VITAE Academia Biomédica Digital
Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela
Abril-Junio 2002 N°11
ISSN 1317-987X

Artículos

- Objetivos del Tratamiento
- Primera Fase del Tratamiento
- Tratamiento Farmacológico
- Psicoterapéutico
- Bibliografía

Psiquiatría

Abordaje terapeútico del dependiente a drogas

Fecha de recepción: 31/12/2000
Fecha de aceptación: 31/12/2000

El problema de la dependencia a drogas y sus implicaciones como problema de salud ha alcanzado en los últimos años una significación especial en la medida que traspasa los límites de la salud y penetra en otras áreas como son lo social, lo político, lo económico y otras más, relacionadas con el devenir del género humano. En este artículo no pretendemos abarcar todas las implicaciones del fenómeno de la dependencia a sustancias; nuestra formación académica, además de la prudencia, nos impone ciertos límites en beneficio de nuestros lectores. Por lo tanto, nos enfocaremos en una revisión de lo que a nuestra manera de ver, y tomando en cuenta la experiencia adquirida en el tratamiento de pacientes dependientes, debe ser el abordaje farmacológico de la dicción a drogas. Se hará una breve referencia a la psicoterapia como parte del ratamiento,pues consideramos imprescindible un plan psicoterapéutico coadyuvante , que incluya al grupo familiar de apoyo, para la reinserción social y rehabilitación del adicto.

Simón Pineda
scmpineda@hotmail.com
Médico Psiquiatra

Objetivos del Tratamiento

Cuando nos planteamos la necesidad de iniciar el tratamiento con un dependiente a drogas, salen a relucir una serie de especulaciones producto de lo que ha sido la experiencia de la mayoría de los terapeutas en el tratamiento de estos pacientes. La primera y quizás la más importante de éstas, es la frustración que produce en nosotros el hecho de no poder ser exitoso en los resultados esperados, sobre todo por el factor recaída, el cual se convierte, tanto para el paciente como para sus familiares, en una perenne amenaza que acecha como un fantasma ante cualquier situación de vida que ponga a prueba la capacidad de resolver situaciones conflictivas, considerando a las mismas como un fracaso en la búsqueda de la abstinencia total como objetivo final del tratamiento.

Al inicio del tratamiento deben plantearse cuáles son los objetivos y cómo los conseguiremos sobre la base de:

1. Las características personales y de estructura del paciente, a través de un diagnóstico adecuado de la comorbilidad, que generalmente acompaña este trastorno de abuso y dependencia de sustancias.
2. La inducción, que permita crear en el paciente conciencia de enfermedad.
3. La generación de voluntad en el paciente, para cambiar conductas y situaciones de vida ligadas al consumo.
4. El reconocimiento de conductas y situaciones de vida, que propician actitudes de consumo y recaídas.

El terapeuta busca como meta ideal del tratamiento la eliminación de las drogas de la vida del paciente (erradicación del daño). Generalmente, este objetivo no se puede conseguir a corto plazo, provocando frustración y desesperanza en terapeutas, pacientes y familiares. Incluso si se plantea a largo plazo se debe tener presente la posibilidad de la recaída y la consiguiente frustración, después de meses y muchas veces años de abstinencia. De allí que surja la necesidad de plantearse objetivos más modestos, aplicando terapias concebidas a reducir el daño que estas sustancias puedan causarle al paciente (disminución del daño) y, por ende, minimizar los sentimientos de fracaso.

En líneas generales, pudiéramos decir que los objetivos del tratamiento de un dependiente a drogas son:

1. Modificación de la conducta patológica del adicto, dotándole de herramientas que le permitan controlar circunstancias personales, ambientales y situaciones de vida que conduzcan o promuevan el consumo, asumiendo responsablemente y en libertad su compromiso con un cambio.
2. Manejo de la recaída como parte del proceso.

Queremos insistir en el hecho fundamental de definir claramente cuáles son los objetivos que buscamos al iniciar tratamiento a un paciente dependiente a drogas pues esto interviene favorablemente en el resultado final y redunda en beneficios para todos los implicados en este proceso. Después de fijar los objetivos comenzamos con la primera fase del tratamiento.

