de la pareja, del paciente debe considerarse como parte fundamental del tratamiento de la deshabituación alcohólica.





## Información para el paciente y para sus familiares

6



## 6.1. Información para desintoxicación ambulatoria

- Si ha decidido dejar de beber alcohol es posible que durante los primeros días se encuentre nervioso, agitado, sudoroso o con insomnio. Estos síntomas forman parte del Síndrome de Abstinencia Alcohólica. Este síndrome, que algunas personas padecen al dejar de beber, o reducir el consumo, aparece tras un periodo largo tomando de forma regular bebidas alcohólicas. Para evitar estos síntomas tan desagradables su médico le habrá recetado una medicación. Dado que este síntoma alcanza su máxima intensidad a las 48 horas y desaparece en torno a los 7 días, no necesitará el tratamiento más allá de ese periodo de tiempo. Su médico le explicará cómo debe tomar el tratamiento, siga sus recomendaciones.
- Al dejar de beber bebidas alcohólicas la gente suele tener sed. Procure beber agua, leche y zumos de frutas pero sin excederse (2 litros al día es suficiente), no se trata de "lavar" el alcohol que hay en el cuerpo. No beba más de 3 cafés o 5 té al día ya que ambas bebidas contienen cafeína que es un excitante y provoca nerviosismo e insomnio.
- Procure relajarse. Lo más importante ahora es pasar este difícil periodo sin beber alcohol. Realice actividades que le distraigan y le mantengan alejado del alcohol (ir a pasear, escuchar música, etc). Procure realizar un poco de ejercicio ( 20 minutos a la mañana y 20 a la tarde, pero no haga ejercicio después de las 20:00 horas).
- Incluso con el tratamiento puede notar que tiene dificultades para dormir, no se preocupe y, sobre todo, no vuelva a beber alcohol para mejorar su sueño. Se trata de una situación transitoria que en unos días desaparecerá. Evite dormir durante el día.
- Recuerde que el tratamiento que le ha indicado su médico puede producir somnolencia, sobre todo los primeros días, por ello procure no conducir ni realizar tareas peligrosas.

Procure comer regularmente aunque no tenga mucha hambre, coma pequeñas cantidades. Su apetito se recuperará pronto.

- Si se siente muy somnoliento no tome la siguiente dosis.
- Busque el apoyo de sus familiares y amigos.
- Si está tomando otros medicamentos consulte a su médico.

## 6.2. Normas de consumo moderado

- Es recomendable que antes de iniciar un periodo de consumo moderado se esté 2 ó 3 semanas sin beber nada de alcohol, de esta forma es más fácil comenzar el consumo en los límites establecidos que si se va reduciendo la cantidad que se bebe gradualmente.
- No beba más de 3 UBEs (300 ml de vino de mesa) si es un hombre y 2 UBEs si es una mujer.
- No beba más de 4 días a la semana.
- No beba a solas.
- Beba siempre con el estómago lleno.
- No beba si se siente mal, especialmente si está deprimido.
- Beba solamente cuando se sienta física y psíquicamente estable.
- No pida otra bebida hasta que haya terminado la que está consumiendo.
- Beba a sorbos y apoye siempre el vaso entre sorbo y sorbo.
- Tarde por lo menos 15 minutos en tomar cada consumición alcohólica; dele por lo menos 6 sorbos a cada bebida alcohólica.
- Intercala bebidas no alcohólicas con las consumiciones que sí tengan alcohol.

- Procure evitar las bebidas destiladas, especialmente las mezclas de bebidas destiladas con bebidas gaseosas que contengan cafeína.
- Pida consumiciones con menor volumen (cortos en vez de cañas; chupitos en vez de copas, etc.).
- Rechace participar en rondas de bebida.
- Lleve siempre un recuento de lo que ya ha bebido.
- Procure llevar a cabo actividades que sean incompatibles con el alcohol (practicar un deporte).
- Evite beber alcohol con personas que consumen de forma excesiva y pierden el control con facilidad.





## Información para grupos de población específicos

7



## 7.1. Personas implicadas en actividades de riesgo

Si en sus actividades cotidianas maneja maquinaria, vehículos, explosivos o armas de fuego; o si practica o supervisa actividades deportivas que impliquen un riesgo para la integridad física de las personas, debe evitar las bebidas alcohólicas antes y durante esas actividades.

Recuerde que incluso pequeñas cantidades de alcohol pueden afectar a sus reflejos y a su capacidad de juzgar el peligro y de intervenir si sucediese alguna complicación.

Cuanto más alcohol consuma más tardará su cuerpo en eliminarlo. En general, nuestro cuerpo necesita una hora para eliminar una UBE (unos 100 ml de vino de mesa) y si la cantidad que ha bebido es importante el tiempo de eliminación de cada UBE será todavía mayor.

## 7.2. Personas responsables de establecimientos donde se sirvan bebidas alcohólicas

Debe usted promocionar un consumo responsable evitando servir alcohol a personas ya intoxicadas. Si una persona con signos de intoxicación pide una nueva bebida sugiérale que tome una consumición sin alcohol. Supervise el consumo de las personas jóvenes. Disponga de comida para sus clientes. Intente que sus clientes alternen bebidas no alcohólicas con las consumiciones que sí tengan alcohol. Procure disponer de un medio de transporte seguro para aquellos clientes que no puedan conducir.

## 7.3. Personas que tienen algún familiar con problemas relacionados con el alcohol

Si algún familiar directo (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos o primos) suyo ha tenido o tiene problemas con el alcohol debe usted tener vigilar la cantidad de alcohol que toma, ya que es posible que tenga usted una mayor vulnerabilidad al alcohol. Procure no beber todos los días de la semana.

#### 7.4. Personas que padecen enfermedades mentales

El consumo de alcohol empeora las enfermedades mentales (en especial la depresión, y dentro de la depresión la ideación suicida) y entorpece los tratamientos de las mismas. Por ello, si usted está a tratamiento por padecer alguna enfermedad mental evite tomar bebidas alcohólicas.

Si es usted una persona ansiosa evite combatir esa ansiedad tomando alcohol, ya que, aunque a corto plazo el alcohol puede controlar esa ansiedad, a largo plazo empeorará su estado de ánimo y disminuirá su capacidad de responder a los problemas diarios generadores de ansiedad, provocando un empeoramiento de la ansiedad.

Recuerde que el alcohol altera el sueño. Basta con tomar una consumición alcohólica para que se produzcan despertares precoces que empeoran la calidad del sueño.

#### 7.5. Personas que toman alguna medicación de forma crónica o puntual

Lea el prospecto del medicamento, incluso si se trata de un producto de medicina natural, y verifique si el fármaco interacciona o no con el alcohol. Si toma cualquier fármaco con efectos sedantes (ansiolíticos, hipnóticos, analgésicos derivados del opio) suspenda el consumo de bebidas alcohólicas mientras tome el tratamiento.

Si toma usted varios tratamientos el riesgo es siempre superior.

Ante cualquier duda consulte a su médico o a su farmacéutico.

#### 7.6. Personas de la tercera edad

Con la edad la capacidad del cuerpo para eliminar el alcohol disminuye y esto hace que las personas mayores toleren peor el alcohol. Además, las personas mayores presentan más patologías crónicas, lo que les obliga a tomar combinaciones de fármacos de forma continuada; estas combinaciones far-

macológicas implican un mayor riesgo de interacciones con el alcohol. Por otro lado, el riesgo de fracturas debido a caídas aumenta con la edad.

Por todo esto se recomienda que las personas mayores no beban más de una UBE al día, siempre y cuando no presenten enfermedades o tomen medicinas que impliquen la necesidad de una abstinencia total.

## 7.7. Personas jóvenes (18–25 años)

Las personas jóvenes son las que más riesgo tienen de presentar complicaciones agudas en relación con consumos excesivos de alcohol (accidentes, peleas, sexo inseguro y conductas suicidas).

Es necesario que compares los efectos beneficiosos del alcohol a corto plazo (la desinhibición y la euforia) con los riesgos que ese consumo de alcohol implica.

Lee con atención el ANEXO 7.2 y utiliza aquellas estrategias que te sean más útiles para controlar tu consumo de alcohol.

## 7.8. Adolescentes

La capacidad de un adolescente para tolerar el alcohol depende de su grado de desarrollo físico y psíquico. En general su capacidad es inferior a la de los adultos, además les falta la experiencia de los adultos en el manejo del consumo de alcohol.

En general, cuanto antes se empieza a beber alcohol más riesgo hay de tener problemas relacionados con el alcohol en el futuro.

Si decides no beber alcohol busca el apoyo de otros que hayan tomado la misma decisión que tú. Bebe lo menos posible. Busca el consejo de los adultos de tu familia si tienes alguna duda con respecto al alcohol.

## 7.9. Mujeres embarazadas o que desean quedarse embarazadas

El alcohol atraviesa la placenta y alcanza el sistema circulatorio del niño, esto puede afectar a su desarrollo, especialmente durante las primeras semanas del embarazo. No se sabe con exactitud a partir de qué niveles de alcohol aparece el riesgo de malformaciones, por ello lo mejor es no beber alcohol durante el embarazo.

Si a pesar de esta información usted decide beber alcohol durante su embarazo no debe beber más de una UBE al día.

Ya que las primeras semanas son las más críticas, aquellas mujeres que pueden quedarse embarazadas también deberían aplicar estas normas de consumo.

Estas normas también son aplicables a mujeres que estén dando lactancia materna a sus hijos, ya que pequeños aportes de alcohol en la leche materna causan irritabilidad, pérdida de apetito y alteraciones del sueño a los niños.

## Información para el personal sanitario

8



## 8.1. Principales interacciones entre el alcohol y los fármacos<sup>(276, 277)</sup>

### 8.1.1. Analgésicos

- Salicilatos: El alcohol potencia su efecto ulcerogénico al aumentar la secreción gástrica. La ingesta de AAS aumenta la disponibilidad del alcohol al disminuir la actividad de la ADH gástrica.
- Paracetamol: La ingesta aguda de alcohol aumenta su vida media; la ingesta crónica de alcohol, al actuar sobre el CYP2E1 disminuye su vida media. El riesgo de toxicidad es elevado debido a ese efecto enzimático y a que, en casos de malnutrición secundaria a un alcoholismo crónico, los niveles de glutation y de glucosa pueden ser bajos lo que dificulta la metabolización del paracetamol. Es por esto que el uso de paracetamol en personas que consumen alcohol de forma crónica está contraindicado.
- Derivados del opio: Potenciación del efecto depresor sobre el SNC.

