



## Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Agosto del 2012.

Visto el Expediente 12 MP-010673-00 y Memorando N° 138-SDG-HHV-12; sobre aprobación de "Guía Práctica Clínica Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Alcohol" y "Guía de Práctica Clínica Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Cocaína" del Departamento de Adicciones, del Hospital Hermilio Valdizán;

### CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Memorando N° 188-12-DA-HHV, de fecha 15 de Agosto del 2012, el Jefe del Departamento de Adicciones, remite la respectiva Guía de Práctica Clínica a la Dirección Adjunta del Hospital para su revisión y aprobación mediante la respectiva resolución;

Que, el Departamento de Adicciones es la unidad orgánica encargada de desarrollar actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas ocasionados por el abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, así como las que padecen de otras adicciones, por lo que se hace necesario aprobar la presente Guía de Práctica Clínica, que permitirá establecer el tratamiento de Desintoxicación, Tratamiento de deshabitación y consejería, comportamiento debido al consumo de alcohol y los factores de riesgo que susciten; para cuyo efecto es pertinente expedir el respectivo acto resolutorio;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación del Jefe del Departamento de Adicciones;

### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.-** APROBAR las Guías de Prácticas Clínicas del Departamento de Adicciones, del Hospital Hermilio Valdizán, que se mencionan a continuación, y forman parte de la presente Resolución:

- Guía de Práctica Clínica Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Alcohol.
- Guía de Práctica Clínica Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Cocaína.

**Artículo Segundo.-** El Jefe del Departamento de Adicciones, será el responsable de la difusión e implementación de la respectiva Guía de Práctica Clínica Trastornos Mentales.

**Artículo Tercero.-** La Guía aprobada será publicada en la Página Web del Hospital Hermilio Valdizán

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Dr. RAFAEL NAVARRO CUEVA  
Director General  
C.M.P. 4598 - REG. ESP: 1033

Distribución:  
SDG  
DA  
INFORMATICA  
OAJ



Departamento de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán  
*"Líder en Psiquiatría y Salud Mental"*



**GUÍA DE PRÁCTICA  
CLÍNICA  
TRASTORNOS  
MENTALES**



**Y DEL  
COMPORTAMIENTO  
DEBIDOS AL  
CONSUMO DE  
ALCOHOL**



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**  
**TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO**  
**DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL**

**INDICE**

**INTRODUCCIÓN**

**I.- NOMBRE Y CÓDIGO**

**II.- DEFINICION**

2.1 Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol

2.2 Definiciones operativas

2.2. 1 Consumo de Riesgo

2. 2.2 Consumo Perjudicial

2.2.3 Concepto de Alcoholismo

**III.- ETIOLOGÍA**

**IV.- FISIOPATOLOGÍA**

**V.- EPIDEMIOLOGÍA**

**VI.- FACTORES DE RIESGO O PROTECCIÓN**

**VII. CUADRO CLINICO**

7.1. F10.0 Intoxicación aguda

7.2. F10.2 síndrome de dependencia del alcohol

7.2.1. Criterios diagnósticos de la cie-10

7.3 F10.3 síndrome de abstinencia alcohólica

7.4 F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium

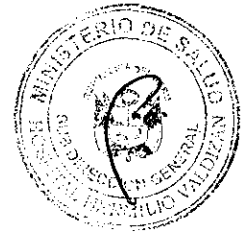
7.5 F10.5 Trastorno psicótico

7.6 7.6 F10.6 Síndrome amnésica

7.7 7.7 Consecuencias del consumo excesivo de alcohol

7.8 7.7.1 Consecuencias físicas

7.9 7.7.2. Consecuencias sociales





## VIII. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

### 8.1 Detección y evaluación

#### 8.1.1 Detección a través de la historia clínica

#### 8.1.2 Exploración del consumo

## IX. EXAMENES AUXILIARES

## X.- MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLICIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

## XI. LA INTERVENCIÓN

## XII. TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN

### 12.1. Contexto del tratamiento

### 12.2 Tratamiento farmacológico

#### 12.2.1 El tratamiento de la intoxicación alcohólica grave



## XIII. TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN

### 13.1. Fármacos antidipsotrópicos

### 13.2. Fármacos anticraving I

### 13.3. Fármacos para la prevención de recaídas

### 13.4. Otros fármacos para el tratamiento del alcoholismo

#### 13.4.1. Antiepilépticos

### 13.5. Intervención psico-social

#### 13.5.1 Terapia Cognitivo-Conductual

##### 13.5.1.1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

###### 13.5.1.1.1. Prevención de recaídas

###### 13.5.1.1.2. Entrenamiento en habilidades sociales o habilidades de comunicación

##### 13.5.1.2. Técnicas de Autocontrol

##### 13.5.1.3. Intervenciones Motivacionales

#### 13.5.2. Terapias conductuales

##### 13.5.2.1. Exposición a estímulos

##### 13.5.2.2. Abordaje de refuerzo comunitario

#### 13.5.3. Otras intervenciones psico-sociales

##### 13.5.3.1. Terapias de grupo

##### 13.5.3.2. Terapia de conducta social y red de trabajo

#### 13.5.4. Adaptación y selección de la técnica psicoterapéutica

##### 13.5.4.1. Características de los pacientes

##### 13.5.4.2. Otros factores que influyen en el éxito terapéutico

## XIV. CONSEJERIA

## XV.-. ANEXOS.

## XVI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA





## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL



### I.- NOMBRE Y CÓDIGO:

El alcoholismo se encuentra clasificado en la CIE-10 dentro de los TRASTORNOS MENTALES Y DE EL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICÓTROPAS. CIE 10: DEL F10 AL F19

La guía hará referencia principalmente a los **F10 Trastornos mentales y de los comportamientos debidos al consumo de alcohol**, que a su vez comprenden:

- F10.0 Intoxicación aguda.
- F10.1 Consumo perjudicial.
- F10.2 Síndrome de dependencia.
- F10.3 Síndrome de abstinencia.
- F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium.
- F10.5 Trastorno psicótico.
- F10.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.
- F10.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol.
- F10.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol.
- F10.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol sin especificación

### II.- DEFINICIÓN

#### **2. 1. Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.**

OMS señala al alcoholismo como "un trastorno en el cual el consumo de alcohol va en detrimento de la salud o del funcionamiento social de la persona, por un período de tiempo". Como subtipos de esta definición, se describen diferentes conductas tales como exceso alcohólico episódico, exceso alcohólico habitual, y adicción (dependencia), según la cantidad de alcohol bebido y la frecuencia de ingestas alcohólicas excesivas.

El alcoholismo se caracteriza por una pérdida definitiva, en acto o en potencia, de la libertad del ser humano para controlar su conducta con respecto al alcohol, una vez que este ha penetrado en el organismo en cantidad suficiente; pérdida que parece estar condicionada por factores somáticos. Pedro Naivellan F





El alcoholismo se caracteriza por la dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas. El deterioro en la capacidad de controlar el consumo de alcohol puede ser intermitente y muy ligero, en las fases iniciales de la enfermedad, pero puede llegar a ser continuado e intenso, más adelante, y conducir a una "robotización" progresiva de la conducta de auto-administración de alcohol y a una pérdida de control tan grave como la de cualquier otra drogodependencia.

Incluyen:

## 2.2 Definiciones operativas

El consumo excesivo de alcohol se puede clasificar en 3 grandes grupos. (1) El consumo de riesgo es un consumo excesivo que si bien aumenta las probabilidades de que la persona sufra consecuencias adversas (médicas, psiquiátricas, familiares, sociales, etc.), todavía no se han producido. (2) Cuando ya se han producido dichas consecuencias pasa a ser considerado como consumo perjudicial. (3) Cuando además de haber producido dichas consecuencias, el consumo de alcohol se ha convertido en una conducta adictiva, se considera dependencia del alcohol o alcoholismo.



### 2.2.1 Consumo de Riesgo

Se considera consumo de riesgo de alcohol aquel que supera los límites del consumo moderado (o prudente) y que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades, accidentes, lesiones o trastornos mentales o del comportamiento (Gunzerath y cols., 2004).

El consumo de riesgo de alcohol es motivo de gran preocupación sanitaria y social, dado que su prevalencia, mucho más elevada que la del alcoholismo, puede causar las mismas enfermedades médicas y psiquiátricas que el alcoholismo, lo cual supone un importante reto para la prevención de enfermedades médicas, trastornos mentales y del comportamiento, agresividad, violencia, suicidio y mayor vulnerabilidad hacia la dependencia de otras drogas.

### 2.2.2. Consumo Perjudicial

Para la CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la O.M.S.) el Consumo Perjudicial es un consumo de alcohol que ya ha afectado a la salud física (p.e. daño hepático) y / o psíquica (p.e. cuadros depresivos secundarios a consumos masivos de alcohol) sin llegar a cumplir los criterios diagnósticos de dependencia del alcohol (Organización Mundial de la Salud, 1992). En la práctica se tiende a considerar que un consumo regular por encima de los 60 gr/día de etanol en el hombre, o de los 40 gr/día en la mujer, es probable que llegue a provocar las consecuencias adversas características del consumo perjudicial.

Además, en determinadas situaciones vitales en las que el consumo de alcohol está afectando a la salud física o mental, como son embarazo, cardiopatía, hipertensión, diabetes, tratamientos con fármacos que tienen interacciones con el alcohol y personas menores de 18 años; el profesional de la salud debería recomendar al paciente no tomar

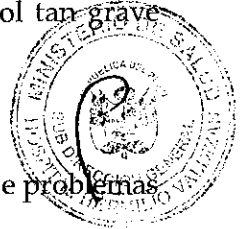




bebidas alcohólicas. Por tanto, una vez efectuada dicha recomendación, si el paciente sigue tomando bebidas alcohólicas se puede considerar también como consumo perjudicial (O.M.S., 1992).

### 2.2.3 Concepto de Alcoholismo

El alcoholismo se caracteriza por la dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas. El deterioro en la capacidad de controlar el consumo de alcohol puede ser intermitente y muy ligero, en las fases iniciales de la enfermedad, pero puede llegar a ser continuado e intenso, más adelante, y conducir a una "robotización" progresiva de la conducta de auto-administración de alcohol y a una pérdida de control tan grave como la de cualquier otra drogodependencia por vía intravenosa.



## III.- ETIOLOGÍA

Muchos factores podrían influir en la decisión de beber y en el desarrollo de problemas temporarios y la dependencia más tarde.

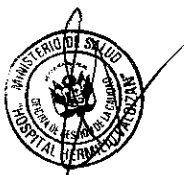
**Teorías psicológicas.** Podrían recurrirse al alcohol para reducir la tensión, acrecentar la sensación de poder y atenuar el dolor psicológico. Las teorías psicológicas derivan en parte de la noción que sostiene que el consumo de dosis bajas de alcohol en entornos sociales tensos o después de una jornada complicada produce mayor bienestar y facilita las interacciones. Sin embargo en dosis altas, la mayoría de los parámetros indica incremento del nerviosismo y la tensión.

**Teorías conductuales:** Las expectativas acerca de los efectos gratificantes de la bebida y el refuerzo real que sigue al consumo de alcohol, contribuyen a la decisión de volver a beber. Estos aspectos son significativos cuando se intenta modificar la conducta de la población general e intervienen en la rehabilitación de los alcohólicos.

**Teorías socioculturales:** Estas se basan en las distintas tasas de alcoholismo de diversos grupos sociales.

### Teorías biológicas

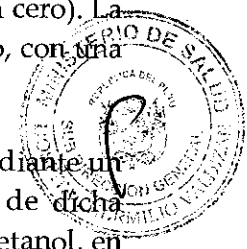
**Genéticas** La teoría biológica del alcoholismo que goza de mayor credibilidad es la genética, Uno de los hallazgos mas destacados es el riesgo 3 y 4 veces mayor que se registra en los familiares directos de los alcohólicos. La tasa aumenta con el número de familiares afectados, la gravedad de su enfermedad y el grado de cercanía genética con el paciente. La similitud es mucho mayor entre los gemelos idénticos, hijos de padres alcohólicos, que entre los fraternos. Los estudios de adopción revelan mayor riesgo de alcoholismo en los hijos de padres alcohólicos aun cuando se los separa poco después del nacimiento y se crían sin tener conocimiento de los antecedentes de su familia biológica. Cuando al familia adoptiva es alcohólica, el riesgo no se incrementa.





#### IV.- FISIOPATOLOGÍA

Los aspectos más relevantes de los procesos de absorción, distribución, biotransformación (metabolismo) y excreción del alcohol. Aunque con variaciones individuales importantes, el alcohol se absorbe mayoritariamente a nivel intestinal, se distribuye por el organismo de forma análoga a la del agua corporal, atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria. Se oxida en el 90-98%, y el 2-10% se excreta por riñón y pulmones. Su tasa de oxidación es relativamente constante, no incrementándose al aumentar la concentración (denominada cinética de orden cero). La oxidación es proporcional al peso corporal y, probablemente, al peso hepático, con una tasa promedio de oxidación de 120 mg/kg/hora o 10 ml/hora.



Dado que la biotransformación fundamental del etanol se produce mediante un metabolismo enzimático oxidativo, hay sistemas enzimáticos responsables de dicha oxidación. La implicación del acetaldehído, primer metabolito oxidativo del etanol, en los efectos del alcohol. Dicha implicación no se reduce, como tradicionalmente se ha creído, a los efectos tóxicos derivados del consumo de alcohol. Por el contrario, existe un corpus de conocimientos experimentales cada vez más sólido que relaciona al acetaldehído con los efectos euforizantes del alcohol y, en consecuencia, con la capacidad de esta droga de establecer un patrón de consumo repetido. Finalmente las interacciones que pueden ocurrir entre el metabolismo del alcohol y la biotransformación de otras sustancias, tanto endógenas o exógenas comparten con el etanol los mismos sistemas enzimáticos. En este sentido, merece especial atención la inducción del P-450 2E1 y otros cito cromos P-450 en las células hepáticas provocada por el consumo crónico de alcohol.

Entre un 2 y un 10% se eliminará sin metabolizar a través de la respiración, la orina y el sudor. (Interés médico legal). La concentración máxima en sangre se establece a los 30-90 minutos de la ingesta

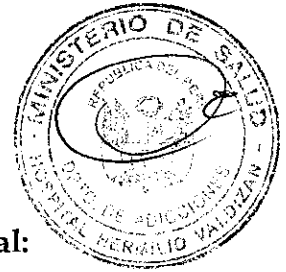
#### V.- EPIDEMIOLOGÍA

El alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud (tanto para la aparición de enfermedades como para la muerte prematura) mas importante, tras el consumo de tabaco y la hipertensión arterial. Como factor de riesgo para la salud es 3 veces mas importante que la diabetes y 5 veces mas importante que el asma (WHO, 2002)

III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General del Perú DEVIDA  
2006







**Magnitud del consumo de alcohol en la Población General:**

| Tipo de Droga          | Prevalencias de consumo* |             |             | Incidencia de consumo** |
|------------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------------------|
|                        | Vida                     | Año         | Mes         |                         |
| <b>Drogas Legales</b>  | <b>84.6</b>              | <b>67.0</b> | <b>40.4</b> | ---                     |
| Alcohol.               | 83.0                     | 63.0        | 34.5        | 30.2                    |
| Tabaco.                | 58.8                     | 34.7        | 18.4        | 9.35                    |
| <b>Drogas Ilegales</b> | <b>4.6</b>               | <b>1.0</b>  | <b>0.5</b>  | ---                     |
| Marihuana.             | 3.6                      | 0.7         | 0.4         | 0.4                     |
| Cocaína.               | 1.4                      | 0.3         | 0.2         | 0.1                     |
| PBC.                   | 1.4                      | 0.3         | 0.2         | 0.2                     |
| Inhalantes.            | 0.3                      | 0.03        | 0.0         | 0.07                    |
| Éxtasis.               | 0.1                      | 0.04        | 0.0         | 0.05                    |
| Otras drogas***        | 0.3                      | 0.02        | 0.007       | 0.00                    |

Se calcula que la prevalencia de vida en relación al alcohol es 84.6% en la población peruana entre 12 y 64 años.

Existiendo 67% personas que han consumido alcohol en el último año. Dependiendo de las características de su consumo, representa un elevado número de la población en potencial riesgo psicosocial así como de daño a su salud.



| Tipo de Droga                           | %            |
|---|--------------|
| <b>Drogas Legales</b>                   |              |
| <b>Alcohol</b>                          | <b>100.0</b> |
| Consumidores con signos de dependencia. | 8.1          |
| <b>Tabaco</b>                           | <b>100.0</b> |
| Consumidores con signos de dependencia. | 10.3         |
| <b>Drogas Ilegales</b>                  |              |
| <b>Marihuana</b>                        | <b>100.0</b> |
| Consumidores con signos de dependencia. | 40.3         |
| <b>Cocaína</b>                          | <b>100.0</b> |
| Consumidores con signos de dependencia. | 51.5         |
| <b>PBC</b>                              | <b>100.0</b> |
| Consumidores con signos de dependencia. | 45.0         |





Número de casos de casos en una población en un momento dado.

8.1% Consumidores del último año de alcohol con signo de dependencia, poco más de medio millón de personas que declaran un uso reciente y actual

Con respecto a los bebedores problemáticos cerca de seiscientos mil personas que declararon haber hecho uso de bebidas alcohólicas en el último mes, esto es el 16 % de los consumidores actuales, son bebedores problemáticos, dado el impacto que han tenido el uso de esta sustancia en su estilo de vida.

**Uso de drogas según género:**



PREVALENCIA DE AÑO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE 12-64 AÑOS QUE RESIDE EN CIUDADES DE 20,000 A MAS HABITANTES, SEGÚN SEXO

**PREVALENCIA DE AÑO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN DE 12 A 64 AÑOS QUE RESIDE EN CIUDADES DE 20,000 Y MÁS HABITANTES, SEGÚN SEXO**

| Tipo de Droga          | Prevalencia de año |         |
|------------------------|--------------------|---------|
|                        | Hombres            | Mujeres |
| <b>Drogas Legales</b>  |                    |         |
| Alcohol.               | 72.4               | 55.7    |
| Tabaco.                | 48.4               | 24.1    |
| <b>Drogas Ilegales</b> |                    |         |
| Marihuana.             | 1.2                | 0.3     |
| Cocaína.               | 0.4                | 0.1     |
| PBC.                   | 0.8                | 0.02    |
| Inhalantes.            | 0.06               | 0.08    |
| Éxtasis.               | 0.04               | 0.04    |

Las declaraciones del consumo de alcohol, entre hombres y mujeres tienden a aproximarse, puede decirse que por cada tres varones, existen dos mujeres, que registran el consumo de alcohol en último año.

Uso de alcohol, según edad; el mayor consumo de alcohol se da entre los 19 años y 45 años, siendo el grupo de 26 a 35 años el que registra la prevalencia más altas de consumo de bebidas alcohólicas.





**PREVALENCIA DE AÑO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN DE 12 A 64 AÑOS QUE RESIDE EN CIUDADES DE 20,000 Y MÁS HABITANTES, SEGÚN GRUPOS DE EDADES**

| Tipo de Droga          | Grupos de Edades |         |         |         |          |
|------------------------|------------------|---------|---------|---------|----------|
|                        | 12 - 18          | 19 - 25 | 26 - 35 | 36 - 45 | 46 y más |
| <b>Drogas Legales</b>  |                  |         |         |         |          |
| Alcohol.               | 36.0             | 71.8    | 74.0    | 70.0    | 58.5     |
| Tabaco.                | 21.8             | 46.9    | 40.0    | 36.5    | 28.0     |
| <b>Drogas Ilegales</b> |                  |         |         |         |          |
| Marihuana.             | 1.2              | 1.2     | 0.5     | 0.3     | 0.3      |
| Cocaína.               | 0.4              | 0.3     | 0.1     | 0.1     | 0.4      |
| PBC.                   | 0.5              | 0.3     | 0.3     | 0.2     | 0.4      |
| Inhalantes.            | 0.2              | 0.0     | 0.0     | 0.0     | 0.0      |
| Éxtasis.               | 0.2              | 0.1     | 0.0     | 0.0     | 0.0      |
| <b>Drogas Médicas</b>  |                  |         |         |         |          |
| Estimulantes.          | 0.1              | 0.3     | 0.3     | 0.1     | 0.1      |
| Tranquilizantes.       | 1.1              | 2.3     | 3.6     | 3.7     | 3.5      |



**Uso de alcohol según dominio de estudio;**

El área metropolitana, que comprende las provincias de Lima y Callao, registra las mayores prevalencia de consumo de alcohol, seguida de la sierra, resto de la costa y la selva, respectivamente.