Primera Fase del Tratamiento

Esta primera fase es la etapa diagnóstica del tratamiento. Consideramos que sería preferible no diagnosticar únicamente -de acuerdo a los manuales- si es abuso, uso, dependencia, etc., sino más bien, valorar los siguientes elementos:

- **Situación del paciente (estado físico y mental)**
  Se busca realizar un diagnóstico clínico y psicológico del estado del paciente, determinando si padece algún tipo de enfermedad somática relacionada o no con el uso de sustancias y si se plantea algún diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica, además del consumo de sustancias.
- **Sistema de apoyo (familia o sustituto)**
  La familia, o quien funja como sistema de apoyo del paciente, debe ser evaluada y tratada conjuntamente con éste, debido a que este sistema de apoyo, no solo está afectado por el trastorno de la dependencia, sino que es coparticipe en la etiología y el mantenimiento del mismo (codependencia). Así mismo, será un factor determinante en el proceso de recuperación del paciente.
- **Plan de tratamiento**
  Hecho el diagnóstico es necesario discutir en equipo -se recomienda que bajo supervisión de terapeutas con mayor experiencia- cuáles serán las pautas más efectivas para la consecución del objetivo de tratamiento, cuáles serán las metas mínimas y cuáles las medidas de mantenimiento o de sostén de las etapas alcanzadas y de disminución del daño, por medio de tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico. Del mismo modo, se plantea la posibilidad de instaurar el tratamiento en forma ambulatoria o a través de las diferentes modalidades de internación.

- Generalmente, se opta por tratamiento ambulatorio en pacientes que no tengan un consumo compulsivo o peligroso de sustancias, pero lo más importante es que posean un sistema de apoyo que pueda brindar una contención suficiente y eficiente.
  La internación se decide en el caso de pacientes consumidores compulsivos, con poca o ninguna contención familiar y sin trastornos de tipo psicótico o delirante.

Tratamiento Global

- Farmacológico
- Psicoterapéutico

Tratamiento Farmacológico

El uso de fármacos en pacientes dependientes a drogas siempre es necesario, ya sea para tratar el deseo de consumir durante la abstinencia y el impulso y necesidad de consumo (craving), como para el tratamiento de los otros trastornos mentales y del comportamiento coexistentes en estos pacientes. La Tabla 1 nos muestra un resumen de los psicofármacos más utilizados en el tratamiento de la dependencia a drogas. Trataremos de explicar en forma sucinta cuál ha sido nuestra experiencia y qué consideramos al prescribir algún tratamiento farmacológico en nuestros pacientes.

Antipsicóticos	Olanzapina, Risperidona, Haloperidol, Tioridazina, Levome-promazina, Clorpromazina
Ansiolíticos	Clonazepam, Diazepam, Alprazolam, Buspirona, Zoplicone, Zolpidem
Antidepresivos	Fluoxetina, Paroxetina, Mirtazapina, Mianserina, Bupropion
Anticonvulsivantes	Carbamazepina, Gabapentina
Otros	Disulfiram, Clonidina, Naltrexona, Methadona, Acamprosate, Ondansetron, Nalmefene.

Tabla 1
Tratamiento farmacológico

Antipsicóticos
El uso de estos fármacos estaría indicado en pacientes con signos y síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, agitación psicomotora, etc.) por el uso y abuso de sustancias, pero su utilidad va mucho más allá, pues nos brindan un medio de contención y de control de los impulsos de consumo en algunos pacientes con tendencia compulsiva, sobre todo de cocaína y sus derivados (crack, bazooko, etc.). Además, podemos utilizar las propiedades sedativas de algunas fenotiacinas como la Tioridazina y la Levomepromazina en pacientes con trastornos del sueño en los que el uso de benzodiacepinas está contraindicado. En los alcohólicos y los dependientes a las benzodiacepinas, los antipsicóticos de segunda generación como la Risperidona y la Olanzapina se han convertido en una herramienta muy útil en el tratamiento de la dependencia; son bastante seguros, tienen menos efectos colaterales, no se ha demostrado que produzcan dependencia. El costo de estos medicamentos es su principal desventaja.