### 8.1.2. Anestésicos

- Halotano–Enfluorano: El alcohol retrasa su metabolización al interferir en la función del CYP2E1 aumentando su toxicidad.

### 8.1.3. Antiandrogénicos

- Ciproterona: El alcohol reduce su efecto clínico.

### 8.1.4. Antiarrítmicos

- Procainamida: El alcohol reduce su vida media.
- Disopiramida: El alcohol aumenta su aclaración renal.

### 8.1.5. Antiasmáticos

- Teofilinas: El alcohol aumenta sus concentraciones plasmáticas y su efecto farmacológico.

### 8.1.6. Anticoagulantes

- Dicumarol: La ingesta aguda de alcohol potencia su efecto anticoagulante; la ingesta crónica de alcohol reduce su efecto anticoagulante.
- Warfarina: La ingesta crónica de alcohol reduce su efecto anticoagulante.

### 8.1.7. Antidiabéticos

- Insulina: El alcohol potencia el efecto hipoglucemiente de la insulina al reducir la gluconeogénesis hepática.
- Sulfonilureas: El alcohol potencia su efecto hipoglucemiente.
- Biguanidas: El alcohol potencia su efecto hipoglucemiente.
- *Efecto antabus*: Tolbutamida, Clorpropamida.

### 8.1.8. Antihipertensivos

- Antagonistas del calcio: El alcohol aumenta los efectos farmacológicos de Felodipino y Nimodipino; el Verapamilo aumenta la concentración de alcohol y tiene "efecto Antabus".
- Vasodilatadores (guanetidina, hidralazina, metildopa): El alcohol aumenta su efecto vasodilatador.
- Nitratos: El alcohol aumenta su efecto hipotensor.
- Propanolol: El alcohol reduce sus efectos farmacológicos.

### 8.1.9. Antihistámicos

- H-1: El alcohol aumenta sus efectos depresores sobre el SNC.
- H-2: La Cimetidina inhibe el sistema microsomal hepático potenciando los efectos del alcohol.

### 8.1.10. Antiinfecciosos

- Doxiciclina: El alcohol reduce su efecto antimicrobiano.
- *Efecto antabus*: Metronidazol, Griseofulvina, Ketoconazol, Furazolidona, Quinacrina, Isoniazida, Cloramfenicol y las Cefalosporinas.

### 8.1.11. Antineoplásicos

- Metrotrexate: El alcohol aumenta su toxicidad hepática.

### 8.1.12. Antiparkinsonianos

- Bromocriptina: El alcohol aumenta sus efectos tóxicos.

### 8.1.13. Psicofármacos

- Antipsicóticos: El alcohol aumenta la depresión del SNC que producen estos fármacos. La ingesta de alcohol en pacientes que tomen antipsicóticos y que a la vez padeczan de asma, EPOC u otros problemas respiratorios puede ser fatal.
- Barbitúricos: El alcohol aumenta la depresión del SNC que producen estos fármacos. La dosis letal de los barbitúricos se reduce a un 50% si a la vez se ingiere alcohol.
- Benzodiazepinas: El alcohol aumenta la depresión del SNC que producen estos fármacos en un 20-30%. Además, grandes cantidades de alcohol inhiben el metabolismo de las BZD.

- IMAOS: Estos fármacos inhiben la ADH potenciando los efectos del alcohol. El alcohol aumenta la síntesis catecolaminérgica a nivel del SNC.
- Mianserina: El alcohol aumenta la depresión del SNC que produce este fármaco.
- Fenitoína: Consumos elevados de alcohol inhiben la metabolización enzimática de la fenitoína, es importante recordar este aspecto cuando el paciente inicia un tratamiento de desintoxicación – deshabituación alcohólica.
- Trazodona: El alcohol aumenta la depresión del SNC que produce este fármaco.
- Antidepresivos tricíclicos: El alcohol aumenta la depresión del SNC que producen estos fármacos. Tanto el alcohol como estos fármacos reducen el umbral convulsivo.

## 8.2. Recursos para la entrevista motivacional

### 8.2.1. El discurso motivacional

- Expresar empatía: La empatía se basa en el respeto. Es necesario aceptar y escuchar el punto de vista del paciente. El médico debe intentar comprender la situación del paciente, sin criticar, juzgar o condenar. La ambivalencia a la hora de decidir abandonar una conducta como es el consumo excesivo de alcohol es una actividad psicológica normal, no es una conducta patológica. Todo esto no significa dar la razón al paciente y aprobar su consumo excesivo de alcohol.
- Desenvolver discrepancia: La mayor parte de los pacientes reconocen los efectos adversos que el consumo excesivo de alcohol genera en sus vidas. Desarrollar discrepancia implica intensificar, amplificar y acentuar la percepción, cognitiva y emocional, de esos efectos negativos. Frente a ellos hay que situar objetivos familiares, sociales, laborales y de salud que pueden verse perjudicados por los efectos negativos del consumo de alcohol. Es conveniente buscar ejemplos recientes de ese efecto perjudicial.

- Evitar la confrontación: La confrontación directa vuelve al paciente reacio al cambio. Es preferible trabajar siempre desde la óptica del paciente. Frases como: "usted es un alcohólico", "usted miente" sólo obstaculizan el cambio.
- Trabajar la resistencia: La resistencia al cambio debe ser presentada como un fenómeno normal y natural, aunque superable, de la experiencia humana. La motivación para vencer esa resistencia tiene que surgir del paciente. Las amenazas, más o menos veladas, deben evitarse.
- Estimular la confianza en uno mismo: El paciente debe confiar en sus posibilidades para controlar su consumo de alcohol. La esperanza y la confianza son ingredientes fundamentales. El médico debe estimular la idea de que un cambio en el comportamiento es posible, especialmente cuando el paciente se hace responsable de ese cambio.
- Clarificar objetivos: El médico debe ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, alcanzables y medibles.
- Ayuda activa: El médico, aún respetando la libertad de decisión del paciente, no debe comportarse de forma pasiva. Su objetivo es mantener la terapia en marcha y por ello, no sólo debe informar y aconsejar, sino que también tiene que facilitar el acceso a las citas y debe intentar recuperar al paciente si éste abandona la terapia.

### 8.2.2. Técnicas motivacionales

Para conseguir este cambio en el comportamiento son útiles las siguientes técnicas:

- Emplear preguntas abiertas como: *¿Qué es lo que le preocupa acerca de su forma de beber?, ¿Cómo cree que yo puedo ayudarle ?*
- Utilizar la escucha reflexiva para concentrarse en las preocupaciones y ambivalencias del paciente con respecto a sus hábitos de bebida: *ya veo, le escucho, cuénteme más acerca de eso.*

- Hacer que el paciente analice los efectos positivos y negativos tanto de beber alcohol, como de dejar de hacerlo.
- Reforzar con mensajes de apoyo el relato del paciente para inspirar confianza: *ha conseguido reducir su consumo en poco tiempo, puedo entender porque bebe, le agradezco que sea tan sincero en esta entrevista.*
- Destacar del discurso del paciente mensajes promotores de cambio:
  - Reconocimiento de problemas: *nunca me di cuenta de lo mucho que bebo, es posible que esté corriendo un riesgo estúpido..*
  - Manifestaciones de preocupación: *estoy preocupado por lo que mi familia pueda pensar de mí.*
  - Intenciones de cambio: *no sé cómo, pero quiero intentar cambiar..*
  - Optimismo: *puedo hacerlo, voy a solucionar este problema.*

LAS TÉCNICAS MOTIVACIONALES SE PUEDEN  
RESUMIR EN LA SIGUIENTE FRASE:  
UNA PERSONA CREE LO QUE SE ESCUCHA DECIR A SI MISMA.



Desarrollo de esta guía

9



Los niveles de evidencia presentes en esta guía clínica se obtuvieron a través de una revisión sistemática de la literatura realizada en las siguientes bases de datos: Medline, Embase, Healthstar, Cinahl, PsychINFO y The Cochrane Library. El periodo temporal abarcado va de 1990 a 2003, incluyendo artículos anteriores al año 1990 cuando se consideraron de alto interés. Esta búsqueda fue complementada con material de los siguientes textos:

**PÉREZ, A.; FERNÁNDEZ, J.R.; FERNÁNDEZ, C.; AMIGO, I.:** Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Madrid: Pirámide 2003.

**BOBES, J.; CASAS, M.; GUTIÉRREZ, M.:** Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ars Médica 2003.

**BERGLUND, M.; THELANDER, S.; JONSSON, E.:** Treating alcohol and drug abuse. Wienheim: Wiley – VCH 2003.

**EDWARDS, G.; MARSHALL, E.; COOK, Ch.:** The treatment of drinking problems. Cambridge: Cambridge University Press 2003.

**SANTO-DOMINGO, J.; JIMÉNEZ-ARRIERO, M.A.:** Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Sociedad Española de Psiquiatría 2003.

**SOCIEDADE ESPAÑOLA DE ALCOHOLISMO:** Sociedad Española de Alcoholismo. Manual SET de alcoholismo. Madrid: Editorial Panamericana 2003.

**HEATHER, N.; STOCKWELL, T.:** The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems. Chichester: Wiley and Sons 2004.