**PREVALENCIA DE AÑO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LAS PERSONAS DE 12 A 64 AÑOS QUE RESIDEN EN CIUDADES DE 20,000 Y MÁS HABITANTES, SEGÚN REGIÓN NATURAL**

| Tipo de Droga          | Región Natural     |                |        |       |
|------------------------|--------------------|----------------|--------|-------|
|                        | Área Metropolitana | Resto de costa | Sierra | Selva |
| <b>Drogas Legales</b>  |                    |                |        |       |
| Alcohol.               | 66.2               | 59.9           | 60.8   | 55.2  |
| Tabaco.                | 39.6               | 28.9           | 31.9   | 25.8  |
| <b>Drogas Ilegales</b> |                    |                |        |       |
| Marihuana.             | 0.7                | 0.8            | 0.5    | 0.3   |
| Cocaína.               | 0.4                | 0.3            | 0.05   | 0.1   |
| PBC.                   | 0.5                | 0.2            | 0.1    | 0.3   |
| Inhalantes.            | 0.0                | 0.1            | 0.0    | 0.0   |
| Éxtasis.               | 0.1                | 0.0            | 0.01   | 0.0   |





## EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN 12- 64 AÑOS QUE RESIDE EN CIUDADES DE 20,000 A MAS HABITANTES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD

La edad de inicio de consumo de alcohol se ubica a los 10 años, y el 50% de los usuarios comienzan a consumirlas cuando tenía entre 16 y 20 años.

En el estudio de Perú la mayor carga de enfermedad se atribuye a las enfermedades neuropsiquiátricas. El abuso de alcohol y dependencia ocupa el tercer lugar de causa de carga de enfermedad,



### VI. FACTORES DE RIESGO O PROTECCIÓN

Denominamos factores de riesgo o de protección a aquellas circunstancias psicológicas, biológicas, familiares, grupales o sociales cuya presencia e influencia sobre nosotros aumenta o disminuye las posibilidades de que se produzca un determinado comportamiento.

Conseguir disminuir los factores de riesgo que han sido identificados como influyentes sobre el consumo de alcohol de un determinado grupo de jóvenes, al mismo tiempo que se aumenta en la medida de lo posible los factores de protección, es, dicho de una forma simple y clara, hacer prevención.

Ello obviamente entraña sus problemas prácticos a la hora de decidir cuales son los factores de riesgo más activos en un momento determinado, de qué forma un factor de riesgo actúa en una persona concreta que tiene una personalidad determinada o una edad muy distinta que otra, etc. Es decir, que estamos ante un fuerte modelo teórico, con mucha investigación que lo avala, pero que en la práctica todavía nos puede plantear problemas. Por ejemplo, podemos tener un factor de riesgo bien definido e identificado, pero no resulta fácil a veces conocer su peso en las diversas etapas del consumo, o conocer su importancia de acuerdo al momento evolutivo de la persona, o que influya de la misma forma independientemente de que se sea hombre o mujer... Por otro lado, no todos los factores de riesgo o protección tienen la misma importancia y desde luego su peso es mayor o menor según la fase evolutiva del joven. Por ejemplo, el peso de las amistades como factor facilitador o aminorador del consumo aumenta con la edad del adolescente, de la misma forma que la familia como factor de riesgo o protección disminuye a medida que aumenta la edad del hijo o hija.

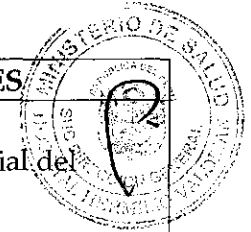
Los *factores de protección* funcionan previniendo la aparición de un factor de riesgo o mitigando/interrumpiendo la acción de los factores de riesgo en su labor de facilitadores de que las personas consuman.





## FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN EL USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

| PERSONALES  | INTERPERSONALES                               | AMBIENTALES                                 |
|---|---|---|
| Edad, sexo  | Compañeros consumidores                       | Aceptación social del Consumo               |
| Grupo étnico  | Relaciones pobres con padres y profesores     | Disponibilidad y accesibilidad a las drogas |
| Inicio temprano en el Consumo   | Insuficiencias educativas                     | Desorganización comunitaria                 |
| Características de personalidad (buscador de sensaciones, rebeldía, tendencia antisociales) | Conflictividad familiar                       | Normas sociales y leyes permisivas          |
| Abandono de valores normativos  | Uso de drogas por los padres                  | Dificultades económicas y sociales          |
| Fracaso escolar   | Historia familiar de alcoholismo              |   |
|   | Actitudes de los padres favorables al consumo |   |



## FACTORES DE PROTECCION DEL USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

| PERSONALES  | INTERPERSONALES   | AMBIENTALES   |
|---|---|---|
| En el ámbito individual: poseer inteligencia y capacidades sociales. También ayuda tener una personalidad «consistente» y una orientación social positiva | Tener o haber tenido en la infancia un ambiente con cohesión, cálido y con lazos afectivos la familia, escuela... en, | Existencia en la sociedad de normas, creencias y comportamientos coherentes y que tiendan al uso del alcohol y otras drogas |





## VII. CUADRO CLINICO

- Intoxicación Aguda
- Síndrome de Dependencia
- Síndrome de Abstinencia



### 7.1. F10.0 Intoxicación aguda

La Intoxicación Etílica Aguda (IEA) es un síndrome clínico producido por el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y en cantidad superior a la tolerancia individual de la persona. Dependiendo de la cantidad ingerida de alcohol y de la tolerancia, el curso puede oscilar desde leve desinhibición, hasta coma, depresión respiratoria y muerte.

La Intoxicación aguda (IA) es el trastorno orgánico más común inducido por alcohol y la intoxicación aguda más frecuente en nuestro medio. La dosis letal 50 es 5 gr./l con ingesta aproximada de alcohol de 3 gr/ Kg. peso. La mortalidad por coma etílico es del 5%.

En la IA el riesgo de sufrir TEC y Hematoma Subdural es más del doble y está aumentado el de convulsiones, intentos autolíticos e intoxicaciones combinadas.

La Resaca es más prevalente en bebedores de consumo bajo y moderado de Alcohol.

En la IA se producen efectos reforzadores positivos y negativos. Se potencian los efectos sedativos favoreciendo la neurotransmisión inhibitoria más que la excitatoria, sobre todo por activación de receptores GABA. La vulnerabilidad es mayor en el sexo femenino y menor en alcohólicos, que constituye un marcador dinámico predictor de mayor riesgo de alcoholismo, hijos de padres alcohólicos y varones con personalidad antisocial y abuso o dependencia de sustancias. Además, la ADH y ALDH difieren genéticamente según la raza.

Todas las embriagueces son patológicas. En las Embriagueces Típicas los efectos psicopatológicos son inversamente proporcionales a la tolerancia y directamente a la concentración sanguínea de Etanol.

Las Atípicas presentan dosis-respuesta desproporcionada.





## ESTADIOS DE LA INTOXICACIÓN ALCOHOLICA

| ALCOHOLEMIA | EFFECTOS Y ALTERACIONES EN LA CONDUCTA |
|-------------|--|
|-------------|--|

Tiempo requerido  
 (MG/100 ML)  
 para que sea eliminado

todo el alcohol



|       |   |
|-------|---|
| 20-30 | Sensación de bienestar, reducción del tiempo de reacción, ligera alteración del |
|-------|---|

Juicio y memoria.

2 horas

|       |   |
|-------|---|
| 30-60 | Deshinbición, relajación, sedación leve, alteración de coordinación y del tiempo de reacción. |
|-------|---|

4 horas

|       |   |
|-------|---|
| 80-90 | Dificultad en la discriminación auditiva y visual, alteraciones de la marcha, de la coordinación, sentimientos de tristeza o de exaltación, deseo de seguir bebiendo, enlentecimiento del habla |
|-------|---|

6 horas

|         |   |
|---------|---|
| 110-120 | Torpeza motriz evidente, dificultad en las actividades mentales, como memoria y juicio, disminución de la deshibición, aparición de estados emocionales de Agresividad ante contrariedades. |
|---------|---|

8 horas

|         |   |
|---------|---|
| 140-150 | Deterioro de todas las funciones intelectuales y físicas, conducta irresponsable, sentimiento general de euforia, dificultad para permanecer levantado, andar y hablar. Alteración de la percepción y del juicio. Confianza en la capacidad de conducción e incapacidad para darse cuenta de que su funcionamiento intelectual y físico no es el adecuado |
|---------|---|

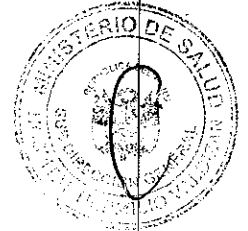
10 horas

|     |  |
|-----|--|
| 200 | Sentimiento de confusión o aturdimiento, dificultades para deambular sin ayuda o para permanecer levantado |
|-----|--|





|          |   |
|----------|---|
| 12 horas |   |
| 300      | Disminución importante en la percepción y comprensión, así como de la sensibilidad. |
| 400      | Anestesia casi completa, ausencia de percepción, confusión y coma                   |
| 500      | Coma profundo   |
| 600      | La muerte sobreviene por falta de respuesta del centro respiratorio                 |



Rubio G. ; 2000

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA

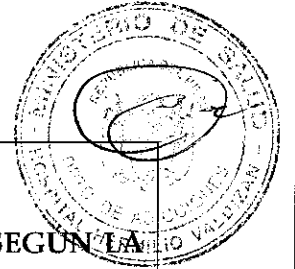
##### CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DE INTOXICACION POR ALCOHOL SEGÚN EL DSM IV

- Ingestión reciente de alcohol.
- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos de los que suelen aparecer durante o poco después de su consumo: sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad del juicio y deterioro de la capacidad laboral o social, que se presenta durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante el consumo de alcohol o poco después:
  - Lenguaje farfullante.
  - Incoordinación,
  - Marcha inestable,
  - Nistagmo,
  - Deterioro de la atención o la memoria,
  - Estupor o coma.

Los síntomas no se deben a enfermedad médica o se explican mejor por la presencia







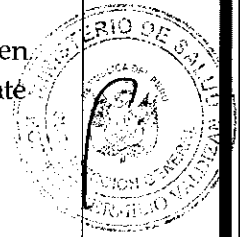
de otro trastorno mental.

## PAUTAS DE DIAGNOSTICO DE INTOXICACION POR ALCOHOL SEGUN LA

OMS

(CIE 10)

- Estado transitorio consecutivo a la ingestión que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones o respuestas fisiológicas o psicológicas.
- Suele tener una relación estrecha con la dosis ingerida, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente, en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave.
- La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta.
- La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo.
- A dosis bajas predominan los efectos estimulantes sobre el comportamiento. Al aumentar la dosis produce agitación y agresividad, y a niveles muy elevados da lugar a una clara



### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Aunque el diagnóstico de IEA sea evidente, si el paciente se encuentra en estado confusional hay que descartar siempre otros cuadros:

Intoxicación por hiposodantes, Intoxicación por Gammahidroxibutírico, estados postictales, Hipoglucemia, Encefalopatía hepática, cetoacidosis diabética, Meningitis, Encefalitis, Hematoma Subdural, Pancreatitis Aguda, Intoxicación por CO, Intoxicación por tóxicos industriales (benzol, gasolina...) e Intoxicación por Alcohol Metílico que se usa en la adulteración de bebidas alcohólicas con riesgo de intoxicación, o con finalidad autolítica o en pacientes que tienen acceso restringido a bebidas alcohólicas. La toxicidad deriva en gran medida de sus metabolitos el formaldehído y el ácido fórmico.

Por tanto es importante tener en cuenta la información del paciente cuando refiere que ha consumido poco alcohol o niega su uso para descartar otros procesos diferenciales.

### 7.2. Síndrome de Dependencia del Alcohol

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 del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida





del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. Dos síntomas característicos son la sensación de deseo o necesidad (que pueden llegar a tener una gran intensidad) de beber alcohol y también la disminución de la capacidad para controlar la ingesta de alcohol (O.M.S.-1992).

#### 7.2.1. Criterios diagnósticos de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)

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



- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

F10.20 En la actualidad en abstinencia.

F10.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

F10.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

F10.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).





- F10.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).
- F10.25 Con consumo continuo.
- F10.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

#### **Pautas para el diagnóstico**

La identificación de la sustancia psicotrópica involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes.

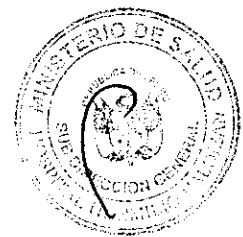
Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en F19, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicótropas o de otras sustancias psicótropas. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.

#### **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.**

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos o de demencia. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico).

- F10.0 Intoxicación aguda.
- F10.1 Consumo perjudicial.
- F10.2 Síndrome de dependencia.
- F10.3 Síndrome de abstinencia.
- F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium.
- F10.5 Trastorno psicótico.
- F10.6 Síndrome amnésico.
- F10.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol  
o por sustancias psicótropas.
- F10.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento.
- F10.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación.





### 7.3 F10.3 Síndrome de abstinencia alcohólica

El síndrome de abstinencia alcohólica es la consecuencia de la dependencia física al alcohol. Las principales manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia son temblores, alucinaciones, convulsiones y delirio. El síntoma más frecuente son los temblores que aparecen a las pocas horas de la abstinencia y afectan sobre todo a manos, labios y lengua, y suelen acompañarse de náuseas, diaforesis, debilidad e irritabilidad. Entre las 24 y 48 horas del cese de la ingesta alcohólica aparecen alucinaciones visuales o auditivas, que posteriormente suelen desaparecer en pocos días. Sin embargo, algunos pacientes pueden tener alucinaciones auditivas durante un tiempo prolongado y desarrollar un cuadro clínico similar a la esquizofrenia. El alcohol puede precipitar una crisis en pacientes epilépticos en el curso de una ingesta importante y ocasionar convulsiones en pacientes no epilépticos en la fase inicial del periodo de abstinencia. El delirium tremens es una manifestación grave del síndrome de abstinencia caracterizado por confusión, alucinaciones, temblores, agitación, taquicardia, pupilas dilatadas, sudoración profusa y fiebre. Los pacientes se recuperan al cabo de unos días, aunque en los pacientes que presentan una patología asociada como una enfermedad hepática o pancreática, traumatismos o neumonía por aspiración pueden tener mal pronóstico.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:

F10.30 No complicado.

F10.31 Con convulsiones.



### 7.4 F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia, se complica con un delirium.

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y temor. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vívidas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

Excluye:

Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas (F05.-).

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:

F10.40 Sin convulsiones.

F10.41 Con convulsiones.

### 7.5 F10.5 Trastorno psicótico

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que





afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

#### Pautas para el diagnóstico

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1x.4) o de comienzo tardío.

Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

#### Incluye:

Alucinosis alcohólica.

Celotipia alcohólica.

Paranoia alcohólica.

Psicosis alcohólica sin especificación.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres:

F10.50 Ésquizofreniforme.

F10.51 Con predominio de las ideas delirantes.

F10.52 Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).

F10.53 Con predominio de síntomas polimorfos.

F10.54 Con predominio de síntomas depresivos.

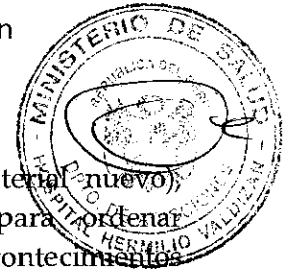
F10.55 Con predominio de síntomas maníacos.

F10.56 Trastorno psicótico mixto.

#### 7.6 F10.6 Síndrome amnésica

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognitivas suele estar relativamente bien conservadas.





### Pautas para el diagnóstico

- a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).
- b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas.
- c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicótropas.

Incluye:

- Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas.
- Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.



### 7.7 Consecuencias del consumo excesivo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol puede causar o exacerbar hasta 60 enfermedades diversas (Anderson y Baumberg, 2006).

A continuación se presenta una lista de alteraciones físicas relacionadas con un consumo perjudicial de alcohol, el riesgo para la mayor parte de estos trastornos presenta una relación dosis-efecto, es decir que aumenta de forma proporcional a la intensidad del consumo de alcohol, sin que exista una dosis umbral (Rehm, Gmel y Sempos, 2003) y con diferentes riesgos en función del sexo, vulnerabilidades individuales, el riesgo cardiovascular y la edad (NIAAA, 2003 / Corrao y cols., 2004):

- Alteraciones Digestivas
- Alteraciones Musculoesqueléticas
- Alteraciones Endocrinas
- Alteraciones Cardiovasculares
- Alteraciones Respiratorias
- Alteraciones Metabólicas:
- Alteraciones Hematológicas
- Alteraciones Neurológicas
- Alteraciones Cutáneas
- Traumatismos – Accidentes- Alteraciones del nivel de Conciencia
- Cánceres

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





### 7.7.1 Consecuencias físicas

#### 7.7.1.1. Consecuencias neuropsiquiátricas

El consumo excesivo de alcohol puede provocar o precipitar los siguientes cuadros (Lishman, 1998):

- 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 persistente como en el Síndrome de Korsakoff), deterioro cognitivo y demencia (tóxica alcohólica o por déficit vitamínico). • Trastornos Psicóticos



#### Síndrome Alcohólico Fetal

El efecto tóxico del alcohol sobre el feto puede producir otro cuadro de alteraciones cognitivas presentes desde el momento del nacimiento (reducción en los niveles generales de inteligencia y alteraciones específicas en funciones cognitivas como: memoria verbal, memoria espacial, razonamiento y tiempo de latencia, entre otras), estas alteraciones generan disfunciones sociales que muchas veces se vuelven a manifestar en la adolescencia; este efecto tóxico es dosis-dependiente siendo el Síndrome Alcohólico Fetal el cuadro más grave dentro del espectro de diversas alteraciones posibles (Jacobson y Jacobson, 2002).

#### Suicidio:

El consumo abusivo de alcohol es un importante factor de riesgo para las conductas suicidas. Existe una relación directa entre la intoxicación alcohólica y el riesgo suicida (Beautrais y cols., 1998).

#### Comorbilidad psiquiátrica:

Los estudios epidemiológicos han comprobado que existe una elevada comorbilidad entre el consumo excesivo de alcohol y los demás Trastornos Psiquiátricos, sobre todo con los Trastornos Afectivos, la Esquizofrenia y los Trastornos de Personalidad (Helzer y cols., 1988; Kessler y cols.). Y también con otras conductas adictivas, tanto químicas como comportamentales.

### 7.7.2. Consecuencias sociales

Este tipo de complicaciones son las que más se relacionan con los efectos agudos del alcohol, existiendo una relación proporcional entre los niveles de consumo de alcohol y la aparición de estos problemas.

- Problemas familiares: Maltrato y abandono.
- Problemas laborales: El consumo abusivo de alcohol aumenta las tasas de absentismo, bajo rendimiento y accidentes laborales (Rehm y cols., 2001 / Vahtera y cols., 2002).





- Problemas judiciales:
  - Conductas violentas:
  - Conducción bajo los efectos del alcohol



## VIII. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

### 8.2 Detección y evaluación

#### 8.1.1 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 especialista de la presencia de un problema derivado de un consumo excesivo de alcohol.



#### **Criterios diagnósticos de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)**

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos o de demencia. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico). A partir de este punto sustancia psicotropa será equivalente a alcohol.

F10.0 Intoxicación aguda.

F10.1 Consumo perjudicial.

F10.2 Síndrome de dependencia.

F10.3 Síndrome de abstinencia.

F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F10.5 Trastorno psicótico.

F10.6 Síndrome amnésico.

F10.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas.

F10.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento.

F10.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación.

#### **Intoxicación aguda:**

#### **Pautas para el diagnóstico**

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el consumo de alcohol en el contexto social debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un







fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia.



### Síndrome de Dependencia

#### Pautas para el diagnóstico

La identificación de la sustancia psicótropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.



### Síndrome de Abstinencia:

#### Pautas para el diagnóstico

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos refieran que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter

### Síndrome Amnésico:

#### Pautas para el diagnóstico

a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo),  
trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar





cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).

b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognitivas.

c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicótropas.

Incluye:

Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas



### 8.1.2 Exploración del consumo

Se recomienda la cuantificación del consumo mediante entrevistas semiestructuradas que valoren la cantidad y la frecuencia de las bebidas alcohólicas consumidas.

### Cuestionarios de Detección TEST DE CAGE

El Test CAGE (*Chronic Alcoholism General Evaluation*; Evaluación General del Alcoholismo Crónico) es un cuestionario sencillo, de cuatro preguntas, que permite detectar el alcoholismo (Ewing, 1984).

Se compone de cuatro preguntas:

- 1.- ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
- 2.- ¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?
- 3.- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
- 4.- ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

Se considera positivo si se responde afirmativamente a un mínimo de dos preguntas.

Se trata de un cuestionario de cuatro preguntas, que pueden presentarse solas o "camufladas" en el contexto de una entrevista más amplia, para evitar el posible rechazo por parte del entrevistado. Aunque no se hace referencia en el trabajo original al tiempo sobre el que se debe investigar, Rodríguez-

Martos (1986) en la validación española recomienda investigar un periodo de dos años.