Ansiolíticos
Anteriormente se consideraba que a causa de las características del paciente dependiente a drogas y la capacidad de producir dependencia de las benzodiacepinas y otros ansiolíticos, era contraproducente el uso de estos fármacos para el tratamiento de la adicción. En la actualidad, y sobre la base de en nuestra experiencia, podemos decir que los ansiolíticos son una herramienta muy importante en el manejo de estos pacientes, tomando en cuenta ciertas consideraciones antes de instaurar el tratamiento:
1. No está indicado el uso de estos fármacos en pacientes dependientes de benzodiacepinas. En caso de necesitar ansiolíticos, se sugiere el uso de neurolépticos sedativos, ansiolíticos no benzodiacepínicos o benzodiacepinas de vida media larga.
2. Debe evitarse el uso de este tipo de medicamentos en pacientes usuarios y dependientes del alcohol.
3. Al usar benzodiacepinas debemos plantearnos que el tratamiento será por muy corto tiempo y que va a estar enfocado desde una perspectiva de disminución del daño.
4. Es importante mantener las restricciones y las posibles contraindicaciones que recomiendan los diferentes laboratorios fabricantes de estos fármacos para cualquier usuario.
Sin embargo, y pese a estas limitaciones, los ansiolíticos suelen ser una importante arma en el arsenal terapéutico de las adicciones. De acuerdo a nuestra experiencia, podemos hablar del uso de Clonazepam en el tratamiento de la ansiedad de consumo de varios tipos de drogas (excepto el alcohol). La Buspirona, a pesar de recientes cuestionamientos de su poder ansiolítico, la hemos usado con éxito en

pacientes dependientes de Cannabis. Tanto el Zolpidem como el Zoplicone nos han dado buenos resultados en el tratamiento de pacientes usuarios o dependientes de cocaína y/o sus derivados (bazooko, crack).

Antidepresivos
El paciente que usa sustancias, en cualquiera de sus tipos, generalmente busca la felicidad y consigue la alegría que le provoca la intoxicación de determinada sustancia, asumiendo una conducta de auto medicación para tratar de solventar síntomas como tristeza, sensación de vacío, soledad, etc. Advirtiendo que cualquier excusa es buena para el consumidor, la depresión es uno de los trastornos de comorbilidad que más se presentan en entre los usuarios de sustancias que producen dependencia, por lo que el uso de antidepresivos puede ser frecuente cuando tratamos estos pacientes. La tabla 1 resume los más utilizados. No recomendamos el uso de tricíclicos por la dificultad de la titulación y sus efectos colaterales; el uso de antidepresivos con propiedades sedativas como la Mianserina y la Mirtazapina nos ha sido sumamente útil en el tratamiento de estos pacientes.

Anticonvulsivantes
La aparición en el mercado de la Carbamazepina para el tratamiento de las convulsiones y en algunos casos del trastorno bipolar, dió pie para su introducción en el tratamiento de la dependencia a la cocaína. Este medicamento ha resultado moderadamente exitoso en el control de impulsos en pacientes consumidores compulsivos antes y durante su tratamiento de internación. Sin embargo, debemos señalar que sus propiedades farmacológicas (interacciones medicamentosas, efectos colaterales) limitan su uso. Más recientemente, ha aparecido la Gabapentina, la cual a pesar que sus mecanismos de acción no se conocen totalmente, posee muchas de las ventajas de la Carbamazepina y muy pocas limitaciones en lo que se refiere a interacciones medicamentosas y efectos colaterales. En la práctica hemos utilizado Gabapentina con relativo éxito tanto en pacientes internos como ambulatorios.

Otros medicamentos
Queremos aclarar, antes de hacer algunos comentarios sobre los fármacos que mencionaremos a continuación, nuestra escasa y a veces nula experiencia en el uso de los mismos. Sin embargo, son herramientas, algunas muy usadas, en el difícil tratamiento del paciente adicto.