- 1** Griffith E, Marshall EJ, Cook CC. Assessment as the beginning of therapy. En: *The Treatment of Drinking Problems a guide for the helping professions fourth edition*. Cambridge: Cambridge University Press 2003: 234-262.
- 2** Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, Arico S. Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta -analysis. *Addiction* 1999; 94(10): 1551-1573.
- 3** Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Madrid: Organización Mundial de la Salud 1992.
- 4** Echeburúa E. Abuso de Alcohol. Madrid: Síntesis 2001.
- 5** Stockwell T, Hodgson R, Edwards G, Taylor C, Rankin H. Developmental of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *Br J Addiction* 1979; 74: 79-87.
- 6** Rubio G, Urosa B, Rubio MC, Ulibarri S, Mata F. Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia al alcohol en población española. *An Psiquiatría* 1996; 12: 285-289.
- 7** Rubio G, Urosa B, Santo Domingo J. <validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol. *Psiquiatría Biológica* 1998; 5(supl 1): 44-47.
- 8** Liebre CS. Medical disorders of alcoholism. *New England Journal of Medicine* 1995; 333: 1058-1065.
- 9** Sjögren H, Eriksson A, Ahlm K. Role of alcohol in unnatural deaths: a study of all deaths in Sweden. *Alcohol: Clinical and Experimental Research* 2000; 24: 1050-1056.
- 10** Wetterling T, Veltrup C, Driessen M, John U. Drinking pattern and alcohol – related medical disorders. *Alcohol and Alcoholism* 1999; 34: 330-336.
- 11** Lishman WA. Toxic Disorders.Organic Psychiatry Tercera Edición. Oxford: Blackwell Science 1998: 594-638.
- 12** Farrell M, Howes S, Taylor C et al. Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Addictive Behaviours* 1998; 23: 909-918.
- 13** Helzer JE, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of studies on Alcohol* 1988; 49: 219-224.
- 14** Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 313-321.
- 15** Reid AL, Webb GR, Henrikus D, Fahey PP, Sanson – Fisher RW. Detection of patients with high alcohol intake by general practitioners. *British Medical Journal* 1986; 293: 735-738.
- 16** Canning UP, Kennell-Webb SA, Marshall EJ, Wessely SC, Peters TJ. Substance misuse in acute general medical admissions. *Quarterly Journal of Medicine* 1999; 92: 319-326.
- 17** Rollnick S, Kinnersley P, Stot N. Methods of helping patients with behaviour change. *British Medical Journal* 1993; 307(6897): 188-190.
- 18** Babor TF, Steinberg K, Anton R, Del Boca F. Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials. *Journal of Studies of Alcohol* 2000; 61(1):55-63.
- 19** Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidos 1999.
- 20** Ewing JA. Detecting Alcoholism, the CAGE questionnaire. *J Am Med Assoc* 1984; 252: 1905-1907.
- 21** Rodríguez – Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohóol* 1986; 11: 132-139.
- 22** Bradley KA, Boyd – Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in woman: a critical review. *JAMA* 1998; 280(2): 166-171.
- 23** Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2000; 160(13): 1977-1989.
- 24** Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001; 51(464): 206-217.
- 25** Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant TI. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
- 26** Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp* 1998; 198: 11-14.

- 27** Bradley KA, Bush KR, McDonell MB, Malone T, Fihn SD. Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). *Alcohol Use Disorders Identification Test*. *J Gen Intern Med* 1998; 13(6): 379-388.
- 28** Feurlein W, Ringer C, Küfner KA. Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismustest (MALT). *Münch Med Wochr* 1977; 119: 1275-1282.
- 29** Rodríguez – Martos A, Suárez R. MALT (Münchner Alkoholismus Test). Validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. *Rev Psiquiatr Psicol. Mend* 1984; 16: 421-432.
- 30** Rodríguez – Martos A. Alcoholismo: diagnóstico, concepto, motivación y tratamiento. En: Becoña E, Rodríguez A, Salazar I, eds. *Drogodependencias. V. Avances*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela 1999.
- 31** Kokkevi A, Hartgers C. European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *Eur Addict Res* 1995;1: 208-210.
- 32** Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M. Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. *Versión Española*. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría. 1996; 201-218.
- 33** González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. Evaluación de la gravedad de la conducta alcohólica. *Psiquiatría Biológica* 1998; 5 (Supl 1): 40-43.
- 34** Gual A, Contel M, Segura L, Ribas A, Colom J. El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo. *Med Clin* 2001; 117: 685-689.
- 35** Santo – Domingo J, Jiménez – Arrero MA. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Adicciones. Euromedice ediciones médicas 2003.
- 36** Chan AWK. Biochemical markers for alcoholism. En: Windle M, Seales JS, eds. *Children of alcoholics*. New York: The Guilford Press 1990: 39-72.
- 37** Santo – Domingo J, Rubio G, Marín JJ, Martínez MI, Amalich F. Transferrina deficiente en carbohidratos y otros marcadores de consumo de alcohol en el hospital general. *Revista Clínica Española* 1997; 197(9): 627-630.
- 38** Conigrave KM, Saunders JB, Whitfield JB. Diagnostic tests for alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism* 1995;30: 61-66.
- 39** Conigrave KM, Degenhardt LJ, Whitfield JB, Saunders JB, Helander A, Tabakkoff B. CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ ISBRA collaborative project. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26(3): 332-339.
- 40** Anton RF, Stout RL, Roberts JS, Allen JP. The effect of drinking intensity and frequency on serum carbohydrate – deficient transferrin and gamma – glutamyl transferase levels in outpatient alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22(7): 1456- 1462.
- 41** Scouller K, Conigrave KM, Macaskill P, Irwig L, Whitfield JB. Should we use carbohydrate – deficient transferrin instead of gamma – glutamyl transferase for detecting problem drinkers? A systematic review and metaanalysis. *Clin Chem* 2000; 46(12): 1894-1902.
- 42** Salaspuro M. Carbohydrate – deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. *Alcohol* 1999; 19(3): 261-271.
- 43** Hoeksema HL, De Bock GH. The value of laboratory tests for the screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22(6): 1300-1311.
- 44** Bates ME, Martin CS. Immediate, quantitative estimation of blood alcohol concentration from saliva. *J Stud Alcohol* 1997; 58(5): 5331-538.
- 45** Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993; 88(3): 315-335.
- 46** Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician – based interventions with problem drinkers: a review. *CMAJ* 1995; 152(6): 851-859.
- 47** Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta – analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997; 12(5): 274-283.
- 48** Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, Hollis JF. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *Am J Prev Med* 1997; 13(6): 464-470.
- 49** Ockene JK, Adams A, Hurley TG, Wheeler EV, Hebert JR. Brief physician – and nurse practitioner – delivered counselling for high – risk drinkers: does it work? *Arch Intern Med* 1999; 159 (18): 2198- 2205.
- 50** WHO Brief Intervention Study Group. *Am J Public Health* 1996; 86(7): 948-955.
- 51** Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community – based primary care practices. *JAMA* 1997; 277(13): 1039-1045.
- 52** Heather N. Using brief opportunities for change in medical settings. En: Miller RW, Heather N, eds.

- Treating Addictive behaviors, 2<sup>nd</sup> edition. New York: Plenum Press 1998: 133-148.
- 53 Mullen PD, Simon – Morton DG, Ramirez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta – analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. *Patient Educ Couns* 1997; 32(3): 157-173.
- 54 Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med Journal* 1988; 297: 663-668.
- 55 Freemantle N, Gill P, Godfrey C. Brief interventions and alcohol use. *Effective Health Care Bulletin* 1993; 7: 1-14.
- 56 Kaner EFS, Heather N, Mc Avoy BR, Lock CA, Gilvarry E. Interventions for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol and Alcoholism* 1999; 34: 559-566.
- 57 Kaner EFS, Lock CA, Mc Avoy BR, Heather N, Gilvarry E. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *Br J Gen Practice* 1999; 49: 699-703.
- 58 Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta – analysis. *Prev Med* 1999; 28(5): 503-509.
- 59 Anderson P, Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *Br J Addict* 1992; 87(6): 891-900.
- 60 Scott E, Anderson P. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug Alcohol Rev* 1990; 10(4): 313-321.
- 61 WHO Brief Intervention Study Group. A Cross – National Trial of Brief Interventions With Heavy Drinkers. *American Journal of Public Health* 1996; 86: 948-955.
- 62 Cordoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, Frisas O, López del Val A. Effectiveness of Brief Intervention on Non – Dependant Alcohol Drinkers (EBIAL): A Spanish Multi – Centre Study. *Journal of Family Practice* 1998; 15: 562-568.
- 63 Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit – Cost Analysis of Brief Physician Advice With Problem Drinkers in Primary Care Settings. *Medical Care* 2000. 38: 7-18.
- 64 Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of Physician – Based Interventions With Problem Drinkers: A Review. *Canadian Medical Associate Journal* 1995. 152: 851-859.
- 65 Aalto M, Saksanen P, Laine P, Forsstrom R, Raikaa M, Kiviluoto M. Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: a 3 – year randomized controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24(11): 1680-1686.
- 66 Aalto M, Seppa K, Mattila P, Mustonen H, Ruuth K, Hyvarinen H. Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a 3 – year randomized controlled study. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(3): 224-230.
- 67 Wutzke SE, Conigrave KM, Saunders JB, Hall WD. The long – term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10- year follow – up. *Addiction* 2002; 97(6): 665-675.
- 68 Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long- term efficacy and benefit – cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26(1): 36-43.
- 69 Kristenson H, Ohlin H, Hulten – Nosslin MB, Trell E, Hood B. Identification and Intervention of Heavy Drinking in Middle – Aged Men: Result and Follow – Up of 24-60 Months of Long – Term Study With Randomized Controls. *Alcohol Clin Exp Res* 1983; 7: 203- 209.
- 70 Kristenson H, Osterling A, Nilsson JA, Lindgarde F. Prevention of alcohol – related deaths in middle – aged heavy drinkers. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26(1): 36-43.
- 71 Psaty BM, Smith NL, Siscovich DS, Koepsell TD, Weiss NS, Heckbert SR. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first – line agents. A systematic review and meta – analysis. *JAMA* 1997; 277(9): 739-745.
- 72 Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I. Controlled evaluation of a general practice – based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 1995; 90(1): 119-132.
- 73 Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Conigliaro JL, Kelley ME. Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *J Stud Alcohol* 2001; 65(5): 605-614.
- 74 Kaner EF, Lock CA, McAvoy BR, Heather N, Gilvarry E. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999; 49(446): 699-703.
- 75 Lock CA, Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, Gilvarry E. A randomized trial of three marketing strategies to disseminate a screening and brief alcohol intervention programme to general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999; 49(446): 699-703.