Es un test de cribaje para la detección pero el diagnóstico del alcoholismo debería basarse en otras pruebas y no tiene una adecuada sensibilidad para detectar consumo de riesgo, pero su uso se ha extendido gracias a su brevedad y facilidad de puntuación. Según sus autores 2 ó 3 respuestas afirmativas suponen un alto grado de sospecha y 4 afirmaciones son confirmatorias de alcoholismo. Otros, como Mayfield y cols. (1974) consideran que con sólo 2 respuestas afirmativas ya se puede considerar alcoholismo. Su sensibilidad oscila entre 49 y 100% y su especificidad entre 79 y 100%, en función del punto de corte propuesto y de la gravedad del problema relacionado con el alcohol que se esté valorando





**Grado de recomendación B:** El test de CAGE es muy útil para el cribado de los problemas relacionados con el alcohol en atención primaria, y mucho más si el cuestionario está camuflado entre otras preguntas.

### Cuestionario AUDIT

El AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) está basado en un proyecto de la OMS de colaboración entre seis países (Australia, Bulgaria, Kenya, México, Noruega y USA) y fue posteriormente estandarizado por Saunders y cols (1993). Este mismo autor desarrolló el núcleo de este cuestionario y unos años más tarde efectuó un estudio relacionado con el mismo, sobre las consecuencias del consumo de alcohol en atención primaria. (Ver Anexo II) (Babor y cols., 1992; Saunders y cols., 1993). Su objetivo era disponer de un instrumento capaz de detectar problemas no graves relacionados con el consumo de alcohol. Ha sido validado en nuestro país por Rubio y cols. (1998). Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas



El cuestionario cerrado para detectar abuso de alcohol que recomiendan diversos organismos como la OMS, es el test AUDIT.

**Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT)** El AUDIT fue desarrollado por la OMS para detectar tanto consumos de riesgo como dependencia alcohólica. Incluye 10 preguntas que cubren los tres ámbitos correspondientes: consumo de riesgo (preguntas 1 a 3), problemas relacionados con el alcohol (preguntas 7 a 10) y dependencia alcohólica (preguntas 4 a 6). Cada pregunta se puntúa de 0 a 4, y la suma final permite identificar, en función del punto de corte, tanto los consumos de riesgo como la dependencia alcohólica.

### AUDIT (Alcohol Use Disorders Inventory Test)\*

#### 1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca ⊙
- (1) Una o menos veces al mes ⊙
- (2) Dos a cuatro veces al mes ⊙
- (3) Dos-tres veces a la semana ⊙
- (4) Cuatro o más veces a la semana ⊙

#### 2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- (0) Una o dos ⊙
- (1) Tres o cuatro ⊙





- (2) Cinco o seis ☉
- (3) Siete a nueve ☉
- (4) Diez o más ☉

**3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una 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 ha sido incapaz de parar de beber?**

- (0) Nunca ☉
- (1) Menos de una vez al mes ☉
- (2) Mensualmente ☉
- (3) Semanalmente ☉
- (4) A diario o casi a diario ☉

\* Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. & Monteiro M.G. *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization. 2001 WHO / MSD /MSB/01.6<sup>a</sup>

**5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido**

- (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 ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido 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 ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido mucho el día anterior?**

- (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 ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado 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 han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) No ⊗
- (2) Sí, pero no en el curso del último año ⊗
- (4) Sí el último año ⊗

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

- (0) No ⊗
- (2) Sí, pero no en el curso del último año ⊗
- (4) Sí el último año ⊗

Punto de corte para el consumo de riesgo: 8 o más en varones y 6 o más en mujeres\*

\* Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. (1998)

Validación de la Prueba para la Identificación de Transtornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria.

Revista Clínica Española; 1998, 198 (1): 11-14.

### Interpretación

|  | Hombres | Mujeres |
|--|---------|---------|
| No problemas relacionados con alcohol                                    | 0 - 7   | 0 - 5   |
| Bebedor de riesgo  | 8 - 12  | 6 - 12  |
| Problemas físico-psíquicos con la bebida probable dependencia alcohólica | 13 - 40 | 13 - 40 |





## CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL CIE-10 PARA LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Se considera que hay un problema de alcoholismo si se cumplen tres o más criterios durante el último año.

➤ **TOLERANCIA O NEUROADAPTACION**

Necesidad de consumir cantidades crecientes de alcohol para lograr el efecto deseado o disminución del efecto tras la ingesta de la misma cantidad.

➤ **SINTOMATOLOGIA DE ABSTINENCIA**

Síndrome de abstinencia característico del alcohol o la ingesta de alcohol o sustancia relacionada para aliviar o evitar síntomas de abstinencia.

➤ **DESEO INTENSO (craving) O COMPULSION A CONSUMIR ALCOHOL**

Deseo persistente, ingesta de mayores cantidades o durante períodos de tiempo más prolongados que los planteados.

➤ **DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE CONTROL**

Uno o más intentos de reducir o controlar el consumo de alcohol; o dificultad para acabar la ingesta y controlar la cantidad

➤ **ABANDONO PROGRESIVO DE ACTIVIDADES**

Abandono o disminución importante de las actividades sociales, laborales o recreativas por causa de la bebida.

➤ **PERSISTENCIA EN EL CONSUMO A PESAR DE LAS CONSECUENCIAS PERJUDICIALES**

Consumo continuado de alcohol a pesar de los persistentes problemas físicos o psicológicos que pueden deberse a ello.



## IX. EXAMENES AUXILIARES

### MARCADORES BIOLÓGICOS. TEST DE LABORATORIO

Pueden ser utilizados para la detección de pacientes con problemas relacionados con el consumo perjudicial de alcohol. Facilitan el abordaje de los pacientes que niegan o minimizan el consumo y también la intervención motivacional orientada hacia la reducción del consumo o hacia la abstinencia continuada de bebidas alcohólicas. 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 biológico con una especificidad y sensibilidad suficientes, por tanto es más recomendable la utilización de una batería de marcadores (Chan, 1990; Allen y Litten, 2001; Hoeksema y De Bock, 1998).





De todos modos los problemas que puede producir el consumo excesivo de alcohol en otras áreas sociofamiliares o psicopatológicas y la necesidad de una intervención terapéutica pueden aparecer antes de que los marcadores biológicos se muestren alterados.

- La elevación de un buen número de parámetros analíticos se relaciona con el consumo de alcohol; los más frecuentes: ácido úrico, triglicéridos, GGT (gamaglutamiltranspeptidasa), glutámico oxalacético transaminasa (GOT), glutámipirúvico transaminasa (GPT).
- El marcador biológico más sensible (33-52%) y específico (81-89%) para el abuso de alcohol sería la GGT. Después de la GGT, los de mayor rendimiento serían la GOT. La determinación conjunta de los dos parámetros elevados mejora el rendimiento, pero no sustituye la exploración del consumo mediante entrevista. Su principal utilidad es la monitorización de los cambios en el seguimiento



## X.- MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### Medidas generales y preventivas

#### Objetivos:

- a.- Generar modalidades de atención especializada a la problemática relacionada al consumo de alcohol y otras sustancias psicotrópicas, del más alto nivel terapéutico y de complejidad para los cuadros de alcoholismo severos con complicaciones y comorbilidad.
- b. Servir como centros de referencia para los niveles de menor complejidad.
- c. Proporcionar apoyo y asesoría a otras modalidades terapéuticas.
- d. Investigación de nuevas modalidades terapéuticas

#### Modalidades

- Internamiento prolongado bajo la modalidad clínica
- Internamiento prolongado mediante la modalidad de comunicad terapéutica
- Tratamiento ambulatorio

#### Requerimientos:

- Equipo multidisciplinario con entrenamiento y especialización en trastornos adictivos
- Infraestructura :  
Ambientes de consultorios adecuados  
Ambientes de hospitalización adecuados
- Ambientes apropiados para psicoterapia, terapia ocupacional, y terapia física y recreativa
- Equipamiento





avanzado y, posteriormente, conseguir que él mismo pueda modificar sus hábitos de consumo de alcohol y su estilo de vida.

Tenemos que explorar al paciente, a través de sus actitudes para conocer en qué fase de cambio se encuentra, qué objetivos y estrategias conviene recomendarle y cómo vamos a trabajar con su ambivalencia.

## XII. TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN

El tratamiento de desintoxicación debería ir seguido de un programa de tratamiento de deshabituación, que incluye las intervenciones especializadas, tanto la psico-social como la farmacológica, orientadas hacia la prevención de recaídas.



### 12.1. Contexto del tratamiento

Se considera indicado que el tratamiento de desintoxicación se efectúe en régimen de hospitalización completa cuando:

- coexisten enfermedades médicas que requieren tratamiento hospitalario o un embarazo
- exista riesgo de suicidio
- están presentes síntomas graves de abstinencia, especialmente delirium o convulsiones o cuando existen antecedentes de síndromes de abstinencia graves o están presentes los factores de riesgo para el desarrollo de un SAA grave o de delirium tremens
- no sea posible realizar un seguimiento ambulatorio o disponer de una persona de contacto que monitorice al paciente.
- coexista dependencia de benzodiazepinas, opioides y otras sustancias cuya retirada pueda cursar con abstinencia aguda

### 12.2. Tratamiento farmacológico

La intoxicación alcohólica grave se caracteriza por la presencia de: una alcoholemia igual o superior a los 3 gr/l. En la que el sujeto pierde el conocimiento y entra en coma con respiración estertórea, bradicardia, bradipnea, hipotermia, nula respuesta refleja, relajación de esfínteres y posible parada cardio-respiratoria. En casos de intoxicación con niveles de 4 gr/l o superior debe considerarse como una situación de compromiso vital urgente, en la mayoría de las ocasiones estos niveles de alcoholemia se detectan ya en cadáveres

#### 12.2.1 El tratamiento de la intoxicación alcohólica grave consiste en:

- Control de constantes vitales: Tensión arterial, pulso, temperatura, ritmo respiratorio.
- Posición de decúbito lateral con mantenimiento de vías aéreas permeables. Asegurar una vía para la administración endovenosa.
- Tiamina vía parenteral para prevenir un síndrome de Wernicke.







Camas clínicas  
 Muebles de consultorios  
 Servicio de nutrición y apoyo logístico



## XI. LA INTERVENCION

### 1. Los estadios de cambio

El cambio no tiene porque aparecer de repente, lleva tiempo y energía y todas las personas muestran una cierta ambivalencia ante él. El proceso se inicia en una situación en la que la persona no considera el cambio porque no es consciente del problema, o porque no cree que la conducta sea un problema o porque no se siente motivado para cambiar esa conducta (**precontemplación**).

En la siguiente fase la persona toma conciencia de la existencia de un problema que "debería" solucionar y se esfuerza por entender el problema y sus posibles soluciones pero todavía no está decidida a intervenir para solucionarlo (**contemplación**). Más adelante la persona ya está decidida a intentar solucionar el problema en un futuro próximo y se plantea cómo hacerlo (**preparación para la acción**), luego inicia cambios en su conducta para solucionar el problema (**acción**) y finalmente intenta consolidar los logros obtenidos en la fase anterior (**mantenimiento**). La validez de dichos estadios de cambio ha sido demostrada en personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol (DiClemente y cols).

### Niveles de consumo y tipo de intervención

| Nivel de Riesgo | Intervención  | Puntuación del AUDIT (*) |
|-----------------|---|--------------------------|
| Zona I          | Educación sobre el alcohol  | 0 - 7                    |
| Zona II         | Consejo simple  | 8 - 15                   |
| Zona III        | Consejo simple mas terapia breve<br>Y monitorización continuada             | 16 - 19                  |
| Zona IV         | Derivación al especialista para una<br>Evaluación diagnóstica y tratamiento | 20 - 40                  |

### 2. La entrevista Motivacional

Con la técnica de la entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (1999) podemos ayudar a que el paciente progrese de un estadio de cambio refractario a otro más





- Hidratación con suero glucosalino. Si no podemos determinar la glucosa administrar una ampolla de glucosa hipertónica i.v.
- Si hay ingesta asociada de fármacos realizar lavado gástrico, en caso de que no hayan transcurrido dos horas desde la ingesta. Tener en cuenta que el uso de carbón activado no es eficaz en la intoxicación por etanol
- Si hay sospecha de ingestión conjunta de alcohol y benzodiazepinas administrar Flumazenil vía parenteral 0.5 mgr., repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar respuesta o una dosis máxima de 2 mgr.
- Controlar los síntomas de agitación con Haloperidol, 5 mg, vía parenteral. Control de la posibilidad de crisis comicial ya que los neurolépticos disminuyen el umbral convulsivo.
- En alcoholemias superiores a los 4 gr/l esta indicada la diálisis.

#### Tratamiento de la intoxicación aguda

- a.- Ambiente seguro y controlado
- b.- Seguridad y contención adecuados
- c.- Evaluar tipo de sustancia
  - Dosis/vía de administración
  - Evolución desde última dosis
- d.- Eliminar el tóxico
  - Lavado gástrico
  - Hidratación
- e.- Actuar sobre efectos
  - Benzodiazepinas
  - Antipsicóticos si se requieren
  - Antidepresivos si se requieren



#### 12.2.2. Tratamiento del síndrome de abstinencia

- a.- Evaluar los síntomas
- b.- Tratamiento sintomático
- c.- Reemplazar por otra sustancia similar más controlable.
- d.- Incluir otras modalidades de intervención

Las benzodiazepinas ha demostrado ser superiores al placebo en el tratamiento del síndrome de abstinencia del alcohol (SAA). Las benzodiazepinas son de mayor utilidad, dada su rapidez de inicio, su efecto prolongado (en las de vida media larga) y la posibilidad de reversión de sobredosis mediante flumazenil. Su dosis inicial debe individualizarse en función de: la gravedad del SAA, la comorbilidad médica y los antecedentes personales de convulsiones o delirium por abstinencia del alcohol

Las dosis de benzodiazepinas deben ser individualizadas, en función de la gravedad del síndrome de abstinencia, los trastornos médicos comórbidos y los antecedentes personales de convulsiones o delirium.





Se recomienda la prescripción de tiamina siempre que se atienda a un paciente que presenta alcoholismo, para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff independientemente de su decisión de abandonar o mantener el consumo de alcohol.

Algunos anticonvulsivantes pueden ser utilizados como fármacos de primera elección cuando nos encontramos con pacientes que presentan riesgo de abuso de benzodiacepinas o consumo simultáneo de alcohol y benzodiacepinas.

### XIII. TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN

Es la segunda etapa del tratamiento del alcoholismo, orientada hacia el mantenimiento de la sobriedad. Se compone de una intervención psico-social asociada a la farmacoterapia específica del alcoholismo que puede estar basada en los fármacos interdectores o los anticraving, junto con los que se utilizan para el tratamiento de las comorbilidades médica y psiquiátrica asociadas al alcoholismo.

Los objetivos del tratamiento de deshabituación y prevención de recaídas son la extinción de la conducta condicionada de búsqueda y consumo de alcohol, adquisición de conciencia de dependencia, mantener la motivación a lo largo de todo el proceso, reorganización de las actividades del paciente con búsqueda de alternativas, prevención de recaídas y tratamiento de la psicopatología asociada

#### 13.1. Fármacos Antidipsotrópicos

Los fármacos antidipsotrópicos, o interdectores del alcohol, pueden ser de gran ayuda para la persona que está motivada por mantenerse sin tomar bebidas alcohólicas, siempre que se administren bajo la supervisión de la enfermera o de algún familiar que se responsabilice del tratamiento.

Se utiliza el Disulfiram, que bloquea la enzima aldehído-deshidrogenasa que interviene en el paso del acetaldehído a acetato produciendo, por tanto, una acumulación de acetaldehído en el torrente sanguíneo lo cual provoca la aparición de un síndrome acetaldéhdico que se caracteriza por: vasodilatación, taquicardia, palpitaciones, mareo-vértigo, sudoración, dolor precordial, rubefacción facial, náuseas, vómitos, diplopía o visión borrosa, alteraciones de la presión arterial, cefalea, dificultad respiratoria y sudoración.

Dichos síntomas pueden aparecer 10-20 minutos después del inicio del consumo de alcohol. Su intensidad es proporcional a la dosis de disulfiram y a la cantidad de alcohol ingerida. En los casos más graves se puede producir depresión respiratoria, arritmia, infarto de miocardio, colapso cardio-vascular, pérdida de conciencia, convulsiones e incluso la muerte.

El Disulfiram se administra por vía oral, en dosis de 250 - 500 mg./24h, 1 ó 2 comprimidos / 24 horas. Dado que el bloqueo enzimático que produce es más persistente, su efecto farmacológico puede seguir disuadiendo al paciente sobre la posibilidad de beber alcohol durante los días siguientes a la suspensión del fármaco.





La farmacoterapia del alcoholismo se complementa con una intervención psico-social orientada hacia la prevención de recaídas, para favorecer los cambios conductuales necesarios e incrementar la motivación y la adhesión al tratamiento.

### 13.2. Fármacos anticraving

Dentro del tratamiento del alcoholismo, la farmacoterapia del craving de alcohol va cobrando importancia como un tema novedoso y de extraordinaria complejidad, ya que un mismo fármaco puede ser eficaz para el tratamiento del craving de alcohol pero ineficaz para la prevención de recaídas y viceversa.

Muchos pacientes alcohólicos pueden describir con bastante precisión sus episodios de deseo imperioso de beber o de pérdida de control tras un pequeño consumo de alcohol y sus dificultades para contenerse de beber cuando se exponen a determinados estímulos condicionados.

Cuando el paciente toma conciencia de dichos síntomas nos va a solicitar un tratamiento específico para cada uno de los síntomas.

Los pacientes alcohólicos pueden presentar estados de deseo imperioso o necesidad de beber o "craving", que suelen dar lugar a conductas de búsqueda y consumo de alcohol.

El craving es un estado motivacional intenso, que puede ser disparado por estímulos condicionados, por el consumo de una pequeña cantidad de alcohol o de otras sustancias psicotrópicas y también por los estados de estrés (Anton, 1999a). El craving de alcohol tiene un trasfondo neurobiológico, relacionado con las estructuras anatómicas y los sistemas de neurotransmisión que componen el circuito de la recompensa cerebral (Koob y cols., 1998).

Naltrexona fue introducida como fármaco anticraving, sin embargo, no todos los estudios han encontrado una mayor reducción del craving en los pacientes que tomaron naltrexona, (comparados a los que tomaron placebo) y algunos han encontrado dicha reducción del craving solamente en los pacientes "buenos cumplidores". Es decir, en aquellos que acudieron a todas las visitas de tratamiento y tomaron el fármaco con regularidad (Volpicelli y cols., 1992; O'Malley y cols., 1992; Anton y cols., 1999; Monti y cols., 1999; Guardia y cols., 2002).

Sin embargo, los únicos estudios que ha comprobado el efecto anti-craving de los anticomiales son los de Johnson y cols. (2003; 2007) con topiramato, un fármaco que además produce una reducción significativa del promedio de consumiciones/día, número de consumiciones por día de consumo, porcentaje de días de consumo excesivo ("heavy drinking days") y del craving de alcohol.

Por tanto, algunos ensayos clínicos controlados han comprobado que naltrexona, topiramato y disulfiram, tienen un efecto de reducción del craving de alcohol.

### 13.3. Fármacos para la prevención de recaídas

La naltrexona actúa como antagonista de los receptores opioides, interfiriendo en el sistema de recompensa cerebral. Los circuitos de autoestimulación eléctrica de ciertas





zonas anatómicas del cerebro han permitido precisar las estructuras cerebrales cuya activación está relacionada con el efecto reforzador positivo. Dichas estructuras están relacionadas con el sistema dopaminérgico mesolímbico y mesocortical.

La Naltrexona es un antagonista opioide de semivida larga y buena absorción oral, su dosis habitual es de 50 mgr/día, (Anton y cols., 2006).

Naltrexona produce una disminución del efecto reforzador del alcohol y también de su consumo, tanto en estudios efectuados con animales adiestrados para beber alcohol en exceso, como en los pacientes que presentan dependencia del alcohol.

Algunos estudios han encontrado además un efecto de reducción del craving del número de consumiciones por día de consumo y de la frecuencia de consumo de alcohol, en comparación al placebo.

Un buen cumplimiento en la toma regular de naltrexona puede ser decisivo para que alcance una eficacia terapéutica superior al placebo. Determinados efectos terapéuticos, como la reducción significativa en la tasa de recaídas o del craving, sólo consiguen alcanzar una diferencia significativa en los pacientes que tomaron naltrexona todos los días (Chick y cols., 2000).

El tratamiento con naltrexona ha sido asociado a diversas intervenciones psicosociales. En el tratamiento del alcoholismo, los efectos adversos pueden afectar al 15% de los pacientes tratados con naltrexona, siendo las náuseas y la cefalea los más frecuentes. Otros posibles efectos adversos son mareo, astenia, inquietud, insomnio o ansiedad; que pueden aparecer los primeros días de tratamiento y tienden a desaparecer a los pocos días (Croop y cols. 1997).

