

Flórez Menéndez, Gerardo\*; Iglesias Otero, José Manuel\*\*; Díaz Pérez, Lucía María\*; López López, Miguel Angel\*\*

**\*Servicio de Psiquiatría**

**\*\*Servicio de Psicología**

ETS: Enfermedades de Trasmisión sexual

BZP: Benzodicepinas

IM: Intramuscular

Exploración básica del consumo problemático de sustancias psicoactivas adictivas:

- Valorar cada sustancia por separado.
- Intensidad.
- Frecuencia.
- Consecuencias negativas del consumo.
- Comorbilidad psiquiátrica.

Cocaína:

- **Intensidad:** Las vías de consumo pulmonar y parenteral son de peor pronóstico que las vías de absorción a través de mucosa u oral.
- **Frecuencia:** El consumo pulmonar y parenteral lleva a la dependencia a gran velocidad y produce un escenario de policonsumo (derivados Mórficos y / o Benzodicepinas) con alta frecuencia. El consumo a través de mucosa genera menos dependencia pero es altamente adictivo y con frecuencia se asocia a problemas derivados de un consumo excesivo de Alcohol.
- **Consecuencias negativas del consumo:**
  - Físicas: Disfunción sexual en el consumo a largo plazo, alto riesgo de ETS, accidentes cardiovasculares, aborto y muerte súbita del lactante, fornicación, erosión dental, crisis convulsivas, movimientos coreoatéticos en grandes consumidores, infecciones de transmisión parenteral en consumidores por vía intravenosa, disminución en la capacidad pulmonar en el consumo por esa vía. Durante la intoxicación se pueden apreciar los siguientes síntomas: anorexia, insomnio, ansiedad, hiperactividad física y psíquica, también pueden apreciarse signos de hiperactividad noradrenérgica (p.e. hiperreflexia, taquicardia, diaforesis y dilatación pupilar); síntomas más severos como hiperpirexia, hipertensión, e infartos de miocardio o cerebrales secundarios a vasoespasmos son menos frecuentes excepto en consumidores por vía parenteral.
  - Sociales – familiares – laborales: El consumo pulmonar y parenteral por su elevada y rápida dependencia genera un intenso deterioro a este nivel. El consumo a través de mucosa es menos deteriorante a este nivel aunque la problemática también se presenta con alta frecuencia. Clara relación con episodios de violencia y actos impulsivos.
- **Comorbilidad psiquiátrica:** precipitación de episodios psicóticos en pacientes con predisposición(suelen presentar alucinaciones visuales o auditivas, delirios paranoides y conducta violenta, las alucinaciones táctiles que con frecuencia experimentan estos pacientes implican la percepción de que algo, un bicho, reptas por debajo de la piel), episodios paranoicos autolimitados que pueden aparecer en todos los consumidores, trastornos ansiosos, descompensación maniaca en pacientes bipolares, trastornos depresivos en el consumo a largo plazo, deterioro cognitivo de predominio frontal por neurotoxicidad en el consumo prolongado.

*(Estas indicaciones son aplicables también al consumo de anfetaminas y metanfetaminas)*

Heroína y otros derivados mórficos:

- **Intensidad:** Las vías de consumo pulmonar y parenteral (lo más habitual en el consumo de Heroína) son de peor pronóstico que las vías de absorción a través de mucosa u oral.
- **Frecuencia:** El consumo pulmonar y parenteral lleva a la dependencia a gran velocidad con alta tolerancia y elevado riesgo de aparición de un síndrome de abstinencia, los usuarios habitualmente precisan consumir la sustancia varias veces al día, y suele producirse un escenario de policonsumo (Cocaína. THC, Benzodicepinas y Alcohol) con alta frecuencia.
- **Consecuencias negativas del consumo:**
  - Físicas: Riesgo de sobredosis letal por depresión respiratoria, infecciones de transmisión parenteral en consumidores por vía intravenosa, aborto y síndrome de abstinencia en el neonato. Los síntomas del síndrome de abstinencia a la heroína suelen comenzar entre 8 y 12 horas después de la última dosis, incluyen: deseo de consumir, sudoración, lagrimeo, bostezos, temblor, rinorrea, irritabilidad, pupilas dilatadas e hiperventilación. Síntomas más severos como: taquicardia, hipertensión, náuseas, vómitos, insomnio o calambres abdominales suceden entre 24 y 36 horas después de la última dosis. . Los pacientes que precisen tratamiento con derivados mórficos por cuadros de dolor crónico precisarán de un ajuste de dosis superior a personas no adictas por la tolerancia cruzada que presentan a la analgesia mórfica.