- 76** Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta - analytic review of controlled investigations in treatment – seeking and non – treatment – seeking populations. *Addiction* 2002; 97(3): 279-292.
- 77** Kaner EF, Wutzke S, Saunders JB, Powell A, Morawski J, Bouix JC. Impact of alcohol education and training on general practitioners diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. *J Stud Alcohol* 2001; 62(5): 621-627.
- 78** Kaner E, Lock C, Heather N, McNamee P, Bond S. Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: a cluster randomised controlled trial. *Patient educ Couns* 2003 in press.
- 79** Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M. Brief interventions for harm reduction with alcohol – positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67(6): 989-994.
- 80** Peters J, Brooker C, McCabe C, Short N. Problems encountered with opportunistic screening for alcohol – related problems in patients attending an accident and emergency department. *Addiction* 1998; 93(4): 589-594.
- 81** Chang G, Wilkins – Haug L, Berman S, Goetz MA. Brief intervention for alcohol use in pregnancy: a randomized trial. *Addiction* 1999; 94(10): 1499-1508.
- 82** DiClemente CC, Prochaska JO. Towards a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviors. Miller WR, Heather N, eds. *Treating Addictive Behaviors*, 2<sup>nd</sup> Edition. New York: Plenum Press 1998: 133-148.
- 83** Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. *Addiction* 2001; 96(12): 1725-1742.
- 84** Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W. Development of a short readiness to change questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *B J Addict* 1992; 87: 743-754.
- 85** Rodriguez – Martos A, Rubio G, Aubá J, Santo – Domingo J, Torralba LI, Campillo M. Readines to change questionnaire: Reliability study of its Spanish versión. *Alcoh Alcoholism* 2000; 35: 270-275.
- 86** Slattery J, Chick J, Cochrane M, Craig I, Godfrey C, Kohli H. Prevention of relapse in alcohol dependence. Glasgow: Health Technology Board for Scotland 2003. Health technology assessment report 3.
- 87** Deehan A, Marshall EJ, Strang J. Tackling alcohol misuse: opportunities and obstacles in primary care. *Br J Gen Pract* 1998; 48(436): 1179-1182.
- 88** Drummond DC, Thom B, Brown C, Edwards G, Mullan MJ. Specialist versus general practitioners treatment of problem drinkers. *Lancet* 1990; 336(8270): 915-918.
- 89** Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Lu Y. Integrating primary medical care with addiction treatment a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 268(14): 1715 – 1723.
- 90** Samet JH, Freidmann P, Saltz R. Benefits of linking primary medical care and substance services: patient, provider, and society perspectives. *Arch Intern Med* 2001; 161(1): 85-91.
- 91** Leigh G, Ogborne AC, Cleland P. Factors associated with patient dropout from an outpatient alcoholism treatment service. *J Stud Alcohol* 1984; 45(4): 359-362.
- 92** Rees DW, Beech HR, Hore BD. Some factors associated with compliance in the treatment of alcoholism. *Alcohol Alcohol* 1984; 19(4): 303-307.
- 93** Rees DW. Health beliefs and compliance with alcoholism treatment. *J Stud Alcohol* 1985; 46(4): 517-524.
- 94** Hilton ME, Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Kelley ME. Improving alcoholism treatment across the spectrum of services. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; 25(1): 128-35.
- 95** Stout RL, Rubin A, Zwick W, Zywiak W, Bellino L. Optimizing the cost – effectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring. *Addict Behav* 1999; 24(1): 17-35.
- 96** Drake RE, Mercer- McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull* 1998; 24(4): 589-608.
- 97** Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Miner CR. A prospective study of integrated outpatient treatment for substance – abusing schizophrenic patients. *Am J Addict* 1995; 4(1): 33-42.
- 98** Diamond I, Gordon AS. Cellular and molecular neuroscience of alcoholism. *Physiol Rev* 1997; 77: 1-20.
- 99** Hayashida M, Alterman AI, Mc Lellan AT, O'Brien CP, Purtill JJ, Volpicelli JR. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild – to – moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med* 1989; 320(6): 358-365.
- 100** Bennie C. A comparison of home detoxification and minimal intervention strategies for problem drinkers. *Alcohol Alcohol* 1998; 32(2): 157-163.

- [101]** Klijnsma MP, Cameron ML, Burns TP, Mc Guigan SM. Out – patient alcohol detoxification – outcome after 2 months. *Alcohol Alcohol* 1995; 30(5): 669 - 673.
- [102]** Bartu A, Saunders W. Domiciliary detoxification: a cost effective alternative to inpatient treatment. *Aust J Adv Nurs* 1994; 11(4): 12-18.
- [103]** Stockwell T, Bolt L, Milner I, Pugh P, Young I. Home detoxification for problem drinkers: acceptability to clients, relatives , general practitioners and outcome after 60 days. *Br J Addict* 1990; 85(1): 61-70.
- [104]** Collins MN, Burns T, Van Den Berk PA, Tubman GF. A structured programme for out – patient alcohol detoxification. *Br J Psychiatry* 1990. 156: 871-874.
- [105]** Griffith E, Marshall EJ, Cook CC. Withdrawal states and treatment of withdrawal. En: *The Treatment of Drinking Problems a guide for the helping professions* fourth edition. Cambridge: Cambridge University Press 2003: 263-279.
- [106]** Santo – Domingo J, Jiménez – Arriero MA. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Adicciones. Euromedice ediciones médicas 2003.
- [107]** Mayo – Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta – analysis and evidence – based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA* 1997; 278(2): 144-151.
- [108]** Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta – analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999; 160(5): 649-655.
- [109]** Schaffer A, Naranjo CA. Recommended drug treatment strategies for the alcoholic patient. *Drugs* 1998; 56(4): 571-585.
- [110]** Saitz R, Mayo – Smith MF, Roberts MS. Individualized treatment for alcohol withdrawal. *JAMA* 1994; 272: 519-523.
- [111]** Chang PH, Steinberg MB. Alcohol withdrawal. *Med Clin North Am* 2001; 85(5): 1191-1212.
- [112]** Williams D, McBride AJ. The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: a systematic review. *Alcohol Alcohol* 1998; 33(2): 103-115.
- [113]** Moscovitz G, Chalmers Tc, Sacks HS, Fagerstrom RH, Smith H Jr. Deficiencies of clinical trials of alcohol withdrawal. *Clin Pharmacol Ther* 1983; 34(6): 822-826.
- [114]** Hill A, Williams D. Hazards associated with the use of benzodiazepines in alcohol detoxification. *J Subst Abuse Treat* 1993; 10(5): 449-451.
- [115]** Ritson B, Chick J. Comparison of two benzodiazepines in the treatment of alcohol withdrawal: effects on symptoms and cognitive recovery. *Drug Alcohol Depend* 1986; 18(4): 329-334.
- [116]** Kolin IS, Linet Ol. Double – blind comparison of Alprazolam and Diazepam for subchronic withdrawal from alcohol. *J Clin Psychiatry* 1981; 42: 169-173.
- [117]** Wilson A, Vulcano BA. Double – blind trial of Alprazolam and Clordiazepoxide in the management of the acute ethanol withdrawal syndrome. *Alcohol Clin Exp Res* 1985; 5: 23-27.
- [118]** Miller WC Jr, McCurdy L. A double – blind comparison of the efficacy and safety of Lorazepam and Diazepam in the treatment of the acute alcohol withdrawal syndrome. *Clin Ther* 1984; 6(3): 364-371.
- [119]** D'Onofrio G, Rathlew NK, Ulrich AS, Fish SS, Freedland ES. Lorazepam for the prevention of recurrent seizures related to alcohol. *N Engl J Med* 1999; 340: 915-919.
- [120]** Griffiths RR, Wolf B. Relative abuse liability of different benzodiazepines in drug abusers. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10(4): 237-243.
- [121]** Serfaty M, Masterton G. Fatal poisoning attributed to benzodiazepines in Britain during the 1980s. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 386-393.
- [122]** Burroughs AK, Morgan MY, Sherlock S. Double – blind controlled trial of bromocryptine, clordiazepoxide and chlormethiazole for alcohol withdrawal symptoms. *Alcohol Alcohol* 1985; 20(3): 263-271.
- [123]** Peppers MP. Benzodiazepines for alcohol withdrawal in the elderly and in patients with liver disease. *Pharmacotherapy* 1996; 16(1): 49-57.
- [124]** McInnes GT. Chlormethiazole and alcohol: a lethal cocktail. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 294(6572): 595.
- [125]** Morgan MY. The management of alcohol withdrawal using chlormethiazol. *Alcohol Alcohol* 1995; 30(6): 771-774.
- [126]** Taylor CP, Gee NS, Su TZ, Kocsis JD, Welty DF, Brown JP, Dooley DJ, Boden P, Singh L. A summary of mechanistic hypothesis of gabapentin pharmacology. *Epilepsy Res* 1998; 29: 233-249.
- [127]** Gentry JR, Hill BS, Malcolm R. New Anticonvulsants: a Review of Applications for the Management of Substance Abuse Disorders. *Annals of Clinical Psychiatry* 2002. 14(4): 233-245.
- [128]** Watson WP, Robinson E, Little HJ. The novel anticonvulsant, gabapentin, protects against both convulsant and anxiogenic aspects of the ethanolo withdrawal syndrome. *Neuropharmacology* 1997; 36: 1369-1375.