Disulfiram
Produce su efecto al inhibir la aldehidodeshidrogenasa, generando una serie de síntomas desagradables conocidos como shock acetaldehídico, que van a servir como un elemento reforzador de la abstinencia en pacientes que intentan o han decidido dejar de beber. Cuando se opta por medicar al alcohólico con este fármaco, es necesario advertir al paciente sobre los síntomas y los riesgos de la interacción alcohol-disulfiram. Los síntomas producidos por este tratamiento pueden ser tratados con antihistamínicos por vía oral o endovenosa, de acuerdo a la gravedad de los mismos. Es importante señalar que algunos fármacos de uso común como los hipoglicemiantes orales y antiparasitarios como el metronidazol son capaces de producir reacciones tipo Antabuse. La Cianamida cálcica actúa también como fármaco aversivo, teniendo un mayor margen de seguridad por la duración de su efecto de inhibición de la aldehidodeshidrogenasa (1 día Vs. 6 días del Disulfiram), y su efecto es reversible. No existe comercialmente en Venezuela.
Con respecto a nuestra experiencia con este tipo de terapias debemos confesar que nunca hemos utilizado terapia aversiva por lo grave que pueden ser las complicaciones de su uso en nuestro medio y el desconocimiento de la mayoría de los médicos en el tratamiento de los efectos adversos en los servicios de emergencia.

Clonidina
Es un estimulante de los receptores alfa 2-adrenérgicos, que se utiliza en el tratamiento de la hipertensión. Está incorporada al protocolo de tratamiento de intoxicación por cocaína y en el tratamiento en el síndrome de deprivación de opiáceos por su actividad alfa-adrenérgica en el Locus Ceruleus. Es importante advertir sobre la capacidad que tiene la Clonidina de generar síntomas depresivos, pudiendo complicar depresiones ya existentes. Su efecto rebote causa la suspensión brusca de su uso.
En nuestra práctica no hemos encontrado justificación para su utilización por lo cual no contamos con experiencia necesaria para hacer algún comentario al respecto.

Naltrexona
Es un antagonista de los receptores opiáceos que ha sido utilizado con éxito en las intoxicaciones y en la dependencia a drogas de estos compuestos. Actualmente, se está utilizando para la reducción de los efectos de refuerzo positivo que produce el alcohol y como medicamento para evitar la búsqueda o compulsión a la recaída en el consumo.

Methadona
Es el fármaco de elección en el tratamiento de deshabituación de opiáceos. Disminuye los síntomas producto de abstinencia en los pacientes heroíno-dependientes y ha contribuido con éxito en las políticas de disminución del daño en países donde el consumo de heroína se considera un problema de salud pública. En Venezuela, el consumo de heroína es menos importante que las otras drogas de abuso. Desde mi punto de vista, tiene que ver con el efecto protector de la fobia a las inyecciones trasmitida por nuestras madres y con nuestro talante tropical (preferimos estar alegres).

Nalmefene
Es también un antagonista a los narcóticos de reciente aprobación por la FDA para el tratamiento de la abstinencia en el alcoholismo.

Acamprosate
Este compuesto, con una estructura similar a la taurina, actúa estimulando la producción de GABA por inhibición de la actividad del Glutamato inducida por el alcohol, dando como resultado una disminución en la necesidad de consumo de alcohol.
Tiene fundamentalmente efectos adversos sobre el aparato digestivo, produciendo nauseas, vómitos y diarrea. Nuestra experiencia con este compuesto se limita a pocos pacientes. Sin embargo, sus resultados son alentadores.

Ondansetron
Es un inhibidor selectivo de los receptores 5HT3 que pudiera servir de ayuda en terapias restrictivas del uso de alcohol. Conocemos pocos trabajos al respecto y no poseemos ninguna experiencia clínica.

Psicoterapéutico

Partiendo de lo que hemos definido como objetivos generales del tratamiento, modificación de conductas patológicas y manejo de las recaídas, es imposible plantearse un programa de tratamiento, rehabilitación y reinserción social del adicto, sin un plan psicoterapéutico adecuado para el paciente y su sistema de apoyo. La tabla No.2 nos da una visión de los enfoque psicoterapéuticos de uso común en el tratamiento de la dependencia a drogas.

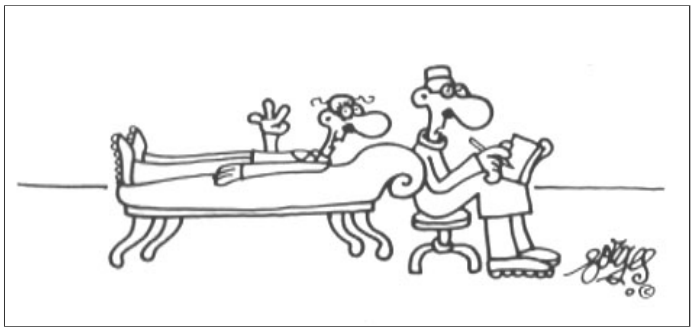
Psicoterapia Individual y grupal
Psicoterapia al sistema de apoyo (familia)
Psicoterapia Dinámica
Psicoterapia Cognitivo-conductual
Retro bio-feedback
Terapia de Engrandecimiento Motivacional (TEM-MET)
Prevención de Respuestas a la Exposición (PRE-ERP)

Tabla 2
Tratamiento psicoterapéutico

El objetivo de la psicoterapia es hacer consciente al enfermo de una serie de hechos y situaciones de vida, que lo han conducido a conductas patológicas que le imposibilitan el afrontar estas situaciones. El esquema de tratamiento puede ser ambulatorio o en internación, pero debe guardar las siguientes condiciones:

1. Debe ser voluntario. Nadie llega al consumo de drogas si no es por una decisión voluntaria de consumo, que al hacerse adictiva deja de ser placentera, ya que no obedece a las apetencias iniciales de consumo. Por eso, nadie deja de consumir por los deseos y buenas intenciones de otros, ni en contra de su voluntad.

2. Debe ser individualizada. Planificada sobre la base de las características personales de cada paciente, así sea a través de terapias individuales o grupales.
3. Debe abarcar el sistema de apoyo del paciente. Debe permitirle a su grupo familiar manejar todos los elementos de este microsistema, que puedan estar influyendo en la aparición y mantenimiento de conductas patológicas.
4. Debe poseer un encuadre terapéutico adecuado. Al paciente adicto se le debe encuadrar en una serie de normas de conducta, que debe cumplir al pie de la letra, pero sobre todo que deben ser de obligatorio cumplimiento en el espacio terapéutico. No se puede permitir que el espacio terapéutico sea vulnerado con las conductas patológicas del paciente, a riesgo de convertir la psicoterapia en un evento más perjudicial que beneficioso.
5. Debe servirle al paciente. En los sitios de internación para el tratamiento de pacientes existe una preponderancia de terapias de modificación de conductas y de reforzamiento positivo que hasta hace pocos años estaban dirigidas fundamentalmente al castigo y la pérdida de privilegios durante el tratamiento. En nuestro país, esta visión ha venido cambiando y el tratamiento de reforzamiento positivo tiende a evaluar las conductas positivas como contrapeso a las conductas negativas, buscando en el paciente una modificación de su conducta en pro de la consecución del premio o privilegio.



En las comunidades terapéuticas o sitios cerrados de internación, las terapias conductuales no constituyen el único enfoque terapéutico. Pudiéramos decir que "terapéuticamente" hablando, existe un enfoque ecléctico del tratamiento en el que se combinan diferentes técnicas y modalidades terapéuticas en la búsqueda del objetivo general del tratamiento. Este eclecticismo es menos evidente en el tratamiento ambulatorio, pues el encuadre va a responder más a la formación del terapeuta y a su esquema psicoterapéutico. Trataremos brevemente de describir algunas de los sistemas terapéuticos más utilizados en la psicoterapia de pacientes dependientes a drogas.

Psicoterapia cognitiva-conductual

Es la más utilizadas por los terapeutas en el tratamiento de pacientes adictos. Busca dotar al paciente de herramientas que le permitan afrontar situaciones vitales conflictivas adecuadamente a través de un cambio en sus patrones conductuales y de pensamiento, que le permitan cambios en su problema de consumo y además, tener la capacidad de reconocer las recaídas conductuales previas a las recaídas de consumo. De igual manera, el paciente de aprender a manejar adecuadamente los contactos y/o recidivas en el consumo.

Psicoterapia psicoanalítica o dinámica

Es importante señalar su diferencia con el psicoanálisis ortodoxo. Como método de tratamiento es la utilización de algunas técnicas de terapia psicoanalítica, que desde esta perspectiva, permitan abordar y esclarecer motivaciones inconscientes de las conductas o actuaciones del paciente, así como las fijaciones y traumas ocurridos en el proceso de desarrollo de su personalidad, promoviendo el uso de mecanismos de defensa del Yo más sanos y menos autodestructivos, en esa dialéctica pulsional erótico-tanática, intrínseca en el consumo de sustancias.

Retro bio-feedback

El concepto de Biofeedback se originó en los años 70. Apropiándose de conceptos de la cibernética, esta técnica considera que el ser humano está regido por procesos biológicos involuntarios, que pueden ser generados como respuesta al enfrentamiento a situaciones de tensión. Estos procesos pueden ser modificados por las personas ajustando pensamientos y conductas en la producción de la homeostasis o de la patología. El objetivo de esta terapia es enseñar al paciente técnicas de relajación monitorizadas electroencefalográficamente y por mapeos cerebrales, permitiéndole controlar conductas productoras de patología y modificando sus procesos mentales.

Este tipo de terapia ha tenido éxito en el tratamiento de dolor en fibromialgias y cefaleas, trastornos cardiovasculares (arritmias HTA), y en asma bronquial. A finales de los años 80, se introdujo en el tratamiento de pacientes consumidores de sustancias, logrando un resultado favorable más anecdótico que estadístico, en nuestro país. La aplicación de esta terapia esta restringido a pacientes que puedan pagar el paquete terapéutico y a los terapeutas que puedan sufragar los gastos de un equipo de mapeo cerebral.

Terapia de Engrandecimiento Motivacional

Conocida como MET por sus siglas en inglés, es una estrategia terapéutica desarrollada por W. Miller y S. Rollnick. Está construida sobre la psicología social y cognitiva centrada en el cliente. Intenta animar al cliente a explorar su ambivalencia ante sus logros y la dificultad para conseguirlos, motivándolo a vencer los obstáculos que impiden su cambio.

Su utilización en el tratamiento de las adicciones, parte de demostrarle al cliente como el uso o dependencia de sustancias son conductas, al menos parcialmente, bajo su control voluntario y que debido a su ambivalencia, se convierten en un obstáculo en la consecución de sus metas. Gracias al hecho de que las conductas de consumo son de control voluntario, están sujetas a los principios de modificación de conductas, con la diferencia de que el reforzamiento positivo va a estar en la motivación al cambio del cliente.

Para producir esta motivación, el terapeuta se puede valer de las siguientes estrategias:

1. La fortaleza del proceso está centrada en el cliente. Se debe respetar su autonomía y decisiones. El cambio es y debe ser su responsabilidad.
2. Se debe desarrollar un compañerismo terapéutico a través de la empatía, sobre la base de la confianza y el respeto mutuo, sin menoscabo de la autoridad.
3. Reconocer que el abuso de sustancias es un trastorno producto de un continuum, en el que se comparte la comorbilidad con otros trastornos que pueden afectar el proceso de cambio.
4. Durante el tratamiento puede haber modificaciones en las metas y en las motivaciones, ya sea por el cumplimiento o aparición de nuevas, lo cual debe conducir a reajustes en el plan de vida con criterios realistas y de compromiso.
5. El cliente no debe ser desmotivado ni despersonalizado con etiquetas como "adicto" o "alcohólico". Desde hace aproximadamente dos años hemos implementado esta terapia en los centros donde ejercemos nuestra práctica, obteniendo resultados realmente alentadores cuando el paciente asume la responsabilidad de su cambio y lo acompañamos.

Prevención de respuestas a la exposición a estímulos

Estamos ante una técnica de terapia conductual de desensibilización, que reduce la predisposición a responder a ciertos estímulos disminuyendo las recaídas. Originalmente se usó en el tratamiento de fobias y compulsiones, exponiéndo al paciente a la situación u objeto fóbico, previniendo la ejecución de respuestas disfuncionales. En el libro "Kill the Craving", publicado por New Harbinger Publications INC. Sus autores J. Santero, R. Deletis y A. Berman, refieren su experiencia en la aplicación de esta técnica en pacientes consumidores de drogas.

Las sustancias son un estimulo capaz de producir respuestas conductuales de consumo y la ignorancia de esta circunstancia, por parte del paciente, provoca fallas conductuales que son la principal causa de recaída. El umbral de respuesta al estimulo es variada e individualizada. Sin embargo, existen disparadores comunes que activan sensaciones a determinada sustancia, llevando al paciente a adquirirlas y prepararlas para su uso. De igual modo, existen ambientes propiciadores de consumo a los cuales debe enfrentarse el paciente en su etapa de reinserción social. Estos, combinados con la incapacidad del paciente para manejar estresores resultantes de situaciones de vida cotidianas, se convierten en estímulos secundarios de las sustancias, reforzando las posibilidades de recaídas, como expresión de una conducta patológica.

La ERP® trata de prevenir la aparición de conductas patológicas de consumo como respuesta a determinados estímulos, exponiendo sensorialmente a los pacientes a éstos, para provocar preventivamente respuestas y conductas adecuadas ante los mismos. Desconocemos si en la actualidad esta técnica esté siendo utilizada en nuestro país. No contamos con experiencia personal y es probable que implementarla en los servicios en los cuales ejercemos nos lleve varios meses, sobre todo en la discusión.

Bibliografía

1. **Al Qatari M, Khan S., Harris B., Littleton J.** Acamprosate is neuroprotective against glutamate-induced exitocitoxity When enhanced by ethanol withdrawl in neocortical cultures of fetal rat brain. Alcohol Clin. Exp. Res. 2001 Sep;25 (9): 1276-83
2. **Berton F., Francesconi W. G., Madamba S. G. Zieglganberger W., Siggins G. R.** Acamprosate enhances N-methyl-D-Aspartate receptor-mediated neurotransmission but inhibits presynaptic GABA (B) receptors in nucleus accumbens neurons. Alcohol Clin. Exp. Res. 1998 Feb; 22(1): 183-91.
3. **Caviedes B.E., Herranz J.L.** Uso de Fármacos antiepilépticos en trastornos no epilépticos. REVISTA DE NEUROLOGIA 2OO1; 33(3); 241-249
4. FARMACOTERAPIA DE LOS SÍNDROMES DE INTOXICACIÓN Y ABSTINENCIA POR PSICOTRÓPICOS OEA 1997.
5. **Lorenzo P., Ladero J.M.,Leza J.C., Lizasoain I.** Drogodependencias Editorial Médica Panamericana 1998 Madrid España.
6. **Marina Gonzalez, Pedro A** ¿Es posible un tratamiento diferente de las adicciones? Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001. vol. XXI N° 79, pp.9-53.
7. **Miller, WIliam R.** Motivational Enhancement Therapy: Description of Counseling Aproach, Nacional Institute on Drug Abuse, Aproach to Drug Abuse Counseling. USA, 2002.
8. **Royce James E. Scratchley David** Alcoholism And Otther Drugs Problems The Free Press New York 2000
9. **Sánchez Hervas, E., Tomás Gradoli V.,** Intervenciones psicológicas en conductas adictivas, Trastornos adictivos Enero 2001. Volumen 03-Número 01 pp.21-27.

NOTA: Toda la información que se brinda en este artículo es de carácter investigativo y con fines académicos y de actualización para estudiantes y profesionales de la salud. En ningún caso es de carácter general ni sustituye el asesoramiento de un médico. Ante cualquier duda que pueda tener sobre su estado de salud, consulte con su médico o especialista.