Sociales – familiares – laborales: Intenso deterioro a este nivel.

- **Comorbilidad psiquiátrica:** No significativa.

#### Benzodiazepinas - BZD (ansiolítico – sedantes)

- **Intensidad:** Las vías de consumo pulmonar y parenteral (lo más habitual en consumidores de Heroína y / o Cocaína por vía pulmonar o parenteral) son de peor pronóstico que la vía oral o a través de mucosa (más habitual cuando el fármaco ha sido recetado por un médico para el tratamiento de la ansiedad o el insomnio).
- **Frecuencia:** La tolerancia es alta a las BZD de alta potencia y menor vida media (alprazolam, lorazepam, flunitrazepam, lormetazepam, midazolam y clonazepam) y menor en las BZD de baja potencia y vida media larga (diazepam, ketazolam y clorazepato), una vez instaurada la tolerancia el riesgo de un síndrome de abstinencia es elevado, existiendo un riesgo de delirium tremens y convulsiones. El consumo es diario.
- **Consecuencias negativas del consumo:**
  - Físicas: Riesgo de sobredosis letal por depresión respiratoria, alteraciones en la atención, la concentración y la memoria. Sociales – familiares – laborales: Todas las áreas se ven afectadas cuando el consumo es elevado, habitualmente de forma menos intensa en el mono consumidor por vía oral.
- **Comorbilidad psiquiátrica:** No significativa.

#### Alcohol

- **Intensidad:** Vía oral, menor riesgo adictivo. Grandes fluctuaciones en las cantidades consumidas excepto en los consumidores con elevada dependencia que precisan de consumos elevados (más de 100 gramos de etanol por día), que se inician al despertar y se repiten con frecuencia a lo largo del día. Se asocia a un elevado consumo de Nicotina.
- **Frecuencia:** Sólo se considera favorable para la salud un consumo de 20 gramos de etanol por día (unos 200 ml de vino) en mayores de 45 años que no padecen ninguna enfermedad crónica. En varones se considera el consumo de bajo riesgo el que no supera los 40 gramos de etanol por día, y en mujeres el que no supera los 30 gramos de etanol por día. La tolerancia se desarrolla más lentamente que para las BZD. una vez instaurada la tolerancia el riesgo de un síndrome de abstinencia es elevado, existiendo un riesgo de delirium tremens y convulsiones. El consumo es fluctuante excepto en los consumidores con elevada dependencia que precisan de un consumo diario.
- **Consecuencias negativas del consumo.**
  - Físicas: Riesgo de sobredosis letal por depresión respiratoria, cirrosis hepática y sus complicaciones, pancreatitis, miocardiopatía dilatada, anemia macrocítica, demencia de predominio frontal, encefalopatía de Wernicke – síndrome de Korsakoff, alteración en la función sexual, cáncer de mama – boca – esófago – laringe, Síndrome Alcohólico Fetal.
  - Sociales – familiares – laborales: Grave deterioro en los dependientes graves. Clara relación con episodios de violencia y actos impulsivos.
- **Comorbilidad psiquiátrica:** Alucinosis alcohólica, celotipia alcohólica, episodios depresivos. Elevada comorbilidad con trastornos mentales graves, especialmente el Trastorno Bipolar.

#### Cannabis

- **Intensidad:** Vía pulmonar. Muy variable, desde consumos en grupo muy baja intensidad a consumos de elevadas cantidades en solitario. El Hachis (resina de cannabis) es más potente que la Marihuana, aunque esta última ha incrementado su potencia psicoactiva en los últimos años. La potencia adictiva del Cannabis es menor que la de la Nicotina. Muy frecuente el policonsumo, tanto ocasional como en dependientes a otras sustancias.
- **Frecuencia:** Variable, el consumo se considera problemático a partir de los 4 "canutos" diarios.
- **Consecuencias negativas del consumo:**
  - Físicas: Alteraciones en la concentración, la atención y la memoria, disminución de la capacidad pulmonar.
  - Sociales – familiares – laborales: Proporcional a las cantidades consumidas, especialmente a nivel laboral / académico, menos intenso a nivel familiar y social, excepto en el policonsumo.
- **Comorbilidad psiquiátrica:** Precipitación de episodios psicóticos en pacientes con predisposición, crisis de ansiedad.

#### Determinación del diagnóstico (CIE-10):

- **Consumo perjudicial:** Forma de consumo que actualmente afecta a la salud física (p.e. daño hepático) y / o psíquica (p.e. cuadros depresivos secundarios a consumos masivos de alcohol) sin que haya síntomas de dependencia.
- **Dependencia:** Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de un tóxico adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica de este síndrome es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de consumir la sustancia. La recaída tras un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del síndrome en comparación con sujetos no dependientes.

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

- **Deseo intenso** (*síntoma relacionado con la adicción /craving*) o vivencia de una compulsión a consumir.
- **Disminución de la capacidad para controlar el consumo** (*síntoma relacionado con la adicción /craving*) unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo.
- **Síntomas somáticos de abstinencia** (*síntoma relacionado con la tolerancia / abstinencia*) cuando el consumo se reduce o cesa (p.e. temblor, sudoración, insomnio, taquicardia, ansiedad, y en casos graves, convulsiones o delirium). El tóxico, o sustancias similares, se consume con la intención de aliviar o evitar este cuadro.
- **Tolerancia.** (*síntoma relacionado con la tolerancia / abstinencia*) Para alcanzar los mismos efectos son necesarias cada vez dosis más elevadas.
- **Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones** (*síntoma relacionado con la adicción /craving*) a causa del consumo. Aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- **Persistencia en el consumo** (*síntoma relacionado con la adicción /craving*) de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias, físicas o psíquicas, perjudiciales.  
*Craving:* Experiencia subjetiva de deseo intenso de consumir, o de necesidad imperiosa, de autoadministrarse una determinada sustancia adictiva. Se trata del fenómeno psicopatológico básico en las conductas adictivas. Es subjetivo, motivacional y prospectivo. Este fenómeno se activa ante: síntomas de abstinencia, anhedonia o falta de placer, estímulos y respuestas asociadas al consumo.

#### Tratamientos farmacológicos de desintoxicación y deshabitación

	Desintoxicación	Deshabitación
Cocaína	Amantadina 200-400 mg por día Propranolol 20-40 mg por día	<i>Vigabatrina 500-1000 mg por día</i> <i>Topiramato 50-200 mg por día</i> <i>Baclofeno 60 mg por día</i> <i>Disulfiram 250 mg por día</i>
Heroína	<b>Metadona 60-90 mg por día (dosis de inicio: hasta 30 mg por día)</b> <b>Buprenorfina 8-24 mg por día (dosis de inicio: hasta 8 mg por día)</b> <b>Clonidina 0.1-0.3 mg por día</b>	<b>Metadona 60-90 mg por día (dosis de inicio: las de desintoxicación)</b> <b>Buprenorfina 8-24 mg por día (dosis de inicio: las de desintoxicación)</b> <b>Naltrexona 50-100 mg por día</b>
BZD	Reducción gradual (25% cada semana), con o sin conversión a BZD de vida media larga (Diazepam, Ketazolam, Clorazepato Dipotásico) se puede asociar a: <i>Topiramato 50-300 mg por día</i> <i>Pregabalina 150-900 mg por día</i>	
Alcohol	<b>Diazepam 30-80 mg por día</b> <b>Ketazolam 30-90 mg por día</b> <b>Clorazepato Dipotásico 15-200 mg por día</b> <b>Clometiazol 1344-2680 mg por día</b> <b>IM 200 mg por día durante 3 días</b> <b>Tiamina</b>	<b>Naltrexona 50-100 mg por día</b> <b>Acamprosato 1998 mg por día</b> <b>Disulfiram 250 – 500 mg por día</b> <i>Cianamida Cálcica 100 mg por día</i> <i>Topiramato 50-300 mg por día</i> <i>Pregabalina 150-600 mg por día</i> <i>Baclofeno 60 mg por día</i>
THC	Clorazepato Dipotásico 15-50 mg por día	Pregabalina 50-150 mgr por día

En negrita fármacos con indicación, en cursiva fármacos con evidencia científica basada en al menos un ensayo clínico, el resto alguna evidencia científico - clínica

Criterios para desintoxicación hospitalaria: Fracaso ambulatorio previo, co morbilidad física y / o psiquiátrica grave, ausencia de apoyo social, riesgo o antecedentes de síndrome de abstinencia grave.

La co morbilidad psiquiátrica se tratará con fármacos específicos para cada síntoma.

#### Tratamiento Psicológico sobre el consumo y prevención de recaídas

- **Consideraciones generales**

Componente sanitario: componente de necesidad sobre todo en las adicciones con base química, que el sujeto identifica como “mono”.. y el técnico como Síndrome de Depravación o de Abstinencia, según los casos. No es un componente puro puesto que factores conductuales, sociales y culturales influyen e interaccionan en su proceso. Necesitan una respuesta farmacológica inmediata que puede ser apoyada –

dependiendo de los casos-

por un incipiente Programa de Control Conductual .

Componente conductual y Familiar: Se admite generalmente que el sujeto necesita un período de tiempo muy superior a la desintoxicación ( si ésta hubiera sido necesaria), en dónde puede ser preciso un Programa Psicosocial de apoyo, Modificación de conducta, adquisición de habilidades o cualidades favorecedoras de la inserción, que en parte le ayude a superar la “pérdida” motivada por el abandono de su Adicción, y en parte le disminuyan la ansiedad y le dificulten el volver a la Conducta Adictiva. Dicho proceso la mayoría de las veces se realiza ambulatoriamente y lo ideal es que tenga una importante participación familiar o del entorno más próximo del paciente, se suele llamar deshabitación y su tiempo de duración es variable.

Componente social: Una vez realizado el proceso de deshabitación, y conseguida una cierta consolidación de la abstinencia, el sujeto comienza a ser consciente de sus déficits sociales, familiares, educativos, laborales, etc.

A todo este proceso se le llama REHABILITACIÓN y ha de realizarse con PROGRAMAS y a ser posible con medios, preferentemente de las redes sociales normalizadas, con seguimiento a nivel ambulatorio y con participación familiar (si esta existe).

Sólo en algunos perfiles de Adictos, es necesario la utilización de Comunidades Terapéuticas o Centros de Día (Internamiento y Tratamiento Semiresidencial, respectivamente). Es preciso además tener en cuenta que en este campo de trabajo, existe la dificultad de las frecuentes recaídas, que hacen que el proceso tenga que recomenzarse con cierta frecuencia y que obligan a una mayor coordinación de los recursos psicológicos, médicos y sociales.

El proceso de rehabilitación, es fundamentalmente educativo, se educa al sujeto a conocer su cuerpo, sus déficits de salud y las estrategias para mejorar su calidad de vida. Así mismo debe identificar su dependencia, la posibilidad de una recaída, y los factores de riesgos y mecanismos para evitarlos en un futuro, para ello debe conocer la estructura de su personalidad con la ayuda del tratamiento Psicoterapéutico.

- **Intervención psicoterapéutica**

Tras la valoración y la desintoxicación, o de forma intercalada con esta última, se realizará, desde el programa de abordaje que se elija, el seguimiento de todo el proceso terapéutico, de forma multidisciplinar, tratando de ayudar al paciente a resolver sus problemas, no sólo los relacionados directamente con la causa de su Adicción, desde la mayor parte de enfoques posibles, aunque tratando de centrarse en los aspectos más significativos en cada momento del proceso. Como regla general, **inicialmente** son más acuciantes los problemas médico-psiquiátricos (desintoxicación, enfermedades subyacentes o concomitantes, nutrición); seguidamente se inicia un trabajo Psicoterapéutico para, poco a poco, ir poniendo el acento en la problemática de tipo social (familiar, laboral, judicial...).

El Equipo Terapéutico llevará el seguimiento y la coordinación de todo el proceso en el ámbito del consumo, con la detección de tóxicos en orina, además de la detección y tratamiento de los problemas físicos, con derivación al especialista correspondiente en caso necesario. El seguimiento farmacológico, analítico, control de patologías psiquiátricas asociadas, corresponderá al médico o médico-psiquiatra.

La **Función del Psicólogo** consiste en diseñar junto al usuario y el resto del Equipo ,un plan de tratamiento y apoyar éste mediante intervenciones individuales, familiares y/o sesiones grupales que favorezcan la motivación para el cambio, reduzcan la ansiedad y favorezcan la adquisición de hábitos más saludables, así como previniendo posibles recaídas.

El abordaje de la familia se realiza mediante intervenciones familiares informativas o educativas. Durante todo el proceso se trata de potenciar y/o aumentar la motivación para la permanencia del sujeto en tratamiento, y se trabaja sobre los déficit y la necesidad de que el paciente analice su conciencia de problema y riesgo, teniendo en cuenta que la Adicción es, en la mayoría de los casos, un **síntoma** más dentro del trastorno que padece el paciente. Se plantea además de las citas programadas, la posibilidad de intervenir a demanda del paciente, y en situaciones de crisis, si fuese necesario, pero siempre priorizando las primeras.

El **Programa Psicoterapéutico** se estructura en base a la terapia individual, familiar o grupal, dónde se concretarán los objetivos marcados para cada paciente con el/los terapeuta/s de referencia asignado/s en función de las necesidades detectadas, y una serie de programas terapéuticos complementarios. Tanto a nivel individual, familiar como en grupo se trabaja en base a distintos programas psicológicos de intervención. Las modalidades concretas de intervención podrán ser de tipo Cognitivo, Psicodinámico, Familiar etc.

Dentro del manejo de las diversas técnicas Psicoterapéuticas destacan por su utilidad en el campo Adictivo los Grupos de Prevención de Recaídas

El objetivo de la prevención de recaídas es dotar a los sujetos de las capacidades necesarias para hacer frente a las diversas situaciones de riesgos que van a encontrar a lo largo de su vida lejos de la Conducta Adictiva. El programa sigue una metodología basada en el compromiso por parte de los usuarios y de los profesionales, empeñados por alcanzar metas comunes y consensuadas entre ambas partes. Así mismo, asume que los usuarios estén en **distintas fases** dependiendo del nivel de problemática que se esté trabajando, por lo que el enfoque de trabajo sigue siendo una aproximación motivacional en la que se tiene en cuenta esa diferencia de estados y sus características para solucionar problemas concretos y avanzar en el Proceso de Cambio. A continuación se presentan dichas fases:

Adaptada de Velasquez (2001)

**Paciente en pre-contemplación** *(el paciente no cree que tenga que cambiar sus hábitos de consumo y puede no darse cuenta de las consecuencias actuales o futuras de su consumo)*

**OBJETIVOS:** El paciente debe adquirir conocimiento sobre su conducta – problema y como esta conducta afecta a su vida y la de los que le rodean. Hay que buscar razones y experiencias que indiquen la presencia de un problema que debe ser abordado. Hay que prestar especial atención a situaciones que hayan activado de forma intensa las emociones del paciente indicando la presencia de un problema. Explorar la relación entre el consumo de alcohol y el sistema de valores del paciente a la búsqueda de discrepancias puede ser muy útil. Se inicia el proceso de balance decisional.

**ESTRATEGIAS:**

- Psicoeducación: bien presentando el modelo de los estadios del cambio, bien dando información sobre los efectos nocivos del consumo.
- Explorar las expectativas, positivas y negativas, del paciente sobre el consumo.
- Explorar si el paciente o alguien de su entorno ha manifestado alguna preocupación en torno al consumo.
- Explorar un “día típico” en la vida del paciente y cómo se relaciona el consumo con sus otras actividades.

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

**Paciente en contemplación** *(el paciente comprende lo positivo y lo negativo de sus hábitos de consumo, pero todavía no ha decidido realizar cambios en ellos, se muestra ambivalente)*

**OBJETIVOS:** El paciente debe seguir explorando la relación entre su consumo y sus valores y objetivos en la vida. En esta fase ya debe considerarse la posibilidad del cambio y lo que este implicaría. Hay que incrementar la sensación de eficacia del paciente en cuanto a su capacidad para solucionar el problema del consumo, el paciente tiene que ver que existen alternativas.

**ESTRATEGIAS:**

- Explorar los valores personales del paciente y su relación, positiva o negativa, con el consumo.
- Realizar un balance decisional.
- Explorar las relaciones personales y roles del paciente y su relación, positiva o negativa, con el consumo.

Se valora de forma objetiva si existen problemas relacionados con el consumo (entrevista, instrumentos, pruebas de laboratorio). Fomentar la auto – eficacia.

**Paciente en preparación para la acción** *(el paciente ha decidido que debe cambiar sus hábitos de consumo).*

**OBJETIVOS:** Hay que seguir incrementado la sensación de eficacia del paciente y la creencia de que puede cambiar. Es necesario conseguir la adherencia del paciente a un plan de cambio que vaya a aplicarse a corto plazo (este plan de cambio se apoya en el control de los estímulos activadores del consumo y en la búsqueda de alternativas al consumo). La búsqueda de apoyo social para llevar a cabo el plan es de gran ayuda.

**ESTRATEGIAS:**

- Localizar los “activadores” del consumo.
- Explorar los problemas a los que se enfrentará el paciente y buscar soluciones en equipo.
- Diseñar un plan de acción lo más específico posible.
- Anticipar “deslices” y su manejo.

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

**Paciente en acción** (el paciente ha iniciado cambios en sus hábitos de consumo).

OBJETIVOS: Poner en marcha el plan de acción y reforzarlo con recompensas. Hay que mantener el apoyo social y seguir estimulando la sensación de eficacia.

## ESTRATEGIAS:

- Elaborar y repasar estrategias para el control de los “activadores” del consumo.
- Enseñar al paciente técnicas para controlar el estrés.
- Establecer un sistema de recompensas.
- Manejar situaciones interpersonales (rechazar el consumo de forma asertiva y manejar las críticas).
- Manejar pensamientos y deseos de consumo y establecer un plan de acción para combatirlos.

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

**Paciente en mantenimiento** (el paciente ha conseguido cambiar sus hábitos de consumo y debe consolidar las nuevas conductas)

OBJETIVOS: Consolidar los cambios obtenidos en la fase anterior manteniendo la sensación de eficacia.

## ESTRATEGIAS:

- Explorar y reforzar las redes de apoyo social del paciente.
- Realizar una búsqueda de necesidades y recursos para satisfacerlas.

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

**Bibliografía recomendada**

1. Beck, AT., Wright, FD., Newman, CF. & Liese, B. “Terapia Cognitiva de las Drogodependencias”. Barcelona: Paidós; 1999.
2. Bobes, J., Casas, M. & Gutiérrez, M. “Manual de Trastornos Adictivos, Segunda Edición”. Madrid: Enfoque Editorial; 2011
3. Inaba, DS. & Cohen WE. “Uppers, Downers all Arrounders, Sixth Edition”. Oregon: CNS Publications; 2007.
4. Marlatt, G.A. “La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual”. En: Casas M, Gossop M, editores. Recaída y prevención de recaídas. Barcelona: Neurociencias; 1993:137-139.
5. Miller, WR. & Rollnick, S. “Motivational Interview, Second Edition”. New York: The Guilford Press; 2002.
6. Miller, WR., Forcehimes, AA. & Zweben, A. “Treating Addiction a guide for professionals”. New York: The Guilford Press; 2011.
7. Stanton, MD. & Thomas C. Todd. “Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las drogas “. Barcelona: Gedisa; 1999.
8. Pereiro, C. “Manual de adicciones para médicos especialistas en formación”. Madrid: Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas – Socidrogalcohol; 2010.
9. Velasquez, MM., Maurer, GG., Crouch, C. & DiClemente, CC. “Group Treatment for Substance Abuse”. New York: The Guilford Press; 2001.

**Enlaces de interés:**

1. [www.socidrogalcohol.com](http://www.socidrogalcohol.com) (Página de la sociedad científica española Socidrogalcohol con abundante material en forma de monografías y guías clínicas)
2. [www.niaaa.nih.gov](http://www.niaaa.nih.gov) (Página oficial norteamericana sobre el abuso de alcohol y el alcoholismo, gran cantidad de materiales sobre prevención, tratamiento e investigación)
3. [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov) (Página oficial norteamericana sobre el abuso de drogas ilegales y su dependencia, gran cantidad de materiales sobre prevención, tratamiento e investigación)
4. [www.camh.net](http://www.camh.net) (Página de canadiense donde se integra la salud mental y las adicciones)
5. [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es) (Página del Plan Nacional sobre Drogas, información epidemiológica)