- 129** Myrick H, Malcolm R, Brady K. Gabapentin treatment of alcohol withdrawal. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1626.
- 130** Bonnet U, Banger M, Leweke FM, Maschke M, Kowalski T, Gastpar M. Treatment of alcohol withdrawal syndrome with gabapentin. *Pharmacopsychiatry* 1999; 32: 107-109.
- 131** Ballenger JC, Post RM. Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 1-14.
- 132** Malcolm R, Ballenger JC, Sturgis ET, Anton R. Double - blind controlled trial comparing carbamazepine to oxazepam treatment of alcohol withdrawal. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 617-621.
- 133** Ballard CG, Mohan RN, Handy S. Carbamazepine in alcohol withdrawal. *Br J Psychiatry* 1991; 158:133.
- 134** Stuppaeck CH, Pycha R, Whitworth AB, Oberbauer H, Fleischhacker WW. Carbamazepine versus Oxazepam in the treatment of alcohol withdrawal: a double- blind study. *Alcohol Alcohol* 1992; 27: 153-158.
- 135** Malcolm R, Myrick H, Roberts J, Wang W, Anton RF, Ballenger JC. The effects of Carbamazepine and Lorazepam on single versus multiple previous alcohol withdrawals in an outpatient randomized trial. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 1-7.
- 136** Franz M, Dlabal H, Kunz S, Ulferts J, Gruppe H, Gallhofer B. Treatment of alcohol withdrawal tiapride and carbamazepine versus clomethiazol. A pilot study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251(4): 185-192.
- 137** Sternebring B, Liden A, Andersson K, Melander A. Carbamazepine kinetics and adverse effects during and after ethanol exposure in alcoholics and in healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol* 1992; 43(4): 393-397.
- 138** Lambie DG, Johnson RH, Vijayasanen ME, Whiteside EA. Sodium valproate in the treatment of the alcohol withdrawal syndrome. *Aust NZ J Psychiatry* 1980; 14(3): 213-215.
- 139** Rosenthal RN, Perkel C, Singh P, Anand O, Miner CR. A pilot open randomized trial of valproate and phenobarbital in the treatment of acute alcohol withdrawal. *Am J Addict* 1998; 7(3): 189-197.
- 140** Myrick H, Brady KT, Malcolm R. Divalproex in the treatment of alcohol withdrawal. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000; 26(1): 155-160.
- 141** Reoux JP, Saxon AJ, Malte CA, Baer JS, Sloan KL. Divalproex sodium in alcohol withdrawal: a randomized double - blind placebo - controlled clinical trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; 25(9): 1324-1329.
- 142** Longo LP, Campbell T, Hubatch S. Divalproex sodium (Depakote) for alcohol withdrawal and relapse prevention. *J Addict Dis* 2002; 21(2): 55-64.
- 143** Thomson AD, Cook CC, Touquet R, Henry JA, Royal College of Physicians London. The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and emergency department. *Alcohol Alcohol* 2002; 37(6): 513-521.
- 144** Chataway J, Hardman E. Thiamine in Wernicke's syndrome – how much and how long?. *Postgrad Med J* 1995; 71(834): 249.
- 145** Ambrose ML, Bowden SC, Whelan G. Thiamin treatment and working memory function of alcohol - dependent people: preliminary findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; 25(1): 112-116.
- 146** Baines M, Bligh JG, Madden JS. Tissue thiamin levels of hospitalised alcoholics before and after oral or parenteral vitamins. *Alcohol Alcohol* 1988; 23(1): 49-52.
- 147** Lucht M, Kuehn KU, Ambruster J, Abraham G, Gaensicke M, Barnow S, Tretzel H, Freyberger HJ. Alcohol withdrawal treatment in intoxicated vs non - intoxicated patients: a controlled open - label study with tiapride / carbamazepine, clomethiazol and diazepam. *Alcohol Alcohol* 2003; 38(2): 168-175.
- 148** Soyka M, Morhart - Klute V, Horak M. A combination of carbamazepine / tiapride in outpatient alcohol detoxification. Results from an open clinical study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252(5): 197-200.
- 149** Lepola U, Kokko S, Nuutila J, Gordin A. Tiapride and chlordiazepoxide in acute alcohol withdrawal. A controlled clinical trial. *Int J Clin Pharmacol Res* 1984; 4(5): 321-326.
- 150** Murphy DJ, Shaw GK, Clarke I. Tiapride and Chlormethiazole in alcohol withdrawal: a double - blind trial. *Alcohol Alcohol* 1983; 18: 227-237.
- 151** Worner TM. Propanolol versus diazepam in the management of the alcohol withdrawal syndrome: double - blind controlled trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994; 20(1): 115-124.
- 152** Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-AR). *Br J Addict* 1989;84: 1353-1357.
- 153** Rodríguez -Martos A. Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Barcelona: Salvat editores 1989.
- 154** Sainz R, Mayo - Smith MF, Roberts MS, Redmond HA, Bernard DR, Calkins DR. Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double - blind controlled trial. *JAMA* 1994; 272(7): 519-523.

- 155** Sellers EM, Naranjo CA, Harrison M, Devenyi P, Roach C, Sykora K. Diazepam loading: simplified treatment of alcohol withdrawal. *Clin Pharmacol Ther* 1983; 34(6): 822-826.
- 156** Jaeger TM, Lohr RH, Pankratz VS. Symptom - triggered therapy for alcohol withdrawal syndrome in medical inpatients. *Mayo Clin Proc* 2001; 76(7): 695-701.
- 157** Manikant S, Tripathi BM, Chavan BS. Loading dose diazepam therapy for alcohol withdrawal state. *Indian J Med Res* 1993; 98: 170-173.
- 158** Wetterling T, Driessens M, Kanitz RD, Junghanns K. The severity of alcohol withdrawal is not age dependent. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(1): 75-78.
- 159** Kraemer KL, Mayo – Smith MF, Calkins DR. Impact of age on the severity, course, and complications of alcohol withdrawal. *Arch Intern Med* 1997; 157(19): 2234-2241.
- 160** Turner RC, Lichstein PR, Peden JG, Busher JT, Waivers LE. Alcohol withdrawal syndromes: a review of pathophysiology, clinical presentation, and treatment. *J Gen Intern Med* 1989; 4: 432-444.
- 161** Rathlev N, D'Onofrio G, Fish S. The lack of efficacy of phenytoin in the prevention of recurrent alcohol – related seizures. *Ann Emerg Med* 1994; 23: 513 – 518.
- 162** Froehlich JC, Badia – Elder NE, Zink RW, McCullough DE, Porteghe PS. Contribution of the opioid system to alcohol aversion and alcohol drinking behavior. *J Pharmacol Exp Ther* 1998; 287(1): 284-292.
- 163** Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 876-880.
- 164** O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE, Rounsville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence, a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 881-887.
- 165** O'Malley. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence: a combined analysis of two trials. *Psychiatr Ann* 1995; 25: 681-688.
- 166** O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Rode S, Schottenfeld R, Meyer RE, Rounsville B. Six – month follow – up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 217-224.
- 167** Volpicelli JR, Rhines KC, Rhines JC, Volpicelli LA, Alterman AI, O'Brien CP. Naltrexone and alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 737-742.
- 168** Oslin D, Liberto JG, O'Brien J, Krois S, Norberck J. Naltrexone as an adjunctive treatment for older patients with alcohol dependence. *Am J Geriatr Psychiatr* 1997; 5(4): 324-332.
- 169** Anton RF, Moak DH, Waid R, Latham PK, Malcolm RJ, Dias JK. Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of out – patient alcoholics: results of a placebo – controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1758-1764.
- 170** Chick J, Anton R, Checinski K, Croop R, Drummond DC, Farmer R, Labriola D, Marshall J, Moncrieff J, Morgan MY, Peters T, Ritson B. A multicentre, randomised, double – blind, placebo controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism* 2000; 35: 587-593.
- 171** Kranzler HR, Modesto – Lowe V, Van Kirk J. Naltrexone versus Nefazodone for treatment of alcohol dependence. A placebo – controlled trial. *Neuropsychopharmacology* 2000; 22(5): 493-503.
- 172** Morris PLP, Hopwood M, Whelan G, Gardiner J, Drummond E. Naltrexone for alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Addiction* 2001; 96: 1565- 1573.
- 173** Krystal JH, Cramer JA, Krol WF, Kirk GF, Rosenheck RA. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *New England Journal of Medicine* 2001; 345: 1734-1739.
- 174** Streeton C, Whelan G. Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: a meta – analysis of randomized controlled trials. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(6): 544- 552.
- 175** Sirisupanot M, Jarusuraisin N. Opioid antagonist for alcohol dependence (Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 1,2003. Oxford: Update Software.
- 176** Miller WR, Wilbourne PL, Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction* 2002; 97: 265- 277.
- 177** Croop RS, Faulkner EB, Labriola DF. The safety profile of naltrexone in the treatment of alcoholism. Results from a multicenter usage study. The Naltrexone Usage Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(12): 1130-1135.
- 178** Mason BJ, Ritvo EC, Morgan RO, Salvato FR, Goldberg G, Welch B, Mantero – Atienza E. A double – blind, placebo controlled pilot study to evaluate the efficacy and safety of oral nalmefene HCl for alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18(5): 1162-1167.
- 179** Mason BJ , Salvato FR, Williams LD, Ritvo EC, Cutler RB. A double – blind placebo - controlled study of oral nalmefene for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 761-767.

- 180** Wilde MI, Wagstaff AJ. Acamprosate. A review of its pharmacology and clinical potential in the management of alcohol dependence after detoxification. *Drugs* 1997; 53(6): 1038-1053.
- 181** Littleton J. Acamprosate in alcohol dependence: how does it work? *Addiction* 1995; 90(9): 1179-1188.
- 182** Lhuintre JP, Moore N, Tran G, Steru L, Langrenon S, Daoust M, Parot P, Ladure P, Libert C, Boismare F. Acamprosate appears to decrease alcohol intake in weaned alcoholics. *Alcohol Alcohol* 1990; 25(6): 613-622.
- 183** Paille FM, Guelf JD, Perkins AC, Royer RJ, Steru L, Parot P. Double – blind randomised multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol. *Alcohol and Alcoholism* 1995; 30: 239-247.
- 184** Sass H, Soyka M, Mann K, Zieglgänsberger W. Relapse prevention by acamprosate: results from a placebo controlled study on alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 673-680.
- 185** Whitworth AB, Fischer F, Lesch OM, Nimmerrichter A, Oberbauer H, Platz T, Potgieter A, Walter H, Fleischhacker WW. Comparison of Acamprosate and placebo in long – term treatment of alcohol dependence. *Lancet* 1996; 347: 1438-1442.
- 186** Pelc I, Verbanck P, Le Bon O, Gavrilovic M, Lion K, Lehert P. Efficacy and safety of acamprosate in the treatment of detoxified alcohol – dependent patients. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 73-77.
- 187** Barrias JA. Acamprosate: multicenter Portuguese efficacy and tolerance evaluation study. *Psiquiatr Clin* 1997; 18: 149-160.
- 188** Geerlings PJ, Ansmans C, Van Den Brink W. Acamprosate and prevention of relapse in alcoholics. *Eur Addict Res* 1997; 3: 129-137.
- 189** Poldrugo F. Acamprosate in a long – term community – based alcohol rehabilitation program. *Addiction* 1997; 92: 1537-1546.
- 190** Besson J, Aeby F, Kasas A, Lehert P, Potgieter A. Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism: a controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1998; 22: 573-579.
- 191** Tempesta E, Janiri L, Bignamini A, Chabac S, Dotgieter A. Acamprosate and relapse prevention in the treatment of alcohol dependence: a placebo – controlled study. *Alcohol and Alcoholism* 2000; 35: 202-209.
- 192** Chick J, Howlett H, Morgan MY, Ribon B. United Kingdom multicentre acamprosate study (UKMAS): a 6 – month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol. *Alcohol and Alcoholism* 2000; 35: 176-187.
- 193** Mason BJ, Ownby RL. Acamprosate for the treatment of alcohol dependence: a review of double – blind, placebo – controlled trials. *CNS Spectrum* 2000; 5(2): 58-69.
- 194** Azrim NH, Sisson RW, Meyers R, Godley M. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 1982; 13: 105-112.
- 195** Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, Derman RM, Emrick CD, Iber FL, James KE, Lacoursiere RB, Lee KK, Lowenstam I. Disulfiram treatment of alcoholism: a Veteran Administration co-operative study. *JAMA* 1986; 256: 1449-1455.
- 196** Duckert F, Johnsen J. Behavioural use of Disulfiram in the treatment of problem drinking. *International Journal of the Addictions* 1987; 22: 445-454.
- 197** Wright C, Moore RD. Disulfiram treatment of alcoholism. *Am J Medicine* 1990; 88: 647-665.
- 198** Chick J, Gough K, Falkowski W, Kershaw P, Hore B, Mehta B, Ritson B, Ropner R, Torley D. Disulfiram treatment of alcoholism. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 84-89.
- 199** Hughes JL, Cook CCH. The efficacy of disulfiram: a review of outcome studies. *Addiction* 1997; 92: 381-396.
- 200** Johnsen J, Morland J. Disulfiram implant: a double – blind placebo controlled follow – up on treatment outcome. *Alcohol Clin Exp Res* 1991; 15(3): 532-536.
- 201** Angelone SM, Bellini L, Di Bella D, Catalano M. Effects of Fluvoxamine and citalopram in maintaining abstinence in a sample of Italian detoxified alcoholics. *Alcohol and Alcoholism* 1998; 33: 151-156.
- 202** Tiihonen J, Ryynanen OP, Kauhanen K, Hakola HP, Salaspuro M.. Citalopram in the treatment of alcoholism: a double – blind placebo – controlled study. *Pharmacopsychiatry* 1996; 29(1): 27-29.
- 203** Kranzler HR, Burleson JA, Korner P, Del Boca FK, Bohn MJ, Brown J, Liebowitz N. Placebo – controlled trial of fluoxetine as a adjunct to relapse prevention in alcoholics. *Am J Psychiatry* 1995; 152(3): 391-397.
- 204** Kranzler HR, Burleson JA, Brown J, Babor TF. Fluoxetine treatment seems to reduce the beneficial effects of cognitive – behavioural therapy in type B alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1996; 20: 1534-1541.
- 205** Pettinati HM, Volpicelli JR, Kranzler HR, Luck G, Rukstalis MR, Cnaan A. Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2000; 24: 1041-1049.