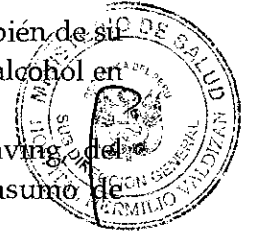
La presencia de hepatopatía puede ser una contraindicación del tratamiento con naltrexona, sobretodo cuando se presenta una importante elevación del valor de las transaminasas y la bilirrubina (Ochoa Mangado, 2001). El tratamiento con naltrexona requiere una analítica general previa y la evaluación periódica del funcionalismo hepático. Aunque el paciente presente el funcionalismo hepático basal alterado, si consigue dejar de beber va a experimentar una importante mejoría. Por tanto, conviene repetir los análisis de funcionalismo hepático al finalizar el tratamiento de desintoxicación, para comprobar si su valor se encuentra ya por debajo de 5 veces su límite superior. En esta situación se podría prescribir naltrexona, siempre que se efectúen determinaciones periódicas de funcionalismo hepático y se compruebe una mejoría progresiva.

Su eficacia aumenta si la toma de naltrexona es supervisada por algún familiar o por el personal de enfermería que puede hacer además un seguimiento intensivo del paciente, con determinaciones periódicas de sustancias en la orina.

Naltrexona podría precipitar un grave síndrome de abstinencia en un paciente que presentara una dependencia de opiáceos o que se encuentre en tratamiento de mantenimiento con metadona. Por tanto estaría contraindicado en cualquier persona que tenga una dependencia de opiáceos activa, los cuales deberán seguir un tratamiento previo de desintoxicación de opiáceos y una inducción posterior con naloxona.

Los diversos estudios controlados y metanálisis con naltrexona para el tratamiento del alcoholismo han comprobado que:

- Naltrexona, en dosis de 50 mg / día durante 12 semanas, es eficaz para el tratamiento





del alcoholismo.

- Disminuye el número de días de bebida.
- Disminuye la tendencia a volver a beber y a recaer en dependencia alcohólica.
- Reduce el craving de alcohol.
- Los efectos de la naltrexona aparecen ligados a la presencia del fármaco.
- La eficacia en tratamientos mantenidos a medio o largo plazo es superior al placebo.
- Sería recomendable mantener el tratamiento más de tres meses y siempre asociado a intervenciones psicosociales.

### 13.4. Otros fármacos para el tratamiento del alcoholismo

#### 13.4.1. Antiepilépticos

Los nuevos fármacos anticomiciales (gabapentina, topiramato, oxcarbazepina, pregabalina, lamotrigina y otros), están siendo estudiados para el tratamiento de prevención de recaídas, del craving y de algunos síntomas asociados como impulsividad, autocontrol, inestabilidad emocional y otros (Ait-Daoud y cols., 2006).

**Gabapentina** es un antiepiléptico, cuyo mecanismo de acción proviene de su efecto potenciador de la transmisión inhibitoria del GABA. Diversos estudios han evaluado su posible utilidad para el tratamiento de ansiedad, insomnio o dolor neuropático; pero ningún estudio controlado ha demostrado, por ahora, su posible eficacia para la prevención de recaídas en el tratamiento del alcoholismo.

**Oxcarbazepina** se utiliza como antiepiléptico. Su estructura química deriva de la carbamazepina, un fármaco eficaz para el tratamiento de desintoxicación del alcohol y también del trastorno bipolar. La ventaja de oxcarbazepina sería que no presenta los efectos adversos potencialmente graves que se le atribuyen a la carbamazepina, sin embargo no se dispone todavía de estudios controlados sobre su eficacia para la prevención de recaídas en el alcoholismo.

En un estudio abierto, de 90 días de tratamiento, los pacientes que tomaron dosis más elevadas de oxcarbazepina (1500-1800 mg/día) consiguieron una mayor reducción en la tasa de recaídas que los que tomaron dosis más bajas (600-900 mg/día) (Martinotti y cols., 2007).

Su mecanismo de acción consiste en un bloqueo de los canales de potasio, reducción de la transmisión glutamatérgica, inhibición de los canales de sodio, modulación de los canales de calcio tipo N y aumento de la transmisión dopaminérgica y serotoninérgica.

**Topiramato** es un fármaco antiepiléptico con indicación en prevención de migraña crónica y probablemente sea la molécula más contrastada en los trastornos del amplio espectro de la impulsividad.

En un estudio español efectuado con 24 pacientes alcohólicos que presentan otros trastornos psiquiátricos, el tratamiento con topiramato consigue una disminución en el consumo de alcohol y en el deseo de beber (Rubio y cols., 2004) (Johnson y cols (2003) Topiramato produce una disminución del craving, reduce los síntomas de abstinencia tardía, que pueden aparecer semanas después de haber dejado de beber y reduce la tasa de recaídas.





Actúa como potenciador de la actividad de los receptores GABAA y bloquea parte de los receptores de glutamato del tipo AMPA/kainato, como los canales del calcio dependientes de voltaje.

Además topiramato aumenta la probabilidad de que el paciente no supere los límites del consumo de riesgo, en el caso de que vuelva a beber, evitando el consumo excesivo en el contexto de un programa orientado hacia la abstinencia del alcohol (Jennie, Ait-Daoud y Johnson, 2006).

Los efectos adversos más frecuentes fueron: mareo, parestesias, enlentecimiento psicomotriz, deterioro de memoria o concentración y adelgazamiento.

La pauta se puede iniciar con 25 mgr. 1 ó 2 veces al día, aumentando otros 25 mg./día, cada tres a siete días, hasta llegar a los 200-300 mgr/día. A partir de los 100 mg/día el incremento se puede hacer de 50 mg cada vez, se trata de un fármaco prometedor para el tratamiento del alcoholismo.

### 13.5. Intervención psicosocial

Las intervenciones psicológicas que han demostrado ser más efectivas para el tratamiento del alcoholismo son las de tipo cognitivo-conductual (de intervención motivacional, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales y de autocontrol) y las terapias conductuales (de exposición a estímulos, abordaje de refuerzo comunitario y terapia conductual de pareja).

- La inclusión de la pareja en el tratamiento del alcoholismo parece mejorar los resultados sobre el consumo de alcohol. Especialmente en aquellos casos en que la relación de pareja está deteriorada o no existen habilidades de comunicación.
- El formato grupal es el de preferencia en la aplicación de las técnicas psicoterapéuticas, ya que obtiene resultados similares a su aplicación individual y mejora tanto la adherencia inicial al tratamiento como la relación coste-eficacia.

#### 13.5.1. Terapias cognitivo-conductuales

La Asociación Americana de Psiquiatría (2005) recomienda la utilización de las técnicas cognitivo-conductuales en general para el abordaje de los trastornos por uso de alcohol, aceptando como probada su eficacia en la reducción del consumo, con una seguridad clínica sustancial.

La mayoría de ensayos clínicos consultados muestran la efectividad (comparado con otros enfoques) de la terapia de orientación cognitivo-conductual basada en un manual, ya sea sola (Burtscheidt et al, 2001; Burtscheidt et al, 2002) o en combinación con farmacoterapia (Monti y cols., 2001; Balldin et al, 2003; Liappas et al, 2003), para el tratamiento de la dependencia a alcohol.

El objetivo genérico de este tipo de abordaje es enseñar al paciente a identificar el craving y las situaciones de riesgo de consumo de alcohol, ayudarle a incrementar el autocontrol y las habilidades para manejarse con dichas situaciones. Algunas de las técnicas concretas más utilizadas y estudiadas son la prevención de recaídas, las





técnicas de autocontrol, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas motivacionales y la desensibilización sistemática.

#### 13.5.1.1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Este grupo de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo en relación al consumo de alcohol. Las más extendidas en la práctica clínica son las de entrenamiento en: prevención de recaídas, habilidades sociales, manejo del craving y manejo de los estados de ánimo. Pueden desarrollarse en contexto individual o grupal y ser utilizadas por separado o, lo que es más común, en combinación dentro de un mismo tratamiento.

La hipótesis de partida es que varios factores aumentan la vulnerabilidad del paciente alcohólico hacia la recaída: la limitación de recursos para el manejo del estrés, de las emociones y de las situaciones de riesgo (en las que el alcohol y la presión al consumo están presentes), las expectativas distorsionadas respecto al efecto del alcohol (expectativas de placer o efectos positivos) y una pobre percepción de auto-eficacia.

Iniciar el trabajo con un análisis exhaustivo (comorbilidad biológica y/o psiquiátrica, factores de riesgo intrapersonales e interpersonales y cálculo realista de la exposición a estímulos relacionados con el alcohol que el sujeto experimentará dadas sus condiciones de vida), para trabajar con recursos específicos de enfrentamiento y manejo de esas situaciones de riesgo, mediante una combinación de técnicas de prevención de recaídas, de manejo del humor y de los estados de craving. Por lo común, se continuará con el trabajo de habilidades sociales que ayuden a mejorar las relaciones familiares y profesionales del sujeto, disminuyendo así el malestar asociado y aumentando el apoyo social y la percepción de eficacia personal (Monti et al., 1999).

##### 13.5.1.1.1 Prevención de recaídas

El modelo de prevención de recaídas es ampliamente utilizado en el tratamiento de las adicciones, en formato individual o grupal. Su objetivo, como su nombre indica, es el de enseñar al individuo a evitar las recaídas en el consumo y sus componentes fundamentales son:

- información para aumentar el conocimiento de la enfermedad y la concienciación,
- capacitación para la identificación y el afrontamiento de situaciones de riesgo: construcción de estrategias y habilidades cognitivas y conductuales,
- promover el cambio de hábitos.

Las estrategias fundamentales que utiliza este modelo son: identificación de situaciones de riesgo individuales (internas y externas), entrenamiento en habilidades para hacer frente a dichas situaciones de modo que aumente la competencia del sujeto, reestructuración cognitiva de los mitos relacionados con el efecto positivo del alcohol, manejo de los deslices o recaídas, reestructuración de la percepción del proceso de recaída, análisis de los hábitos de vida y desarrollo de hábitos saludables, utilización de técnicas de control de estímulos y de manejo en situaciones de emergencia y desarrollo de "mapas" o circuitos de recaída (Larimer y cols, 1999).



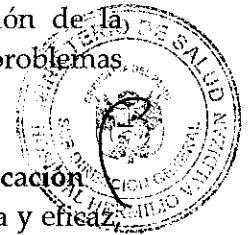




La aplicación del modelo de prevención de recaídas consiste, pues, en una combinación de análisis de estilos de vida, entrenamiento en habilidades y reestructuración cognitiva.

Los elementos clave que se utilizan en las sesiones son: instrucciones directas acerca de manejo efectivo, modelado, juego de roles, análisis del juego de roles, reconducción de procesos cognitivos.

La técnica de prevención de recaídas se muestra eficaz en la disminución de la frecuencia de recaídas, así como en la reducción de su intensidad y problemas asociados, para determinados subgrupos de pacientes alcohólicos.



#### 13.5.1.1.2. Entrenamiento en Habilidades Sociales o Habilidades de Comunicación

El objetivo de esta técnica es el de adquirir un estilo de comunicación asertiva y eficaz, que permita construir y mantener relaciones interpersonales y rechazar el alcohol. En definitiva, un estilo que resulte efectivo para manejarse con las situaciones de riesgo.

Se trabaja generalmente en un contexto grupal, con al menos ocho habilidades (Monti y cols, 1989): rechazar una copa, ofrecer respuestas positivas, realizar una crítica eficazmente, recibir críticas acerca del consumo de alcohol u otros tóxicos, desarrollar habilidades de escucha, aumentar las habilidades de conversación, desarrollo de apoyos para la sobriedad y aprender estrategias efectivas de resolución de conflictos. Adicionalmente se puede completar el trabajo con habilidades de expresión de sentimientos, lenguaje no verbal, asertividad, etc. La Asociación Americana de Psicología lo recomienda como uno de los tratamientos probablemente eficaces (Chambless et al., 1998).

La técnica de entrenamiento en habilidades sociales es aplicable y eficaz, incluso en pacientes con mayor comorbilidad y severidad, cuando el objetivo es retrasar las recaídas significativamente. Los mejores resultados se obtienen no obstante en pacientes con dependencia leve, sin episodios explosivos de consumo.

#### 13.5.1.2. Técnicas de Autocontrol

Orientadas al manejo del craving y de las situaciones de riesgo con el objetivo de disminuir o cesar el consumo de alcohol. Comprenden un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales entre las que se pueden mencionar la auto-observación y auto-registro, establecimiento de objetivos, refuerzo de objetivos conseguidos (mediante recompensas), análisis funcional de las situaciones de consumo y aprendizaje de estrategias alternativas de enfrentamiento (Hester, 2003). Parecen utilizarse más con un objetivo de consumo moderado de alcohol.

#### 13.5.1.3. Intervenciones motivacionales

Engloban un conjunto de estrategias orientadas a aumentar la motivación intrínseca del sujeto en un tiempo breve de intervención. Con frecuencia se utilizan al inicio del tratamiento, con la finalidad de aumentar la motivación y compromiso para cesar el consumo y aceptar tratamiento.

Los elementos clave de este tipo de abordaje son: establecer una escucha reflexiva y empática, proveer de información personalizada, promover un discurso





automotivador, proporcionar un menú de opciones posibles, ofrecer consejo, implicar al paciente en la responsabilidad y toma de decisiones de su tratamiento y aumentar la percepción de autoeficacia.

### 13.5.2. Terapias conductuales

La Asociación Americana de Psiquiatría acepta como probada la eficacia de las terapias conductuales, particularmente aquellas que enfatizan el refuerzo positivo de las conductas diana (APA Work Group on Substance Use Disorders, 2005; Holder y cols. 1991)



#### 13.5.2.1. Exposición a estímulos

Este tipo de técnicas exponen al paciente a estímulos relacionados con el alcohol durante el tratamiento, de modo que tenga la oportunidad de practicar respuestas a las situaciones de exposición o craving en un entorno controlado y seguro. Los estímulos utilizados van desde el olor o la visión de la bebida alcohólica preferida hasta emociones que previamente disparaban el consumo, pasando por una variedad de situaciones, lugares, personas, horarios, etc., intensamente vinculados al efecto placentero del alcohol.

Esta técnica se utiliza sola o en combinación con un programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Y puede utilizarse tanto en un contexto terapéutico cuyo objetivo sea la abstinencia como en aquellos que persiguen el consumo moderado de alcohol. En cualquier caso, requiere un diseño, evaluación y manejo complejos que debe ser ejecutado por un experto

#### 13.5.2.2. Abordaje de refuerzo comunitario

Es la más integral y compleja de las terapias conductuales para el tratamiento del alcoholismo y su objetivo es conseguir la abstinencia mediante la disminución del refuerzo positivo asociado al consumo y el aumento del refuerzo positivo asociado a la sobriedad: la abstinencia debe acabar resultando más gratificante que el consumo. Los componentes esenciales que integran esta terapia se ajustan a las necesidades individuales de cada paciente: construcción de la motivación para la abstinencia, ayuda para la abstinencia inicial, análisis de los patrones de consumo (para detectar situaciones de riesgo y efectos positivos del alcohol), incremento de los refuerzos positivos, aprendizaje de conductas nuevas de afrontamiento e implicación de figuras significativas en el proceso terapéutico (Meyers y Smith, 1995; Miller y cols. 1999).

Por lo general, el paquete de tratamiento incluye terapia de pareja, actividades dirigidas a la reinserción laboral, asesoramiento en actividades sociales y recreativas libres de alcohol y utilización de un club social libre de sustancias.





### 13.5.3. Otras intervenciones psicosociales:

#### 13.5.3.1. Terapias grupales

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA Work Group on Substance Use Disorders, 2005) recomienda las terapias de grupo con un nivel de seguridad clínica moderado.

En general, la terapia de grupo (que puede utilizar cualquiera de las técnicas revisadas hasta ahora) permite optimizar el tiempo del terapeuta. Además algunas de las características de esta modalidad pueden hacer de ella un abordaje más eficaz que el tratamiento individual:

●●Proporciona universalidad a la pérdida de control experimentada respecto al alcohol y a la problemática secundaria a la dependencia, con lo que reduce resistencias y disminuye el discomfort.

●●La coexistencia de sujetos en diferentes fases del tratamiento ofrece efecto de modelado y generalización de las experiencias, con lo que aumenta el potencial de aprendizaje de estrategias y de concienciación.

●●El grupo puede actuar como control externo que contribuya a evitar o disminuir los episodios de recaída.

●●Facilita la detección de próximas o recientes recaídas: los miembros del grupo, por su propia experiencia, detectan precozmente signos sutiles que permiten una intervención temprana.

Respecto a la efectividad, el abordaje grupal mejora la adherencia y participación en el tratamiento respecto al abordaje individual análogo (diferencia significativa en el seguimiento a 6 meses, que desaparece en el seguimiento a 12 meses), incrementando las posibilidades de éxito en la abstinencia (Tonigan y cols., 1998).

#### 13.5.3.2. Terapia de Conducta Social y Red de Trabajo

Resultados análogos en cuanto a la reducción del consumo, de los síntomas de dependencia, de los problemas relacionados con el alcohol y una relación coste-efectividad igualmente interesante (UKAT Research Group, 2005a y 2005b).

### 13.5.4. Adaptación y selección de la técnica psicoterapéutica

Hasta aquí hemos revisado las evidencia científicas que avalan la efectividad de las técnicas psicoterapéuticas más utilizadas en la práctica clínica para el tratamiento del alcoholismo y ello nos ha permitido establecer diferentes niveles de recomendación para cada una de ellas.

En la práctica asistencial, sin embargo, diversos factores pueden influir en la efectividad de la técnica terapéutica aplicada (independientemente de su evidencia y efectividad) y es recomendable tenerlos en cuenta para que nuestro abordaje no quede comprometido.

#### 13.5.4.1. Características de los pacientes

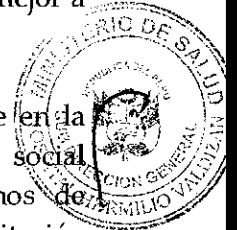
No todos los pacientes responden igual al tratamiento y ofrece multitud de datos para adaptarlo a las características y heterogeneidad de los pacientes. Se muestran sólo a modo de reflexión algunos de los datos que está revelando esta línea de trabajo:





1. La gravedad de la dependencia parece ser una de las variables moduladoras del éxito terapéutico: Los pacientes con una dependencia más grave consiguen mejores resultados (más días de abstinencia y menos ingesta por día de consumo) con la terapia de facilitación basada en los 12 pasos que con el con el abordaje cognitivoconductual. Como contrapartida, aquellos que presentan una dependencia leve responden mejor a éste último (Project MATCH Research Group 1997b).

2. El entorno y apoyo sociofamiliar también parece jugar un papel importante en la elección del abordaje (Longabaugh et al. 1998): aquellos sujetos cuya red social apoyaba el consumo de alcohol obtuvieron mejores resultados, en términos de abstinencia y de ingesta por día de consumo, cuando se utilizó la terapia de facilitación basada en los 12 pasos que cuando fueron sometidos a una terapia motivacional (resultados que se mantienen en el seguimiento a largo plazo).



3. La presencia de sintomatología depresiva franca parece condicionar el tipo de abordaje, siendo recomendable utilizar un estilo de terapia poco focalizada en las emociones dolorosas. En este sentido, Karno y colaboradores (2003) parecen concluir que la reducción del arousal juega un papel decisivo en la efectividad del tratamiento. Los pacientes con elevados niveles de depresión al inicio del tratamiento parecen obtener peores resultados durante el primer mes del mismo (con consumos intensos y frecuentes). Dado que esta primera fase es la más importante en la implicación y retención en tratamiento, deberán desarrollarse estrategias que permitan una reducción de los niveles de distrés emocional (Conner y cols., 2005).

4. Adaptar la actitud del terapeuta a las características de los pacientes obtiene mejores resultados que aquellos abordajes basados solamente en la modalidad de tratamiento (Karno y colaboradores, 2003).

5. Los pacientes con elevados niveles de ira o con rasgos agresivos parecen obtener peores resultados con abordajes directivos (Project MATCH Research Group 1998a; Karno y cols., 2004): los datos sugieren la elección de la terapia motivacional (y quizá también otras técnicas no directivas), más efectiva con este tipo de sujetos que la terapia cognitivo-conductual. Lo contrario sucede con los pacientes con niveles bajos de agresividad o ira.

6. Los sujetos que presentan un elevado nivel de distrés emocional responden mejor a terapias focalizadas a la experiencia emocional. Los que presentan una elevada resistencia y defensividad obtuvieron mejores resultados en terapias no directivas mientras que los menos resistentes respondieron mejor a terapias directivas (Karno y cols., 2002).

7. También los pacientes con un trastorno de ansiedad comórbido presentan una evolución tórpida, con mayores tasas de recaída post-tratamiento. Sin embargo, no parece que la utilización de psicofármacos y un programa de terapia





cognitivoconductual mejore el pronóstico (aunque sí alivia el malestar) (Schad y cols., 2005).

8. En aquellos casos en que se presenta comorbilidad entre dependencia de alcohol y cocaína y peor progreso terapéutico, el tratamiento grupal estándar de asesoramiento y apoyo parece resultar la mejor estrategia para conseguir la abstinencia a largo plazo (McKay y cols., 2005).

9. En los casos de comorbilidad entre esquizofrenia y alcoholismo, parece que las intervenciones basadas en el abordaje o entrevista motivacional podrían resultar más adecuadas y eficaces que aquellas basadas en un enfoque educacional (Graeber y cols., 2003).

