

## Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol

### Diagnosis and treatment of alcohol dependence

**Enriqueta Ochoa Mangado**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Agustín Madoz-Gúrpide**

Centro de Salud Mental de San Blas. Madrid. España.

**Natividad Vicente Muelas**

Centro de Salud Mental de Torrejón. Madrid. España.

Correspondencia:

Enriqueta Ochoa Mangado

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Ctra Colmenar Km 9, 100. 28034 Madrid. España

e-mail: eochoa.hrc@salud.madrid.org

---

## Resumen

---

Se describen los aspectos fundamentales del diagnóstico de la dependencia de alcohol y de los tratamientos para su dependencia. Se analizan los pasos para un diagnóstico sistematizado (criterios DSM-IV y CIE 10, cuestionarios diagnósticos de dependencia de alcohol y marcadores biológicos) y el tratamiento realizado para la deshabitación.

**Palabras clave:** Alcohol, dependencia, diagnóstico, tratamiento. *Med Segur Trab 2009; 55 (214): 26-40*

---

## Abstract

---

We describe the fundamental aspects of the diagnosis of dependence of alcohol and the treatment for alcohol dependence. We analyse the steps taken for a systematic diagnosis (DSM-IV criteria and CIE 10 criteria, diagnostic surveys of alcohol dependence and biological markers) and the treatment for deshabituation.

**Key words:** Alcohol, dependence, diagnosis, treatment. *Med Segur Trab 2009; 55 (214): 26-40*

El consumo de alcohol ha sido considerado beneficioso a lo largo de la historia, principalmente en nuestro país, vinícola y con muchas tradiciones culturales girando entorno al vino. Los datos epidemiológicos de las encuestas nacionales de salud desde 1993 hasta 2007 señalan que más del 60% de la población española consume habitualmente alcohol, con un 4-7% de prevalencia de bebedores de riesgo (más de 40 gr./día en varones y 25 gr./día en mujeres)<sup>1,2</sup>. En la década de los ochenta hubo importantes cambios en los hábitos de consumo de alcohol; se pasó de un consumo de vino, diario, masculino y posterior a los veinte años de edad a un consumo de cerveza y bebidas destiladas, intermitente (fines de semana), de ambos sexos y adolescente<sup>1,2</sup>.

En las últimas décadas se ha desarrollado el estudio de los daños que produce el consumo de alcohol. La relación entre el consumo de alcohol y sus consecuencias depende de la cantidad de alcohol ingerido y del patrón de consumo. Los efectos bioquímicos, dependiendo de la cantidad de alcohol y del patrón de consumo están relacionados, sobre todo, con efectos crónicos a nivel individual. La intoxicación está más relacionada con efectos agudos como la accidentabilidad, la violencia y los conflictos sociales. La dependencia, derivada de un consumo sostenido de alcohol, tiene importantes consecuencias tanto agudas como crónicas, asociándose con más de 60 enfermedades físicas y mentales, así como con numerosos problemas sociales, que afectan a personas ajenas al propio bebedor y tienen en la violencia una clara repercusión. Muchos de estos efectos se producen incluso en dosis muy bajas, por lo que actualmente no hay una dosis de consumo que sea segura o que produzca un efecto beneficioso neto sobre la salud a nivel poblacional<sup>3</sup>.

## ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL

En la etiología del alcoholismo se involucran factores genéticos, psicosociales y ambientales. Por ello en su estudio hay que observar los tres niveles básicos de la vida del paciente: individual, familiar y social. Los fenómenos que contribuyen al desarrollo de dependencia son aquellos relacionados directamente con el sistema de recompensa (refuerzo positivo) y los que implican a otros sistemas de forma que el consumo de alcohol se comporta como un refuerzo negativo. En ambos procesos intervienen diferentes sistemas de transmisión. Se implican en la dependencia de alcohol los circuitos anatómicos de recompensa: haz prosencefálico medial, área tegmental ventral, hipotálamo lateral y áreas de la corteza prefrontal. También están implicadas las vías de neurotransmisión dopaminérgica, noradrenérgica, serotoninérgica, glutamatérgica, de opioides endógenos, GABA, y canales del calcio.

El consumo agudo de alcohol produce sedación y euforia por liberación de dopamina, inhibición de los canales de calcio, inhibición de los receptores para glutamato NMDA (N-metil-D-aspartato) y potenciación del GABA. El consumo crónico produce deseo de consumo por disminución niveles de dopamina, incremento canales del calcio, incremento de los receptores de NMDA y disminución del GABA. En la abstinencia se produce un estado de excitabilidad neuronal en el que están implicados el elevado número de receptores NMDA, y canales de Calcio y la disminución de gabaérgicos. La actividad del receptor NMDA en hipocampo puede provocar convulsiones y el aumento de liberación de dopamina en hipocampo puede provocar alucinaciones en el delirium<sup>4</sup>.

## FARMACOLOGÍA CLÍNICA

El alcohol etílico o etanol (CH<sub>3</sub>-CH<sub>2</sub>-OH) es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, muy hidrosoluble. Su molécula pequeña es y poco polar, por lo que atraviesa bien las membranas biológicas. 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 kilocalorías.

Se absorbe rápidamente en el estómago (20%) e intestino delgado, por difusión simple. La rapidez de absorción depende de presencia de alimentos en el estómago,

cantidad de alcohol ingerida y tipo de bebida. Parte del alcohol se metaboliza en estomago por la alcohol-deshidrogenasa (ADH) que es menor en la mujer. Se distribuye rápidamente por todo el organismo, excepto por el tejido graso, y alcanza la máxima concentración a los 30-90 minutos de su ingesta. Atraviesa con facilidad todas las barreras. Se metaboliza en su mayor parte por vía hepática, eliminándose principalmente por vía renal.

El alcohol ejerce importantes efectos farmacológicos que dependen de la concentración de alcohol en sangre, tipo de consumo (agudo o crónico), y de características de la persona.

La duración de un episodio de intoxicación depende de factores como la cantidad y el tipo de bebida alcohólica ingerida, la rapidez de la ingesta, y de la absorción dependiendo si la ingesta se realizó o no con comida. Cuando la intoxicación se hace progresivamente más intensa pasa por tres fases: excitación psicomotriz, incoordinación con depresión cerebral y coma. Puede asociarse a amnesia para los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación. Con el desarrollo de tolerancia, los efectos motores, sedantes y ansiolíticos del alcohol disminuyen de intensidad<sup>5</sup> (Tabla I).

**Tabla I: Acciones del alcohol**

— Alcoholemia de 0,1-0,3 g/l:	Euforia Excitación Locuacidad Disminución rendimiento intelectual Alargamiento tiempos de reacción
— Alcoholemia de 0,3-0,5 g/l:	Excitabilidad emocional Disminución de la agudeza visual Disminución capacidad de juicio Relajación Sensación de bienestar Deterioro de los movimientos oculares
— Alcoholemia de 0,5-0,8 g/l:	Reacción general enlentecida Alteraciones en los reflejos Perturbación motriz Euforia, distensión y bienestar Impulsividad Sobrevaloración de las capacidades
— Alcoholemia de 0,8-1,5 g/l:	Embriaguez importante Reflejos muy perturbados con lentificación de respuestas Pérdida de control y problemas de coordinación Dificultad de concentrar la vista Disminución de la vigilancia y percepción del riesgo
— Alcoholemia de 1,5-2,5 g/l:	Embriaguez neta con efectos narcóticos y confusión Cambios conductuales imprevisibles Agitación psicomotriz Perturbaciones psicosenoriales y confusión mental Visión doble y actitud titubeante
— Alcoholemia por encima de 3 g/l:	Embriaguez profunda Estupor con analgesia y progresiva inconsciencia Abolición de los reflejos Parálisis Hipotermia Coma con depresión bulbar, y muerte

Los trastornos relacionados con el alcohol se clasifican en abuso (DSM-IV-TR), consumo perjudicial (CIE 10) y dependencia, intoxicación y síndrome de abstinencia (6,7) (Tabla II, III y IV).

**Tabla II: Síndrome de dependencia de alcohol (dsm-iv)**

Patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento continuado de 12 meses:

1. Tolerancia
2. Abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos del alcohol
6. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de alcohol
7. Persistencia del consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales

**Tabla III: Intoxicación alcohólica aguda (DSM-IV-TR: F10.0)**

- A. Ingestión reciente de alcohol
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos que se presentan durante la intoxicación o a pocos minutos tras la ingesta de alcohol
- C. Al menos un de los siguientes signos:
  - Lenguaje farfullante
  - Incoordinación
  - Marcha inestable
  - Nistagmus
  - Deterioro de la atención o de la memoria
  - Estupor o coma
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

**Tabla IV: Abstinencia alcohólica**

- A. Interrupción (o disminución) de un consumo prolongado de alcohol y en grandes cantidades
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A:
  - Hiperactividad autonómica (sudoración o más de 100 pulsaciones)
  - Temblor distal de manos
  - Náuseas o vómitos
  - Insomnio
  - Ansiedad
  - Agitación psicomotora
  - Alucinaciones visuales, táctiles, o auditivas transitorias o ilusiones
  - Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
- C. Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad socio-laboral.
- D. Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental o físico, como el delirium por abstinencia alcohólica

Se habla de consumo problemático cuando aparece algún problema relacionado con el alcohol. El consumo perjudicial (CIE 10) se refiere a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida. El abuso de alcohol (DSM-IV-TR) habla de un patrón desadaptativo que conlleva problemas. El síndrome de dependencia de alcohol se refiere a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas.

La vinculación patológica al alcohol evoluciona durante 5-15 años hacia una expresión de alteraciones físicas y psíquicas, consecuencia de la intoxicación prolongada. En este tiempo las alteraciones que produce el alcohol son subclínicas, después surgen las alteraciones psíquicas.

La mayor complicación de la intoxicación etílica son los accidentes de tráfico. Se relaciona también con actos criminales y suicidios, accidentes y caídas que producen fracturas y traumatismos cráneo-encefálicos. La exposición a la intemperie puede ocasionar congelación o quemaduras. Por supresión de los mecanismos inmunológicos puede predisponer a las infecciones.

La intoxicación patológica se define por alteración conductual importante incluyendo, casi siempre, agresividad, que aparece a los pocos minutos de la ingestión de alcohol en una cantidad que es insuficiente para provocar intoxicación en la mayor parte de la gente. La conducta es atípica, en el sentido de que no se presenta cuando el sujeto no ha bebido.

El delirium por abstinencia alcohólica (delirium tremens) se caracteriza por confusión de conciencia, agitación, temblor intenso de manos, alucinaciones frecuentemente zoópsicas y micrópsicas (espontáneas o provocadas), delirio ocupacional e hiperactividad autónoma. A veces se precede de crisis convulsivas generalizadas de abstinencia. Suele iniciarse al segundo o tercer día de haber interrumpido o reducido la ingestión de alcohol, aunque ocasionalmente puede aparecer antes, o transcurrido una semana de abstinencia. El síndrome se desarrolla en general en dos o tres días a no ser que se presente alguna complicación debido a la asociación con otras enfermedades. El primer episodio de esta alteración suele darse de 5 a 15 años después de haberse establecido un hábito persistente de beber alcohol. La presencia de una enfermedad física concomitante puede predisponer a este síndrome. La mortalidad del delirium tremens afecta al 10% de los pacientes no tratados y al 25% de los pacientes con enfermedades concomitantes.

La alucinosis alcohólica es una alucinosis orgánica de desarrollo breve (48 horas) con alucinaciones vívidas y persistentes (auditivas o visuales) tras la interrupción o disminución de la ingesta alcohólica en un individuo que parece presentar una dependencia alcohólica, pero que no cursa con delirium. El primer episodio de esta alteración suele darse después de diez años de ingesta exagerada de bebidas alcohólicas. El trastorno puede llegar a tener una duración de varias semanas o meses.

La encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff son encefalopatías agudas o subagudas que se producen por deficiencia de tiamina en pacientes alcohólicos crónicos después de varios años de evolución. La encefalopatía de Wernicke se caracteriza clínicamente por confusión de conciencia (confusión, apatía, somnolencia), parálisis oculomotoras, nistagmus vertical y ataxia. Debe tratarse urgentemente con tiamina por vía parenteral, para evitar su evolución hacia un síndrome de Korsakoff. Este síndrome se caracteriza por amnesia retrógrada, amnesia anterógrada, confabulación, alteración de la atención/concentración, introspección limitada de su incapacidad, apatía e indiferencia. Se altera la memoria declarativa (memoria directamente accesible al conocimiento) pero no la memoria de procedimiento (habilidades aprendidas, no declarables). También se altera la memoria episódica (para sucesos específicos) y no la memoria semántica (lenguaje, reglas, relaciones y principios generales).

La existencia de la demencia alcohólica primaria ha sido discutida. La posible etiología sería la doble vulnerabilidad para los déficits de tiamina y los efectos neurotóxicos directos del alcohol. Los síntomas característicos de afasia-apraxia-agnosia se observan sólo en un tercio de los casos. La presencia de ataxia y neuropatía periférica es muy frecuente. Los déficits típicos son razonamiento complejo, planificación, pensamiento abstracto, juicio, atención y memoria. Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otros tipos de demencia. Aunque las deficiencias persisten pueden mejorar algo si se mantienen años sobrios.

El síndrome alcohólico fetal es una embriofetopatía que se presenta entre los hijos de madres alcohólicas. Se caracteriza por retraso prenatal y postnatal del crecimiento, deficiencia mental y psicomotora, dismorfología facial con microcefalia, microftalmía o

fisuras palpebrales cortas, párpado superior delgado y aplanamiento de la región maxilar. Otras malformaciones son hemangiomas, anomalías menores de articulaciones y extremidades, anomalías genitales, defectos cardíacos, surcos palmares únicos<sup>5, 8, 9</sup>.

## DIAGNÓSTICO DEL ALCOHOLISMO

El diagnóstico de alcoholismo supone la elaboración de una correcta anamnesis, junto con la correcta exploración clínica. Es necesario realizar la valoración de la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica. Puede ser útil el uso de cuestionarios diagnósticos. Realizaremos una analítica completa con marcadores biológicos y un adecuado diagnóstico dual de las psicopatologías previas o asociadas.

Las dificultades diagnósticas dependen de conceptos de tipo epidemiológico (cantidades y frecuencia de bebida) y de tipo clínico (problemas por el consumo), excesiva rigidez de los criterios diagnósticos, ausencia en ocasiones de complicaciones somáticas objetivables, escasa conciencia de patología con negación del problema por el paciente y banalización por parte del profesional.

En la anamnesis y exploración clínica se valorará el consumo alcohólico y sus repercusiones (trastornos conductuales, repercusiones familiares, sociales y legales). En la exploración física se buscarán alteraciones somáticas y otros datos, inespecíficos pero orientativos sobre el abuso de alcohol, y signos clínicos que evidencien las consecuencias del consumo etílico.

Los registros del consumo de alcohol aportarán datos sobre la duración, frecuencia y cantidad de la ingesta de cada consumición. Son muy recomendables aunque poco registrados en Atención Primaria, donde el consejo terapéutico sobre la reducción de un consumo de riesgo puede ser útil. Orientan hacia un patrón de consumo clásico latino o hacia el intermitente anglosajón a la vez que evalúa el consumo con o sin riesgo, y el consumo patológico. El consumo de alcohol medido en gramos de alcohol se calcula multiplicando los mililitros de bebida por la graduación de la misma y por 0,8 y dividiendo el resultado por 100. Cada vez es más frecuente el uso de la Unidad de Bebida Estándar (UBE) que se refiere al contenido medio en alcohol de una consumición habitual en cuanto a su graduación y volumen. Se acepta que 1 UBE equivale a 10 gramos de alcohol. En función de la cantidad de alcohol consumido se clasifican los bebedores en grados<sup>9, 11</sup> (Tabla V).

Tabla V: Patrones de consumo en función de la cantidad de consumo

	Hombre	Mujer
Abstemio: No consume alcohol de forma habitual		
Bebedor ligero	1-2 UBE/día	1-2 UBE/día
Bebedor moderado	3-6 UBE/día	3-4 UBE/día
Bebedor alto	7-8 UBE/día	5-6 UBE/día
Bebedor excesivo	9-12 UBE/día	7-8 UBE/día
Gran riesgo	> 13 UBE/día	> 8 UBE/día
Bebedor problema =consumo perjudicial		
Consumo de riesgo	> 4 UBE/día	> 2,5 UBE/día

Unidad de Bebida Estándar (UBE): contenido medio en alcohol de una consumición habitual en cuanto a su graduación y volumen. 1 UBE = 10 g alcohol.

Gramos de alcohol = ml de bebida X graduación de la bebida X 0,8 / 100

Diversos tests de detección y cuestionarios diagnósticos son eficaces en la detección y diagnóstico de los trastornos relacionados con el uso del alcohol. Aun siendo herramientas muy útiles para la detección de consumos de riesgo y del alcoholismo, cuando tengan finalidad diagnóstica deben emplearse siempre en el transcurso de una entrevista

estructurada y nunca pueden sustituir a la anamnesis y exploración clínica. Pueden utilizarse para:

1. Detección o screening de casos. Ayudan a identificar los sujetos que cumplen criterios diagnósticos de abuso o dependencia al alcohol y requieren una evaluación adicional para definir el diagnóstico final.
2. Diagnóstico. Cuantifican la presencia y, en su caso, la gravedad de los síntomas que constituyen la dependencia.
3. Evaluación de la gravedad e intensidad de la dependencia, evaluación del craving.
4. Evaluación de la motivación.

## Cuestionarios de detección o screening

La identificación precoz de los consumidores de riesgo es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario. El cribado sistemático es la estrategia más adecuada para identificar precozmente los consumidores de riesgo<sup>3</sup>.

El objetivo de los cuestionarios de detección es establecer un cribaje previo al diagnóstico, con detección precoz de casos. Deben de ser sencillos en la aplicación y resultar útiles en la clínica y en la investigación epidemiológica. Un resultado negativo en estos test no excluye el problema, dado que la negación y posturas defensivas pueden provocar falsos negativos por lo que hay que complementarlos con pruebas biológicas y entrevistas a acompañantes antes de formular un diagnóstico. Los más utilizados son el CAGE y el AUDIT. Otros son el CBA o Cuestionario Breve para Alcohólicos, el MALT o Münchner Alkoholismus Test, el MAST o Michigan Alcoholism Screening Test, el DPI o Índice de Problemas con la Bebida (diseñado específicamente para población mayor de 55 años), el AAIS o Adolescent Alcohol Involvement Scale (identifica adolescentes con problemas relacionados con la bebida) o el T-ACE y TWEAK (diseñados específicamente para detectar casos de alto riesgo en mujeres).

El CAGE consta de 4 ítems. Su sensibilidad es del 65-100% y su especificidad del 80-100%. Se considera positivo si se responde afirmativamente a un mínimo de dos preguntas. No estudia cantidad, frecuencia ni tiempo de la ingesta. Diseñado para detección del alcoholismo. Útil en el cribaje en Atención Primaria (12,13) (Tabla VI).

**Tabla VI: Cuestionario CAGE**

---

¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que reducir dejar la bebida? (Cut down)
¿Le han molestado las observaciones de la gente acerca sus hábitos de bebida? (Annoyed)
¿Se ha sentido alguna vez a disgusto o culpable por su costumbre de beber? (Guilty)
¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana para sentirse en forma? (Eyeopen)

---

El AUDIT o Alcohol Use Disorders Identification Test contiene 10 ítems referidos al consumo en el último año. Discrimina consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. El rango de puntuación va de 0 a 40 puntos. Es un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol. Puntuaciones superiores a 8 es indicativo de bebedor de riesgo, y superiores a 13 indican probable dependencia (14,15) (Tabla VII). Una versión reducida, el Audit-C (Tabla VIII) es el cuestionario de elección para el cribado de consumos de riesgo en el ámbito sanitario. Su punto de corte para el consumo de riesgo es de 5 o más en varones y 4 o más en mujeres (16,17). El Audit es el cuestionario de elección para la detección del síndrome de dependencia alcohólica en el ámbito sanitario<sup>3</sup>.

## Cuestionarios y entrevistas diagnósticas

Cuantifican la severidad o intensidad de la dependencia, sin comprobar el cumplimiento de los criterios diagnósticos propios. No detectan precozmente casos patológicos sino que confirman y evalúan la enfermedad. Suelen ser entrevistas

estructuradas adaptadas a los criterios de las diversas taxonomías. Son numerosos, entre los más utilizados tenemos la Alcohol Clinical Index (ACI) de 54 ítems divididos en cuatro áreas., la Alcohol Dependence Scale (ADS) para determinar la severidad de la dependencia, la Addiction Severity Index (ASI), 200 ítems que evalúa 7 áreas diagnosticas, la Adolescent Diagnostic Interview (ADI), la Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI), la Diagnostic Interview Schedule (DIS-IV) o la Clinical Instituto Withdrawal Assessment (CIWA), La versión CIWA-AR (escala del Instituto Clínico, en versión española) consta de sólo 10 ítems. Se administra por personal sanitario en la fase de desintoxicación. Requiere 2 minutos para evaluar la intensidad y severidad de la sintomatología de abstinencia.

Tabla VII: AUDIT

1) ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?				
Nunca	Menos de una vez al mes	2 ó 3 veces al mes	2 ó 3 veces por semana	4 ó más veces por semana
2) ¿Cuántas consumiciones de “bebidas alcohólicas” suele realizar en un día de consumo normal?				
1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 ó 9	10 ó más
3) ¿Con qué frecuencia toma seis o más “bebidas” en una sola ocasión?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario, o casi a diario
4) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había comenzado?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario, o casi a diario
5) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	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 no haber bebido mucho el día anterior?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	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?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez a la semana	Una vez a la semana	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?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario, o casi a diario
9) ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque había bebido?				
No	Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año	
10) ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?				
No	Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año	

Tabla VIII: AUDIT (C)

- 
- 1) ¿Con qué 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/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
- 

## Evaluación de la gravedad o intensidad de la dependencia

Muchos de las anteriores escalas como ASI, ADS, CIWA, SADQ, EIDA, además de realizar el diagnóstico aportan datos sobre la gravedad e intensidad de la dependencia. Otras son la Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) o la Escala de la intensidad de la dependencia alcohólica (EIDA) que es un cuestionario autoaplicado constituido por 30 ítems, que mide síntomas físicos de abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de abstinencia, consumo habitual de alcohol, reinstauración de la sintomatología tras la recaída, capacidad de control<sup>18</sup> (Tabla IX). Otras son la escala analógica visual de craving (0-10), la EMCA o Escala multidimensional de craving, o el cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivos de la bebida de 14 ítems.

## Evaluación de la motivación

Puede realizarse con diversas escalas como la CPD o Perfil de bebida, el AUI o Inventario del uso del alcohol, el IDS o Inventario de situaciones de riesgo, el AEQ o Cuestionario de expectativas para beber, el ABQ o Cuestionario de creencias sobre el alcohol, o la URICA de 32 ítems de Prochaska y Di Clemente.

A pesar de la utilidad de todos los test y cuestionarios anteriores, no existen pruebas específicas para el diagnóstico del alcoholismo. Este ha de basarse en la correcta anamnesis y exploración clínica, que puede complementarse con el uso de cuestionarios de identificación, y ha de realizarse la determinación de pruebas biológicas. El diagnóstico se realiza con una correcta historia clínica que no debe ni puede ser sustituida por cuestionarios o pruebas de laboratorio. Dentro de la anamnesis es importante el registro del consumo de bebidas alcohólicas. Para detectar casos de alcoholismo en grandes poblaciones se recomienda el CBA. En la detección en atención primaria se usa el CAGE y AUDIT-C. Para confirmar el diagnóstico en atención primaria pueden ser útiles el AUDIT y MALT. El EuropASI es eficaz en atención especializada.

También resultan útiles las escalas de gravedad como EIDA y la valoración del deseo por el consumo<sup>11</sup>.

**Tabla IX: Escala de intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA)**

En los últimos 6 meses, durante el período de tiempo en que bebía mucho:

- 1 Me despertaba sudando
- 2 Me temblaban las manos a primera hora de la mañana
- 3 Tenía náuseas a primera hora de la mañana
- 4 Todo mi cuerpo temblaba violentamente si no bebía algo
- 5 Me despertaba completamente bañado en sudor
- 6 Temía que llegase la hora de levantarme
- 7 Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana
- 8 Me sentía próximo a la desesperación al despertarme
- 9 Me sentía muy nervioso al despertarme
- 10 Me sentía asustado al despertarme
- 11 Me gustaba beber alcohol por la mañana
- 12 Tenía ganas de beber alcohol al despertarme
- 13 Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana
- 15 Bebía por la mañana para calmar los temblores
- 16 Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme
- 17 Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino o 8 cañas de cerveza)
- 18 Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente son 2 botellas de vino o 16 cañas de cerveza)
- 19 Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente son 3 y media botellas de vino o 32 cañas de cerveza)
- 20 Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente son 7 botellas de vino o 64 cañas de cerveza)
- 21 Llegaba a beber en menos de una hora 8 copas de licor (el equivalente son 2 botellas de vino o 18 cañas de cerveza)
- 22 Después de haber tomado algunas copas me apetecía seguir bebiendo
- 23 Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido
- 24 No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas (trabajo, estudio, reuniones, etc.)
- 25 Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto
- 26 Había días en los que conseguía no beber nada

Si tras varias semanas de abstinencia tiene una recaída durante la cual pasa 2 días bebiendo en exceso, ¿cómo se encontraría la mañana siguiente a esos 2 días?

Por la mañana comenzaría a sudar

- 25 Tendría temblor en las manos
- 28 Tendría náuseas
- 29 Mi cuerpo temblaría
- 30 Mis deseos por beber serían:

En los ítems 1-25 se emplea una escala de frecuencia de cuatro puntos (nunca o casi nunca = 0, a veces = 1, a menudo = 2, y casi siempre = 4). Las preguntas 23-25 se puntúan en sentido inverso.

En los ítems 26-30 se utiliza una escala de intensidad (nada = 0, un poco = 1, moderadamente = 2, bastante = 3)

## MARCADORES BIOLÓGICOS DEL ALCOHOLISMO

La identificación física se basa en la búsqueda de estigmas físicos indicativos de daños en órganos y sistemas (rubicundez, hipertrofia parotídea, alopecia y distribución ginoide del vello, etc.) y fundamentalmente en base a una serie de parámetros biológicos indicativos de alteraciones hepáticas y/o metabólicas (disminución del tiempo de protrombina, aumento de la GGT, GOT, GPT, VCM, ácido úrico, triglicéridos, urea, CDT, etc.)

El volumen corpuscular medio o VCM eritrocitario se encuentra elevado en 31-96% de pacientes alcohólicos. Se origina por efecto tóxico directo del alcohol sobre los hematíes, deficiencia de ácido fólico y hepatopatía asociada. La sensibilidad es variable (25-50%), pero aumenta al 75-80% en pacientes ambulatorios, en los que no es frecuente otras causas de macrocitosis (anemias por déficit de vitamina B12 o ácido fólico, hepatopatías, hemólisis, enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, hemopatías, hipotiroidismo, citostáticos...) Consumos mayores de 60 gr./día elevan en un 20-60% el VCM, dejándolo entre 90 y 100. Valores mayores de 96 son considerados indicativos de abuso de alcohol. El VCM disminuye lentamente con la abstinencia y se normaliza en 3-4 meses, volviendo a elevarse tras la ingesta<sup>19</sup>.

La GGT o gammaglutamil transpeptidasa sérica es el marcador más utilizado por su alta sensibilidad (65-80%) y facilidad de determinación. Su especificidad es menor (50-65%) ya que puede aumentarse en hepatopatías, colestasis, pancreatitis, diabetes, obesidad, insuficiencia cardíaca... Por ello el 50% de las elevaciones pueden tener un origen distinto al alcoholismo. Está elevada en 34-85% de pacientes alcohólicos. Se eleva con consumos mayores de 40-60 gr./día. Útil en las recaídas. No se modifica tras la ingestión aguda de alcohol, sino tras la ingestión crónica. La abstinencia prolongada disminuye los valores séricos, alcanzándose valores normales al cabo de 2-3 meses para aumentar al reiniciar el consumo<sup>20</sup>.

La determinación de VCM y GGT permite identificar más del 75% de bebedores excesivos.

La GOT o AST (glutámico-oxalacético trasaminasa o aspartato-anminotransferasa) y GPT o ALT (alanino-anminotransferasa) son sensibles pero muy poco específicas (suelen indicar afectación hepática con citolisis). Elevada en 32-77% de pacientes alcohólicos. Un 30% de alcohólicos presentan dislipemias, especialmente hipertrigliceridemia. El ácido úrico suele elevarse en pacientes alcohólicos masculinos, aunque es poco sensible y poco específico del alcoholismo.

La CDT o transferrina deficiente en carbohidratos se utiliza en la clínica desde 1992. Elevada en el 80% de bebedores de riesgo (que consumen entre 50-60 gr. de alcohol/día) y en el 90% de pacientes alcohólicos. Su vida media es de 15 días, por lo que tras la abstinencia sus valores se normalizan en dos semanas y vuelve a subir tras las recaídas, siempre que se beba más de 50 gr. de alcohol/día durante una semana. La especificidad de la CDT es mayor que la de los otros marcadores. Existen falsos negativos dado que el 18% de bebedores crónicos y excesivos tienen una CDT normal. Sensibilidad del 82% y especificidad del 91,5% con un punto de corte para el varón de 20 U/l y de 26 U/l para la mujer, con mejores resultados si se utiliza la %CDT (valor relativo mayor de 6 en ambos sexos). Utilizado en monitorización y control de la abstinencia<sup>11</sup>.

## TRATAMIENTOS EN ALCOHOLISMO

La alta prevalencia del consumo de alcohol y de las patologías asociadas, así como de las implicaciones sociolaborales que tal dependencia ocasiona, han hecho de la prevención y tratamiento del alcoholismo una de las cuestiones sanitarias de mayor interés. Sumado esto a la complejidad causal, conceptual y relacional del asunto, no es de extrañar que las aportaciones terapéuticas sean variadas, diversas en sus orientaciones, y que no siempre persigan los mismos objetivos.

No es posible hablar de un tratamiento genérico de elección para el alcoholismo. En la actual concepción del trastorno adictivo como procesual, con fases de recaída y abstinencia, parece más adecuado situar el estado de la cuestión en elegir aquella opción terapéutica que mejor se adapte a las necesidades del paciente concreto y en su situación actual. Se engloba ampliamente en el concepto de necesidades no sólo las inmediatas, sino también las de medio y largo plazo, dentro de la perspectiva más longitudinal del alcoholismo. Muchas veces, las opciones terapéuticas y sus criterios tanto de inclusión y exclusión como de ejecución no se encuentran nítidamente definidos. En estos casos lo que realmente es importante es clarificar el objetivo perseguido en función de las demandas, necesidades, características y repercusiones del consumo, así como los medios que se disponen para conseguirlo.

De manera genérica, todo programa terapéutico sobre alcoholismo se basa en un trabajo motivacional previo pero también continuado y concomitante con los diversos programas específicos. Conceptos como técnicas motivacionales y estadios de cambio son básicos para el trabajo en alcoholismo, cualquiera que sea la orientación y opción terapéutica elegida.

Una gran parte de la población de consumidores de alcohol (que en nuestra cultura se traduce sencillamente por una gran parte de la población), no precisará, al menos de entrada, programas especialmente intensos sino intervenciones breves de carácter preventivo. Dichas actuaciones se realizan generalmente en el ámbito de Atención Primaria (aun cuando pueden ser aplicables en otros ambientes: medicina laboral...), y están centradas de manera general sobre dos grupos de sujetos: aquellos consumidores de riesgo que no han desarrollado criterios de dependencia ni consecuencias graves del consumo; y sujetos que han sufrido consecuencias recientemente, quienes aun con criterios de dependencia no tengan actualmente motivación y quienes relativizan su problema a pesar de claras consecuencias en cualquiera de los ámbitos señalados. Se persigue con un mínimo de información, pautas y seguimiento, la reducción del consumo de alcohol en la población y/o la adecuación a niveles no patológicos o problemáticos; así como facilitar la derivación a recursos especializados cuando se considere oportuno según criterios. Son intervenciones sencillas, fácilmente estructuradas, que requieren mínima formación y esfuerzo en el agente terapéutico, y que han resultado exitosos en diferentes parámetros (eficacia, rentabilidad, prevención...).

Cabe destacar, a este respecto, que si bien en la mayor parte de las adicciones se plantea como objetivo final la abstinencia plena (fin también perseguido clásicamente en el alcoholismo), cabe cuando menos plantearse la validez de una opción de consumo controlado y moderado.

Dicha opción podría ser factible en aquellas personas de mediana edad que por demanda socio-laboral y por deseo propio eligen beber de tal manera que no dañe su salud. Estos programas, por tanto, requieren una serie de criterios de inclusión mínimos que garanticen la protección de la salud en su más amplio significado. Así, serían candidatos a un beber controlado quienes "necesiten" hacerlo por cuestiones laborales y sociales, o quienes quieran consumir alcohol moderadamente, y que no presenten criterios de dependencia moderada-grave, ni patología física ni psiquiátrica, que aconsejen seriamente la abstinencia. Igualmente el consumo de alcohol no deberá haber generado complicaciones sociales, legales, familiares, laborales... Se persigue con estos programas un consumo moderado, no diario, de baja cuantía, evitando consumos masivos, puntuales, incluyendo periodos de abstinencia y previniendo todo tipo de complicaciones físicas, psíquicas y sociales.

La desintoxicación suele ser habitualmente un paso necesario en el tratamiento del alcoholismo, sobre todo en programas que persiguen la abstinencia. Como tal se entiende la supresión controlada y brusca del consumo de alcohol, con el apoyo de determinadas sustancias que facilitan la misma evitando las sensaciones y síntomas de malestar que pudieran aparecer (y hacer fracasar el proceso), así como previniendo las complicaciones físicas y/o psíquicas que pudieran derivarse de una retirada rápida y total. Se trata, por

tanto, de un tratamiento recortado en el tiempo, con límites claros, cuyo único objetivo es la abstinencia. Generalmente es el paso necesario para programas más amplios y completos que abordan los diferentes factores que inciden en la adicción al alcohol (programas de deshabituación en sentido amplio). Rara vez la opción que muchos pacientes señalan de una reducción progresiva de alcohol hasta la abstinencia completa tiene éxito. Sí puede estar indicado dicho planteamiento de manera controlada por el terapeuta para iniciar propiamente la desintoxicación sobre menores niveles de consumo. No obstante hoy día los recursos terapéuticos disponibles hacen innecesario tal reducción previa, siendo de elección un programa de desintoxicación rápido y controlado. Dichos programas se planifican en primer lugar bajo la necesidad de una desintoxicación ambulatoria o desintoxicación hospitalaria. Las primeras pueden llevarse a cabo si existe una buena motivación por parte del sujeto, con buen apoyo socio-familiar, tiene un consumo moderado de alcohol, sin presentar enfermedades físicas o psíquicas potencialmente graves, que no haya fracasado repetidas veces en intentos ambulatorios previos y que carezca de antecedentes de delirium tremens o crisis convulsivas en abstinencias previas. La presencia de sintomatología de abstinencia severa contraindica, también este tipo de desintoxicaciones.

Alcoholismos crónicos con patrones de consumo marcados, de dosis moderadas-altas, con repercusiones físicas o psíquicas graves (se incluyen también trastornos psiquiátricos previos o concomitantes severos), con historia previa de fracasos en las desintoxicaciones ambulatorias y/o sintomatología severa de abstinencia (convulsiones, delirium...), así como falta de apoyo social, son candidatos a tratamiento hospitalario. Los programas de desintoxicación se realizan suprimiendo de forma brusca el consumo de alcohol (lo que generaría un cuadro de abstinencia) y empleando diferentes sustancias (en función de las características y necesidades del paciente) para prevenir dicho cuadro de abstinencia. Benzodiazepinas principalmente, y también tiapride, clometiazol... entre otros son las sustancias habitualmente empleadas. Recientemente se ha señalado el uso de otros fármacos como oxcarbamecina, gabapentina, topiramato, como coadyuvantes en el proceso de desintoxicación, y en algunos casos como agente único en dicho tratamiento. En los programas de desintoxicación habitualmente se suelen emplear pautas o protocolos más o menos fijas y estándar que garanticen el objetivo siempre y cuando permitan la flexibilidad necesaria para adecuarse a cada caso (11,21).

La fase de deshabituación sigue a la desintoxicación en el tratamiento del alcoholismo. Se trata de un periodo cuyo objetivo principal es la recuperación de un estilo de vida normalizado y sano, que prevenga la recaída. Diferentes propuestas farmacológicas y psicoterapéuticas son útiles en la consecución de este objetivo, y no de manera excluyente ni exclusiva. Las principales actuaciones terapéuticas están dirigidas a provocar aversión al consumo de alcohol, utilizando fármacos antidipsotrópicos o interdictores, que actúan inhibiendo la metabolización del acetaldehído, disminuir el refuerzo asociado a su consumo, disminuir la intensidad de los síntomas de abstinencia condicionados a las situaciones de consumo y que incrementan el deseo de beber y aumentar la capacidad de control. En la prevención de recaídas y a nivel farmacológico se pueden emplear distintas estrategias. Por un lado están los fármacos interdictores o aversivos, sustancias como la cianamida cálcica y el disulfiram, que provocan la acumulación de acetaldehído al inhibir la enzima aldehído deshidrogenasa del metabolismo del alcohol. De esta manera generan en el individuo sensaciones subjetivas y fisiológicas desagradables que dificultan la recaída. El tratamiento se basa por tanto en el refuerzo negativo que supone para el consumo la previsible reacción cuando se combina alcohol y fármaco. Su empleo debiera reservarse en situaciones de buen apoyo familiar y posibilidad de supervisión del tratamiento. Su uso no es excluyente del empleo de otros fármacos como naltrexona o acamprosato. En los últimos años están tomando auge determinadas opciones como acamprosato y naltrexona, topiramato..., como fármacos que disminuyen por mecanismos diversos el deseo de beber y el uso compulsivo de la bebida. A este mismo efecto general podrían contribuir otras sustancias como la gabapentina, la pregabalina, la oxcarbamecina, el tiapride, ciertos ISRS... entre otros<sup>22</sup>. En 2006 la FDA aprobó la presentación depot de naltrexona<sup>23</sup>. A grandes líneas se podría concluir que la naltrexona es el producto que

más claramente ha mostrado su eficacia, sobre todo en evitar un consumo abusivo y mantener programas de beber controlado. Su utilidad para mantener la abstinencia es menor<sup>24</sup>. Su efectividad aumenta considerablemente con su integración en programas psicoterapéuticos, en especial cognitivo-conductual<sup>25</sup>. Una propuesta de intervención clínica vendría de la necesidad de proponer perfiles de pacientes que más se beneficien de cada uno de los fármacos y programas<sup>19,26</sup>.

Casi desde cada una de las escuelas psicológicas se ha propuesto programas para la rehabilitación del alcoholismo y su tratamiento. La estructura básica de un programa cognitivo-conductual de tratamiento de alcoholismo incluye la motivación para la abstinencia y la prevención de recaída, así como una serie de herramientas encaminadas al afrontamiento tanto de la sintomatología de abstinencia como de aquellos factores que hayan guardado relación tanto en el inicio como en el mantenimiento del hábito alcohólico. Se citan entre otras las técnicas de resolución de conflictos, manejo de la ansiedad y depresión, habilidades sociales... Muchas de estas terapias se complementan con, o consisten exclusivamente en, técnicas de grupo. Esta modalidad terapéutica está dirigida por un terapeuta profesional hacia determinados objetivos a través de la participación en un grupo. Se diferencia así de otras ofertas también útiles para la deshabitación como son los grupos de autoayuda, compuestos generalmente por alcohólicos y ex-alcohólicos, que comparten experiencias y se apoyan en su propósito de abstinencia y curación.

En determinados sujetos y situaciones las perspectivas de lograr la abstinencia plena y la deshabitación son difícilmente conseguibles, bien por falta de voluntad y/o motivación del paciente, bien porque la patología médica, psiquiátrica, o el apoyo psicosocial, lo dificultan. En estos casos pueden ser útiles, al menos de entrada, plantear programas de reducción de riesgos y daños, y prevención de patologías. Este tipo de programas, que han demostrado su utilidad y eficacia en diferentes parámetros, surgen a imitación de los programas de reducción de daños de la epidemia del VIH. Se encaminan, de entrada, a favorecer un mínimo contacto con el entorno sanitario, que permita objetivos posteriores más ambiciosos. Los programas de este tipo tratan de enseñar al paciente cómo disminuir su consumo de alcohol, y actúan sobre las complicaciones y factores asociados al mismo<sup>27</sup>.

En relación con la patología psiquiátrica que se deriva del abuso y dependencia de alcohol, la primera de las opciones terapéuticas es la abstinencia absoluta. El consumo de alcohol puede ocasionar por sí solo cuadros de contenido depresivo y ansioso, también psicótico, que mejoran y desaparecen con la abstinencia. Para aquellos episodios que persisten no obstante la misma, se propone el empleo de fármacos antidepresivos (ISRS, ADT...) y ansiolíticos, procurando evitar aquellos que como las benzodiacepinas supongan riesgo de abuso. Otras patologías psiquiátricas requieren abordajes más específicos<sup>27</sup>.

Finalmente conviene destacar como problemas asociados de especial interés el riesgo aumentado de suicidio entre los consumidores de alcohol, que requiere para su prevención de programas específicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio Español sobre Drogas, Informe 2006. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid, 2007.
2. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas en España, 2006.
3. 1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de los problemas derivados del alcohol. Lizarbe Alonso V, Rodríguez-Martos A (Coordinadores). Madrid 2007.
4. Guerri C. Bases biológicas. Alcohol. Tratado SET de trastornos adictivos. Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana 2006; 153-7.
5. Rubio G, Santo-Domingo J. Clínica psiquiátrica del alcoholismo. Tratado SET de trastornos adictivos. Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana 2006; 169-72.

6. DSM IV-TR. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Texto revisado. Masson, Barcelona 2002.
7. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de las enfermedades mentales. 1992.
8. APA. American Psychiatric Association. Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastornos por consumo de sustancias. EDIKA MED (Ed Esp), Barcelona 1997.
9. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Dependencias. Aula Médica. Madrid 2000.
10. Colom J, Segura L, Gual A. Las intervenciones breves en los problemas de alcohol desde la atención primaria. Tratado SET de trastornos adictivos. Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana 2006; 172-80.
11. Guardia J (coordinador). Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. Socidrogalcohol. 2007.
12. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1555-74.
13. Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA y CAGE para el diagnóstico de alcoholismo. Drogalcohol 1986; 11: 132-9.
14. Saunders JA, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant T. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Addiction 1993; 88: 342-62.
15. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. Rev Clin Esp 1998; 189: 11-4.
16. Babor .F, Higgins-Biddle JC, Saunders JB y Monteiro MG The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Ginebra: World Health Organization. 2001. WHO/MSD/MSB/01.6a.
17. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N. y Colom J. Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol & Alcoholism. 2002;37, 6: 591-6.
18. Rubio G, Urosa B, Santo Domingo J. Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). Psiquiatría Biológica. 1998;5 Supl 1:44-7.
19. Cronigrave KM, Saunders JB, Whitfield JB. Diagnostic test for alcohol consumption. Alcohol Alcohol 1995; 90: 1479-85.
20. Sillanaukee P, Olsson U. Improved diagnostic classification of alcohol abusers by combining carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transaminase. Clin Chem 2001; 47: 681-5.
21. Heilig M, Egli M. Pharmacological treatment of alcohol dependence: Target symptoms and target mechanisms. Pharmacology & Therapeutics 2006; 111: 855-76.
22. Petrakis IL, Poling J, Levinson C, Nich C, Carroll K, Rounsaville B, and the VA New England VISN I MIRECC Study Group. Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid psychiatric disorders. Biol Psychiatry 2005;57:1128-37.
23. Rosenthal RN. Current and future drug therapies for alcohol dependence. J Clin Psychopharmacol. 2006; 26 Suppl 1:S20-9.
24. Pettinati HM, O'Brien CP, Rabinowitz AR, Wortman SP, Oslin DW, Kampman KM, Dackis CA. The status of naltrexone in the treatment of alcohol dependence: specific effects on heavy drinking. J Clin Psychopharmacol. 2006;26(6):610-25.
25. Anton RF, Moak DH, Latham P, Waid LR, Myrick H, Voronin K, Thevos A, Wang W, Woolson R. Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. J Clin Psychopharmacol. 2005;25(4):349-57.
26. Rubio G, Ponce G, Rodríguez-Jiménez R, Jiménez-Arriero MA, Hoenicka J, Palomo T. Clinical predictors of response to naltrexone in alcoholic patients: who benefits most from treatment with naltrexone? Alcohol Alcohol. 2005;40(3):227-33.
27. Ochoa Mangado E. Abordaje farmacológico de las toxicomanías. En: Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace. M Lozano Suárez, JA Ramos Brieva. Eds: Masson S.A. Barcelona 2002, 277-88.