- 206** Babor T, Dolinsky Z, Meyer R, Hesselbrock M, Hoffman M, Tennen H. Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *Br J Addiction* 1992; 87: 105-112.
- 207** Cornelius JR, Salloum IM, Ehler JG, Jarrett PJ, Cornelius MD, Perel JM, Thase ME, Black A. Fluoxetine in depressed alcoholics. A double - blind, placebo - controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(8): 700-705.
- 208** Sellers EM, Toneatto T, Romach MK, Somer GRM, Sobell LC, Sobell MB. Clinical efficacy of the 5-HT3 antagonist Ondansetron in alcohol abuse and dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18(4): 879-885.
- 209** Johnson BA, Roache JD, Javors MA, Di Clemente CC, Cloninger CR, Prihoda TJ, Bordnick PS, Ait-Daoud N, Hensler J. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients. *JAMA* 2000; 284: 963-971.
- 210** Mueller TI, Stout RL, Rudden S, Brown RA, Gordon A, Solomon DA, Recupero PR. A Double- blind placebo - controlled pilot study of carbamazepine in the treatment of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1997; 21: 86-92.
- 211** Brady KT, Myrick H, Henderson S, Coffey SF. The use of Divalproex in alcohol relapse prevention: a pilot study. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67: 323-330.
- 212** Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden Ch, DiClemente C, Roache JD, Lawson K, Javors MA, Ma JZ. Oral Topiramate for treatment of alcohol dependence : a randomised control trial. *Lancet* 2003; 361: 1677-1685.
- 213** Peters DH, Paulds D. Tiapride: a review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of the alcohol dependence syndrome. *Drugs* 1994; 147: 1010 – 1032.
- 214** Shaw GK, Waller S, Majumdar SI, Alberts IL, Latharn CJ, Dunn G. Tiapride in the prevention of relapse in recently detoxified alcoholics. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 515-523.
- 215** Hunt GM, Azrím NH. A community – reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy* 1973; 11: 91-104.
- 216** Azrím NH. Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and therapy* 1976; 14: 339-348.
- 217** Azrím NH, Sisson W, Meyers R, Godley M. Alcoholism treatment by Disulfiram and community reinforcement therapy. *J Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 1982; 13: 105-112.
- 218** Mallams JH, Godley MD, Hall GM, Meyers RJ. A social – system approach to resocializing alcoholics in the community. *J Stud Alcohol* 1982; 43: 1115-1123.
- 219** Sisson RW, Azrím NH. Family – member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 1986; 17: 15-21.
- 220** Smith JE, Meyers RJ, Delaney HD. The community reinforcement approach with homeless alcohol – dependent individuals. *J Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66: 541-548.
- 221** Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS. Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *J Substance Abuse* 1999; 10: 291-308.
- 222** Miller WR, Meyers RJ, Hiller – Sturmhoff S. The Community – Reinforcement Approach. *Alcohol Research and Health* 1999; 23: 116-119.
- 223** Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67: 688-697.
- 224** Iguchi MY, Belding MA, Morral AR, Lamb RJ, Husband SD. Reinforcing operants other than abstinence in drug abuse treatment: an effective alternative for reducing drug use. *J Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 421-428.
- 225** Higgins ST, Petry NM. Contingency management. Incentives for sobriety. *Alcohol Research and Health* 1999; 23: 122-127.
- 226** Petry NM, Martin B, Cooney JL, Kranzler HR. Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *J Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68: 250-257.
- 227** Petry NM, Tedford J, Martin B. Reinforcing compliance with non - drug related activities. *J of Substance Abuse Treatment* 2001; 20: 33-44.
- 228** Petry NM, Simcic F. Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: clinical and research perspectives. *J of Substance Abuse Treatment* 2002; 23: 81-86.
- 229** Carter BL, Tiffany ST. Meta – analysis of cue – reactivity in addiction research. *Addiction* 1999; 94: 327-340.
- 230** Dawe S, Powell J, Richards D, Gossop M, Marks I, Strang J, Gray JA. Does post – withdrawal cue exposure improve outcome in opiate addiction? A controlled trial. *Addiction* 1993; 88: 1233-1245.

- 231** Monti PM, Rohsenow DJ, Rubonis AV, Niaura RS, Sirota AD, Colby SM, Goddard P, Abrams DB. Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation. *J Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61: 1011-1019.
- 232** Drummond DC, Glaudt S. A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *J Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62: 809-817.
- 233** Sitharthan T, Sitharthan G, Hough MJ, Kavanagh DJ. Cue exposure in moderation drinking: a comparison with cognitive – behavior therapy. *J Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 878-882.
- 234** Rohsenow DJ, Monti PM, Rubonis AV, Gulliver SB, Colby SM, Binkoff JA, Abrams DB. Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6 – and 12 – month outcomes. *Addiction* 2001; 96: 1161-1174.
- 235** Chaney EF, O'Leary MR, Marlatt GA. Skill training with alcoholics. *J Consulting and Clinical Psychology* 1978; 46: 1092-1104.
- 236** Oei TPS, Jackson PR. Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors* 1980; 5: 129-136.
- 237** Ferrell WL, Galassi JP. Assertion training and human relations training in the treatment of chronic alcoholics. *International Journal of the Addictions* 1981; 16: 959-968.
- 238** Oei TPS, Jackson PR. Social skills and cognitive behavioral approaches to the treatment of problem drinking. *J Stud on Alcohol* 1982; 43: 532-547.
- 239** Jones SL, Kanfer R, Lanyon RI. Skill training with alcoholics: A clinical extension. *Addictive Behaviors* 1982; 7: 285-2990.
- 240** Eriksen L, Bjørnstad S, Götesman KG. Social Skills training in groups for alcoholics: One – year treatment outcome for groups and individuals. *Addictive Behaviors* 1986; 11: 309-330.
- 241** Monti PM, Abrams DB, Binkoff JA, Zwick WR, Liepmann MR, Nirenberg TD, Rohsenow DJ. Communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *J Stud on Alcohol* 1990; 51: 263-270.
- 242** Cooney NL, Kadden RM, Litt MD, Gerter H. Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two – years follow – up results. *J Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59: 598-601.
- 243** Burtscheidt W, Schwartz R, Wolwer W, Gaebel W. Outpatient behavioural treatment in alcoholism: alcohol consumption and sociodemographic factors. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 2001; 69: 526-531.
- 244** Burtscheidt W, Wolwer W, Schwartz R, Strauss W, Gaebel W. Out – patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 227-232.
- 245** Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive – behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71: 118-128.
- 246** Holder HD, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *J Stud on Alcohol* 1991; 52: 517-540.
- 247** Mattick RP, Jarvis T (eds). *An outline for the management of alcohol problems: Quality assurance in the treatment of drug dependence*. Canberra: Australian Government publishing Service Monograph series n° 20, 1993.
- 248** Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, Montgomery HA, Hester RK, Tonigan JS. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En: Hester RK; Miller RW (Eds). *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, MS: Allyn and Bacon 1995.
- 249** Longabaugh R, Morgenstern J. Cognitive- Behavioral coping – skills therapy for alcohol dependence: current states and future directions. *Alcohol Research and Health* 1999; 23: 78-85.
- 250** Morgenstern J, Longabaugh R. Cognitive – Behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanism of action. *Addiction* 2000; 95: 1475-1490.
- 251** Feeney GF, Young RM, Connor JP, Tucker J, Mc Pherson A. Outpatient cognitive behavioural therapy programme for alcohol dependence: impact of naltrexone use on outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 443-448.
- 252** Monti PM, Rohsenow DJ, Swift RM, Gulliver SB, Colby SM, Mueller TI, Brown RA, Gordon A, Abrams DB, Niaura RS, Asher MK. Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills training for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2001; 25: 1634-1647.
- 253** Feeney GF, Young RM, Connor JP, Tucker J, Mc Pherson A. Cognitive behavioural therapy combined with the relapse – prevention medication acamprosate: are short – term treatment outcomes for alcohol dependence improved?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002; 36: 622-628.
- 254** Wildt WA, Schippers GM, Van Den Brink W, Potgieters AS, Deckers F, Bets D. Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems?. *Alcohol Alcohol* 2002; 37(4): 375-382.