10. Los pacientes que presentan graves trastornos de personalidad (antisocial o límite) o déficits cognitivos (memoria visual y funciones visomotrices) no parecen beneficiarse de las terapias cognitivo-conductuales (particularmente del entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de la terapia cognitiva según el modelo de Beck) (Wolwer et al., 2001; Burtscheidt et al., 2002).

#### 13.5.4.2. Otros factores que influyen en el éxito terapéutico

●●Asesoramiento previo al inicio de tratamiento: la intervención previa podría incidir en que un porcentaje elevado de pacientes consiguieran la abstinencia o una reducción importante de la ingesta antes de la primera sesión de tratamiento y ello parece estar relacionado con un mejor resultado en la fase de tratamiento (Epstein y cols., 2005).

Incluso una mínima intervención pretratamiento (folletos informativos) podría influir en una mayor concienciación y disposición para el tratamiento, así como en aumentar la competencia de los usuarios (Bamford y cols., 2005).

●●La conducta y consistencia del terapeuta, que parece influir significativamente en conseguir reducir las resistencias del paciente y aumentar la frecuencia de expresiones automotivadoras (factores fundamentales en el abordaje motivacional) (Moyers y cols., 2006).

●●El tipo de alianza terapéutica también parece modificar los resultados: sobretodo en aquellos pacientes que presentan una baja percepción de capacitación o auto-competencia al inicio del tratamiento, el establecimiento de una fuerte alianza terapéutica mejora los resultados del mismo significativamente (Ilgen y cols., 2006).

●●La directividad del terapeuta también parece tener implicaciones sobre los resultados: parecen existir interacciones significativas entre la actitud confrontadora y el enfado y resistencia del paciente al tratamiento. La estructura también influye en las resistencias (Karno y cols., 2005).

●●Por parte del paciente, una menor severidad de la dependencia y/o una mayor sintomatología depresiva en la línea base, pocas sesiones de tratamiento y pobre alianza terapéutica parecen ser factores predictores de peores resultados (Ilgen y cols., 2005).

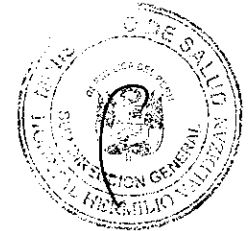
●●Finalmente factores como la edad (Oslin y cols., 2002), la implicación e inclusión del cónyuge en el tratamiento (Walitzar y cols., 2004), el estatus profesional (Burtscheidt et





al, 2001b), la realización de intervenciones post-tratamiento (Sannibale y cols., 2003) y el nivel de satisfacción que el sujeto experimenta respecto a su tratamiento (Donovan y cols., 2002), parecen mejorar los resultados en términos de retrasar las recaídas, incrementar la abstinencia y la adherencia a tratamiento.

## XIV.- CONSEJERIA EN ADICCIONES



### I. CONSEJERIA

#### **Definición**

Es una intervención que ofrece al usuario la oportunidad de explorar, descubrir y esclarecer con inventiva formas de vida más satisfactorias. Es una forma de intervención al usuario cuyo eje central está dado por el apoyo emocional, aprendizaje por modelamiento y estrategias de solución de problemas, todos los cuales contribuyen a mejorar el afrontamiento al estrés así como la autoeficacia facilitando alcanzar mejores niveles de bienestar y calidad de vida.

#### **Pautas para la Consejería**

##### **1. Escuchar activamente**

- Implica el escuchar con comprensión no sólo el discurso sino los mensajes ocultos detrás de la palabra. Para ello se sugiere:
  - Prestar atención a todo lo que dice, hace y expresa.
  - Posibilitar un espacio donde se permita la libre expresión de sentimientos, temores, preocupaciones o confusiones.
  - Mantener el contacto visual.
  - Resumir lo que la familia ha comunicado de acuerdo a lo que se interprete.

##### **2. Usar adecuadamente el Silencio.**

- Se debe prestar atención a los silencios, pues pueden tener diferentes significados; por lo que el consejero facilitará la comunicación usando frases o expresiones tranquilizadoras que anime a la familia a contar su problema. Para ello tener en cuenta:
  - El silencio estimula los pensamientos y la reflexión.
  - El lenguaje no verbal debe ser observado y analizado en el contexto en que se da, pues complementa la información sobre la familia.
  - Respetar los silencios y entenderlos.

##### **3. Realizar Preguntas Eficaces.**

- El consejero debe preguntar abiertamente sobre todo aquello que considere necesario, teniendo cuidado de no convertir la sesión en un interrogatorio y evitar que la persona se ponga a la defensiva. Se sugiere:
  - Usar preguntas abiertas.
  - Las preguntas deben estar orientadas a obtener información importante

##### **4. Facilitar la Solución de Problemas.**





Departamento de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán  
"Líder en Psiquiatría y Salud Mental"

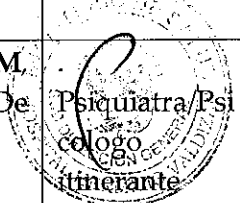
- Hay que tener en cuenta que la persona es quien debe tomar las decisiones, evaluando al mismo tiempo su entorno, capacidades y habilidades para resolver la situación problema. Para ello se debe:
  - Explorar las alternativas de solución en forma conjunta con el consultante.
  - Facilitar la toma de decisiones analizando los posibles temores u obstáculos.
  - La persona será quien resuelva los conflictos y problemas. El consejero ayudará en el proceso, pero no tomará las decisiones.
- 5. **Informar de Modo Preciso.**
  - El consejero brindará información que aclare o amplíe lo que la familia sabe sobre determinado tema y que corrija las creencias erróneas. Dar información clara, breve y precisa, usando un lenguaje comprensible para la familia.
- 6. **Respetar Valores y Actitudes.**
  - Es importante que el consejero respete los estilos de vida, valores, preferencias e idiosincrasia de los miembros de la familia, evitando emitir juicios o cuestionamientos.
- 7. **Manejar Adecuadamente la Confidencialidad.**
  - La persona busca que se les garantice la confidencialidad cuando solicitan ayuda. Para ello se deberá:
    - Ofrecer un ambiente físico, horario de atención y cualquier elemento adicional que posibilite la confidencialidad.
    - Garantizar que todo lo conversado se mantendrá en reserva.
    - Solicitar la autorización de la familia cuando se requiere romper la confidencialidad. (en caso de derivaciones, por ejemplo)





**XV.- ANEXOS**  
**Nº 1**

**SERVICIOS DE SALUD MENTAL POR NIVELES DE ATENCION**

| CARACTERIZACION   | CATEGORIA | TIPO DE ESTABLECIMIENTO  | OFERTA   | RECURSOS  |
|---|-----------|--|--|---|
| <p>Atiende el 70-80% de demanda del sistema. Atención de baja complejidad, gran oferta (80%).<br/>Atenciones preventivo promocionales<br/>Médico<br/>Técnico de Enfermería, Enfermera/Obstetriz</p> | I - 1     | Puesto de salud: Tec. Enfer, enfermera/obst<br>COMUNIDAD                 | Prom de la SM. identifica. De riesgo, referencia. Monitoreo de   | <br>Psiquiatra/Psicólogo itinerante<br>-Recursos |
|   | I - 2     | Puesto de Salud con médico<br>COMUNIDAD                                  | ID+ detección precoz de patol. Referencia, tto de algunas patologías. Seguimiento de tto, w violencia niño mujer alianza con Gbno local, escuela, ONGs | Capacitados en SM   |
|   | I - 3     | Centro de Salud sin internamiento  | ID+ Casa Hogar   | Profesionales con capacitación  |
|   | I - 4     | Centro de Salud-interna-miento: medicina general, G-obstetra, pediatría. | - ID<br>-Atención emergencia de agudos   | Profesionales con capacitación  |
| <p>Atiende del 12-22% de la demanda. Oferta de complejidad intermedia</p>   | II - 1    | Hospital I General   | C. ambulatoria, Emergencia y Hospitalización de agudos   | Profesionales con capacitación  |
|   | II - 2    | Hospital II General + ser. Psiquiatría                                   | C. ambulatoria, Emergencia y Hospitalización: agudos   |   |







Departamento de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán  
"Líder en Psiquiatría y Salud Mental"

|   |         |  |  |  |
|---|---------|--|--|--|
| Atiende del 5-10% de la demanda. Oferta de alta complejidad, especialización y tecnificación. | III - 1 | Hospital II General + ser. Psiquiatría | C. ambulatoria, Emerg y Hospitalización agudos               |  |
|   | III - 2 | Instituto Especializado                | C. ambulatoria, Emerg. Hosp. agudos crónicos, Clínica de Día |  |





**ANEXO 2**

**CUESTIONARIO DE SINTOMAS:  
 S.R.Q.-18**

Fecha Entrevistador:

Establecimiento:

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE:**

Nombre del  
 paciente:.....

....

Fecha de Nacimiento:                      Edad:                      Sexo: M                      F

Dirección:.....

.....

**Motivo de consulta:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- |    |                                      |    |    |                          |
|----|--------------------------------------|----|----|--------------------------|
| 1. | ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Tiene mal apetito?                  | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Duerme mal?                         | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. | ¿Se asusta con facilidad?            | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. | ¿Sufre temblor en las manos?         | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Se siente nervioso o tenso?         | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Sufre de mala digestión?            | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. | ¿Es incapaz de pensar con claridad?  | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
|    | ¿Se siente triste?                   | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

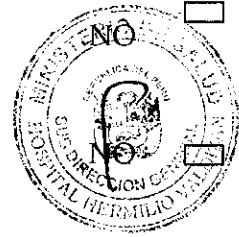




Departamento de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán  
"Líder en Psiquiatría y Salud Mental"



10. ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? SI  NO
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? SI  NO
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? SI  NO
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? SI  NO
- ¿Su trabajo se ha visto afectado?
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? SI  NO
15. ¿Ha perdido interés en las cosas? SI  NO
16. ¿Se siente aburrido? SI  NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? SI  NO
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? SI  NO



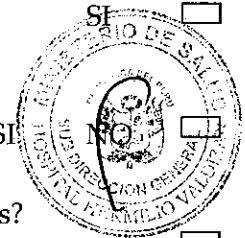
PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 - 18 :

19. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? SI  NO
20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? SI  NO
21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? SI  NO
22. ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas NO SI   
no pueden oír?
23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos NO SI





- de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del conocimiento?
24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? SI  NO
25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? SI  NO
26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? SI  NO
27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? SI  NO
28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? SI  NO



#### DETERMINACION DE LA PUNTUACION:

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".





## XVI.- BIBLIOGRAFIA

- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE – 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.1992.
- PROGRAMA ANUAL 2000-2001 DE FORMACIÓN CONTINUADA ACREDITADA PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
- Fisiopatología de la depresión  
<http://www.medynet.com/elmedico/aula/tema19/depresion3.htm>
- Epidemiología de la Salud mental en el Perú. Instituto Nacional de Salud mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" -  
<http://www.minsa.gob.pe/iesmhdhn/oeaide.htm>
- Javier León, MD Sección de Psiquiatría Fundación Santa Fe de Bogotá:  
[http://www.fepafem.org.ve/Guias\\_de\\_Urgencias/Alteraciones\\_psiquiaticas/Depresion.pdf](http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_psiquiaticas/Depresion.pdf)
- Véliz, José (1996) Validez y Confiabilidad del Cuestionario de Auto-reportaje de Síntomas (S.R.Q.) en personal de Sanidad de la Policía Nacional. Tesis de Maestría en Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima – Perú.
- Novara J.; Sotillo C.; Warthon D. (1985) Estandarización de las Escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en Lima Metropolitana. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Lima – Perú.
- Henriksson M, Isometsä E, Hietanen PS Mental disorders in cancer suicides. 1995  
Lloyd-Williams M, Friedman T. Depression in paliative care patients-a prospective study. Eur J Cancer Care 2001
- Manejo psiquiátrico de la infección por HIV y del SIDA. Fuente: [www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2002/02\\_to.pdf](http://www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2002/02_to.pdf)
- ACTUAR ES POSIBLE EDUCACIÓN SOBRE EL ALCOHOL (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 1999)





Departamento de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán  
"Líder en Psiquiatría y Salud Mental"



# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA





**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**  
**TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO**  
**DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA**



**INDICE**

**INTRODUCCIÓN**

**I.- NOMBRE Y CÓDIGO**

**II.- DEFINICION**

1. Definición
- 2 Etiología
- 3- Fisiopatología
- 4.-Epidemiología

**III. FACTORES DE RIESGO O PROTECTORES ASOCIADO**

1. Medio Ambiente
2. Estilos de Vida
3. Factores Hereditarios

**IV. CUADRO CLINICO**

1. F10.0 Intoxicación aguda
2. F14.1 Abuso de cocaína
3. F14.2 síndrome de dependencia a cocaína
4. F14.3 Síndrome de Abstinencia
5. Patrones de consumo de cocaína





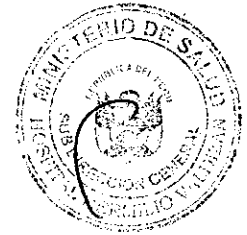
## V.- DIAGNOSTICO

### 1. Criterios Diagnósticos y Diagnostico Diferencial

- 1.1 Intoxicación por cocaína
- 1.2 Síndrome de Dependencia a Cocaína
- 1.3 Síndrome de Abstinencia<sup>1</sup>

## VI EXAMENES AUXILIARES

- 1. Patología clínica
- 2. Imágenes<sup>5</sup>
- 3. Neuropsicología
- 4. Entrevistas neuropsiquiatrica mini DSM IV



## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

## VIII. LA INTERVENCIÓN

## IX. TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN

- 9.1. Contexto del tratamiento
- 9.2 Tratamiento farmacológico
  - 9.2.1 El tratamiento de la intoxicación alcohólica grave

## X. TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN

- 10.1. Fármacos antidipsotrópicos
- 10.2. Fármacos anticraving I
- 10.3. Fármacos para la prevención de recaídas
- 10.4. Otros fármacos para el tratamiento del alcoholismo
  - 10.4.1. Antiepilépticos
  - 10.5. Intervención psico-social
    - 10.5.1 Terapia Cognitivo-Conductual
      - 10.5.1.1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
        - 10.5.1.1.1. Prevención de recaídas
        - 10.5.1.1.2. Entrenamiento en habilidades sociales o habilidades de comunicación
        - 10.5.1.2. Técnicas de Autocontrol
        - 10.5.1.3. Intervenciones Motivacionales
      - 10.5.2. Terapias conductuales







- 10.5.2.1. Exposición a estímulos
- 10.5.2.2. Abordaje de refuerzo comunitario
- 10.5.3. Otras intervenciones psico-sociales
- 10.5.3.1. Terapias de grupo
- 10.5.3.2. Terapia de conducta social y red de trabajo
- 10.5.4. Adaptación y selección de la técnica psicoterapéutica
- 10.5.4.1. Características de los pacientes
- 10.5.4.2. Otros factores que influyen en el éxito terapéutico



## XI. CONSEJERIA

## XII.- ANEXOS.

## XIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS





**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**  
**TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO**  
**DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA**



**I.- NOMBRE Y CÓDIGO**

Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de cocaína (y derivados de la hoja de coca) CIE 10 OMS F14

**II.- DEFINICIÓN**

**1. Definición**

Los Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de cocaína<sup>1,2</sup> y derivados de la hoja de coca, constituyen una patología crónica, recurrente y menudo progresiva, con factores biológicos, psicosociales y ambientales que influyen en su origen y desarrollo.

La enfermedad se caracteriza por la falta de control sobre su consumo, sea este por inhalación, por vía parental, vía tópica o fumado, generando un conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas, que llevan a un deterioro clínico significativo ó a seguir consumiendo a pesar de los problemas asociados<sup>3,5</sup>.

- F14.2          Dependencia de cocaína  
F14.1          Abuso de cocaína





## Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de COCAÍNA

F14.00 Intoxicación por cocaína

F14.04 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas

F14.3 Abstinenencia de cocaína

F14.03 Delirium por intoxicación de cocaína

F14.51 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con ideas delirantes

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F14.52 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con alucinaciones

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína

Especificar si: de inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F14.8 Trastorno de sueño inducido por cocaína

Especificar si: De inicio durante la intoxicación /de inicio durante la abstinencia

F14.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado





## 2. Etiología:

La enfermedad resulta de la interacción de múltiples factores:

La cocaína, como un potente estimulante del SN central, que causa euforia de bienestar; y cuyos efectos dependen de la dosis, vía de administración y el tipo de derivado a consumir; lo cual ocasiona cambios neuroquímicos, fisiológicos y orgánicos según su consumo sea agudo o crónico<sup>4</sup>.



El consumidor de cocaína, que aporta la vulnerabilidad genética según estudios en gemelos, lo cual puede condicionar su uso, abuso y dependencia<sup>6,7</sup>. Parte de esta vulnerabilidad genética (por ejemplo, la asociada a la variedad alélica del receptor D2A1) parece compartida con la vulnerabilidad hacia el alcoholismo<sup>8</sup>. Se sabe también que el aprendizaje y el condicionamiento son importantes en el consumo continuado de la droga. Por otro lado, los rasgos importantes de personalidad pre mórbida como la impulsividad la búsqueda de sensaciones, la tendencia a ignorar el riesgo o la hipertimia, también se encuentran implicados. Asimismo, se ha identificado que algunas personas con ciertos trastornos psiquiátricos previos como: de ansiedad, afectivos, de la personalidad, por déficit de atención e hiperactividad entre otros, pueden buscar en la cocaína una especie de "automedicación" para estos síntomas<sup>9</sup>.

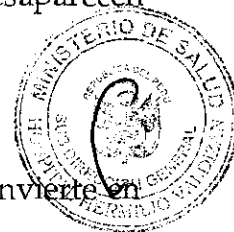
El ambiente y los factores sociales, culturales y económicos intervienen en el consumo inicial y posterior, el aprendizaje social del consumo de drogas legales las cuales son "puerta de entrada" hacia las drogas ilegales, el fácil acceso a la sustancia, el incremento del consumo en ámbitos no antes descritos (escuelas, hogares, discotecas, centros de trabajo, etc.); la disfuncionabilidad familiar y el incremento en la producción y tráfico de la sustancia en todo ámbito.





### 3. Fisiopatología:

La cocaína se absorbe por todas las vías de administración, encontrándose niveles de ésta entre los 5 y 30 segundos según la vía elegida aspirada o intravenosa respectivamente. Sin embargo, en forma oral pierde su eficacia debido a que sufre hidrólisis a nivel gastrointestinal. Atraviesa rápidamente la barrera hematoencefálica y se distribuye por todo el organismo 57% cuando es por vía oral y 70% cuando es fumada<sup>4</sup>. Tiene una vida media de eliminación plasmática de unos 90 minutos pero, con frecuencia se produce un fenómeno de tolerancia aguda o taquifilaxia, es decir, los efectos estimulantes desaparecen antes de que la sustancia sea eliminada del organismo<sup>10</sup>.



Es metabolizada en el hígado por colinesterasas plasmáticas y se convierte en los metabolitos activos benzoilecgonina y éster metílico de ecgonina, así como en metabolitos inactivos que son eliminados por la orina.

En el plasma su vida media es de aproximadamente 1 hora, aunque pueden detectarse metabolitos en orina durante 24 a 36 horas, o incluso días después de una dosis.

El comportamiento de la cocaína es como es de una amina simpaticomimético de acción indirecta; es decir tiene efectos análogos a las catecolaminas, es decir aumenta la disponibilidad de la dopamina en la hendidura sináptica por la inhibición de la recaptación de adrenalina y dopamina en el circuito de la recompensa.

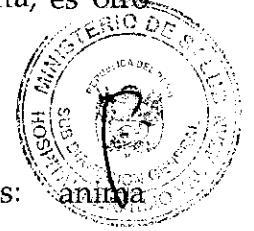
Por otro lado, el consumo crónico de cocaína, generaría depleción de dopamina y una hipersensibilidad compensatoria de los receptores dopaminérgicos postsinápticos, lo cual disminuye aún más la dopamina, esto se traduce





clínicamente en un deseo intenso de droga y en fenómenos de tolerancia y depresión de rebote.

EL incremento de la tirosina hidroxilasa, por el consumo de cocaína, es otro factor que causa la disminución de la dopamina.



La cocaína ocasiona las siguientes acciones farmacológicas: aníma simpaticomimético indirecta tipo anestesia local por bloqueo de la transmisión nerviosa, estímulo del SNC, anorexia e inhibición del sueño por acciones sobre el hipotálamo, sistema reticular ascendente y cerebelo.

También ocurre una alteración compleja de los núcleos de la recompensa del córtex frontotemporal 12,13, caracterizada biológicamente por:

- Fenómenos anómalos de neuroadaptación a la cocaína como sensibilización, tolerancia, apetencia, búsqueda compulsiva y síndrome de abstinencia. Los cambios adaptativos en los sistemas de neurotransmisión DA, GABA, glutamato. NO y otros están implicados en estos procesos, aunque el papel concreto de cada uno de ellos no esta completamente definido todavía.
- Disminución de la reactividad neuronal a la dopamina por alteración de los segundos mensajeros, de los factores de trascripción nuclear y, por cambios en la expresión genética de los relectores y sistemas de dopaminérgicos y glutamatérgicos.
- Alteración de los sistemas de memoria del hipocampo, de la amígdala y del estriado que determinan anomalías en el aprendizaje y en las conductas condicionadas, así como en la inducción de la apetencia de cocaína, en el consumo compulsivo y en las recaídas.





- Reducción y alteración de la actividad del córtex orbitofrontal y el cíngulo anterior.
- Disminución de la densidad neuronal de las regiones frontales.

#### 4. Epidemiología:

El alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud (tanto para la aparición de enfermedades como para la muerte prematura) más importante, tras el consumo de tabaco y la hipertensión arterial. Como factor de riesgo para la salud es 3 veces más importante que la diabetes y 5 veces más importante que el asma (WHO, 2002)



### III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General del Perú DEVIDA 2006

Magnitud del consumo de cocaína y PBC en la Población General:

| Tipo de Droga          | Prevalencias de consumo* |             |             | Incidencia de consumo** |
|------------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------------------|
|                        | Vida                     | Año         | Mes         |                         |
| <b>Drogas Legales</b>  | <b>84.6</b>              | <b>67.0</b> | <b>40.4</b> | ---                     |
| Alcohol.               | 83.0                     | 63.0        | 34.5        | 30.2                    |
| Tabaco.                | 58.8                     | 34.7        | 18.4        | 9.35                    |
| <b>Drogas Ilegales</b> | <b>4.6</b>               | <b>1.0</b>  | <b>0.5</b>  | ---                     |
| Marihuana.             | 3.6                      | 0.7         | 0.4         | 0.4                     |
| Cocaína.               | 1.4                      | 0.3         | 0.2         | 0.1                     |
| PBC.                   | 1.4                      | 0.3         | 0.2         | 0.2                     |
| Inhalantes.            | 0.3                      | 0.03        | 0.0         | 0.07                    |
| Éxtasis.               | 0.1                      | 0.04        | 0.0         | 0.05                    |
| Otras drogas***        | 0.3                      | 0.02        | 0.007       | 0.00                    |

Se calcula que la prevalencia de vida en relación a la cocaína es 1.4% y a la PBC 1.4% en la población peruana entre 12 y 64 años.

Existiendo 0.6% personas que han consumido cocaína y PBC en el último año. Dependiendo de las características de su consumo, representa un elevado número de la población en potencial riesgo psicosocial así como de daño a su salud.





| CONSUMIDORES DEL ÚLTIMO AÑO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS CON SIGNOS DE DEPENDENCIA |       |
|---|-------|
| Tipo de Droga   | %     |
| <b>Drogas Legales</b>   |       |
| Alcohol   | 100.0 |
| Consumidores con signos de dependencia.   | 8.1   |
| Tabaco  | 100.0 |
| Consumidores con signos de dependencia.   | 10.3  |
| <b>Drogas Ilegales</b>  |       |
| Marihuana   | 100.0 |
| Consumidores con signos de dependencia.   | 40.3  |
| Cocaína   | 100.0 |
| Consumidores con signos de dependencia.   | 51.5  |
| PBC   | 100.0 |
| Consumidores con signos de dependencia.   | 45.0  |

Número de casos de casos en una población en un momento dado.

- 51.5% Consumidores del último año de cocaína con signo de dependencia, y
- 45.0% Consumidores del último año de PBC con signo de dependencia.



**Uso de drogas según género:**

PREVALENCIA DE AÑO DEL CONSUMO DE COCAINA Y PBC EN LA POBLACIÓN 12- 64 AÑOS QUE RESIDE EN CUIDADES DE 20,000 A MAS HABITANTES, SEGÚN SEXO.



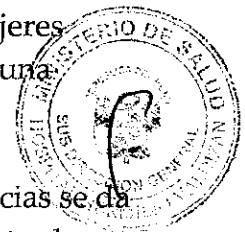




**PREVALENCIA DE AÑO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACION DE 12 A 64 AÑOS QUE RESIDE EN CIUDADES DE 20.000 Y MAS HABITANTES, SEGUN SEXO**

| Tipo de Droga          | Prevalencia de año |         |
|------------------------|--------------------|---------|
|                        | Hombres            | Mujeres |
| <b>Drogas Legales</b>  |                    |         |
| Alcohol.               | 72.4               | 55.7    |
| Tabaco.                | 48.4               | 24.1    |
| <b>Drogas Ilegales</b> |                    |         |
| Marihuana.             | 1.2                | 0.3     |
| Cocaína.               | 0.4                | 0.1     |
| PBC.                   | 0.8                | 0.02    |
| Inhalantes.            | 0.06               | 0.08    |
| Éxtasis.               | 0.04               | 0.04    |

Las declaraciones del consumo de cocaína y PBC, entre hombres y mujeres tienden a diferenciarse, puede decirse que por cada 10 varones, existe una mujer, que registran el consumo de cocaína y/o PBC en último año.



**Uso de cocaína y PBC, según edad;** el mayor consumo de estas sustancias se da entre los 12 años y 25 años, siendo el grupo de 12 a 18 años el que registra la prevalencia más altas de consumo de cocaína y PBC.

**PREVALENCIA DE AÑO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACION DE 12 A 64 AÑOS QUE RESIDE EN CIUDADES DE 20.000 Y MAS HABITANTES, SEGUN GRUPOS DE EDADES**

| Tipo de Droga          | Grupos de Edades |         |         |         |          |
|------------------------|------------------|---------|---------|---------|----------|
|                        | 12 - 18          | 19 - 25 | 26 - 35 | 36 - 45 | 46 y más |
| <b>Drogas Legales</b>  |                  |         |         |         |          |
| Alcohol.               | 36.0             | 71.8    | 74.0    | 70.0    | 58.5     |
| Tabaco.                | 21.8             | 46.9    | 40.0    | 36.5    | 28.0     |
| <b>Drogas Ilegales</b> |                  |         |         |         |          |
| Marihuana.             | 1.2              | 1.2     | 0.5     | 0.3     | 0.3      |
| Cocaína.               | 0.4              | 0.3     | 0.1     | 0.1     | 0.4      |
| PBC.                   | 0.5              | 0.3     | 0.3     | 0.2     | 0.4      |
| Inhalantes.            | 0.2              | 0.0     | 0.0     | 0.0     | 0.0      |
| Éxtasis.               | 0.2              | 0.1     | 0.0     | 0.0     | 0.0      |
| <b>Drogas Medicas</b>  |                  |         |         |         |          |
| Estimulantes.          | 0.1              | 0.3     | 0.3     | 0.1     | 0.1      |
| Tranquilizantes.       | 1.1              | 2.3     | 3.6     | 3.7     | 3.5      |

**Uso de cocaína y PBC según dominio de estudio;**

El área metropolitana, que comprende las provincias de Lima y Callao, registra las mayores prevalencia de consumo de cocaína y PBC, seguida de la selva, resto de la costa y la sierra, respectivamente.



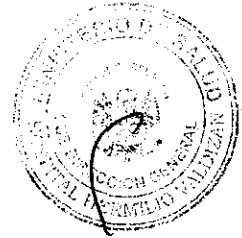


**PREVALENCIA DE AÑO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LAS PERSONAS DE 12 A 64 AÑOS QUE RESIDENTAN EN CIUDADES DE 20.000 Y MAS HABITANTES, SEGUN REGION NATURAL**

| Tipo de Droga          | Región Natural     |                |        |       |
|------------------------|--------------------|----------------|--------|-------|
|                        | Área Metropolitana | Resto de costa | Sierra | Selva |
| <b>Drogas Legales</b>  |                    |                |        |       |
| Alcohol.               | 66.2               | 59.9           | 60.8   | 55.2  |
| Tabaco.                | 39.6               | 28.9           | 31.9   | 25.8  |
| <b>Drogas Ilegales</b> |                    |                |        |       |
| Marihuana.             | 0.7                | 0.8            | 0.5    | 0.3   |
| Cocaína.               | 0.4                | 0.3            | 0.05   | 0.1   |
| PBC.                   | 0.5                | 0.2            | 0.1    | 0.3   |
| Inhalantes.            | 0.0                | 0.1            | 0.0    | 0.0   |
| Éxtasis.               | 0.1                | 0.0            | 0.01   | 0.0   |

En el estudio de Perú la mayor carga de enfermedad se atribuye a las enfermedades neuropsiquiátricas. El abuso de alcohol y dependencia ocupa el tercer lugar de causa de carga de enfermedad,

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO



#### 1. Medio Ambiente<sup>15,3</sup>

El fácil acceso a la cocaína y sus derivados favorece su consumo, además del variado costo según el derivado o si la droga es ó no pura, la violencia familiar, delincuencia y prostitución favorecen su consumo. Así como la desorganización para enfrentar los problemas de la comunidad.

La libre disposición a drogas legales como "puerta de entrada" para el resto, así como la propaganda y promoción en los diversos medios de comunicación a nivel nacional. Así como, el incremento en la producción, el tráfico y el consumo de la sustancias





## 2. Estilos de Vida:

La sociedad permite y promueve el consumo de sustancias psicoactivas legales, así como demuestra cierta indiferencia al consumo de drogas ilegales, como la cocaína, la cual la relaciona con experimentación de mayor placer y diversión. Consiguiendo que esto se difunda desde edades tempranas.

Por otro lado los estilos de crianza en las familias, la separación de los padres, la presión de grupo de pares y el déficit inhabilidades sociales, entre otros no sólo son considerados factores de riesgo, sino estímulos de instigación o precipitación para el consumo<sup>15</sup>.



## 3. Factores Hereditarios:

Existe una vulnerabilidad genética en estudios en gemelos, aún estudiar, como la asociada a la variedad alélica del receptos  $D_2 A$ <sup>167</sup>. Además resultan importantes los reportes de bajo peso y talla al nacer en hijos de madres consumidoras, así como trastornos de conducta durante la infancia.

## IV. CUADRO CLINICO

### 1. Intoxicación por cocaína (F14.00)

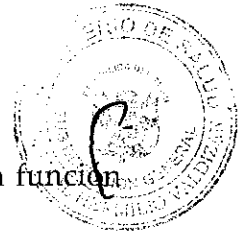
Se caracteriza por manifestaciones de hiperactividad adrenérgica y dopaminérgica, que afectan el organismo y se traduce en excitación, intranquilidad, incoherencia del lenguaje, taquicardia, midriasis, hipertensión, náuseas ó vómitos, temblor sudoración, hipertemia y, ocasionalmente,





arritmias, dolor torácico, movimientos estereotipados y distonias. En consumo prolongado de cantidades importantes de cocaína se producen convulsiones, coma, parada respiratoria y muerte.

La cocaína causa euforia que, de forma variable, puede asociarse a ansiedad, irritabilidad, disforia, grandiosidad, deterioro del juicio, incremento de la actividad psicomotriz, agitación e hipervigilancia, incluso psicosis cocaínica con alucinaciones y delirios.



Otras características y riesgos de la intoxicación por cocaína varían en función de la preparación consumida (Platt, 1997):

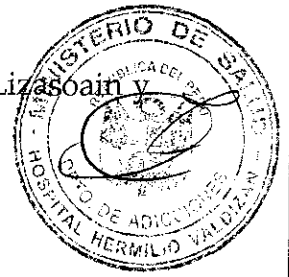
- La pasta básica de cocaína da lugar a intoxicaciones sistémicas y daños pulmonares
- La base libre o "crack" con frecuencia a reacciones tóxicas y de tipo anafiláctico, pulmón de "crack", infarto agudo de miocardio, neumotórax y neumomediastino.
- El clorhidrato de cocaína es menos tóxico pero afecta a las mucosas nasales si se inhala y puede producir paro cardíacos, crisis convulsivas y necrosis por vía intravenosa.
- El consumo conjunto de alcohol y cocaína produce el metabolito cocaetileno que es más tóxico que la cocaína.

Como la tolerancia se presenta antes y en mayor medida a los efectos euforizantes que a los cardiovasculares, el peligro de intoxicación por cocaína aumenta su consumo toma dosis cada vez más altas, buscando experimentar los efectos cerebrales del inicio. Como dato general, en aquellos con bajos niveles de colinesterasa plasmática, déficit congénito de colinesterasa o alteraciones de la sensibilidad del receptor NDMA del glutamato, la intoxicación por



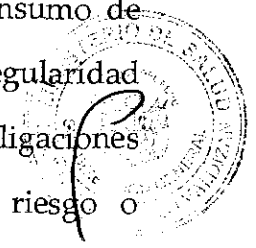


cantidades moderadas de cocaína puede ser grave, e incluso fatal (Lizasoain y cols, 2001).<sup>5</sup>



## **2. Abuso de cocaína (F14.1)**

El abuso de cocaína se caracteriza un patrón desadaptativo del consumo de cantidades habitualmente menores que en la dependencia y sin su regularidad pero con claras consecuencias adversas como el abandono de las obligaciones laborales y/o familiares, consumo en situaciones que implican riesgo o problemas legales, interpersonales o sociales. Los episodios de consumo suelen tener horas o días de duración y se repiten a lo largo de un periodo de al menos 12 meses, intercalados entre periodos de abstinencia o de un consumo menos problemático.<sup>3,5</sup>



## **3. Dependencia a cocaína (F14.2)**

Se caracteriza por la presencia de tolerancia autoadministración compulsiva de la droga y síntomas de abstinencia.

Además también se observa una pérdida del control sobre el consumo, con aparición de conductas de riesgo complicaciones graves de origen médico, económico, familiar, laboral y legal. Negación de la enfermedad, y sobrevaloración en la capacidad de autocontrol, pérdida de sensaciones de apetencia intensa, intermitente y repetitiva, fenómenos de tolerancia inversa, aparición de fenómenos de apremio o "priming", alteración de funciones ejecutivas y de la motivación, trastornos cognitivos, psicosis, trastornos de la alimentación y el sueño, y ciclos de consumo y abstinencia con el patrón: apetencia – euforia-disforia-anhedonia-apatía-ideación autoagresiva<sup>5</sup>.

Actualmente, se considera que la administración intravenosa de CLC y el "crack" fumado tienen un mayor potencial de abuso que la cocaína





administrada por vía intranasal, debido a la intensidad mayor y rapidez de aparición de los efectos.



La cocaína inhalada puede tener mayor potencial de abuso que la intravenosa debido a la intensidad y rapidez de sus efectos, así como la disminución del riesgo de infecciones<sup>16</sup>.



#### **4. Síndrome de Abstinencia (F14.3)**

Ocurre a las pocas horas o días de suspender o disminuir bruscamente la cantidad de consumo, y suele durar varios días.

Se caracteriza por síntomas psíquicos como aturdimiento, dificultad para concentrarse, labilidad emocional, irritabilidad, ansiedad, depresión, locuacidad y amnesia.

Los síntomas físicos incluyen trastornos de coordinación, vértigo, taquicardia, diarrea e insomnio. También ocurren síntomas compensatorios como la hipersomnia, astenia, anhedonia, disforia, boricua y apetencia por la droga.

GAAWIN Y Cléber (1986)<sup>5</sup> describieron 3 fases en el síndrome de abstinencia a cocaína:

- ▶ Abatimiento a "crack", caracterizado por somnolencia, anergia e hiperfagia, lo cual ocurre 2 a 3 días después del consumo.
- ▶ Abstinencia, caracterizada por síntomas depresivos mayores, anhedonia, anergia, con una duración de semanas a meses.
- ▶ Extinción, caracterizada por la apetencia incluso tras meses de abstinencia ante estímulos discriminativos o tras consumos pequeños iniciales.

Sin embargo, se ha observado habitualmente la inexistencia de la segunda fase en adictos a cocaína; en quienes es más característica la apetencia o "graving"





durante el síndrome de abstinencia se experimente la apetencia como un deseo intenso de consumo ó como una compulsión irrefrenable. Algunos consideran el "craving" como un signo característico de dependencia física, de abstinencia y/o de alteración cognitiva debido a cocaína.



Por otro lado se ha asociado el componente fisiológico a una mayor gravedad del síndrome de abstinencia y ha llevado a proponer los siguientes subtipos de cocainomanía (Schuckif y Cols, 1999)<sup>5</sup>

Tipo 1, Con historia de abstinencia

Tipo 2, Sin abstinencia pero con tolerancia y

Tipo 3, Sin abstinencia y sin tolerancia.



## 5. Patrones de consumo de cocaína<sup>16</sup>

### V.- DIAGNOSTICO

#### 1. Criterios Diagnósticos y Diagnostico Diferencial

##### 1.1 Detección y evaluación

###### 1.1.1 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 especialista de la presencia de un problema derivado de un consumo cocaína o PBC..

#### **Criterios diagnósticos de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)**

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos o de demencia. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico). A partir de este punto sustancia psicotropa será equivalente a cocaína.





- F14.0 Intoxicación aguda.
- F14.1 Consumo perjudicial.
- F14.2 Síndrome de dependencia.
- F14.3 Síndrome de abstinencia.
- F14.4 Síndrome de abstinencia con delirium.
- F14.5 Trastorno psicótico.
- F14.6 Síndrome amnésico.
- F14.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por cocaína o PBC..
- F14.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento.
- F14.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación.



### 1.1 Intoxicación por cocaína<sup>2</sup>

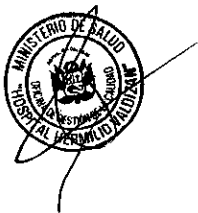
#### Pautas para el diagnóstico

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social debe también ser tenida en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia.

(pag. 123 DSM IV TR)

#### Diagnostico Diferencial<sup>3xsjH ioa</sup>

- Trastorno Bipolar I
- Hipomania
- Intoxicación con anfetaminas y fencididina
- Enf. De Cushing
- Empleo exagerado de esteroides







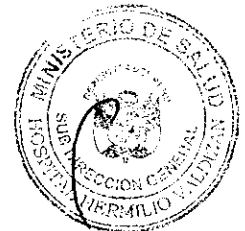
## 1.2 Síndrome de Dependencia a Cocaína<sup>1,16</sup>

### Pautas para el diagnóstico

La identificación de la sustancia psicotropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes.

Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.



## 1.3 Síndrome de Abstinencia<sup>1,3</sup>

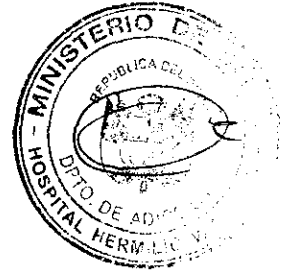
### Pautas para el diagnóstico

La identificación de la sustancia psicotropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes.

Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.





## Diagnostico Diferencial<sup>3xsjH ioa</sup>

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Crisis de angustia
- Ataques de pánico



## VI EXAMENES AUXILIARES

### 1. DE PATOLOGÍA CLÍNICA<sup>3.5</sup>

- Hemograma y bioquímica sanguínea (glucosa, creatinina, perfil hepático, ex. Orina)
- Metabolitos de cocaína en orina y otros fluidos, mediante técnicas de enzima o radioinmunoanálisis o por cromatografía.
- VDR, ELISA

### 2. DE IMÁGENES<sup>5</sup>

- Radiografía de Tórax
- RMN (resonancia magnética nuclear), permite diagnosticar lesiones vasculares y pérdida neuronales importantes que se observan en adictos a cocaína.
- RMF (resonancia magnética funcional) y TEP (Tomografía por emisión de positrones), muestran la activación, en la amígdala, el gyros subcalloso/núcleo accumbens y el córtex cingulado anterior, asociada al craving en cocainómanos.
- También otro como: TE fotón único, EEG cuantitativo y SPECT han mostrado los efectos de la cocaína sobre los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos, sus consecuencias fisiológicas y conductuales.

### 3. DE NEUROPSICOLOGIA<sup>5</sup>

Adiccition severity Index (ASI) (MCLellan y cols, 1992)





- Trail Making Test (velocidad perceptivo-motora y flexibilidad cognitiva)
- Test de Wisconsin (funciones ejecutivas frontales)



#### 4. Entrevistas neuropsiquiátrica MINI DSM IV

Strutured clinical Interview for DSM-IV, Axis I y II Disorders (SCID I y II).

### VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD

#### NIVEL III<sup>17</sup>

Se considera la atención en:

1. Hospitales especializados
2. Institutos especializados
3. Comunidades terapéuticas profesionalizadas con requisitos de infraestructura, programa y equipo terapéutico.



#### Objetivos:

1. Intervenir con diferentes modalidades de atención especializada en cuadros de adicción a cocaína severos, con comorbilidad y complicaciones
2. Servir como centro de referencia para los niveles de menor complejidad
3. Proporcionar apoyo y asesoría a otras modalidades terapéuticas
4. Investigar en el área de adicciones a cocaína y sus derivados, en el campo de la psicoterapia y farmacoterapia.

#### Modalidades

1. Internamiento breve con diferenciación de genero
2. Internamiento prolongado, bajo modalidad de comunidad terapéutica
3. Programas de tratamiento ambulatorio con internamiento parcial





Las etapas de intervención, tratamiento y rehabilitación corresponden a:

1. Modelo específico adoptado por cada institución
2. Criterios de género, edad, dualidad y comorbilidad asociada

**Requerimientos:**

1. **Equipo multidisciplinario**, con entrenamiento y especialización en trastornos adictivos
2. **Infraestructura:**
  - Ambientes de hospitalización adecuados y separados en unidad de cuidados iniciales y generales
  - Ambientes apropiados para psicoterapia, terapia ocupacional y recreativa
3. **Equipamiento:**
  - Camas clínicas
  - Laboratorio (con equipamiento para detección de metabolitos de drogas y monitorización)
  - Servicio de nutrición y apoyo logístico

Alteraciones pulmonares; se observa con mayor frecuencia problemas respiratorios derivados de la cocaína fumada (PBC); como efectos vasoconstructivos por la dificultad en la difusión de oxígeno, atelectasias secundarias a la bronquiolitis por acúmulo de moco. También el cuadro denominado "pulmon de crack" por consumo de este derivado, en donde ocurre una neuromopatía y cuyo desenlace puede ser fatal. Otras alteraciones menos frecuentes son el edema pulmonar, la hemorragia intralveolar difusa, la bronquiolitis y la exacerbación aguda del asma; así

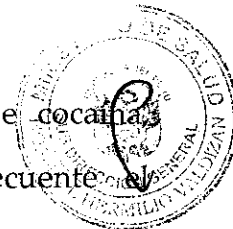




como también el neumotórax y neumomediastino secundario a la maniobra de Valsalva forzada.

En consumidores por vía endovenosa, el talco y almidón usados pueden provocar granulomas pulmonares.

Alteraciones gineco-obstétricas; ocasionadas por el consumo de cocaína, especialmente de base libre. Durante el embarazo es frecuente el desprendimiento prematuro de placenta, el aborto espontáneo y el parto prematuro. En el feto ocurre bajo peso al nacer, menor perímetro cefálico, infarto cerebral intrauterino, alteraciones genitourinarias y cardíacas e irritabilidad del sistema nervioso central.



Alteraciones sexuales; el consumo de largo plazo se relaciona con disminución del libido, impotencia y ginecomastia en el varón y anorgasmia en la mujer. Puede haber úlceras genitales por efecto vasoconstrictor local de cocaína.

Infecciones intravenosas; como infecciones de la piel, abscesos, endocarditis, hepatitis, bacteriemias y SIDA.

Neuroendocrinas; hiperprolactinemia en consumo crónico de cocaína; además de hipertrofia adrenocortical y alteraciones de la hormona de crecimiento.

Cuadros severos de violencia familiar son complicaciones frecuentes





## VIII. LA INTERVENCIÓN

### 1. Los estadios de cambio

El cambio no tiene porque aparecer de repente, lleva tiempo y energía y todas las personas muestran una cierta ambivalencia ante él. El proceso se inicia en una situación en la que la persona no considera el cambio porque no es consciente del problema, o porque no cree que la conducta sea un problema o porque no se siente motivado para cambiar esa conducta (**precontemplación**). En la siguiente fase la persona toma conciencia de la existencia de un problema que "debería" solucionar y se esfuerza por entender el problema y sus posibles soluciones pero todavía no está decidida a intervenir para solucionarlo (**contemplación**). Más adelante la persona ya está decidida a intentar solucionar el problema en un futuro próximo y se plantea cómo hacerlo (**preparación para la acción**), luego inicia cambios en su conducta para solucionar el problema (**acción**) y finalmente intenta consolidar los logros obtenidos en la fase anterior (**mantenimiento**). La validez de dichos estadios de cambio ha sido demostrada en personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol (DiClemente y cols).

### 2. La entrevista Motivacional

Con la técnica de la entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (1999) podemos ayudar a que el paciente progrese de un estadio de cambio refractario a otro más avanzado y, posteriormente, conseguir que él mismo pueda modificar sus hábitos de consumo de alcohol y su estilo de vida.

Tenemos que explorar al paciente, a través de sus actitudes para conocer en qué fase de cambio se encuentra, qué objetivos y estrategias conviene recomendarle y cómo vamos a trabajar con su ambivalencia.

## IX. TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN

El tratamiento de desintoxicación debería ir seguido de un programa de tratamiento de deshabituación, que incluye las intervenciones especializadas, tanto la psico-social como la farmacológica, orientadas hacia la prevención de recaídas.





### 9.1. Contexto del tratamiento

Se considera indicado que el tratamiento de desintoxicación se efectúe en régimen de hospitalización completa cuando:

- coexisten enfermedades médicas que requieren tratamiento hospitalario o un embarazo
- exista riesgo de suicidio
- están presentes síntomas graves de abstinencia, o convulsiones o cuando existen antecedentes de síndromes de abstinencia graves o están presentes los factores de riesgo para el desarrollo de un SAA grave.
- no sea posible realizar un seguimiento ambulatorio o disponer de una persona de contacto que monitorice al paciente.
- coexista dependencia de alcohol, benzodiazepinas, opioides y otras sustancias cuya retirada pueda cursar con abstinencia aguda

#### 9.2.1 El tratamiento de la intoxicación cocaínica consiste en:

##### Tratamiento de la intoxicación aguda

- a.- Ambiente seguro y controlado
- b.- Seguridad y contención adecuados
- c.- Evaluar tipo de sustancia asociada
  - Dosis/vía de administración
  - Evolución desde última dosis
- d.- Eliminar el tóxico, si hay sustancias asociadas que ameritan
  - Lavado gástrico
  - Hidratación
- e.- Actuar sobre efectos
  - Benzodiazepinas
  - Antipsicóticos si se requieren
  - Antidepresivos si se requieren



#### 9.2.2. Tratamiento del síndrome de abstinencia

- a.- Evaluar los síntomas
- b.- Tratamiento sintomático
- c.- Incluir otras modalidades de intervención

Las benzodiazepinas ha demostrado ser superiores al placebo en el tratamiento del síndrome de abstinencia de cocaína (SAC). Las benzodiazepinas son de mayor utilidad, dada su rapidez de inicio, su efecto prolongado (en las de vida media larga) y la posibilidad de reversión de sobredosis mediante flumazenil. Su dosis inicial debe individualizarse en función de: la gravedad del SAC, la





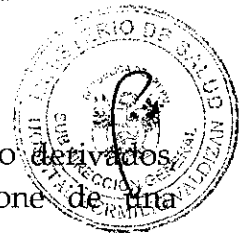
comorbilidad médica y los antecedentes personales de convulsiones o delirium por abstinencia del alcohol

Las dosis de benzodiazepinas deben ser individualizadas, en función de la gravedad del síndrome de abstinencia, los trastornos médicos comórbidos y los antecedentes personales de convulsiones o delirium.

Se recomienda la prescripción de tiamina siempre que se atienda a un paciente que presenta alcoholismo, para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff, independientemente de su decisión de abandonar o mantener el consumo de alcohol.

Algunos anticonvulsivantes pueden ser utilizados como fármacos de primera elección cuando nos encontramos con pacientes que presentan riesgo de abuso de benzodiazepinas o consumo simultáneo de alcohol y benzodiazepinas.

## X. TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN



Es la segunda etapa del tratamiento de dependencia a cocaína o derivados orientada hacia el mantenimiento de la sobriedad. Se compone de una intervención psico-social asociada a la farmacoterapia en caso sea necesario, que puede estar basada en los fármacos interdictores o los anticraving, junto con los que se utilizan para el tratamiento de las comorbilidades médica y psiquiátrica asociadas.

Los objetivos del tratamiento de deshabituación y prevención de recaídas son la extinción de la conducta condicionada de búsqueda y consumo de cocaína, PBC o la asociación del alcohol, adquisición de conciencia de dependencia, mantener la motivación a lo largo de todo el proceso, reorganización de las actividades del paciente con búsqueda de alternativas, prevención de recaídas y tratamiento de la psicopatología asociada

### 10.1. Fármacos Antidipsotrópicos

Los fármacos antidipsotrópicos, o interdictores del alcohol, pueden ser de gran ayuda para la persona que está motivada por mantenerse sin tomar bebidas alcohólicas, que muchas veces es la puerta de ingreso para el consumo de cocaína, siempre que se administren bajo la supervisión de la enfermera o de algún familiar que se responsabilice del tratamiento.

Se utiliza el Disulfiram, que bloquea la enzima aldehído-deshidrogenasa que interviene en el paso del acetaldehído a acetato produciendo, por tanto, una acumulación de acetaldehído en el torrente sanguíneo lo cual provoca la aparición de un síndrome acetaldehídico que se caracteriza por: vasodilatación, taquicardia, palpitaciones, mareo-vértigo, sudoración, dolor precordial, rubefacción facial, náuseas, vómitos, diplopía o visión borrosa, alteraciones de la presión arterial, cefalea, dificultad respiratoria y sudoración.







Dichos síntomas pueden aparecer 10-20 minutos después del consumo de alcohol. Su intensidad es proporcional a la dosis de disulfiram y a la cantidad de alcohol ingerida. En los casos más graves se puede producir depresión respiratoria, arritmia, infarto de miocardio, colapso cardio-vascular, pérdida de conciencia, convulsiones e incluso la muerte.

El Disulfiram se administra por vía oral, en dosis de 250 - 500 mg./24h, 1 ó 2 comprimidos / 24 horas. Dado que el bloqueo enzimático que produce es más persistente, su efecto farmacológico puede seguir disuadiendo al paciente sobre la posibilidad de beber alcohol durante los días siguientes a la suspensión del fármaco.

La farmacoterapia se complementa con una intervención psico-social, orientada hacia la prevención de recaídas, para favorecer los cambios conductuales necesarios e incrementar la motivación y la adhesión al tratamiento.



## 10.2. Fármacos anticraving

Dentro del tratamiento, la farmacoterapia del craving va cobrando importancia como un tema novedoso y de extraordinaria complejidad, ya que un mismo fármaco puede ser eficaz para el tratamiento del craving de alcohol o cocaína, PBC pero ineficaz para la prevención de recaídas y viceversa.

Los pacientes pueden presentar estados de deseo imperioso o necesidad de consumir o "craving", que suelen dar lugar a conductas de búsqueda y consumo de la sustancia.

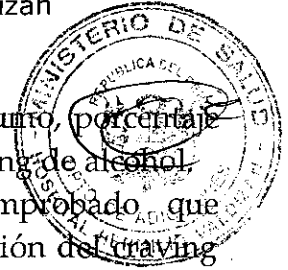
El craving es un estado motivacional intenso, que puede ser disparado por estímulos condicionados, por el consumo de una pequeña cantidad de alcohol o de otras sustancias psicotrópicas y también por los estados de estrés (Anton, 1999a).

Naltrexona fue introducida como fármaco anticraving, sin embargo, no todos los estudios han encontrado una mayor reducción del craving en los pacientes que tomaron naltrexona, (comparados a los que tomaron placebo) y algunos han encontrado dicha reducción del craving solamente en los pacientes "buenos cumplidores". Es decir, en aquellos que acudieron a todas las visitas de tratamiento y tomaron el fármaco con regularidad (Volpicelli y cols., 1992; O'Malley y cols., 1992; Anton y cols., 1999; Monti y cols., 1999; Guardia y cols., 2002).

Sin embargo, los únicos estudios que ha comprobado el efecto anti-craving de los

anticomiales son los de Johnson y cols. (2003; 2007) con topiramato, un fármaco que además produce una reducción significativa del promedio de

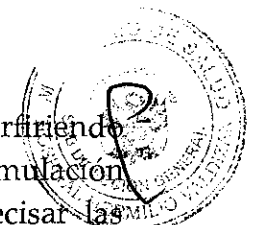




consumiciones/día, número de consumiciones por día de consumo, porcentaje de días de consumo excesivo ("heavy drinking days") y del craving de alcohol. Por tanto, algunos ensayos clínicos controlados han comprobado que naltrexona, topiramato y disulfiram, tienen un efecto de reducción del craving de alcohol, y en muchos casos de cocaína.

### 10.3. Fármacos para la prevención de recaídas

La naltrexona actúa como antagonista de los receptores opioides, interfiriendo en el sistema de recompensa cerebral. Los circuitos de autoestimulación eléctrica de ciertas zonas anatómicas del cerebro han permitido precisar las estructuras cerebrales cuya activación está relacionada con el efecto reforzador positivo. Dichas estructuras están relacionadas con el sistema dopaminérgico mesolímbico y mesocortical.



La Naltrexona es un antagonista opioide de semivida larga y buena absorción oral, su dosis habitual es de 50 mgr/día, (Anton y cols., 2006).

Naltrexona produce una disminución del efecto reforzador del alcohol y también de su consumo, tanto en estudios efectuados con animales adiestrados para beber alcohol en exceso, como en los pacientes que presentan dependencia del alcohol.

Algunos estudios han encontrado además un efecto de reducción del craving, del número de consumiciones por día de consumo y de la frecuencia de consumo de alcohol, en comparación al placebo.

Un buen cumplimiento en la toma regular de naltrexona puede ser decisivo para que alcance una eficacia terapéutica superior al placebo. Determinados efectos terapéuticos, como la reducción significativa en la tasa de recaídas o del craving, sólo consiguen alcanzar una diferencia significativa en los pacientes que tomaron naltrexona todos los días (Chick y cols., 2000).

El tratamiento con naltrexona ha sido asociado a diversas intervenciones psicosociales.

Su eficacia aumenta si la toma de naltrexona es supervisada por algún familiar o por el personal de enfermería que puede hacer además un seguimiento intensivo del paciente, con determinaciones periódicas de sustancias en la orina. Naltrexona podría precipitar un grave síndrome de abstinencia en un paciente que presentara una dependencia de opiáceos o que se encuentre en tratamiento de mantenimiento con metadona. Por tanto estaría contraindicado en cualquier persona que tenga una dependencia de opiáceos activa, los cuales deberán seguir un tratamiento previo de desintoxicación de opiáceos y una inducción posterior con naloxona.

- La eficacia en tratamientos mantenidos a medio o largo plazo es superior al placebo.

- Sería recomendable mantener el tratamiento más de tres meses y siempre asociado a intervenciones psicosociales.





#### 10.4. Otros fármacos para el tratamiento de la dependencia a cocaína

##### 13.4.1. Antiepilépticos

Los nuevos fármacos anticomiciales (topiramato, gabapentina, pregabalina, oxcarbazepina, lamotrigina y otros), están siendo estudiados para el tratamiento de prevención de recaídas, del craving y de algunos síntomas asociados como impulsividad, autocontrol, inestabilidad emocional y otros (Ait-Daoud y cols., 2006).

**Topiramato** es un fármaco antiepiléptico con indicación en prevención de migraña crónica y probablemente sea la molécula más contrastada en los trastornos del amplio espectro de la impulsividad.

En un estudio español efectuado con 24 pacientes alcohólicos que presentan otros trastornos psiquiátricos, el tratamiento con topiramato consigue una disminución en el consumo de alcohol y en el deseo de beber (Rubio y cols., 2004) (Johnson y cols (2003 Topiramato produce una disminución del craving, reduce los síntomas de abstinencia tardía, que pueden aparecer semanas después de haber dejado de beber y reduce la tasa de recaídas.

Actúa como potenciador de la actividad de los receptores GABAA y bloquea tanto los receptores de glutamato del tipo AMPA/kainato, como los canales del calcio y sodio, dependientes de voltaje.

Los efectos adversos más frecuentes fueron: mareo, parestesias, enlentecimiento psicomotriz, deterioro de memoria o concentración y adelgazamiento.

La pauta se puede iniciar con 25 mgr. 1 ó 2 veces al día, aumentando otros 25 mg./día, cada tres a siete días, hasta llegar a los 200-300 mgr/día. A partir de los 100 mg/día el incremento se puede hacer de 50 mg cada vez, se trata de un fármaco prometedor para el tratamiento del alcoholismo.

**Gabapentina** es un antiepiléptico, cuyo mecanismo de acción proviene de su efecto potenciador de la transmisión inhibitoria del GABA. Diversos estudios han evaluado su posible utilidad para el tratamiento de ansiedad, insomnio o dolor neuropático; pero ningún estudio controlado ha demostrado, por ahora, su posible eficacia para la prevención de recaídas en el tratamiento del alcoholismo.

**Oxcarbazepina** se utiliza como antiepiléptico. Su estructura química deriva de la carbamazepina, un fármaco eficaz para el tratamiento de desintoxicación del alcohol y también del trastorno bipolar. La ventaja de oxcarbazepina sería que no presenta los efectos adversos potencialmente graves que se le atribuyen a la carbamazepina, sin embargo no se dispone todavía de estudios controlados sobre su eficacia para la prevención de recaídas en el alcoholismo.





En un estudio abierto, de 90 días de tratamiento, los pacientes que tomaron dosis más elevadas de oxcarbazepina (1500-1800 mg/día) consiguieron una mayor reducción en la tasa de recaídas que los que tomaron dosis más bajas (600-900 mg/día) (Martinotti y cols., 2007).

Su mecanismo de acción consiste en un bloqueo de los canales de potasio, reducción de la transmisión glutamatérgica, inhibición de los canales de sodio, modulación de los canales de calcio tipo N y aumento de la transmisión dopaminérgica y serotoninérgica.

### 10.5. Intervención psicosocial

Las intervenciones psicológicas que han demostrado ser más efectivas para el tratamiento, son las de tipo cognitivo-conductual (de intervención motivacional, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales y de autocontrol) y las terapias conductuales (de exposición a estímulos, abordaje de refuerzo comunitario y terapia conductual de pareja).

- La inclusión de la pareja en el tratamiento parece mejorar los resultados sobre el consumo. Especialmente en aquellos casos en que la relación de pareja está deteriorada o no existen habilidades de comunicación.
- El formato grupal es el de preferencia en la aplicación de las técnicas psicoterapéuticas, ya que obtiene resultados similares a su aplicación individual y mejora tanto la adherencia inicial al tratamiento como la relación coste-eficacia.

#### 10.5.1. Terapias cognitivo-conductuales

La Asociación Americana de Psiquiatría (2005) recomienda la utilización de las técnicas cognitivo-conductuales en general para el abordaje de los trastornos por uso de alcohol, aceptando como probada su eficacia en la reducción del consumo, con una seguridad clínica sustancial.

##### 10.5.1.1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Este grupo de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo en relación al consumo. Las más extendidas en la práctica clínica son las de entrenamiento en: prevención de recaídas, habilidades sociales, manejo del craving y manejo de los estados de ánimo. Pueden desarrollarse en contexto individual o grupal y ser utilizadas por separado o, lo que es más común, en combinación dentro de un mismo tratamiento.



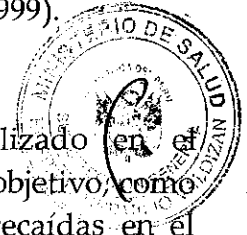


Iniciar el trabajo con un análisis exhaustivo (comorbilidad biológica y/o psiquiátrica, factores de riesgo intrapersonales e interpersonales realista de la exposición a estímulos relacionados con el alcohol que el sujeto experimentará dadas sus condiciones de vida), para trabajar con recursos específicos de enfrentamiento y manejo de esas situaciones de riesgo, mediante una combinación de técnicas de prevención de recaídas, de manejo del humor y de los estados de craving. Por lo común, se continuará con el trabajo de habilidades sociales que ayuden a mejorar las relaciones familiares y profesionales del sujeto, disminuyendo así el malestar asociado y aumentando el apoyo social y la percepción de eficacia personal (Monti et al., 1999).



#### 10.5.1.1.1 Prevención de recaídas

El modelo de prevención de recaídas es ampliamente utilizado en el tratamiento de las adicciones, en formato individual o grupal. Su objetivo, como su nombre indica, es el de enseñar al individuo a evitar las recaídas en el consumo y sus componentes fundamentales son:



- información para aumentar el conocimiento de la enfermedad y la concienciación,
- capacitación para la identificación y el afrontamiento de situaciones de riesgo: construcción de estrategias y habilidades cognitivas y conductuales,
- promover el cambio de hábitos.

Las estrategias fundamentales que utiliza este modelo son: identificación de situaciones de riesgo individuales (internas y externas), entrenamiento en habilidades para hacer frente a dichas situaciones de modo que aumente la competencia del sujeto, reestructuración cognitiva de los mitos relacionados con el efecto positivo del alcohol, manejo de los deslices o recaídas, reestructuración de la percepción del proceso de recaída, análisis de los hábitos de vida y desarrollo de hábitos saludables, utilización de técnicas de control de estímulos y de manejo en situaciones de emergencia y desarrollo de "mapas" o circuitos de recaída (Larimer y cols, 1999).

La aplicación del modelo de prevención de recaídas consiste, pues, en una combinación de análisis de estilos de vida, entrenamiento en habilidades y reestructuración cognitiva.

Los elementos clave que se utilizan en las sesiones son: instrucciones directas acerca de manejo efectivo, modelado, juego de roles, análisis del juego de roles, reconducción de procesos cognitivos.

La técnica de prevención de recaídas se muestra eficaz en la disminución de la frecuencia de recaídas, así como en la reducción de su intensidad y problemas asociados, para determinados subgrupos de pacientes.





#### 10.5.1.1.2. Entrenamiento en Habilidades Sociales o Habilidades de Comunicación

El objetivo de esta técnica es el de adquirir un estilo de comunicación asertiva y eficaz, que permita construir y mantener relaciones interpersonales y rechazar la droga. En definitiva, un estilo que resulte efectivo para manejarse con las situaciones de riesgo.

Se trabaja generalmente en un contexto grupal, con al menos ocho habilidades (Montí y cols, 1989): rechazar una copa, ofrecer respuestas positivas, realizar una crítica eficazmente, recibir críticas acerca del consumo de alcohol u otros tóxicos, desarrollar habilidades de escucha, aumentar las habilidades de conversación, desarrollo de apoyos para la sobriedad y aprender estrategias efectivas de resolución de conflictos. Adicionalmente se puede completar el trabajo con habilidades de expresión de sentimientos, lenguaje no verbal, asertividad, etc. La Asociación Americana de Psicología lo recomienda como uno de los tratamientos probablemente eficaces (Chambless et al., 1998).

La técnica de entrenamiento en habilidades sociales es aplicable y eficaz, incluso en pacientes con mayor comorbilidad y severidad, cuando el objetivo es retrasar las recaídas significativamente. Los mejores resultados se obtienen no obstante en pacientes con dependencia leve, sin episodios explosivos de consumo.

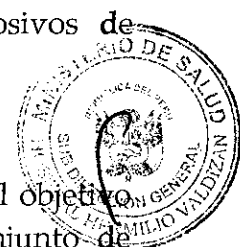
#### 10.5.1.2. Técnicas de Autocontrol

Orientadas al manejo del craving y de las situaciones de riesgo con el objetivo de disminuir o cesar el consumo de drogas. Comprenden un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales entre las que se pueden mencionar la auto-observación y auto-registro, establecimiento de objetivos, refuerzo de objetivos conseguidos (mediante recompensas), análisis funcional de las situaciones de consumo y aprendizaje de estrategias alternativas de enfrentamiento (Hester, 2003). Parecen utilizarse más con un objetivo de consumo moderado de alcohol.

#### 10.5.1.3. Intervenciones motivacionales

Engloban un conjunto de estrategias orientadas a aumentar la motivación intrínseca del sujeto en un tiempo breve de intervención. Con frecuencia se utilizan al inicio del tratamiento, con la finalidad de aumentar la motivación y compromiso para cesar el consumo y aceptar tratamiento.

Los elementos clave de este tipo de abordaje son: establecer una escucha reflexiva y empática, proveer de información personalizada, promover un discurso automotivador, proporcionar un menú de opciones posibles, ofrecer consejo, implicar al paciente en la responsabilidad y toma de decisiones de su tratamiento y aumentar la percepción de autoeficacia.





### 10.5.2. Terapias conductuales

La Asociación Americana de Psiquiatría acepta como probada la eficacia de las terapias conductuales, particularmente aquellas que enfatizan el refuerzo positivo de las conductas diana (APA Work Group on Substance Use Disorders, 2005; Holder y cols. 1991)

#### 10.5.2.1. Exposición a estímulos

Este tipo de técnicas exponen al paciente a estímulos relacionados con el alcohol durante el tratamiento, de modo que tenga la oportunidad de practicar respuestas a las situaciones de exposición o craving en un entorno controlado y seguro. Los estímulos utilizados van desde el olor o la visión de la bebida alcohólica preferida hasta emociones que previamente disparaban el consumo, pasando por una variedad de situaciones, lugares, personas, horarios, etc., intensamente vinculados al efecto placentero de la sustancia.

Esta técnica se utiliza sola o en combinación con un programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Y puede utilizarse tanto en un contexto terapéutico cuyo objetivo sea la abstinencia como en aquellos que persiguen el consumo moderado de alcohol. En cualquier caso, requiere un diseño, evaluación y manejo complejos que debe ser ejecutado por un experto



#### 10.5.2.2. Abordaje de refuerzo comunitario

Es la más integral y compleja de las terapias conductuales para el tratamiento del alcoholismo y su objetivo es conseguir la abstinencia mediante la disminución del refuerzo positivo asociado al consumo y el aumento del refuerzo positivo asociado a la sobriedad: la abstinencia debe acabar resultando más gratificante que el consumo. Los componentes esenciales que integran esta terapia se ajustan a las necesidades individuales de cada paciente: construcción de la motivación para la abstinencia, ayuda para la abstinencia inicial, análisis de los patrones de consumo (para detectar situaciones de riesgo y efectos positivos del alcohol), incremento de los refuerzos positivos, aprendizaje de conductas nuevas de afrontamiento e implicación de figuras significativas en el proceso terapéutico (Meyers y Smith, 1995; Miller y cols. 1999).

Por lo general, el paquete de tratamiento incluye terapia de pareja, actividades dirigidas a la reinserción laboral, asesoramiento en actividades sociales y recreativas libres de drogas y utilización de un club social libre de sustancias.





### 10.5.3. Otras intervenciones psicosociales:

#### 10.5.3.1. Terapias grupales

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA Work Group on Substance Use Disorders, 2005) recomienda las terapias de grupo con un nivel de seguridad clínica moderado.

En general, la terapia de grupo (que puede utilizar cualquiera de las técnicas revisadas hasta ahora) permite optimizar el tiempo del terapeuta. Además algunas de las características de esta modalidad pueden hacer de ella un abordaje más eficaz que el tratamiento individual:

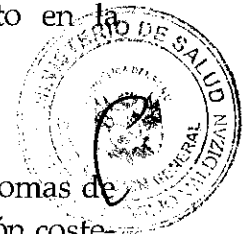
●● Proporciona universalidad a la pérdida de control experimentada respecto al alcohol y a la problemática secundaria a la dependencia, con lo que reduce resistencias y disminuye el discomfort.

●● La coexistencia de sujetos en diferentes fases del tratamiento ofrece efecto de modelado y generalización de las experiencias, con lo que aumenta el potencial de aprendizaje de estrategias y de concienciación.

●● El grupo puede actuar como control externo que contribuya a evitar o disminuir los episodios de recaída.

●● Facilita la detección de próximas o recientes recaídas: los miembros del grupo, por su propia experiencia, detectan precozmente signos sutiles que permiten una intervención temprana.

Respecto a la efectividad, el abordaje grupal mejora la adherencia y participación en el tratamiento respecto al abordaje individual análogo (diferencia significativa en el seguimiento a 6 meses, que desaparece en el seguimiento a 12 meses), incrementando las posibilidades de éxito en la abstinencia (Tonigan y cols., 1998).



#### 10.5.3.2. Terapia de Conducta Social y Red de Trabajo

Resultados análogos en cuanto a la reducción del consumo, de los síntomas de dependencia, de los problemas relacionados con el alcohol y una relación costo-efectividad igualmente interesante (UKAT Research Group, 2005a y 2005b).

### 10.5.4. Adaptación y selección de la técnica psicoterapéutica

Hasta aquí hemos revisado la evidencia científica que avalan la efectividad de las técnicas psicoterapéuticas más utilizadas en la práctica clínica para el tratamiento del alcoholismo y ello nos ha permitido establecer diferentes niveles de recomendación para cada una de ellas.

En la práctica asistencial, sin embargo, diversos factores pueden influir en la efectividad de la técnica terapéutica aplicada (independientemente de su evidencia y efectividad) y es recomendable tenerlos en cuenta para que nuestro abordaje no quede comprometido.







#### 10.5.4.1. Características de los pacientes

No todos los pacientes responden igual al tratamiento y ofrece multitud de datos para adaptarlo a las características y heterogeneidad de los pacientes. Se muestran sólo a modo de reflexión algunos de los datos que está revelando esta línea de trabajo:

1. La gravedad de la dependencia parece ser una de las variables moduladoras del éxito terapéutico: Los pacientes con una dependencia más grave consiguen mejores resultados (más días de abstinencia y menos ingesta por día de consumo) con la terapia de facilitación basada en los 12 pasos que con el abordaje cognitivoconductual. Como contrapartida, aquellos que presentan una dependencia leve responden mejor a éste último (Project MATCH Research Group 1997b).



2. El entorno y apoyo sociofamiliar también parece jugar un papel importante en la elección del abordaje (Longabaugh et al. 1998): aquellos sujetos cuya red social apoyaba el consumo de alcohol obtuvieron mejores resultados, en términos de abstinencia y de ingesta por día de consumo, cuando se utilizó la terapia de facilitación basada en los 12 pasos que cuando fueron sometidos a una terapia motivacional (resultados que se mantienen en el seguimiento a largo plazo).

3. La presencia de sintomatología depresiva franca parece condicionar el tipo de abordaje, siendo recomendable utilizar un estilo de terapia poco focalizada en las emociones dolorosas. En este sentido, Karno y colaboradores (2003) parecen concluir que la reducción del arousal juega un papel decisivo en la efectividad del tratamiento. Los pacientes con elevados niveles de depresión al inicio del tratamiento parecen obtener peores resultados durante el primer mes del mismo (con consumos intensos y frecuentes). Dado que esta primera fase es la más importante en la implicación y retención en tratamiento, deberán desarrollarse estrategias que permitan una reducción de los niveles de distrés emocional (Conner y cols., 2005).

4. Adaptar la actitud del terapeuta a las características de los pacientes obtiene mejores resultados que aquellos abordajes basados solamente en la modalidad de tratamiento (Karno y colaboradores, 2003).

5. Los pacientes con elevados niveles de ira o con rasgos agresivos parecen obtener peores resultados con abordajes directivos (Project MATCH Research Group 1998a; Karno y cols., 2004): los datos sugieren la elección de la terapia motivacional (y quizá también otras técnicas no directivas), más efectiva con





este tipo de sujetos que la terapia cognitivo-conductual. Lo contrario sucede con los pacientes con niveles bajos de agresividad o ira.



6. Los sujetos que presentan un elevado nivel de estrés emocional responden mejor a terapias focalizadas a la experiencia emocional. Los que presentan una elevada resistencia y defensividad obtuvieron mejores resultados en terapias no directivas mientras que los menos resistentes respondieron mejor a terapias directivas (Karno y cols., 2002).

7. También los pacientes con un trastorno de ansiedad comórbido presentan una evolución tórpida, con mayores tasas de recaída post-tratamiento. Sin embargo, no parece que la utilización de psicofármacos y un programa de terapia cognitivoconductual mejore el pronóstico (aunque sí alivia el malestar) (Schade y cols., 2005).



8. En aquellos casos en que se presenta comorbilidad entre dependencia de alcohol y cocaína y peor progreso terapéutico, el tratamiento grupal estándar de asesoramiento y apoyo parece resultar la mejor estrategia para conseguir la abstinencia a largo plazo (McKay y cols., 2005).

9. En los casos de comorbilidad entre esquizofrenia y alcoholismo, parece que las intervenciones basadas en el abordaje o entrevista motivacional podrían resultar más adecuadas y eficaces que aquellas basadas en un enfoque educacional (Graeber y cols., 2003).

10. Los pacientes que presentan graves trastornos de personalidad (antisocial o límite) o déficits cognitivos (memoria visual y funciones visomotrices) no parecen beneficiarse de las terapias cognitivo-conductuales (particularmente del entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de la terapia cognitiva según el modelo de Beck) (Wolwer et al., 2001; Burtscheidt et al, 2002).

#### 13.5.4.2. Otros factores que influyen en el éxito terapéutico

●●Asesoramiento previo al inicio de tratamiento: la intervención previa podría incidir en que un porcentaje elevado de pacientes consiguieran la abstinencia o una reducción importante de la ingesta antes de la primera sesión de tratamiento y ello parece estar relacionado con un mejor resultado en la fase de tratamiento (Epstein y cols., 2005).

Incluso una mínima intervención pretratamiento (folletos informativos) podría influir en una mayor concienciación y disposición para el tratamiento, así como en aumentar la competencia de los usuarios (Bamford y cols., 2005).

●●La conducta y consistencia del terapeuta, que parece influir significativamente en conseguir reducir las resistencias del paciente y aumentar





la frecuencia de expresiones automotivadoras (factores fundamentales en el abordaje motivacional) (Moyers y cols., 2006).

●●El tipo de alianza terapéutica también parece modificar los resultados sobre todo en aquellos pacientes que presentan una baja percepción de capacitación o auto-competencia al inicio del tratamiento, el establecimiento de una fuerte alianza terapéutica mejora los resultados del mismo significativamente (Ilgen y cols., 2006).

●●La directividad del terapeuta también parece tener implicaciones sobre los resultados: parecen existir interacciones significativas entre la actitud confrontadora y el enfado y resistencia del paciente al tratamiento. La estructura también influye en las resistencias (Karno y cols., 2005).

●●Por parte del paciente, una menor severidad de la dependencia y/o una mayor sintomatología depresiva en la línea base, pocas sesiones de tratamiento y pobre alianza terapéutica parecen ser factores predictores de peores resultados (Ilgen y cols., 2005).

●●Finalmente factores como la edad (Oslin y cols., 2002), la implicación e inclusión del cónyuge en el tratamiento (Walitzar y cols., 2004), el estatus profesional (Burtscheidt et al, 2001b), la realización de intervenciones post-tratamiento (Sannibale y cols., 2003) y el nivel de satisfacción que el sujeto experimenta respecto a su tratamiento (Donovan y cols., 2002), parecen mejorar los resultados en términos de retrasar las recaídas, incrementar la abstinencia y la adherencia a tratamiento.



## XI.- CONSEJERIA EN ADICCIONES

### I. CONSEJERIA

#### Definición

Es una intervención que ofrece al usuario la oportunidad de explorar, descubrir y esclarecer con inventiva formas de vida más satisfactorias. Es una forma de intervención al usuario cuyo eje central está **dado por el apoyo emocional, aprendizaje por modelamiento y estrategias de solución de problemas**, todos los cuales contribuyen a mejorar el afrontamiento al estrés así como la autoeficacia facilitando alcanzar mejores niveles de bienestar y calidad de vida.

#### Pautas para la Consejería

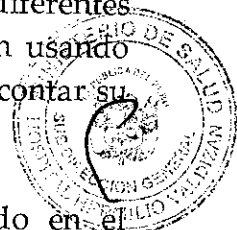
##### 1. Escuchar activamente

- Implica el escuchar con comprensión no sólo el discurso sino los mensajes ocultos detrás de la palabra. Para ello se sugiere:
  - Prestar atención a todo lo que dice, hace y expresa.





- Posibilitar un espacio donde se permita la libre expresión de sentimientos, temores, preocupaciones o confusiones.
  - Mantener el contacto visual.
  - Resumir lo que la familia ha comunicado de acuerdo a lo que se interprete.
2. **Usar adecuadamente el Silencio.**
- Se debe prestar atención a los silencios, pues pueden tener diferentes significados; por lo que el consejero facilitará la comunicación usando frases o expresiones tranquilizadoras que anime a la familia a contar su problema. Para ello tener en cuenta:
    - El silencio estimula los pensamientos y la reflexión.
    - El lenguaje no verbal debe ser observado y analizado en el contexto en que se da, pues complementa la información sobre la familia.
    - Respetar los silencios y entenderlos.
3. **Realizar Preguntas Eficaces.**
- El consejero debe preguntar abiertamente sobre todo aquello que considere necesario, teniendo cuidado de no convertir la sesión en un interrogatorio y evitar que la persona se ponga a la defensiva. Se sugiere:
    - Usar preguntas abiertas.
    - Las preguntas deben estar orientadas a obtener información importante
4. **Facilitar la Solución de Problemas.**
- Hay que tener en cuenta que la persona es quien debe tomar las decisiones, evaluando al mismo tiempo su entorno, capacidades y habilidades para resolver la situación problema. Para ello se debe:
    - Explorar las alternativas de solución en forma conjunta con el consultante.
    - Facilitar la toma de decisiones analizando los posibles temores u obstáculos.
    - La persona será quien resuelva los conflictos y problemas. El consejero ayudará en el proceso, pero no tomará las decisiones.
5. **Informar de Modo Preciso.**
- El consejero brindará información que aclare o amplíe lo que la familia sabe sobre determinado tema y que corrija las creencias erróneas. Dar información clara, breve y precisa, usando un lenguaje comprensible para la familia.
6. **Respetar Valores y Actitudes.**
- Es importante que el consejero respete los estilos de vida, valores, preferencias e idiosincrasia de los miembros de la familia, evitando emitir juicios o cuestionamientos.
7. **Manejar Adecuadamente la Confidencialidad.**





Departamento de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán  
*"Líder en Psiquiatría y Salud Mental"*

- La persona busca que se les garantice la confidencialidad cuando solicitan ayuda. Para ello se deberá:
  - Ofrecer un ambiente físico, horario de atención y cualquier elemento adicional que posibilite la confidencialidad.
  - Garantizar que todo lo conversado se mantendrá en reserva.
  - Solicitar la autorización de la familia cuando se requiere romper la confidencialidad. (en caso de derivaciones, por ejemplo)





**XII.- ANEXOS**  
**Nº 1**

**SERVICIOS DE SALUD MENTAL POR NIVELES DE ATENCION**



| NIVELES    | CARACTERIZACION  | CATEGORIA | TIPO DE ESTABLECIMIENTO                               | OFERTA   | RECURSOS   |
|------------|--|-----------|---|--|--|
| I<br>NIVEL | Atiende el 70-80% de demanda del sistema. Atención de baja complejidad, gran oferta (80%).<br>emocionales<br>Médico<br>Técnico de Enfermería,<br>Enfermera/Obstetriz | I - 1     | Puesto de salud: Tec. Enfer, enfermera/obst COMUNIDAD | Prom de la SM, identifica. De riesgo, referencia. Monitoreo de   | Psiquiatra/Psicologo itinerante<br>-Recursos Capacitados en SM |
|            |  | I - 2     | Puesto de Salud con médico COMUNIDAD                  | ID+ detección precoz de patol. Referencia, tto de algunas patologías. Seguimiento de tto, w violencia niño mujer alianza con Gbno local, escuela, ONGs |  |
|            |  | I - 3     | Centro de Salud sin internamiento                     | ID+ Casa Hogar   |  |





Departamento de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán  
 "Líder en Psiquiatría y Salud Mental"

|              |   |         |  |  |                                      |
|--------------|---|---------|--|--|--------------------------------------|
|              |   | I - 4   | Centro de Salud-internamiento: medicina general, G- obstetra, pediatría. | - ID<br>- Atención de emergencia de agudos                               | Profesional<br>es con<br>capacitació |
| II<br>NIVEL  | Atiende del 12-22% de la demanda. <sup>9</sup><br>Oferta de complejidad intermedia            | II - 1  | Hospital General   | I C.<br>ambulatoria,<br>Emergencia<br>y Hospitalización de agudos        | Profesional<br>es con<br>capacitació |
|              |   | II - 2  | Hospital General + ser. Psiquiatría                                      | C.<br>ambulatoria,<br>Emergencia y Hospitalización: agudos               |                                      |
| III<br>NIVEL | Atiende del 5-10% de la demanda. Oferta de alta complejidad, especialización y tecnificación. | III - 1 | Hospital General + ser. Psiquiatría                                      | C.<br>ambulatoria,<br>Emerg y Hospitalización agudos                     |                                      |
|              |   | III - 2 | Instituto Especializado  | C.<br>ambulatoria,<br>Emerg.<br>Hosp. agudos crónicos,<br>Clínica de Día |                                      |



Tabla 10 . II: Patrones de consumo de cocaína

| PATRON DE DSM - IV   | TIPO                         | CARACTERISTICAS  | PROPOSITO  |
|--|------------------------------|--|--|
|  | EXPERIMENTAL                 | *Consumo fortuitos<br>*Tiempo muy limitado   |  |
| <b>EPISÒDICO</b><br>Consumo separado por dos o mäs días de no uso<br>Atracones ( binges): consumo de dosis altas en un periodo de horas/días   | SOCIORRECREACIONAL           | *Via intranasal *Consumo entre amigos *Mantienen sus actividades sociales  | Lúdico<br>Relaciones pesonales   |
|  | CIRCUNSTANCIAL - SITUACIONAL | *Via intranasal<br>*Consumo autolimitado   | Aumento de rendimiento:<br>* En el àrea laboral<br>* En el àrea deportiva<br>* En el àrea sexual |
| <b>CRÒNICO</b><br>Consumo diario de dosis altas o bajas ( sistemático)<br>Importante tendencia a aumentar la dosis y la frecuencia de consumo<br>La cocaína se convierte en el modelo organizador de la propia vida. | INTENSIFICADO ( habitual)    | * Consumo de dosis bajas<br>* Consumo diario<br>* No suelen darse " atracones"<br>* Mantienen vida laboral y social  | Mantener rendimientos<br>aliviar tension crònica   |
|  | COMPULSIVO                   | * Via endovenosa/inhalada (fumadores)<br>* Consumo de dosis bajas y altas<br>* Consumo varias veces al día<br>* " Atracones" frecuentes<br>* Grave repercusiòn fisica, psicològica, social | Mantener funcionamiento basal<br>Evitar sintomas de abstinencia                                  |