- 255** Annis HM, Peachey JE. The use of calcium carbimide in relapse prevention counselling: Results of a randomized control trial. *Br J Addiction* 1992; 87: 63-72.
- 256** O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS, Brown ED, Mc Court WF. Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *J Stud Alcohol* 1993; 54: 652-666.
- 257** Maisto SA, McKay JR, O'Farrell TJ. Relapse precipitants and behavioral marital therapy. *Addictive Behaviors* 1995; 20: 383-393.
- 258** Sobell MB, Sobell LC, Gavin DR. Portraying alcohol treatment outcomes: different yardsticks of success. *Behavior Therapy* 1995; 26: 643-669.
- 259** O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS. Couples relapse prevention: sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after starting treatment. *J Stud Alcohol* 1998; 59: 357-370.
- 260** Anton RF, Moak DH, Waid LR, Latham PK, Malcolm RJ, Dias JK. Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of out - patient alcoholics: results of a placebo - controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1758-1764.
- 261** Schonfeld L, Dupree LW, Dickson – Ehrmann E, Royer CM, McDermott CH, Rosansky JS, Taylor S, Jarvik LF. Cognitive – Behavioral treatment of older veterans with substance – abuse problems. *J Geriatric Psychiatry and Neurology* 2000; 13: 124-129.
- 262** Carroll KM. Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1996; 4: 46-54.
- 263** Jaffe AJ, Rounsvaille B, Chang G, Schottenfield RS, Meyer RF, O'Malley SS. Naltrexone, relapse prevention and supportive therapy with alcoholics: an analysis of patient treatment matching. *J Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 1044-1063.
- 264** Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of Relapse Prevention: a meta – analytic review. *J Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67: 563-570.
- 265** Holder HD, Cisler RA, Longabaugh R, Stout RL, Trelo AJ, Zweben A. Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction* 2000; 95: 999-1013.
- 266** O'Farrell TJ. Marital and family therapy. En: Hester RK, Miller WR , eds. *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives.* Needham Heights, Allyn & Bacon 1995.
- 267** Epstein EE, Mc Crady BS. Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: current status and innovations. *Clinical Psychology Review* 1998; 18: 689 - 711.
- 268** O'Farrell TJ, Cutter HS, Floyd FJ. Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy* 1985; 16: 147-167.
- 269** Mc Crady BS, Longabaugh R, Fink E, Stout R, Beattie M, Ruggieri – Authelet A. Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-months outcomes. *J Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54: 708-713.
- 270** Mc Crady BS, Noel NE, Abrams DB, Stout RL, Nelson HF, Hay WM. Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *J Stud Alcohol* 1986; 47: 459-467.
- 271** Bowers TG, Al-Redha MR. A comparison of outcome with group / marital and standard / individual therapies with alcoholics. *J Stud Alcohol* 1990; 51: 301-309.
- 272** Mc Crady BS, Stout R, Noel NE, Abrams DB, Nelson HF. Effectiveness of three types of spouse – involved behavioral alcoholism treatment. *Br J Addictions* 1991; 86: 1415-1424.
- 273** O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS, Floyd FJ, Bayog R, Brown ED, Lowe J, Chan A, Deneault P. Cost – benefit and cost – effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *J Substance Abuse* 1996; 8: 145-166.
- 274** Fals – Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR. Behavioral couples therapy for male substance – abusing patients: a cost outcomes analysis. *J Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 789-802.
- 275** O'Farrell TJ, Van Hutton V, Murphy CM. Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two – year longitudinal study. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 317-321.
- 276** Alamo C, López – Muñoz F, Martín B, Cuenca E. Farmacología del etanol. En: Rubio G, Santo-Domingo J, eds. *Guía práctica de intervención en el alcoholismo.* Madrid: Nilo 2000: 85-113.
- 277** Bazire S. *Psychotropic Drug Directory 2003/04.* Salisbury : Fivepin Publishing Limited 2003.



# Anexos

# 10



## 1. Cuestionario CAGE

	Sí	No
1. ¿Tuvo usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le molestó alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se sintió alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez lo primero que hizo por la mañana fué beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Test AUDIT

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas acostumbra realizar en un día de consumo normal	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año fue incapaz de parar de beber una vez empezó?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque bebiera?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año necesitó beber en ayunas para recuperarse después de beber mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo recordar lo que sucedió la noche anterior porque estuviera bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona resultaron heridos porque usted bebiera?	0. No 1. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario mostraron preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le aconsejaron que dejé de beber?	0. No 1. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año

### 3. Müncher Alkolistmusters Test (MALT)

Cuestionario MALT-O

	Sí	No
1. Enfermedad hepática (mínimo 1 síntoma clínico, p. ej., hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y por lo menos 1 valor de laboratorio patológico, p. ej., GOT, GPT, GGT). (Solo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocida: descartar hepatitis viral, hepatomegalia de hepatopatía congestiva, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Polineuropatía (solo procede cuando no existen otras causas conocidas, p. ej., diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Delirium trémens (actual o en la anamnesis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Consumo de alcohol superior a los 150 ml (en la mujer 120 ml) de alcohol puro al día, por lo menos durante unos meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Consumo de alcohol superior a los 300ml (en la mujer 240ml) de alcohol puro, una o más veces al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aliento alcohólico (en el momento de la exploración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Los familiares o allegados ya buscaron, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (con el médico, asistente social o instituciones pertinentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario MALT-S

	Sí	No
1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por temporadas, sobre todo por las mañanas, tengo una sensación de náuseas o ganas de vomitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Alguna vez, intenté calmar la resaca, el temblor o la náusea matutina con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No es raro que beba alcohol antes de almorzar o de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de continuar bebiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Frecuentemente piendo en el alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A veces bebi alcohol, igual cuando el médico me lo prohibió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En las temporadas en que bebo más, como menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En el trabajo me llamaron ya la atención por mis ingestas de alcohol o alguna vez falté al trabajo por haber bebido demasiado en vísperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Últimamente, prefiero beber alcohol a solas (y sin que me vean)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bebo de un trago y más rápido que los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Desde que bebo más, soy menos activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Frecuentemente me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ensayé un sistema para beber (p. ej., no beber antes de determinadas horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Creo que debería limitar mi ingestión de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sin alcohol no tendría tantos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cuando estoy excitado bebo alcohol para calmarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Otras personas no pueden comprender por qué bebo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Si no bebiese, me llevaría mejor con mi esposo/a (o pareja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ya probé a pasar temporadas sin alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Si no bebiese, estaría contento conmigo mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Repetidamente me mencionaron mi «aliento alcohólico»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Por momentos, al despertar, después de un día de haber bebido mucho, aunque sin emborracharme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron en la víspera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. Índice europeo de gravidade da adicción (EuropASI)

<b>INSTRUCCIONES</b>		<b>ESCALAS DE GRAVEDAD</b>	<b>SUMARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE</b>																																								
<p>1. Cubrir totalmente. Cuando sea preciso utilizar: X = pregunta no contestada N = pregunta no aplicable Use un solo carácter por ítem</p> <p>2. Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas, y deberán ser reformuladas para el seguimiento</p> <p>3. Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales</p>		<p>Las escalas de severidad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de esta severidad consultar el manual</p>	<p>0. Ningunha 1. Leve 2. Moderado 3. Considerable 4. Extrema</p>																																								
<p>A. N° de identific. <input type="text"/></p> <p>B. TIPO DE TRATAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Desintoxicación ambulatoria</li> <li>2. Desintoxicación hospitalaria</li> <li>3. Tratamiento substitutivo ambulatorio</li> <li>4. Tratamiento libre de drogas ambulatorio</li> <li>5. Tratamiento libre de drogas hospitalario</li> <li>6. Centro de día</li> <li>7. Hospital psiquiátrico</li> <li>8. Otro hospital/servicio</li> <li>9. Otro:</li> <li>0. Sin tratamiento</li> </ul> <p>C. FECHA DE ADMISIÓN: <input type="text"/></p> <p>D. FECHA DE LA ENTREVISTA: <input type="text"/></p> <p>*E. Hora de inicio: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>*F. Hora de fin: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>G. TIPO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ingreso</li> <li>2. Seguimiento</li> </ul> <p>H. CÓDIGO DE CONTACTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Personal</li> <li>2. Telefónico</li> </ul> <p>I. SEXO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Hombre</li> <li>2. Mujer</li> </ul> <p>J. CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR: <input type="text"/></p> <p>K. ESPECIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Paciente finalizó la entrevista</li> <li>2. Paciente rechazó</li> <li>3. Paciente incapaz de responder</li> </ul>		<p><b>INFORMACIÓN GENERAL</b></p> <p>1. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: <input type="text"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ciudad grande (&gt; 100.000)</li> <li>2. Mediana (10-100.000)</li> <li>3. Pequeña (rural) (&lt; 10.000)</li> </ul> <p>2. CÓDIGO DE LA CIUDAD: <input type="text"/></p> <p>*3. Desde cuando vive usted en esa dirección <input type="text"/> años <input type="text"/> meses</p> <p>*4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de usted o de su familia? <input type="text"/> 0 = No      1 = Sí</p> <p>5. EDAD <input type="text"/></p> <p>6. NACIONALIDAD <input type="text"/></p> <p>7. PAÍS DE NACIMIENTO DEL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevistado <input type="text"/></li> <li>Padre <input type="text"/></li> <li>Madre <input type="text"/></li> </ul> <p>8. ¿Estuve ingresado en el último mes en un centro de este tipo? <input type="text"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. No</li> <li>2. Carcel</li> <li>3. Tratamiento de alcohol o drogas</li> <li>4. Tratamiento médico</li> <li>5. Tratamiento psiquiátrico</li> <li>6. Únicamente desintoxicación</li> <li>7. Otro: <input type="text"/></li> </ul> <p>9. ¿Cuántos días? <input type="text"/></p>	<p><b>RESULTADOS DE LOS TESTS ADICIONALES</b></p> <p>..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>PERFIL DE GRAVEDAD</b></p> <table border="1"> <tr> <td>9</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>PROBLEMAS MÉDICO EMPLEO/DEPORTES ALCOHOL DROGAS LEGAL FAMILIAR/SOCIAL PSICOLOGICO</p>	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								

\*ítems opcionales.

SITUACIÓN MÉDICA					
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1. ¿Cuántas veces en su vida estuvo hospitalizado por problemas médicos? (incluir sobredosis, delirium trémens, excluir desintoxicaciones)</p> <p>2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos? años meses</p> <p>3. ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo con su vida?</p> <p>0. No 1. Sí.....</p> <p>4. ¿Alguna vez estuvo infectado de hepatitis?</p> <p>0. No 1. Sí 2. Lo se 3. Rechaza contestar</p> <p>5. ¿Alguna vez realizó las pruebas del VIH?</p> <p>0. No 1. Sí 2. No lo se 3. Rechaza contestar</p>					
<p>6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses?</p> <p>7. ¿Cuál fue el último resultado del test?</p> <p>0. VIH-negativo 1. VIH-positivo 2. No se 3. Rechaza contestar</p> <p>8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (excluir invalidez psiquiátrica)</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>10. ¿Fue tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>11. ¿Cuántos días tuvo problemas médicos en el último mes?</p>					
PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDALE AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTEOVALUACIÓN					
<p>12. ¿Cuánto le molestaron o preocuparon estos problemas médicos en el último mes?</p> <p>13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento de estos problemas médicos?</p>					
ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR					
<p>14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico?</p>					
PUNTUACIONES DE VALIDEZ					
<p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>15. ¿Imagen distorsionada del paciente?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>16. ¿La incapacidad para comprender del paciente?</p> <p>0. No 1. Sí</p>					
Comentarios					
EMPLEO/SOPORTES					
<p>1. Años de educación básica:</p> <p>2. Años de educación superior (Universidad/Técnicos):</p> <p>3. Grado académico superior obtenido:</p> <p>4. ¿Tiene carné de conducir en vigor?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>5. ¿Cuanto duró el periodo más largo de empleo regular (ver el manual para definición)?</p> <p>años meses</p> <p>6. ¿Cuanto duró el periodo más largo de desempleo?</p> <p>años meses</p> <p>7. Ocupación habitual (o última):</p> <p>(especificar detalladamente)</p> <p>8. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años</p> <p>1. Tiempo completo 2. Tiempo parcial (horario regular) 3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal) 4. Estudiante 5. Servicio militar 6. Retirado/invalidez 7. Desempleado (incluir ama de casa) 8. En ambiente protegido</p>					
<p>9. ¿Cuántos días trabajó durante el último mes? (excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales)</p> <p>¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes?</p> <p>10. ¿Empleo?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>11. ¿Paro?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>12. ¿Ayuda social?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>13. ¿Pensión o seguridad social?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>14. ¿Compañeros, familiares o amigos?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>15. ¿Illegal?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>16. ¿Prostitución?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>17. ¿Otras fuentes?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>18. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene? (utilice los códigos 10-17)</p> <p>19. ¿Tiene deudas?</p> <p>0. No 1. Sí..... (cantidad)</p>					
PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR, PIDALE AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN					
<p>20. ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.?</p> <p>21. ¿Cuántos días tuvo problemas de empleo/desempleo en el último mes?</p>					
Comentarios					
<p>22. ¿Cuánto le molestaron o preocuparon estos problemas de empleo en el último mes?</p> <p>23. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para estos problemas de empleo?</p>					
ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR					
<p>24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo?</p>					
PUNTUACIONES DE VALIDEZ					
<p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>25. ¿Imagen distorsionada del paciente?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>26. ¿La incapacidad para comprender del paciente?</p> <p>0. No 1. Sí</p>					
Comentarios					



SITUACIÓN LEGAL			ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR								
1. ¿Esta admisión fué promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.) 0. No      1. Sí	12. ¿Cuantos meses en su vida estuvo en la carcel? (meses)	<input type="checkbox"/>	20. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos problemas legales?	<input type="checkbox"/>							
2. ¿Está en libertad condicional? 0. No      1. Sí	13. ¿Cuento tiempo duró su último período en la carcel? (meses)	<input type="checkbox"/>	21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales al asesoramiento?	<input type="checkbox"/>							
¿Cuantas veces en su vida fué acusado de:  3. Posesión y tráfico de drogas? <input type="checkbox"/> 4. Delitos contra la propiedad? (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados) <input type="checkbox"/> 5. Delitos violentos? (atacos, asaltos, incendios, violación, homicidio) <input type="checkbox"/> 6. Otros delitos? <input type="checkbox"/> 7. ¿Cuantos de esos cargos resultaron en condenas? <input type="checkbox"/>	14. ¿Qual fué la causa? (use los códigos 03-06, 08-11. Si hubo múltiples cargos codifique el más grave)	<input type="checkbox"/>	22. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No      1. Sí	<input type="checkbox"/>							
¿Cuantas veces en su vida fué acusado de:  8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública? <input type="checkbox"/> 9. Prostitución? <input type="checkbox"/> 10. Conducir embragado? <input type="checkbox"/> 11. Delitos de tráfico? (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.) <input type="checkbox"/>	15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia? 0. No      1. Sí	<input type="checkbox"/>	23. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No      1. Sí	<input type="checkbox"/>							
	16. ¿Por qué? (si hay múltiples cargos codifique el más grave)	<input type="checkbox"/>									
	17. ¿Cuantos días en el último mes estuvo detenido o encarcelado? (días)	<input type="checkbox"/>									
	18. ¿Cuantos días en el último mes realizó actividades ilegales para su beneficio? (días)	<input type="checkbox"/>									
	PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR, PÍDALE AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN			Comentarios							
	19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (excluir problemas civiles)	<input type="checkbox"/>									
HISTORIA FAMILIAR											
¿Alguno de sus familiares tuvo lo que usted llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o psiquiátrico, que lo llevó ó debería llevarlo a recibir tratamiento?											
Rama materna	Alcohol	Drogas	Psq	Rama paterna	Alcohol	Drogas	Psq	Hermanos	Alcohol	Drogas	Psq
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermana 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermana 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medio hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Instrucciones: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente no para todos los familiares de la categoría, «1» cuando la respuesta es claramente Sí para algún familiar dentro de esa categoría, «X» cuando la respuesta no esté de todo clara o sea no se , y «N» cuando nunca existió un familiar en dicha categoría. En caso de que existan más de 2 hermanos por categoría, codifique los más problemáticos.											

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES	
1. Estado civil: 1. Casado 2. Casado en 2 <sup>as</sup> nupcias 3. Viudo 4. Separado 5. Divorciado 6. Soltero	<input type="checkbox"/>
2. ¿Hace cuánto tiempo tiene este estado civil?  años      meses	
3. ¿Está satisfecho con esa situación? 0. No 1. Indiferente 2. Sí	<input type="checkbox"/>
4. Convivencia habitual (en los últimos 3 años) 1. Pareja e hijos 2. Pareja 3. Hijos 4. Padres 5. Familia 6. Amigos 7. Solo 8. Medio protegido 9. No estable	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cuánto tiempo vivió en esa situación?  años      meses	
(Si es con padres o familia contará a partir de los 18 años)	
6. ¿Está satisfecho con esa convivencia? 0. No 1. Indiferente 2. Sí	<input type="checkbox"/>
¿Vive con alguien que: 0. No    1. Sí	
6A. Actualmente tiene problemas relacionados con alcohol?	<input type="checkbox"/>
6B. Usa drogas psicoactivas?	<input type="checkbox"/>
7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?  1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas 2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas 3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas 4. Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>
8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre? 0. No 1. Indiferente 2. Sí	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?	<input type="checkbox"/>
<p>Instrucciones para 9A a 18: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente <b>no para todos los familiares de la categoría</b>, «1» cuando la respuesta es claramente <b>sí para algún familiar dentro de esa categoría</b>, «X» cuando la respuesta <b>no esté de todo clara o sea «no se»</b> y «N» cuando nunca <b>existiese un familiar en dicha categoría</b>.</p>	
9A. ¿Diría usted que tuvo relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?  Madre Padre Hermanos/hermanas Pareja sexual/marido Hijos Amigos	<input type="checkbox"/>
9B. Tuvo períodos en que experimentó problemas serios con:  0. No    1. Sí	
10. Madre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Padre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Hermanos/hermanas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Pareja sexual/marido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Hijos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Otro familiar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Amigos íntimos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Vecinos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18A. Emocionalmente? (insultándolo, etc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18C. Sexualmente? (forzándolo a mantener relaciones sexuales)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. ¿Cuántos días en el último mes tuvo problemas serios A. Con su familia? B. Con otra gente? (excluir familia)	<input type="checkbox"/>
<p><b>PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR, PÍDALE AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</b></p>	
<p>¿Cuánto le molestaron o preocuparon en el último mes sus:</p>	
20. Problemas familiares?	<input type="checkbox"/>
21. Problemas sociales?	<input type="checkbox"/>
¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos:	
22. Problemas familiares?	<input type="checkbox"/>
23. Problemas legales?	<input type="checkbox"/>
<p><b>ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</b></p>	
24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social?	<input type="checkbox"/>
<p><b>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</b></p>	
La información anterior está significativamente distorsionada por:	
25. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No    1. Sí	<input type="checkbox"/>
26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No    1. Sí	<input type="checkbox"/>
<p>Comentarios</p>	

		ESTADO PSQUIÁTRICO		ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR	
<p>1. ¿Cuántas veces recibió tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?</p> <p>Tratamiento hospitalario: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tratamiento ambulatorio: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No    1. Sí</p> <p>Pasó un período de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual usted (consulte el manual para definiciones):</p> <p>0. No    1. Sí</p>		<p>PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PÍDALE AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</p> <p>12. ¿Cuanto le preocuparon o molestaron en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales? <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para esos problemas psicológicos? <input type="checkbox"/></p>		<p>20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico? <input type="checkbox"/></p> <p><b>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</b></p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>21. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No    1. Sí</p> <p>22. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No    1. Sí</p> <p>Comentarios</p>	
<p>3. ¿Experimentó depresión severa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Experimentó ansiedad o tensión severa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Experimentó alucinaciones? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Experimentó problemas para controlar conductas violentas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Experimentó ideación suicida severa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10. ¿Realizó intentos suicidas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10A. ¿Cuántas veces intentó suicidarse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11. ¿Cuántos días en el último mes experimentó esos problemas psicológicos/ emocionales? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>Último mes    A lo largo de la vida</p> <p>Durante la entrevista, el paciente se presentaba:</p> <p>0. No    1. Sí</p> <p>14. Francamente deprimido/ retraído <input type="checkbox"/></p> <p>15. Francamente hostil <input type="checkbox"/></p> <p>16. Francamente ansioso/ nervioso <input type="checkbox"/></p> <p>17. Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide <input type="checkbox"/></p> <p>18. Con problemas de comprensión, concentración o recuerdo <input type="checkbox"/></p> <p>19. Con ideación suicida <input type="checkbox"/></p>			

## 5. Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA)

1. Si en alguna ocasión toma bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.), ¿Cuántas consumiciones toma el día que bebe? (expresado en UBE)
2. ¿Con qué frecuencia lo hace? (número de días a la semana)
3. ¿Los fines de semana (o los días laborales) cambia sus hábitos de consumo?

Hoja de registro (en UBE):

	Cantidad	Días	Subtotal
Consumo días laborales			
Consumo días festivos			
Total:			_____



Subdirección Xeral  
de Saúde Mental e Drogodependencias  
Guías, manuais, protocolos, procesos,  
procedementos e normativa



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE