

Coordinación:

*Pastora Tirado Rodríguez. Asesora Técnica de Asistencia.
Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.
Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.*

Edita:

Consejería de Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía

Diseño e Impresión:

Dia Cash, S. L.

Depósito Legal N.º GR 251/07

I.S.B.N. 978-84-690-5946-3

GUÍA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE
DE TRASTORNOS RELACIONADOS
CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

ÍNDICE

PRESENTACIÓN (Fundamentación). (<i>Sebastian Girón</i>).....	7
1.- INTRODUCCIÓN: (<i>Francisco José Cruz</i>)	9
1.1.- Definición y Concepto. (<i>Fco. José Cruz</i>)	11
1.2.- Epidemiología. (<i>Fco. José Cruz</i>).....	15
1.3.- Tipos de presentación de la demanda. (<i>Raquel Castro y Sebastian Girón</i>).....	20
1.4.- Referencias Bibliográficas.....	24
2.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: (<i>Federico Luque</i>)	27
2.1.- Características del Diagnóstico.	29
2.2.- Tipologías en el Alcoholismo.	31
2.3.- Trastornos por uso de Alcohol: Criterios diagnóstico:	34
2.3.1.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.(DSM-IV-TR).	34
2.3.2.- Clasificación Internacional de las Enfermedades.	37
2.3.3.- Limitaciones de las Clasificaciones Actuales.	38
2.3.4.- Instrumentos Diagnósticos para Trastornos del Eje I.	38
2.3.5.- Contexto de Tratamiento.	39
2.4.- Referencias Bibliográficas.....	41
3.- ASPECTOS MÉDICOS DE LOS TRATAMIENTOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: (<i>Federico Luque y Sebastian Girón</i>)	43
3.1.- Criterios de Evaluación y Diagnóstico. (<i>Federico Luque</i>)	45
3.1.1.- Entrevista Diagnóstica.	45
3.1.2.- Cuestionarios de detección diagnóstica.	46
3.1.3.- Marcadores biológicos del alcoholismo.	47
3.1.3.1.- Marcadores de vulnerabilidad para el alcoholismo (trait markers)	47
3.1.3.2.- Marcadores de estado (state markers).....	49
3.1.3.3.- Marcadores biológicos en combinación.	55
3.1.3.4.- Uso clínico de biomarcadores.	56
3.2.- Intervenciones Terapéuticas: (<i>Sebastian Girón</i>).....	58
3.2.1.- Intoxicación Aguda.	59
3.2.2.- Resaca.	62
3.2.3.- Síndrome de Abstinencia de Alcohol y Pautas de Desintoxicación.	66
3.2.4.- Farmacología de la deshabitación de alcohol.	78
3.3.- Patología orgánica derivada del consumo de alcohol. (<i>Federico Luque</i>)	84
3.3.1.- Patología Digestiva.	84
3.3.2.- Patología Cardiovascular.	95
3.3.3.- Alteraciones Hematológicas.	96
3.3.4.- Alteraciones Osteomusculares.	97
3.3.5.- Alteraciones Neurológicas.	97
3.3.6.- Síndrome Alcohólico Fetal.....	101
3.4.- Referencias Bibliográficas.	101

4.- ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS TRATAMIENTOS POR CONSUMO DE	
ALCOHOL: (<i>Raquel Castro y Fco. José Cruz</i>)	107
4.1.- Criterios de Evaluación y Diagnóstico.	109
4.2.- Intervenciones Terapéuticas.	117
4.2.1.- Modelo Transteórico del Cambio.	117
4.2.2.- Intervención Motivacional.	123
4.2.3.- Intervención Sistémica.	127
4.2.4.- Intervención Cognitiva.	128
4.2.5.- Intervención Cognitivo-Conductual.	128
4.2.6.- Intervención Humanista.	129
4.2.7.- Intervención Psicodinámica.	129
4.2.8.- Prevención de Recaídas.	130
4.2.9.- Intervención Grupal.	135
4.2.10.-Intervención Familiar. (<i>Sebastian Girón</i>)	137
4.2.11.-Anexos.	148
4.3.- Referencias Bibliográficas.	162
5.- ASPECTOS SOCIALES DE LOS TRATAMIENTOS POR CONSUMO DE ALCOHOL:	
(<i>M^a Carmen Zayas y Jorge Escalona</i>)	165
5.1.- Criterios de Evaluación y Diagnóstico.	167
5.2.- Intervenciones Terapéuticas:	168
5.2.1.- Definición.	168
5.2.2.- Abordaje Social.	168
5.2.3.- Seguimiento Terapéutico.	174
5.2.4.- La Incorporación Social.	176
5.2.5.- Anexos.	181
5.3.- Referencias Bibliográficas.	199
6.- CASOS ESPECIALES:	201
6.1.- Alcohol y mujer. (<i>Raquel Castro</i>)	203
6.2.- Alcohol y sin techo (<i>M^a Carmen Zayas</i>)	208
6.3.- Alcohol y adolescencia (<i>Federico Luque</i>)	211
6.4.- Comorbilidad entre abuso y dependencia de alcohol y trastornos psiquiátricos. (<i>Sebastian Girón</i>)	218

PRESENTACIÓN - JUSTIFICACIÓN

La producción científica derivada de la investigación clínica sobre diferentes problemas de salud ha conocido un desarrollo espectacular durante las últimas décadas. Ensayos clínicos, estudios de casos, revisiones sistemáticas y trabajos de laboratorio sobre determinadas patologías se presentan de forma tan abundante y variada en la literatura que al clínico le resulta muy complicado poder conocer todas y cada una de las conclusiones derivadas de tales investigaciones y poder incorporarlas a su quehacer para mejorar la calidad del servicio que proporciona. Si a ello sumamos que frente a ciertos problemas de salud como el que nos concierne, los profesionales que los atienden proceden de diversos campos del conocimiento y utilizan variadas técnicas de intervención, entonces comienza a perfilarse un panorama donde resulta casi imprescindible actualizar y ordenar toda esa información de forma que pueda aprovecharse al máximo para mejorar la calidad de la asistencia prestada.

En efecto, este es el contexto desde el que hace ya algunos años se inscribe la tendencia favorable a la elaboración e implantación de consensos, recomendaciones y protocolos clínicos. Se han definido las guías de práctica clínica (Institute of Medicine de Estados Unidos) como un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención mas adecuada para el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica. Básicamente las Guías de Práctica Clínica deben ayudar a disminuir la incertidumbre en la toma de decisiones sobre pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas así como a optimizar la utilización de los recursos disponibles y a desarrollar estándares de calidad asistencial del problema en cuestión.

En el terreno concreto de los Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol nos encontramos diversas y poderosas razones para intentar consensuar unas recomendaciones dirigidas a cubrir los objetivos antes mencionados. En primer lugar, la dimensión epidemiológica de estos trastornos, que los convierten en uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país. En segundo lugar, y aunque ya se han alcanzado algunos consensos sobre medidas diagnósticas y terapéuticas, todavía parece necesario hacer un esfuerzo por disminuir las diferencias entre los profesionales en la utilización de los conocimientos disponibles. En tercer lugar, los Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol representan un altísimo coste sanitario y social derivado de la repercusión de las consecuencias del mismo sobre el propio paciente y su entorno familiar y social. Y por último, aún resulta necesario organizar de una forma racional y eficaz, las medidas y recursos que actualmente se encuentran disponibles para la intervención sobre este problema de salud.

Esta Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol se ha elaborado teniendo en consideración la necesidad de los profesionales de contar con respuestas, sustentadas en evidencias científicas, a cada una de las cuestiones que plantea su abordaje.

1 - INTRODUCCIÓN

Autores:

Francisco José Cruz Guevara

fcruzgue@dipalme.org

Raquel Castro Bohórquez

areapsicologica@fundacion-ia.com

Sebastian Girón García

sgiron@dipucadiz.es

1.1.- DEFINICIÓN Y CONCEPTOS.

La identificación y clasificación de los problemas relacionados con el uso de drogas ha pasado por diferentes etapas.

Durante el siglo XIX aparece el concepto de alcoholismo, aunque con escasa relación con la aceptación actual, así como con el de adicción.

En la primera edición del DSM las adicciones estaban incluidas en las alteraciones de la personalidad. En la segunda parte del siglo XX aparecen cuatro nuevos hitos que marcan la actual conceptualización sobre el alcoholismo. Jellinek sienta las bases científicas del estudio del alcoholismo. En 1972 en National Council on Alcoholism habla de criterios diagnósticos como son la tolerancia y el signo de abstinencia. En 1976 Edwards y Gross conceptualiza el síndrome de dependencia a alcohol. En 1987 en el DSM deja de ser imprescindible el criterio de tolerancia y abstinencia en el diagnóstico de dependencia.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) diferencia varios conceptos (Consenso SEP 2000):

Intoxicación aguda

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión de la sustancia que produce alteraciones en el nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, el estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si el sujeto no repite el consumo de alcohol.

Consumo perjudicial

Se trata de una forma de consumo que afecta a la salud física o mental. Las formas perjudiciales de consumo suelen ser criticadas por terceros y dar lugar a consecuencias sociales, laborales y familiares adversas. El diagnóstico no puede hacerse en presencia de dependencia trastorno psicótico u otra forma específica de trastorno relacionado con las drogas.

Síndrome de dependencia

Manifestaciones fisiológicas y psicológicas en las que el consumo del alcohol adquiere la máxima prioridad para el sujeto. La persona presenta tolerancia a la ingesta de alcohol (mayor cantidad de una sustancia para obtener los mismos efectos) y síntomas de abstinencia tras su privación.

(En el capítulo 2 de esta guía; Criterios Diagnósticos aparecen con mayor especificidad los criterios DSM IV- TR para la dependencia a sustancias)

Síndrome de abstinencia

Conjunto de síntomas que aparecen tras la disminución de la dosis de alcohol o con el cese brusco del consumo. El inicio, duración e intensidad del cuadro dependerán de la dosis

consumida y el tiempo transcurrido desde la última ingesta. Todos los síntomas de la abstinencia desaparecen con un nuevo consumo de alcohol.

Tolerancia invertida

En algunos alcohólicos ya en fases avanzadas de la enfermedad, una pequeña ingesta de alcohol es suficiente para producirles embriaguez; este hecho es un reflejo de la incapacidad del hígado para metabolizar correctamente el alcohol.

CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Existen varias maneras para el cálculo de la cantidad ingerida y así determinar el tipo de consumo que hace cada sujeto.

Existe una manera muy frecuente para conocer el consumo del paciente y es la de convertir el volumen de alcohol ingerido en gramos o centímetros cúbicos de etanol al día.

$$\text{Gramos de ingesta alcohólica} = \frac{\text{Mililitros de bebida} \times \text{graduación de la bebida} \times 0'8}{100}$$

La cuantificación en gramos es más operativa y flexible en nuestro medio, donde la oferta de bebidas alcohólicas es muy variada en cuanto a concentración de etanol. Así mismo esta medida es universal y para la investigación facilita la realización de trabajo (Joaquín Cuevas, 2003)

Actualmente los gramos de ingesta de alcohol se ha sustituido por el concepto de Unidad de Bebida Estándar (UBE). En España y EE.UU. una “unidad de bebida” es igual a 10 gramos de alcohol puro (Saunders 93, Socidroalcohol 96) en Gran Bretaña es de 8 gramos (Altisent 92).

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº DE UNIDADES DE BEBIDA ESTÁNDAR (UBE)
VINO	1 vaso (100cc)	1
	1 litro	10
CERVEZA	1 caña (200 cc)	1
	1 litro	5
COPAS	1 copa (50 cc)	2
	1 combinado (50 cc)	2
	1 litro	40
GENEROSOS	1 copa (50 cc)	1
	1 litro	20

Otro concepto clave en epidemiología de la salud es el de **consumo de riesgo**. En Europa se tiende a considerar el límite de 40 g/día en el hombre y 24g/día en la mujer. A partir de esa cantidad consideramos consumo de riesgo.

Partiendo de todo esto, los bebedores los podemos clasificar en los siguientes tipos según Altisent y col. 92:

<p>Abstemio: Persona que nunca consume alcohol de forma habitual aunque tome alguna cantidad ocasionalmente.</p> <p>Bebedor moderado: Persona que consume alcohol de forma habitual pero por debajo del límite de riesgo.</p> <p>Bebedor de riesgo: Persona cuyo consumo semanal supera el límite de riesgo. O persona que consume en un solo día más de 10 UBE o 100 g/día más de una vez al mes.</p> <p>Bebedor problema: A causa del consumo de alcohol, presenta algún problema físico, psíquico, social, legal o económico. Se incluyen los pacientes que presentan Síndrome de Dependencia Alcohólica.</p>
--

A la hora de la clasificación, el sexo influye bajando los parámetros.

Límite y criterios de los bebedores según los gramos y UBE

	<i>BEBEDOR MODERADO</i>	<i>CONSUMO DE RIESGO</i>	<i>CONSUMO PROBLEMA</i>
<i>HOMBRES</i>	Menos de 40 g/día Menos de 4 UBE/día	Más de 40 g/día Más de 4 UBE/día	Problemas físicos, psíquicos, legales.. relacionados con el consumo
<i>MUJERES</i>	Menos de 24 g/día Menos de 2'4 UBE/día	Más de 24 g/día Más de 2'4 UBE/día	Problemas físicos, psíquicos, legales.. relacionados con el consumo

En los estudios españoles a nivel epidemiológico y en los de ámbito andaluz, la clasificación de bebedores utilizada es la que recomienda la Dirección General de Salud Pública.

Según la metodología de la Dirección General de Salud Pública adoptada por el Plan Nacional sobre Drogas (Boletín 2,4 del Observatorio Español sobre Drogas) se adopta el patrón de equivalencia en mililitros.

A estos efectos la **equivalencia en mililitros** de alcohol de cada tipo de bebida sería la siguiente:

- Bebidas **no** destiladas = **12'5 ml** por unidad. (Vino/cava, cerveza/sidra, aperitivos/vermut)
- Bebidas **sí** destiladas = **25 ml** por unidad. (Combinados/cubatas, licores de frutas y licores fuertes)

A partir de aquí elaboraríamos una **tipología de alcohol** con las siguientes categorías, según los ml consumidos:

	HOMBRES	MUJERES
Abstinentes	0	0
Ligeros	1 a 25	1 a 25
Moderados	26 a 75	26 a 50
Altos	76 a 100	51 a 75
Excesivos	101 a 150	76 a 100
Gran riesgo	Más de 150	Más a 100

Vamos a ver un cuadro general comparativo utilizando las tres unidades más usadas para la valoración de la ingesta de alcohol: gramos diarios de ingesta, Unidades de Bebida Estándar y equivalencia en mililitros (la última en ser adoptada por la Dirección General de Salud Pública y el Observatorio Andaluz de Drogodependencias).

TIPO DE BEBEDOR	VARONES			MUJERES		
	g/día	UBE	ml	g/día	UBE	MI
Abstemio	0	0	0	0	0	0
Bebedor ligero	8-20	1-2	1-25	8-20	1-2	1-25
Bebedor moderado	21-60	3-6	26-75	21-40	3-4	26-50
Bebedor alto	61-80	7-8	76-100	41-60	5-6	51-75
Bebedor excesivo	81-120	9-12	101-150	61-80	7-8	76-100
Gran riesgo	Más de 120	Más de 12	Más de 150	Más de 80	Más de 8	Más de 100

CRITERIOS BASADOS EN LA CLÍNICA

Estos criterios no dependen ni de la cantidad de alcohol ni de la frecuencia de consumo de éste, sino de las manifestaciones clínicas que el alcohol ocasiona en cada individuo. (Sevillano, Rubio 2003)

• **Bebedor no problemático**

Se caracteriza por:

- Ser mayor de 18 años.
- Presenta un estado nutricional adecuado.
- Ingiere bebidas aprobadas por la autoridades sanitarias.
- No presenta embriagueces patológicas.
- Si es mujer no está embarazada ni en periodo de lactancia.

- Consume alcohol sin consecuencias negativas para si o para otros.
- No tiene problemas familiares o laborales por su consumo.
- No usa el alcohol para alegrarse, desinhibirse o comunicarse.
- No presenta patologías que se agraven o descompensen con el alcohol.
- No se embriaga.

- **Bebedor con problemas**

Los criterios anteriormente apuntados representan la otra cara de los criterios utilizados para este tipo de bebedor. También aparecen cuando el individuo ha padecido o padece algún problema relacionado con el alcohol, presencia de complicaciones médicas, familiares, sociales, laborales, legales o conductuales.

1.2.- EPIDEMIOLOGÍA.

La aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM, y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE, han dado como resultado el desarrollo de criterios operativos para los trastornos mentales y del comportamiento.

Esto a su vez permite realizar amplios estudios epidemiológicos en diversas culturas y distintos contextos de atención primaria y secundaria.

La frecuencia de una enfermedad generada se define en términos de “incidencia” y “prevalencia”.

La *incidencia* es la tasa de ocurrencia de casos nuevos en una población durante un período determinado.

La *prevalencia* de una enfermedad equivale a la proporción de individuos de una determinada población en un período determinado.

Indicadores del consumo de alcohol y problemas relacionados.

Una clasificación sencilla y muy extendida es la de Gutiérrez-Fisac, 95 y diferencia en dos grandes grupos:

- Indicativos Directos.
 - Consumo per cápita de alcohol.
 - Prevalencia del consumo por edad y sexo.
- Indicadores Indirectos.
 - Problemas relacionados con el consumo de alcohol.
 - Producción de bebidas alcohólicas.
 - Otros, gastos en hogares,...

Consumo Per cápita de alcohol.

El consumo per cápita y las encuestas de población por entrevista son los dos modelos que destacan por su disponibilidad de datos en los diferentes países.

Para el cálculo per cápita se utiliza el modelo de disponibilidad – utilización, que asume que el alcohol disponible en una población es consumido por esa misma población en un período concreto (anual).

El Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, a través de la Dirección General de Alimentación proporciona desde 1987 información sobre el consumo alimentario en España obtenida de una encuesta realizada en hogares, establecimientos de restauración comercial y social.

Este estudio nos permite conocer las demandas de bebidas alcohólicas en nuestro país, evolución anual y distribución de la demanda.

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ESPAÑA DESDE 1993 A 2002. Litros per cápita.

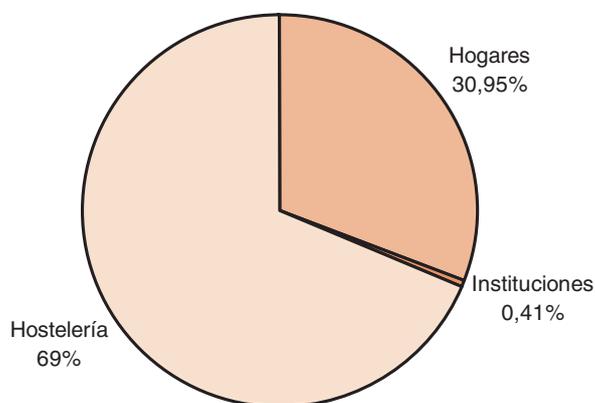


Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación

El consumo per cápita ha descendido continuando la tendencia de esta década, pasando de 108,4 litros en 1993 a 90,1 litros en el año 2002.

La mayor parte del consumo 69,05% total de las compras tuvo lugar en la hostelería, restauración y social, y el 30,95% fue destinada a los hogares.

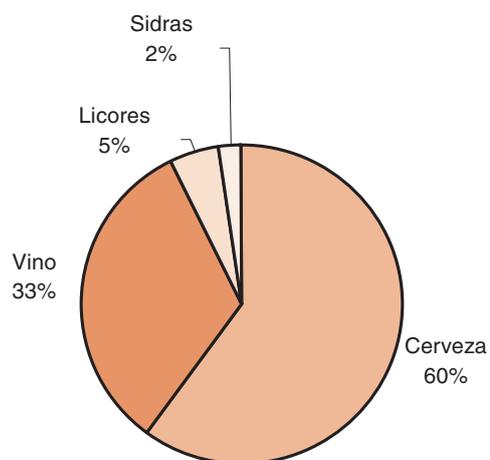
VOLUMEN DE COMPRAS DE BEBIDAS
ALCOHÓLICAS EN LITROS Y ÁMBITO DE CONSUMO. ESPAÑA
2002



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación

Las bebidas más compradas fueron cerveza 60%, seguida de vino 32,83%. La sidra, licores y otras bebidas tuvieron un volumen de compra del 7,16%

VOLUMEN DE COMPRAS DE BEBIDA
ALCOHÓLICAS EN LITROS SEGÚN TIPO DE
BEBIDA. ESPAÑA 2003



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación

Prevalencia del consumo por edad y sexo

Internacionalmente se admite que la mejor forma de aproximarse al patrón de consumo es la realización de encuestas de base poblacional. Nos permiten caracterizar el problema y detectar grupos de riesgo y realizándolos de forma periódica nos dan mayor información.

Los datos que manejamos serán de la Encuesta Domiciliaria sobre abuso de Drogas en España 2003 del Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ENTREVISTADOS DE 15-64 años (Porcentajes) España 97-2003

	1997	1999	2001	2003
Número de encuestados	12304	12234	14113	12033
Prevalencia del consumo de alcohol alguna vez en la vida	90,6%	87,3%	89,0%	88,6%
Edad media inicio del consumo de alcohol en años	16,8	16,9	16,7	16,7
Prevalencia consumo de alcohol últimos 12 meses	78,5%	75,2%	78,1%	76,6%
Prevalencia borracheras últimos 12 meses	19,2%	18,9%	18,7%	21,2%
Prevalencia consumo alcohol semanal últimos 12 meses	47,5%	45,9%	47,7%	48,2%
Prevalencia consumo alcohol últimos 30 días	63,8%	61,7%	63,7%	64,1%
Prevalencia consumo alcohol en fin de semana últimos 30 días	63,04%	61,2%	63,4%	63,8%
Prevalencia consumo alcohol en días laborales últimos 30 días	49,4%	48,3%	50,7%	51,8%
Prevalencia consumo diario de alcohol	12,7%	13,7%	15,7%	14,1%

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ENTREVISTADOS DE 15-64 años (Porcentajes) España 97-2003

	1997	1999	2001	2003
Frecuencia consumo de alcohol en los últimos 30 días (días mes)				
1 - 4 días	15,0%	12,8%	12,2%	12,3%
5 - 8 días	14,4%	13,7%	13,0%	12,7%
más de 8 días	70,7%	73,5%	74,8%	75%
Bebedores de RIESGO (Hombres más 50 cc/día; mujeres 30 cc/día)	15,6%	13,4%	16,7%	16,4%

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Indicadores de Admisiones a tratamiento en Andalucía 2005

El indicador a admisiones a tratamiento en Andalucía se define como el número de admisiones a tratamiento en los centros ambulatorios por abuso, dependencia a cada una de las sustancias psicoactivas, que se recogen en la clasificación de sustancias adoptada por el Sistema Estatal de información permanente sobre adicciones a drogas (SEIPAD).

Este indicador nos ofrece información sobre las características sociodemográficas, sanitarias y pautas de consumo de la población que es admitida a tratamiento en la red asistencial de

Andalucía. La recogida de información se realiza a través de la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT).

	2001	2002	2003	2004	2005
Nº de Admisiones a tratamiento anual	15100	16008	16734	17616	16785
Admisiones a tratamiento por alcohol	4158	4856	5311	5548	5339
Porcentaje de admisiones a tratamiento por alcohol	29,92%	30,33%	31,41%	31,49%	31,81%

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

En el 2005 el alcohol es la sustancia que más admisiones motiva con un número de 5339 nuevos tratamientos que representa un 31,81%, le sigue por detrás la heroína y “rebujado” con 4236 nuevos tratamientos que supone un 25,24%.

En los parámetros del 2005 se ve una ligera disminución con respecto al 2004 en el número de admisiones fue de 5548 pero similar al del año 2003 cuyo número de admisiones fue 5311 de nuevas adicciones.

El 10,3% de los andaluces consumen asiduamente alcohol durante los fines de semana, siendo la proporción de hombres el triple que el de las mujeres.

Por edades, las franjas de edad que hacen un mayor consumo se sitúan entre los 16 y los 20 años, un 7,6% y entre los 21 y los 24 años un 11,7%. El 17% de la población andaluza de 12 años en adelante hacen “botellón” durante los fines de semana; la proporción varía en función del género, un 20,3% de los hombres, lo practica frente a un 13,9% de las mujeres.

Otros indicadores

A) Según la estimación del estudio (Eurocare 2000), Europa es el continente que más consume, produce y exporta alcohol, estimándose los ingresos en un 2% de Producto Nacional Bruto (PNB). En España además la recaudación por impuestos especiales en el concepto de alcohol supone un 7% de todos los ingresos obtenidos por impuestos especiales de fabricación.

B) En estudios recientes elaborados en Andalucía (Unidad Medicina Familiar Hospital Reina Sofía 2005) el 30% de los pacientes ingresados en centros hospitalarios beben más de los parámetros aconsejables, mientras que uno de cada seis de estos internos presentan dependencia a alcohol. Igualmente el estudio señala el consumo inapropiado de alcohol como la causa de 12000 fallecimientos al año en España, ocupando el cuarto puesto como motivo de mortalidad más frecuente.

C) Según las estimaciones realizadas por Portella, Ridao y Cols (98), los costes sanitarios y sociales al año, ocasionados en España por el consumo excesivo de alcohol asociado a 4900 millones de euros.

1.3.- TIPOS DE PRESENTACIÓN DE LA DEMANDA. RECOMENDACIONES.

La atención diaria a pacientes alcohólicos y sus familiares nos permite trabajar con un amplio abanico de personas con características diferentes y por tanto de demandas de asistencia, ya que cada intervención viene dada por causas de diversa índole según dichas características.

Debido a que cada paciente, enfermo/a y/o familiar, presenta un tipo de demanda diferente, es claro que no podemos intervenir desde ninguna disciplina bio-psico-social de igual manera, por tanto pretendemos hacer un recorrido por algunas de las demandas más comunes que encontramos en la clínica diaria, aportando una serie de recomendaciones al uso que podrían ser de utilidad.

Desde el punto de vista del **paciente alcohólico** podemos diferenciar las demandas según la motivación que presentan en la llegada a tratamiento:

Nos encontramos a **pacientes motivados** por dejar de beber y establecer un cambio, concienciados de su problema, y otros, también motivados, aunque algo ambivalentes. Si seguimos en estos tipos de demandas a Prochaska y DiClemente, podríamos decir que estos pacientes motivados se encontrarían en preparación o acción o mantenimiento. En estos casos podríamos establecer como **recomendaciones** para el técnico en consulta:

A) Refuerzo positivo: admirando la capacidad personal para el cambio, estableciendo discrepancia entre la historia de consumo y las metas actuales planteadas e informando del buen pronóstico en la consecución de un buen tratamiento debido a la motivación que presenta.

B) Informar del circuito terapéutico general a seguir en cada caso.

Por otro lado, hay pacientes que llegan a consulta **sin motivación**, en la mayoría de los casos presionados por la familia, por orden judicial, por prescripción médica en caso de enfermedad grave, amigos que sugieren... etc., estos casos serían precontempladores o contempladores de un futuro cambio.

Algunos pacientes enmarcados en este apartado como determinados contempladores y precontempladores, acuden a consulta voluntariamente pero no por iniciativa propia. Cuando se produce una orden judicial de ingreso en un centro de tratamiento, bien de tipo ambulatorio bien de tipo residencial, se ha visto en los últimos años, que varios de estos pacientes están relacionados con delitos de maltrato y se comete el error de creer que asistiendo a tratamiento para el abuso de alcohol desaparecerá la conducta maltratadora, no siendo necesariamente así ya que en casi la totalidad de los casos a este maltrato subyace un problema de personalidad.

Hecha esta salvedad los pacientes que acuden desmotivados son un reto en el tratamiento y también de difícil pronóstico, sin embargo, muchos de ellos recorren la espiral de cambio logrando el estadio de mantenimiento-finalización. La **recomendación** terapéutica para el técnico en consulta, sería establecer una alianza encubierta, es decir, cuando estos pacientes llegan, normalmente, no establecen como objetivo o como demanda inicial el dejar de beber, ya que no tienen conciencia de problema, es por ello, que la habilidad del terapeuta juega un papel muy importante a la hora de orientar las primeras sesiones a lo que el paciente cree que es su demanda y empezar a partir de ahí su tratamiento.

Finalmente y, debido a la necesidad de brindar tratamiento a los **familiares** de estos pacientes alcohólicos, codependientes de dicho problema de bebida, también encontramos que muchos de ellos acuden a tratamiento (en todos los casos motivados) con dos tipos de presentaciones de la demanda:

A) Familiar que acude con el objetivo de tratamiento específico para sí mismo, independientemente de que acuda o no el paciente alcohólico. En estos casos el familiar seguiría el circuito terapéutico del centro de referencia en cuestión.

B) Familiar que acude solicitando ayuda para disuadir y/o “convencer” al paciente alcohólico para asistir a tratamiento. En estos casos habría que explorar y trabajar la codependencia de dicho familiar, examinando las reacciones familiares cuando se produce el problema de consumo y proponiendo el cambio de conducta familiar.

CASO CLÍNICO

(Ejemplo de uno de los tipos de presentaciones señaladas anteriormente)

Demanda: María es una mujer de 55 años que viene a la consulta acompañada por su hija Cristina de 22, derivada por el médico de cabecera. Ella había acudido a su médico para pedir ayuda para su esposo, al que define como alcohólico, y que no reconoce tener problemas de bebida.

Antecedentes: Relata que su marido, que tiene ahora 58 años, consume alcohol de forma excesiva desde hace 25 o 30 años. Casi todos los días llega a casa un poco achispado, y los fines de semana suele embriagarse los sábados y los domingos.

Las repercusiones que tiene esta conducta se dan sobre todo en el ámbito doméstico: Antonio suele tener mal genio y protestar por todo: la comida no está a su gusto; se enfada por el horario de regreso de los hijos a casa (dice que no le hacen caso); cree que María no se ocupa suficientemente de él. María aclara que ella hace tiempo que decidió no mantener relaciones sexuales con él, porque le da asco el olor que tiene y que por eso se queja de que ella no lo atiende.

Está desesperada porque le ha dicho en múltiples ocasiones que vaya a un médico para tratar su problema de alcoholismo, pero el no reconoce bajo ningún concepto esta definición. De hecho, ella incluso teme decirle nada al respecto porque es discusión segura. Le dice que vaya ella que es la que necesita tratamiento. A veces le ha amenazado con separarse para ver si el reaccionaba, pero no le ha servido de nada.

María solicita orientación para conseguir que el marido se someta a tratamiento y deje de beber.

Análisis de la Demanda: En este tipo de petición se dan dos características que determinan las posibilidades de intervención:

- La primera y mas importante es que el paciente no acude a la entrevista y por tanto, implícitamente no reconoce tener un problema con el alcohol ni necesidad de tratamiento

(Negación/precontemplación). No ofrece tampoco la posibilidad de trabajar a nivel motivacional. En resumen, el terapeuta se encuentra con que no tiene “paciente con problemas de alcohol”

- La segunda característica es que la familia, y en particular la esposa, ha estado intentando resolver el problema con una serie de soluciones que se han mostrado absolutamente ineficaces (llamadas de atención y discusiones sobre la conducta alcohólica; “castigos” como la retirada de las relaciones sexuales; amenazas inconsistentes de separación, etc.). Sin embargo, y a pesar de los resultados negativos, la esposa lleva años persistiendo en el mismo tipo de reacciones y respuestas ante el problema. De alguna forma, cuando una solución intentada no produce el resultado deseado y se insiste en ella, se genera un sistema problema-solución ineficaz, que inadvertidamente contribuye al mantenimiento del problema. Digamos que tanto las respuestas conductuales del paciente como las de la esposa son esperables y predecibles dentro de su sistema de relaciones, y se retroalimentan mutuamente (a más conducta alcohólica de él, más reproches de ella, y viceversa).

Intervención: El objetivo en este tipo de presentación de la demanda, consiste básicamente en desarrollar estrategias en las que el terapeuta tenga en cuenta:

- Que la que demanda ayuda es la persona que está sufriendo más por el problema (la esposa)
- Que el sistema de soluciones ensayadas no sólo se ha hecho ineficaz sino que incluso puede estar contribuyendo al mantenimiento del problema
- Que, en principio, el paciente no puede aceptar la definición de su conducta alcohólica como el problema.

En conclusión, el terapeuta deberá:

- Establecer una alianza terapéutica con el demandante (la esposa) a la que debe considerar, en principio, su paciente.
- Una vez establecido el vínculo terapéutico, haciéndose cargo de su sufrimiento, deberá analizar junto con ella la secuencia de soluciones intentadas, procurando subrayar cómo su persistencia en las mismas no va a ayudar a que el problema se solucione.
- Sugerirle cambios en las respuestas que da a la conducta de consumo de alcohol de su marido considerando que tales respuestas deben cuestionar la manera habitual y esperable en que ellos se relacionan: En este caso concreto se le podría proponer:
 - Eludir las discusiones referidas a la conducta alcohólica, sobre todo en los momentos en que él está bajo los efectos del alcohol
 - No responder a las probables provocaciones que el marido le hace con comentarios sobre su manera de llevar el hogar o sobre su falta de atención hacia él
 - Hablar solamente con él en los momentos en que esté sobrio (por ejemplo, por las mañanas)

- Procurar cambiar el clima de la conversación, instalado crónicamente en el reproche, hacia un clima de preocupación afectuosa por su estado
 - Connotar su conducta como enfermedad, procurando hacerle llegar que ella sabe que está atrapado en su dependencia y que no depende de su voluntad
 - Darle esperanzas de que las cosas pueden cambiar; que hay tratamientos eficaces y que las personas pueden superar este problema
- La labor del terapeuta consistirá en transmitir a la esposa la necesidad de dar tiempo a que las cosas puedan cambiar y a supervisar que realice este trabajo ayudándole a superar las probables dificultades que tenga para cambiar su patrón habitual de relación con él.
 - Si estos cambios relacionales son introducidos de forma adecuada, habitualmente el paciente accederá, al menos, a verse con el terapeuta, aunque en principio su demanda no esté centrada sobre el problema del alcohol.

1.4.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Alonso-Fernández, F; Alcoholdependencia. Personalidad del alcoholico.Masson-Salvat Medicina.
- Barrio, Bravo, De la Fuente (2000) Consumo de drogas i legales en España : hacia una diversificación de los patrones de consumo y los problemas asociados . Enf. Emrg 2 (2) , 88-102.
- Bobes, Casas, Gutierrez; Manual de Evaluación y Tratamiento en Drogodependencias. Ars Médica. Barcelona 2003
- CIE-10 (Décima edición) 1ª edición. Meditor. Madrid 1992
- Cuevas Badenes y Sanchís Fortea. Tratado de Alcoholología. Dupont Pharma. 2000
- DSM IV-TR.Masson.
- Echaburua E. Evaluación y Tratamiento de los Trastornos Adictivos. Fundación Universidad Empresa. Madrid 2004.
- Edwards Griffith y cols. Alcohol y Salud Pública. Prous Science. Barcelona 1997
- EMCDDA (2002).Informe Anual Sobre el problema de la drogodependencia en la Unión europea y Noruega. Lisboa.
- Estudio sobre la comercialización Agroalimentaria en España. Panel de Consumo de 2005. Observatorio del Consumo y la Distribución Alimentaria. Ministerio de Agricultura ,Pesca y Alimentación.
- EUROCARE (2000) Alcohol Problems in the Family .A report to the European Unión. England. Woeld Health Organitation Europea.
- Gil E, Gonzalez J , Perez C, Vargas F, (1992) .Estudio de los estilos de vida de la población adulta española. Madrid . Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la salud Publica.
- Gil, Robledo, Rubio (1995) “ Plan Europeo de Actuación sobre el alcohol” .Revista española de Salud publica nº 69 pag. 360-385.
- Gil E, Gonzalez J , Perez C, Vargas F, (1992) .Estudio de los estilos de vida de la población adulta española. Madrid . Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la salud Publica.
- Gil, Robledo, Rubio (1995) “ Plan Europeo de Actuación sobre el alcohol” .Revista española de Salud publica nº 69 pag. 360-385.
- Girón Garcia, Martinez Delgado, Reina Gala, Muñoz Romero; Guia de Actuacion en Atencion Primaria.
- Gonzalez-Talegon, Prada, Alvarez (2005).Evolución del consumo de alcohol entre 1993-1995-1997. A partir de la Encuesta Nacional de Población. Revista Adicciones , Volumen 17.
- Gutierrez-Fisac (1995) ; Nuevos indicadores del consumo de alcohol en España. Revista de Medicina Clínica nº 104 pag. 544-550.
- Informe Anual del Año 2004 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Plan nacional Sobre Drogas.
- Informe Anual del Año 2005 del Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías, El problema de las drogas en Europa.
- Informe sobre el indicador a admisiones a tratamiento en Andalucía 2005. Dirección General para las drogodependencias y Adicciones. Comisionado para las drogodependencias.
- Kaplan, Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 9ª edición. Almiral. Waverly. Hispánicas. Madrid 2005
- Larger Brancolini y López Montoro. Manual en Drogodependencias. Librería Universitaria. Barcelona 2001.
- Los Andaluces Ante las drogas VI (1999) y IX (2005). Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General para Las drogodependencias y Adicciones.
- Meana, Pantoja, (2001), nuevas Interpretaciones y nuevos Abordajes del Alcoholismo. Instituto Deusto de Drogadicciones. Universidad de Deusto.
- Memoria de actuaciones (2002).Fundación de Ayuda para las drogadicciones. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta domiciliaria sobre el abuso de drogas en España 2003.Secretaría General de Sanidad.

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Informe de 1995.
- Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías, (OEDT). Informe Anual sobre la evolución anual (1997-2003) del fenómeno de la droga en la Unión Europea.
- Observatorio Español de Drogas , (2002). Informe nº 5 . Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

ENLACES

- Plan Nacional Sobre Drogas .
www.pnsd.msc.es/
- Informe Anual de la ONU sobre el consumo de drogas.
www.unodc.org/pdf/WRD2004.volumen1spanish.pdf/
- Fundación de ayuda contra la drogadicción.
www.fad.es/
- Instituto para el estudio de las adicciones.
www.arrakis.es/iea/
- Consejo de la Unión Europea. Plan de acción de la unión europea en materia de lucha contra la droga.
www.emcdda.eu.int/
- Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones de la Junta de Andalucía.
www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial
- Rubio- Valladolid, Jiménez Arriero, Ponce Alfaro, Santo-Domingo. Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias. Ars Médica. Barcelona 2003.
- Ruiz Osuna M.C. Actualización en Drogodependencias. Formación Alcalá. Jaén 2003.
- Santo-Domingo, Arriero, Valladolid. Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras dependencias. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Aula Médica. Madrid 2000.

2 - CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Autor:
Federico Lúque Pérez
fluque@dipucadiz.es

2.1. CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO:

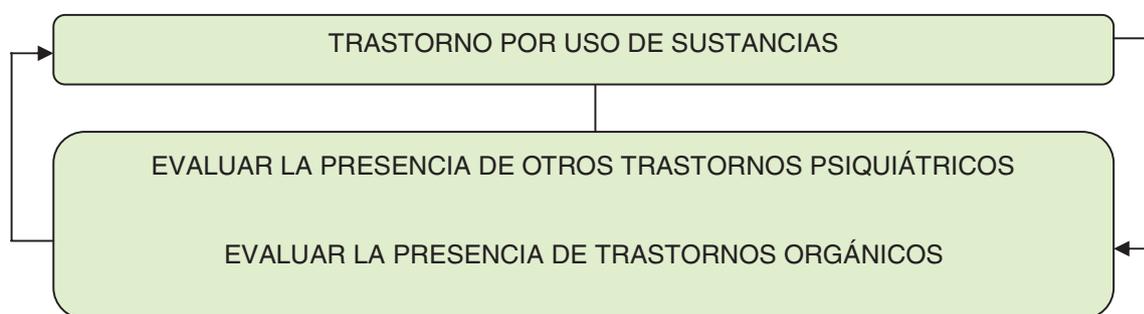
La necesidad de “acotar” los diferentes cuadros clínicos y agruparlos en entidades nosológicas estructuradas es, quizá, el más antiguo y complejo de los problemas planteados en el ámbito de conocimiento de la psiquiatría, y más concretamente en el campo de los trastornos por consumo de alcohol. Esta necesidad, permanente campo de batalla de un gran número de clínicos e investigadores, parte, tanto de la obligación de establecer un lenguaje común para denominar un proceso patológico que puede presentar una enorme variabilidad en su presentación clínica, como de la pertinencia de buscar, para dicho proceso, alternativas terapéuticas eficaces.

En este sentido, la evaluación diagnóstica de un paciente es un proceso continuo, no único (es decir, no puntual, sino realizado a lo largo de la relación terapéutica con el paciente) que nos permite poner en valor todos aquellos datos que posibilitan la realización de un diagnóstico clínico y una planificación terapéutica acordes con las necesidades y características de cada paciente (Consenso SEP, 2003).

Desde un punto de vista amplio, el diagnóstico debe suponer (Rubio G, et al, 2003):

- una clara valoración de la etiología del proceso que estamos analizando
- el conocimiento del desarrollo de la enfermedad (historia natural)
- un planteamiento de estrategias terapéuticas de eficacia establecida
- un pronóstico sobre la evolución del cuadro

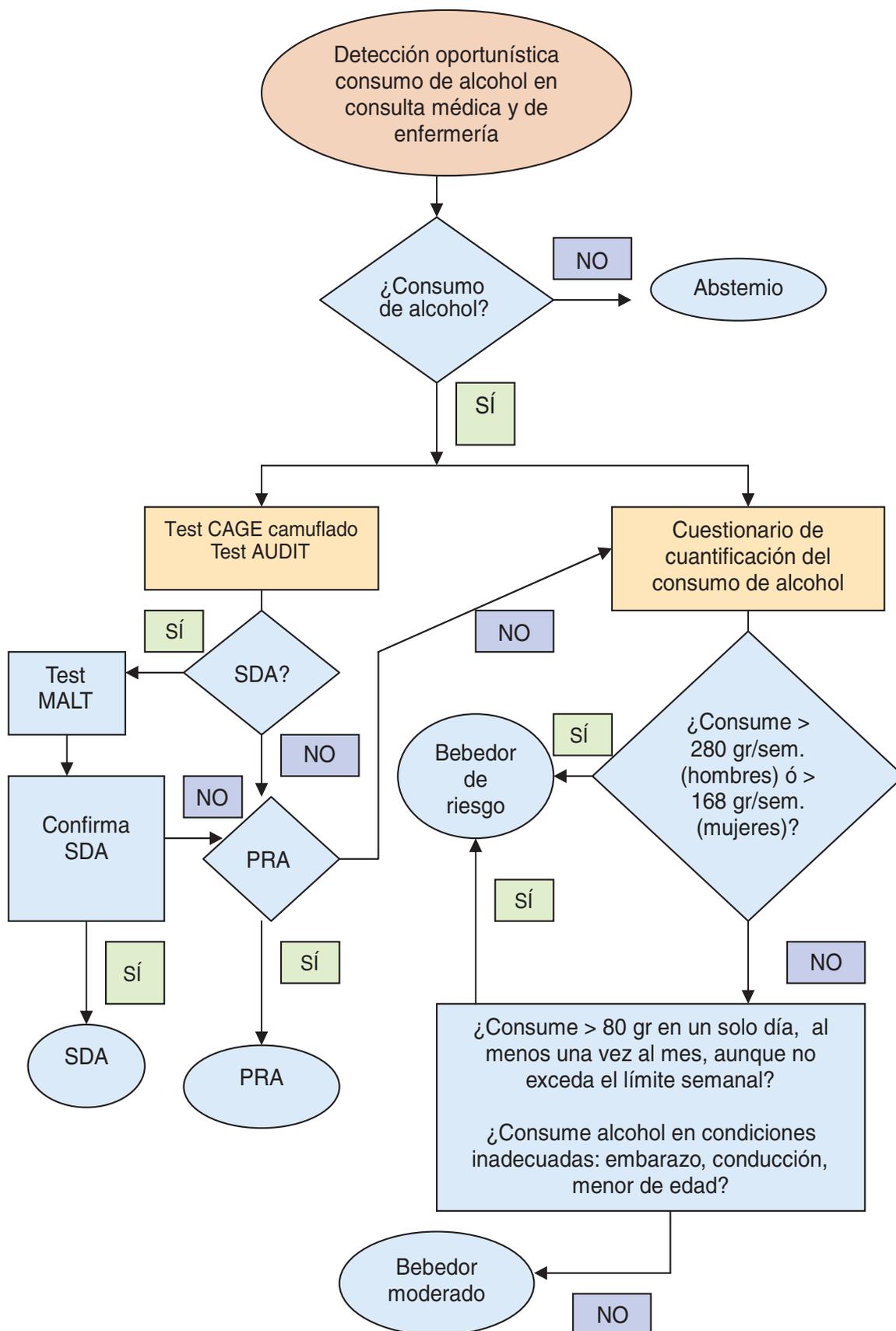
Al abordar el diagnóstico de un individuo con problemas por uso de alcohol, la valoración debe abarcar una serie de aspectos que van más allá del mero uso de la sustancia, y que nos obligan a explorar detenidamente otros ámbitos del sujeto; es decir, hemos de realizar una valoración detenida de:



(SI EXISTEN, EVALUAR SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS) (Adaptado de: Consenso SEP, 2003)

Por lo tanto, el diagnóstico es la piedra angular que vertebra los primeros pasos en el acercamiento científico a los trastornos por consumo de alcohol, desde Jellineck (1960) hasta nuestros días.

Algoritmo diagnóstico del consumo de alcohol



2.2.- TIPOLOGÍAS EN EL ALCOHOLISMO.

Como queda establecido en el anterior epígrafe, la necesidad de categorización deviene de la amplia variabilidad con que el alcoholismo se muestra clínicamente en relación con posibles factores etiológicos (genéticos y/o medioambientales), alternativas terapéuticas y pronóstico. De esta manera, el acercamiento científico a los trastornos por consumo de alcohol se desarrolla históricamente con la propuesta de diversas tipologías, desde la más clásica (Jellineck, 1960) que sienta las bases del estudio científico del alcoholismo y las conductas adictivas, a las más recientes (Shuckit, 1985; Cloninger, 1987; Alonso-Fernández, 1988; Babor, 1994).

En su esfuerzo clasificatorio y de acercamiento al problema del alcoholismo, las tipologías reseñadas han utilizado diversos criterios clasificatorios, siendo los más utilizados: el género, la forma de beber, la presencia de historia familiar de alcoholismo, las características de la personalidad y la existencia de trastornos psiquiátricos asociados.

Claramente, es la de Jellineck la tipología precursora de todas las demás. En ella, se entiende el alcoholismo como una enfermedad definida por: tolerancia y síndrome de abstinencia, deseo de beber y pérdida de control o incapacidad para abstenerse, lo que nos daría los cinco tipos de bebedores conocidos de su clasificación: tres tipos de bebedores abusivos, no dependientes (alfa, beta y épsilon) y los dos tipos de bebedores dependientes (delta y gamma). En nuestro medio, Alonso-Fernández propone una tipología que podría ser considerada como una modificación cultural de la propuesta por Jellineck. El propio autor considera que las categorías que plantea son equiparables a las propuestas por Jellineck, aunque también considera que la suya presenta la ventaja de ser multiaxial y más sistematizada en cuanto a los criterios que rigen en las categorías propuestas (Alonso-Fernández F, 1998).

Tipologías de Jellineck y Alonso-Fernández

Tipología de Jellineck	Tipología de Alonso-Fernández
<ul style="list-style-type: none"> • Alfa. No existe dependencia fisiológica; predominan los factores psicológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebedor enfermo psíquico
<ul style="list-style-type: none"> • Beta. No existe dependencia fisiológica; los factores socioculturales son determinantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebedor alcoholizado
<ul style="list-style-type: none"> • Gamma. Existe dependencia fisiológica; los factores psicológicos son los más importantes etiológicamente; grave reducción de la capacidad de control. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebedor alcoholómano
<ul style="list-style-type: none"> • Delta. Dependencia fisiológica; los factores sociales son determinantes; control sobre las cantidades de alcohol, pero incapacidad para abstenerse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebedor excesivo regular
<ul style="list-style-type: none"> • Épsilon. Sin dependencia fisiológica; estado habitual de abstinencia con episodios de ingesta masiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebedor episódico

Shuckit, por su parte, plantea en su tipología el criterio básico de la relación del trastorno por consumo de alcohol con la existencia de un trastorno mental subyacente. Delimita así dos formas básicas de alcoholismo: uno primario en varones y mujeres caracterizado por su aparición antes que cualquier otro trastorno psiquiátrico, y otro secundario, superpuesto a un trastorno mental previo que en la mujer sería fundamentalmente un trastorno afectivo y en el varón el trastorno disocial, y caracterizado por tener un peor pronóstico (Shuckit, 1985).

Más recientemente, han surgido tipologías multiaxiales resultado de agrupar diversas variables: las más conocidas son las de Cloninger y Babor.

Cloninger, basándose en amplísimos estudios de adopción señala la existencia de dos tipos de alcoholismo: Tipo I o limitado al ambiente, caracterizado principalmente por la aparición tardía de los problemas, la pérdida de control al beber y la escasez de conductas agresivas; y tipo II o limitado al varón, en el que los problemas aparecen precozmente, el individuo es incapaz de mantenerse abstinentemente y presenta frecuentes complicaciones sociales.

Tipología de Cloninger

CARACTERÍSTICAS	TIPO I	TIPO II
Edad de comienzo	> 25 años	< 25 años
Incapacidad de abstinencia	Infrecuente	Frecuente
Peleas/Problemas legales	Infrecuente	Frecuente
Pérdida de control	Frecuente	Infrecuente
Sentimiento de culpa	Frecuente	Infrecuente
Rasgos de personalidad ✎ Búsqueda de lo novedoso • Evitación del daño • Dependencia de la recompensa	Bajo Alto Alto	Alto Bajo Bajo
Niveles MAO plaquetaria	Normales	Bajos

En un estudio doble-ciego, multicéntrico, en 521 pacientes alcohólicos desintoxicados, Meszaros, aplicando el *Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ) de Cloninger, encuentra un fuerte valor predictivo en algunos rasgos de personalidad que conforman la tipología establecida por Cloninger y la posibilidad de recaída. En efecto, el rasgo **búsqueda de novedad** es un fuerte predictor de recaída en hombres, aunque irrelevante en mujeres, mientras que el rasgo **evitación del daño** es un moderado predictor de recaída precoz en mujeres, y el rasgo **dependencia de la recompensa** no posee valor predictivo alguno en cuanto a la posibilidad de recaída (Meszaros K, et al, 1997).

La tipología de Babor, por su parte, también reconoce como elemento clave la edad de inicio y establece dos tipos de alcohólicos: los alcohólicos Tipo A comienzan tardíamente sus problemas con la bebida, poseen pocos problemas familiares-escolares durante la adolescencia, escasa comorbilidad psiquiátrica y la dependencia alcohólica no suele ser grave; los alcohólicos Tipo B comienzan precozmente con los problemas, se asocian al trastorno de personalidad antisocial, presentan más problemas familiares y laborales, y la dependencia es más grave.

Tipología de Babor.

CARACTERÍSTICAS	TIPO A	TIPO B
Edad de comienzo	Tardío (> 30 años)	Temprano (< 30 años)
Factores de riesgo en la adolescencia	+ / -	++
Severidad de la dependencia	Leve/ Moderada	Grave
Alteraciones psicopatológicas	Pocas	Otros trastornos/ Abuso de otras drogas
Consecuencias familiares y laborales	+	++

También es interesante en la tipología de Babor, la constatación de sus implicaciones terapéuticas: los Tipo B se benefician de un tratamiento psicológico basado en entrenamiento en habilidades sociales, y los Tipo A de terapia interpersonal (Rubio G, et al, 2003).

Por otra parte, Kranzler había informado, en 1996, de la diferente respuesta al tratamiento con ISRS, de forma que los Tipo B conseguían resultados menos favorables. Pettinati, realiza un estudio placebo-controlado en alcohólicos Tipo A y B utilizando sertralina que confirma los resultados de Kranzler: los subtipos alcohólicos responden de manera diferente a sertralina cuando es usada como tratamiento para reducir el consumo de alcohol, de forma que los sujetos del Tipo A consiguen resultados más favorables (Pettinati HM, et al, 2000).

A pesar de los esfuerzos investigadores comentados con el objetivo de conseguir un correlato entre las tipologías propuestas y su abordaje terapéutico y/o pronóstico, las críticas fundamentales tanto a la propuesta de Cloninger como a la de Babor, provienen de su importante solapamiento con el trastorno de personalidad antisocial, así como de su no constatación en la zona cultural no anglosajona (Rubio G, et al, 1998).

2.3. TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Desde que, a mediados del siglo XIX se acuña el término alcoholismo, se emplea como sinónimo de adicción al alcohol, pasando su identificación y clasificación por diversas etapas. En los últimos 50 años varios son los cambios más relevantes en la conceptualización de los problemas derivados del uso de alcohol:

- Jellinek (1960) sienta las bases del estudio científico del alcoholismo y las conductas adictivas.
- National Council on Alcoholism (1972) establece los primeros criterios diagnósticos que conceptualizan los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia.
- Edwards y Gross (1976) describen el conjunto de 7 elementos característicos que, modificados con posterioridad, conforman la base de los criterios actuales del síndrome de dependencia del alcohol.
- Se publica la revisión de la III edición del DSM (1987) que deja de considerar imprescindibles los criterios de tolerancia y de abstinencia para establecer el diagnóstico de dependencia del alcohol.

En la actualidad, dos grandes taxonomías abordan la clasificación de estos trastornos de forma similar aunque con algunas diferencias: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (Décima edición).

2.3.1. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV-TR)

Divide los trastornos relacionados con el alcohol en dos grandes grupos: **trastornos por consumo de alcohol** (abuso y dependencia) y **trastornos inducidos por alcohol** (intoxicación, abstinencia, delirium por intoxicación, delirium por abstinencia, demencia persistente, trastorno amnésico persistente, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno sexual, trastorno del sueño, trastorno relacionado con el alcohol no especificado).

A. Trastornos por consumo

A.1. Dependencia de alcohol: criterios

La característica esencial de la dependencia consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo a pesar de la aparición de problemas significativos. Existe, además, un patrón de repetida autoadministración que frecuentemente conduce a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. Los criterios se relacionan en las tablas siguientes.

Crterios DSM-IV-TR para la dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. *tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:*
 - *una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado*
 - *el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado*
2. *abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:*
 - *el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)*
 - *se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia*
3. *la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía*
4. *existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia*
5. *se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., pasar horas en los bares) o en la recuperación de los efectos de la sustancia*
6. *reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia*
7. *se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p.ej., continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)*

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: *signos de tolerancia o abstinencia (p.ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2)*

Sin dependencia fisiológica: *no hay signos de tolerancia o abstinencia (p.ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)*

El DSM-IV-TR establece además seis especificaciones de curso para la dependencia de sustancias que se codifican en el quinto dígito. Las cuatro especificaciones de remisión se aplican únicamente cuando no se cumple ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante un mes como mínimo. La definición de estos cuatro tipos de remisión se basa en el intervalo de tiempo transcurrido desde el fin de la dependencia (remisión temprana vs remisión sostenida) y en función de la continuada presencia o no de uno o más de los síntomas incluidos en los criterios establecidos para la dependencia y el abuso (remisión parcial vs remisión total). Además, existen dos especificaciones adicionales: en terapéutica con agonistas y en entorno controlado.

• **Remisión total temprana:** se usa cuando no se cumplen los criterios de dependencia o abuso durante 1 a 12 meses.

• **Remisión parcial temprana:** se usa cuando se han cumplido entre 1 y 12 meses uno o más criterios de dependencia o abuso (sin que se cumplan todos los criterios para la dependencia).

• **Remisión total sostenida:** se usa cuando no se cumple ninguno de los criterios de dependencia o abuso en ningún momento durante un período de 12 meses o más.

- **Remisión parcial sostenida:** se usa cuando no se cumplen todos los criterios para la dependencia durante un período de 12 meses o más, pero se cumplen, sin embargo, uno o más criterios de dependencia o abuso.
- **En terapéutica con agonistas:** se usa cuando el individuo esta bajo medicación agonista prescrita, como la metadona; también se aplica a sujetos tratados con un agonista parcial o un agonista/antagonista.
- **En un entorno controlado:** se usa cuando el sujeto se encuentra en un entorno donde el acceso al alcohol y a las sustancias controladas es restringido y no se observa ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante 1 mes.

A.2. Abuso de alcohol: criterios

La característica esencial del abuso consiste en un patrón desadaptativo de consumo manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes.

A diferencia de lo que ocurre en el caso de la dependencia, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han comenzado a tomar la sustancia recientemente, algunos de estos sujetos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo período de tiempo sin presentar signos de dependencia.

Criterios DSM-IV-TR para el abuso de sustancias

A. *Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:*

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p.ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p.ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. *Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.*

B. Trastornos inducidos por alcohol

Los criterios para intoxicación y abstinencia se analizan en los capítulos dedicados a estos diagnósticos de la presente guía (véase más adelante)

Por lo que respecta a los restantes diagnósticos de este grupo, DSM-IV-TR, para facilitar el diagnóstico diferencial, los incluye en las secciones donde aparecen trastornos que comparten la misma fenomenología (p.ej., el trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol se incluye en la sección “Trastornos del estado de ánimo”).

2.3.2. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (DÉCIMA EDICIÓN)

Incluye criterios para nueve diferentes sustancias además de los relativos a múltiples sustancias. Para cada una de éstas, incluye los siguientes diagnósticos: intoxicación aguda, consumo perjudicial, síndrome de dependencia, síndrome de abstinencia, síndrome de abstinencia con delirium, trastorno psicótico, síndrome amnésico, trastorno psicótico residual y otros trastornos mentales.

Como hemos tenido ocasión de comentar anteriormente, los criterios son muy similares y sólo existen pequeñas diferencias:

- CIE-10 incluye en el apartado dedicado a cada sustancia, los trastornos que se relacionan con ella, tanto la dependencia como los inducidos; por el contrario, DSM-IV-TR, distingue entre trastornos por consumo y trastornos inducidos por sustancias.
- Los criterios utilizados por ambas clasificaciones para el diagnóstico de dependencia son similares, ya que los criterios DSM-IV-TR están contenidos en la CIE-10 y las diferencias se centran en matices clínicos

Criterios diagnósticos de dependencia DSM-IV-TR/CIE-10

CRITERIOS	DSM-IV-TR	CIE-10
Tolerancia a) Necesidad de aumentar las cantidades b) El efecto disminuye claramente	X (a, b)	X (a, b)
Síndrome de abstinencia a) Síntomas de abstinencia b) Bebe para aliviar la abstinencia	X (a, b)	X (a, b)
Pérdida de control a) Esfuerzos para controlar o interrumpir el consumo b) Beber más o antes de lo esperado c) Deseo intenso o vivencia de compulsión por beber	X (a) X (b) X (c)	X (b)
Negligencia en actividades Reducción de la actividad social, ocupacional o recreativa	X	X
Beber pese a las consecuencias a) Físicas; b) Psicológicas; c) Familiares; d) Laborales; e) Legales	X (a, b)	X (a, b)
Pasar la mayor parte del tiempo bebiendo	X	-
Nº de criterios y duración	3 ó más, en cualquier periodo de tiempo	3 ó más en cualquier periodo de tiempo

Nota: X (a, b) o X (c) indican que el criterio incluye las partes “a” y “b” o que sólo incluye “c”

Los criterios de **uso perjudicial** del CIE-10 son menos específicos que los de **abuso de sustancias** del DSM-IV-TR: de hecho, diversos estudios constatan la baja concordancia para ambos diagnósticos (Hasin D, et al, 1997; Rounsaville BJ, Babor T, et al, 1993)

- Como se ha descrito en el anterior epígrafe, DSM-IV-TR incluye la intoxicación y el síndrome de abstinencia entre los trastornos inducidos para cada sustancia, mientras que el resto de trastornos inducidos los incluye en las secciones con las que éstos comparten características fenomenológicas.
- Los criterios para intoxicación son prácticamente iguales para ambas clasificaciones.
- Para el diagnóstico de abstinencia en el DSM-IV-TR se establece que los síntomas deben producir un malestar clínico significativo o deterioro de las actividades del sujeto, mientras que en el CIE-10, sólo se requieren los síntomas para el establecimiento del diagnóstico.

2.3.3. LIMITACIONES DE LAS CLASIFICACIONES ACTUALES

Clínicamente la dependencia se entiende como un continuum evolutivo en el que aparecen los diferentes cuadros clínicos. Sin embargo los actuales sistemas categoriales no recogen adecuadamente éste continuum sino que, por el contrario, constriñen los cuadros clínicos en un esquema categorial con un marco rígido. A pesar de todo, si bien es cierto que los trastornos por uso de alcohol pueden entenderse como un proceso en evolución, no es menos cierta la necesidad de establecer umbrales claros para establecer el diagnóstico correspondiente.

Al margen de estas consideraciones generales, existen otros elementos de las clasificaciones actuales al uso que han sido puestos en entredicho:

- Simplificación del diagnóstico: todo lo más, las clasificaciones distinguen entre si existe o no un determinado cuadro (existe dependencia o no).
- No hay criterios establecidos para poblaciones especiales: adolescentes, mayores, que, sin embargo, sí poseen pautas propias de consumo (ver más adelante)
- Globalmente, carecen de implicaciones causales y terapéuticas: no recogen la existencia de factores etiológicos hereditarios, psicológicos o ambientales. Del mismo modo, no existe correlato entre la adscripción de un cuadro clínico determinado a una categoría diagnóstica y la correspondiente implicación terapéutica.
- Elementos tan importantes de los trastornos por consumo de sustancias como la pauta de consumo o la motivación del mismo, no son tenidos en cuenta para establecer el diagnóstico.
- Finalmente, se les ha criticado que la posibilidad de realizar un diagnóstico multiaxial, no ha supuesto una dulcificación de los déficits previamente expresados, ni ha contribuido tampoco a la búsqueda de estrategias terapéuticas acordes con los diagnósticos definidos.

2.3.4. INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNOS DEL EJE I

Como quedó establecido en el epígrafe inicial, el diagnóstico de los trastornos por consumo de sustancia requiere también la evaluación de la presencia de otros trastornos psiquiátricos dada la elevada comorbilidad que múltiples estudios han establecido para ambos diagnósticos. En este sentido, los instrumentos más utilizados para la exploración del Eje I suelen ser entrevistas estructuradas adaptadas a los criterios de las diferentes taxonomías (DSM-IV-TR/ CIE-10) que nos proporcionan diagnósticos según los criterios para una u otra, pero que no han sido diseñados

específicamente para los trastornos por consumo de drogas.

Por otra parte, son entrevistas que deben ser realizadas por personal especializado y entrenado previamente y cuya mayor utilidad se centra en el campo de la investigación. Entre ellas se encuentran:

- *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) (First MB, Spitzer RL, 1999)

Establece los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV. Se subdivide en seis módulos de los que el módulo E explora los trastornos relacionados con sustancias.

- *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM) (Hasin, et al, 1996)

Proporciona diagnósticos según criterios DSM-IV

- *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) (Wing, 1992)
- Proporciona diagnósticos según criterios CIE-10

2.3.5. CONTEXTO DE TRATAMIENTO

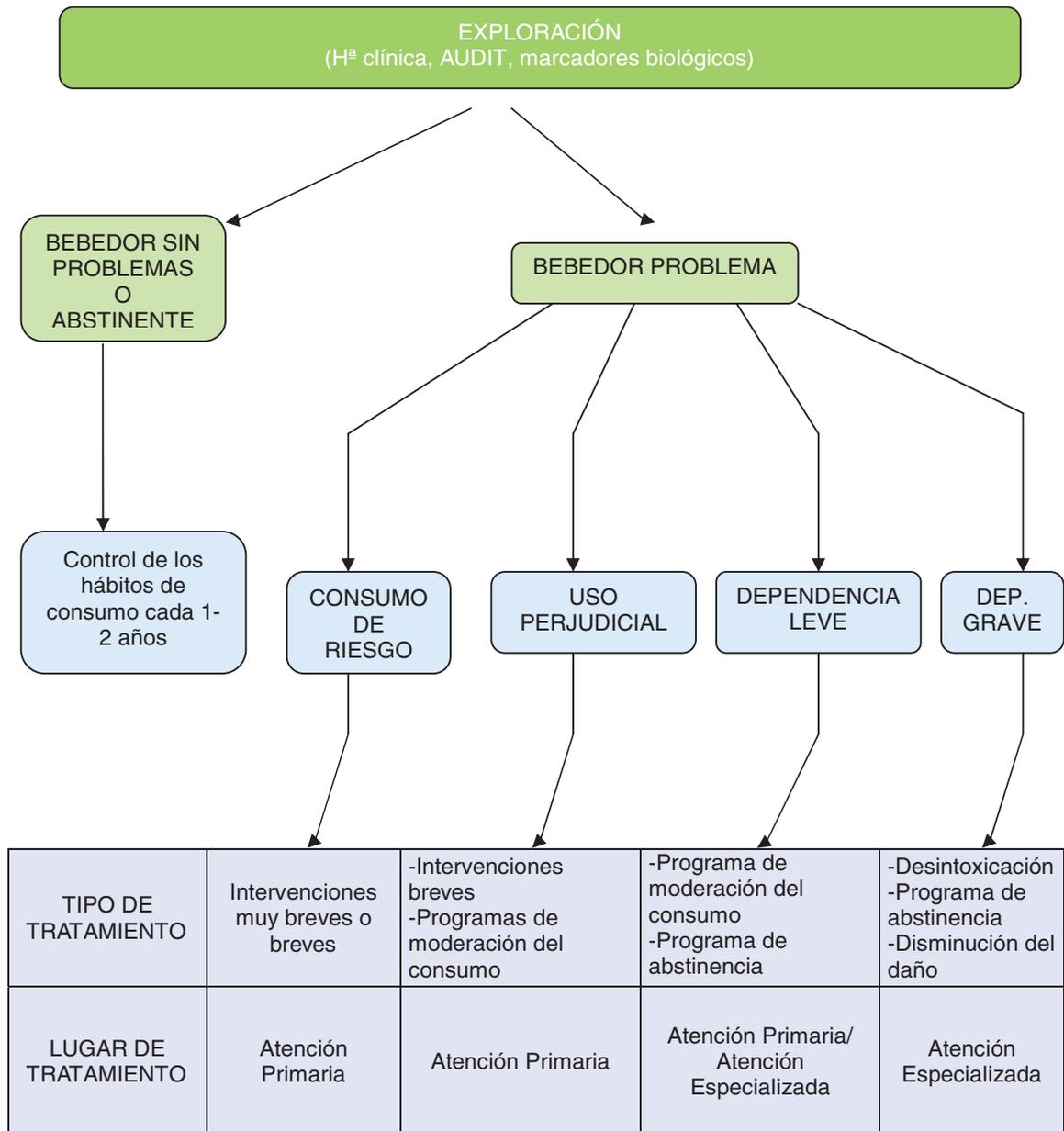
La elección del contexto de tratamiento, ha de basarse en las características tanto del plan de tratamiento diseñado para el paciente en concreto, como de los contextos disponibles (dispositivo ambulatorio, unidad de día, dispositivo residencial/comunidad terapéutica, ingreso hospitalario). En este sentido, es muy importante la preferencia del paciente ya que se ha demostrado que el cumplimiento del plan terapéutico a lo largo del tiempo, es un potente predictor de la eficacia del mismo. Del mismo modo, se ha demostrado que la intensidad y calidad de los servicios terapéuticos recibidos por un paciente, son potentes predictores respecto a la evolución del consumo.

Por otra parte, dado que nos enfrentamos a un proceso de carácter crónico, el paciente puede requerir un tratamiento a largo plazo, de forma que en un mismo paciente será posible establecer diversos planes de tratamiento a realizar en diversos contextos en función de las características (gravedad del síndrome de dependencia/abstinencia, presencia de alteraciones orgánicas y/o psiquiátricas, aceptación/resistencia al tratamiento, soporte familiar/social) que en cada momento presente su cuadro.

En cualquier caso, la decisión relativa al lugar donde el paciente recibirá atención debe basarse en algunas características de éste:

- Aceptación/resistencia frente al tratamiento
- Riesgo médico y/o conductual relacionado con el estado actual del paciente
- Necesidad de tratamiento coadyuvante por trastornos físicos o psiquiátricos asociados
- Capacidad de autocuidado y apoyo sociofamiliar
- Necesidad de garantías absolutas respecto a la posibilidad de consumo en situaciones especiales (p.ej., pacientes deprimidos con ideas autolíticas)
- Preferencia del paciente por un contexto de tratamiento en particular

En relación con la eficacia del tratamiento según el tipo de dispositivo utilizado, los estudios realizados no aportan una conclusión clara: la mayor eficacia de los dispositivos hospitalarios frente a los ambulatorios parece perderse cuando se realiza un seguimiento superior a los 6 meses (Finney, et al, 1996).



2.4.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alonso-Fernández, F. Los secretos del alcoholismo. Ediciones Libertarias, Madrid, 1998.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR), 1ª Edición. Barcelona, Masson, 2002.
- Ariño Viar J, Ballesteros Rodríguez J. Tipologías en el alcoholismo. En: Manual de evaluación y tratamiento en drogodependencias. Ars Médica, Barcelona, 2003.
- Dundon W, Lynch KG, Pettinati HM, Lipkin C. Treatment outcomes in Type A and B alcohol dependence 6 months after serotonergic pharmacotherapy. Alcoholism: clinical and experimental research, 2004. 28 (7): 1065-73.
- Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. Addiction 1996; 91 (12): 1773-96.
- Hasin D, Grant BF, Cottler L, Blaine J, Towle L, Ustun B, Sartorius N. Nosological comparisons of alcohol and drug diagnoses: a multisite, multi-instrument international study. Drug-alcohol dependence, 1997; 47 (3): 217-26.
- Kaplan HI, Sadock BJ (dirs.): Trastornos relacionados con sustancias. En: Sinopsis de psiquiatría, 8ª Edición. Editorial Panamericana, Madrid, 2000.
- Meszaros K, Lenzinger E, Freder Th, Hornik K, Willinger U, Fischer G, Shonbeck G, Aschauer HN. The tridimensional personality questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. 10th European College of Neuropsychopharmacology Congress. Vienna, September, 1997.
- Ouimett PC, Finney JW, Moos RH. Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: a comparison of treatment effectiveness. J Consult Clin Psychol. 1997; 65 (2): 230-40.
- Pettinati HM, Volpicelli JR, Kranzler HR, Luck G, Rukstalis MR, Cnaan A. Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype. Alcoholism, clinical and experimental research, 2000. 24 (7): 1041-9.
- Pérez de los Cobos J, Guardia J. Alcoholismo. En: Vallejo Ruiloba J. (dir.): Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 4ª Edición, Masson, Barcelona, 2000.
- Rojo JE. Clasificaciones en psiquiatría. En: Vallejo Ruiloba J (dir.): Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 4ª Edición, Masson, Barcelona, 2000.
- Rounsaville BJ, Bryant K, Babor T, Kranzler H, Kadden R. Cross system agreement for substance use disorders: DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10. Addiction, 1993. 88 (3): 337-348.
- Rubio Valladolid G, Jimenez-Arriero MA, Ponce Alfaro G, Santo-Domingo Carrasco J. Evaluación de los trastornos por consumo de alcohol. En: Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Ars médica, Barcelona, 2003.
- Rubio Valladolid G, Ponce Alfaro G, Jiménez-Arriero MA, Bobes García J. Objetivos y estrategias generales del tratamiento. En: Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Ars médica, Barcelona, 2003.
- Santo Domingo J, Jimenez-Arriero MA (dirs.): Aspectos generales del diagnóstico y del tratamiento de los trastornos por uso de sustancias psicotropas. En: Consenso de la SEP sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Euromédica, Barcelona, 2003.
- World Health Organization. Clasificación Internacional de las enfermedades (Décima edición), 1ª edición, Madrid, Meditor, 1992.

3 - ASPECTOS MÉDICOS DE LOS TRATAMIENTOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Autor:

Sebastian Girón García

sgiron@dipucadiz.es

Federico Lúque Pérez

fluque@dipucadiz.es

3.1. CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evaluación de un paciente implica la recogida de todos aquellos datos que nos permitan realizar un diagnóstico y planificar la estrategia terapéutica más adecuada. Ya se ha reseñado que la evaluación no es un elemento estático sino que, por el contrario, debe realizarse de manera continua a través de los sucesivos contactos con el paciente.

Ante todo paciente que consulta por un trastorno por uso de alcohol debe procederse como sigue:

- diagnóstico preciso del trastorno por uso de alcohol
- evaluar la presencia de otros trastornos psiquiátricos y su posible relación con el consumo de alcohol y/o otras sustancias
- evaluar la presencia de trastornos orgánicos y su posible vínculo con el consumo de alcohol y/o otras sustancias

La evaluación es una tarea compleja en la que el médico tendrá que sortear las dificultades motivadas por las características del paciente, entorno y de sí mismo. En efecto, será frecuente que el paciente minimice o incluso niegue el consumo o que tienda a racionalizarlo, justificarlo o atribuir a los otros sus propias dificultades. Tampoco el entorno facilita, a veces, la evaluación. Finalmente será el propio médico el que deba vencer su resistencia a encarar determinados temas, mediante una actitud empática y ausente que sea capaz de fomentar una sólida alianza terapéutica.

Ésta recogida de información que hemos de realizar para la evaluación de un paciente con un trastorno por uso de alcohol será lo más sistemática posible, utilizando para ello los diversos instrumentos de los que disponemos, a saber:

- Entrevista diagnóstica
- Cuestionarios tanto de detección como diagnósticos
- Marcadores diagnósticos del alcoholismo

3.1.1. ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Es la principal herramienta de la que disponemos para conseguir un acercamiento a las características propias del paciente que se nos presenta con un trastorno por uso de alcohol, en función de las que habremos de plantear una correcta orientación diagnóstica y planificación terapéutica más adecuada.

El elemento base que debe presidirla es la **flexibilidad**, de forma que los aspectos a analizar serán tan amplios como las características y situación clínica del paciente nos lo permitan. En éste contexto cabe plantear la entrevista diagnóstica como un proceso secuencial en el que cada campo de nuestro interés pueda ser explorado mediante **preguntas llave** de carácter general que, dado el caso, cuando un dato de interés lo requiera, podamos realizar una exploración más minuciosa del mismo.

Un segundo elemento importante de éste instrumento es su necesaria **multidimensionalidad**, dado que los trastornos por uso de alcohol afectan a múltiples aspectos

tanto del propio paciente como de su entorno. En éste sentido será necesario explorar desde la propia demanda de asistencia a las consecuencias del consumo, pasando por las características del uso de alcohol.

Serán elementos importantes a considerar en la recogida de información:

- **Patrón de consumo actual** (cantidad, frecuencia, duración...) con los posibles cambios que hayan podido aparecer recientemente. Es muy útil en éste caso la *Alcohol Intake Sheet* (Hoja de consumo de alcohol) que es uno de los autorregistros más usados en el que el paciente anota diariamente cuántas veces bebe, cuando (hora de la ingesta), la cantidad ingerida, número de tragos por cada consumición y la graduación de alcohol de la bebida (Sobell y Sobell, 1992)
- **Hª de consumo del paciente**, analizando las primeras ingestas, las modificaciones en las sustancias y los patrones de consumo y los periodos previos de abstinencia, considerando los factores que la favorecieron.
- **Signos y síntomas** motivados por el consumo de alcohol y las consecuencias del mismo.
- **Estado mental del paciente**, sobre todo para confirmar o descartar la existencia de psicopatología asociada al consumo de alcohol.
- **Antecedentes personales** tanto psicopatológicos como orgánicos, así como los posibles nexos de unión entre éstos y el consumo de alcohol.
- **Antecedentes familiares** tanto psiquiátricos como de trastornos por uso de sustancias, que nos permitan ampliar la comprensión del papel etiopatogénico que pudieran tener en el desarrollo del trastorno del paciente.
- **La situación social, laboral, legal** así como las **características del núcleo familiar** del paciente, nos permitirán considerar la idoneidad de la estrategia terapéutica que podamos proponer, así como su aplicabilidad.

Finalmente, en aras del mayor grado de objetividad posible, consideraremos completar la entrevista diagnóstica con los informes de la familia del paciente. Es recomendable que la recopilación de los datos se haga por separado, reseñando en todo caso la relación entre el informador y el paciente. El informador puede proporcionarnos datos sobre la edad de comienzo del consumo, la frecuencia y cantidad del mismo, la existencia de periodos de abstinencia y la conducta del paciente durante los episodios de consumo, así como sobre las repercusiones familiares, laborales y sociales del mismo.

3.1.2. CUESTIONARIOS DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Estos instrumentos se abordan en el capítulo 4 de esta Guía.

3.1.3. MARCADORES BIOLÓGICOS DEL ALCOHOLISMO

En la práctica, su significado es el de **indicador de consumo** de alcohol. Son pruebas de laboratorio que presentan diversos grados de sensibilidad y especificidad en relación con el consumo de alcohol.

Son relativamente inespecíficos y, considerados aisladamente, son poco fiables para diagnosticar alcoholismo, lo que los descarta como pruebas de detección precoz, función ésta para la que son mucho más adecuados los cuestionarios de detección.

Sin embargo pueden ser importantes para confirmar una sospecha diagnóstica, sobre todo en situaciones en las que el sujeto no puede colaborar (pérdida de conciencia, pérdida de memoria) y su monitorización puede ser muy útil para controlar el cumplimiento de la abstinencia.

Un marcador ideal de alcoholismo debería poseer las siguientes características

• Ser objetivo: biológico o analítico
• Ser una prueba no invasiva
• Barato y de fácil realización en cualquier laboratorio
• Con alta sensibilidad: que discrimine perfectamente los verdaderos positivos
• Con alta especificidad: que discrimine perfectamente los falsos positivos
• Que permita diferenciar entre consumo moderado y excesivo de alcohol
• Que no esté influenciado por los hábitos alimenticios, por la existencia de hepatopatía u otra enfermedad, o por fármacos
• Que persista alterado durante unos días después de la abstinencia, con una vida media predecible y que se altere de nuevo en las recaídas
• Que se correlacione con la intensidad y duración de la ingesta
• Que no esté condicionado por la medicación utilizada en el tratamiento del alcoholismo

Con fines prácticos podemos hablar de dos tipos de marcadores (Rommelspacher y Müller, 1995):

- Marcadores de rasgo o de susceptibilidad (trait markers)
- Marcadores de estado o de situación (state markers)

3.1.3.1. MARCADORES DE VULNERABILIDAD PARA EL ALCOHOLISMO (TRAIT MARKERS)

Los marcadores de rasgo son invariables y están presentes durante toda la vida del sujeto. Indican factores etiológicos o de alto riesgo, habiéndose establecido marcadores tanto de carácter biológico como genético.

Marcadores biológicos de vulnerabilidad para el alcoholismo

MARCADORES DINÁMICOS	MARCADORES ESTÁTICOS
<p style="text-align: center;">Tras el consumo de alcohol</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Niveles de acetaldehído más elevados (Schuckit y Rayses, 1979) 2. Bajos niveles de prolactina plasmática 3. Menor sensación subjetiva de intoxicación y menor balanceo corporal (Schuckit y cols., 1987) 	<p style="text-align: center;">Sin haber tomado alcohol ni BZD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bajos niveles de MAO plaquetaria (Tabakoff, 1996) 2. Bajos niveles de H.V.A. plasmático, al finalizar la desintoxicación (Fulton y cols., 1995) 3. Bajos niveles de 5HT y 5-HIAA en LCR (Ballenger y cols., 1979) 4. Bajos niveles de 5HT plaquetaria (Bally y cols., 1990) 5. Disminución de la amplitud de P300 en alcohólicos y sus hijos e hijas (Hill, 1995)
<p style="text-align: center;">Tras la administración de Benzodiazepinas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución de la respuesta del flujo sanguíneo cerebral a las bzd (Volkov y cols., 1995) 2. Aumento de la respuesta euforizante a las benzodiazepinas (Ciarulo y cols., 1996) 	

Con respecto a los marcadores genéticos de vulnerabilidad para el alcoholismo, los datos más consistentes parten de las observaciones de Blum y cols. (1990) sobre la mayor presencia del alelo Taq-I-A1 en el gen (DRD2) que codifica el receptor D2 dopaminérgico en sujetos alcohólicos graves (69 %), frente a su presencia en sujetos no alcohólicos (20 %). Estos datos marcaron una importante controversia internacional al no poder ser corroborados por algunos grupos independientes. Sin embargo Noble, en un amplísimo metaanálisis (Noble EP, 2003) ha confirmado la existencia de una importante asociación entre alcoholismo y el alelo Taq-I-A1, con una frecuencia del doble para ésta variante alélica entre alcohólicos y que llega al triple en alcohólicos graves frente a población no alcohólica.

En nuestro medio, el grupo de Jiménez-Arriero ha presentado los resultados de su estudio del alelo Taq-I-A1 en alcohólicos españoles (Jiménez-Arriero MA, Ponce G. 2005). En el estudio, los alcohólicos presentan una prevalencia del alelo A1 del 40,8 % frente al 28,17 % de los controles. Cuando se comparan los alcohólicos con diagnóstico Tipo 2 de Cloninger, las diferencias se incrementan.

Los hallazgos citados apoyan la hipótesis, difundida por diversos autores en los últimos años, sobre la posible existencia de un **síndrome por déficit de la recompensa** del Sistema Cerebral de Refuerzo y Aprendizaje según la cual la presencia del alelo Taq-I-A1 determinaría la reducción de receptores dopaminérgicos D2 en las estructuras límbicas accumbens e hipocampo y, posiblemente, una hipofunción dopaminérgica.

La hipofunción dopaminérgica haría al SCR menos reactivo a los estímulos naturales y estos sujetos serían más proclives a la búsqueda de estímulos no naturales que provocasen mayor intensidad en la respuesta dopaminérgica en el sistema límbico.

Ello explicaría que la prevalencia del alelo Taq-I-A1 sea más elevada en:

- Conductas adictivas: alcoholismo grave, poliabuso de sustancias, tabaquismo, obesidad
- Trastornos relacionados con impulsividad: TDAH, S. de Gilles de la Tourette, Autismo
- Compulsiones: alteraciones de la conducta sexual, juego patológico

3.1.3.2. MARCADORES DE ESTADO (STATE MARKERS)

Son aquellos parámetros analíticos que detectan consumos etílicos recientes (directos) o, por el contrario, las alteraciones metabólicas derivadas del consumo crónico de alcohol en los diversos sistemas orgánicos (indirectos).

Desde otra perspectiva podríamos diferenciar los marcadores utilizados tradicionalmente en la detección/seguimiento del consumo de alcohol, de aquellos otros de más reciente aparición.

Principales biomarcadores de estado

Marcadores de estado en alcoholismo

- « **Directos:** Alcoholemia
5-Hidroxitriptofol (5-HTOL)
CDT
- « **Indirectos:** GGT, VCM, ASAT, ASAT/ALAT
Beta-HEX
Ac. Siálico
Unión Hb-Acetaldehído

Alcoholemia

Alcoholemia y alcoholuria son, probablemente, los más fiables indicadores de consumo reciente de alcohol, aunque no se correlacionan con la existencia de dependencia.

Alcoholemias de entre 100-300 mg/dl son claramente indicativas de intoxicación, mientras que aquellas superiores a 200 mg/dl en ausencia de signos de intoxicación, son sugestivas de gran tolerancia al alcohol (ver Intoxicación aguda en la Guía).

La importancia de este dato viene dada, básicamente, por la necesidad de valorar la gravedad de la intoxicación aguda y la tolerancia, lo que tiene una aplicación desde el punto de vista médico-legal (Ministerio de la Presidencia, 2003), y del seguimiento de la abstinencia del paciente lo que, en este caso, dificulta la relación médico-paciente (Santo-Domingo et al., 1997).

5-Hidroxitriptofol (5-HTOL)

La serotonina es una amina vasoconstrictora precursora de melatonina. Se sintetiza en las células cromafines intestinales o en las neuronas centrales o periféricas y aparecen altas concentraciones de la misma en muchos tejidos orgánicos.

El 5-hidroxitriptofol (5-HTOL) y el ac. 5-hidroxiindol-3-acético (5-HIIA) son los productos finales del metabolismo de la serotonina, siendo el 5-HIIA el metabolito urinario principal.

Se ha demostrado que el consumo de alcohol altera el metabolismo de la serotonina (inhibe la deshidrogenasa), induciendo un acúmulo de 5-HTOL y un descenso de la formación de 5-HIIA. La respuesta de 5-HTOL es dependiente de la dosis de alcohol y su excreción no se normaliza hasta varias horas después de que los niveles de alcohol en sangre hayan vuelto a su línea de base. Es por ello que el 5-HTOL se ha propuesto como marcador de consumo reciente de alcohol (Voltaire et al., 1992)

Dado que el aumento de 5-HTOL se acompaña de un descenso de 5-HIIA, se considera que el cociente 5-HTOL/5-HIIA es aún más específico como marcador de consumo reciente que el 5-HTOL aislado.

En bebedores sociales se observó un aumento en el cociente 5-HTOL/5-HIIA en la primera mañana sin ingesta, cuando el etanol en aire espirado ya no era medible (Bendtsen et al., 1998).

Comparado con otros marcadores de consumo reciente de alcohol tales como etanol en sangre u orina, el cociente 5-HTOL/5-HIIA permanece elevado largo tiempo (6-15 horas vs 2-6 horas del etanol) tras la vuelta a la normalidad de los niveles de alcohol en sangre.

En voluntarios sanos que habían ingerido alcohol (3-98 gr) en la tarde o tarde-noche previa, el 87 % de los hombres y el 59 % de las mujeres evidenciaron un incremento de 5-HTOL/5-HIIA en la primera orina de la mañana siguiente (Helander et al., 1996). Voltaire et al. (1992) han propuesto un cociente 5-HTOL/5-HIIA > 20 pmol/nmol como indicador de consumo reciente.

Transferrina deficiente en carbohidratos

La transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) o desialotransferrina es una glucoproteína identificada por Stigler y Borj (1976) cuya principal función es el transporte y distribución del hierro orgánico, aunque también puede actuar como agente estimulante del crecimiento y antimicrobiano.

Presenta diversas isoformas (asialo-, mono-, di-, tri-, tetra-, penta-) y se ha comprobado que el consumo crónico de alcohol determina una mayor proporción de isoformas con bajo contenido en ac. siálico, denominadas genéricamente CDT (Stibler y Borj, 1991).

Aunque el mecanismo por el que se produce este efecto no está aclarado, se atribuye al descenso de actividad de glucosiltransferasa y al aumento de actividad de sialidasa en el hígado, que se asociarían al consumo de alcohol.

La CDT se eleva en la mayoría de pacientes (82 %) que consumen entre 50-60 gr de alcohol al día durante, al menos, una semana y la especificidad es muy elevada si se consumen cantidades mayores de 60 gr/día durante más de dos semanas.

Su vida media es de 15 días por lo que sus niveles se normalizan tras dos semanas de

abstinencia, característica ésta muy útil para monitorizar consumos de alcohol.

Su sensibilidad y especificidad son superiores a las de los marcadores habituales (Anton RF et al., 1996) ya que no se eleva tras la ingesta de cantidades moderadas de alcohol, no está influenciada por la toma de medicamentos que pueden producir elevación de GGT, ni parece verse influida por la presencia de hepatopatías o enfermedades hepáticas de otra etiología.

Sin relación con el alcohol sus valores pueden estar elevados en:

- variantes genéticas de transferrinas
- insuficiencia hepática severa tipo cirrosis biliar primaria o hepatitis crónica activa
- errores congénitos del metabolismo de las glucoproteínas
- gestación

Desde el punto de vista clínico es especialmente útil en :

- monitorización y control de la abstinencia durante la deshabituación (Keso, 1992)
- control del tratamiento con fármacos anti-craving (Anton 1995, Rubio y Martínez Ruiz 1997)
- detección precoz de recaídas (Ducrey, 1995), incluso en pacientes cirróticos elevando ligeramente el punto de corte

Los valores de CDT pueden expresarse en mgr/l, en U/l (CDTECT®) y en proporción de desialotransferrina sobre el total de CDT (% CDT). Dependiendo de la técnica usada los valores positivos de CDT son:

- a.- valores absolutos de CDT (CDTECT®): 20 U/l (varón)
 25 U/l (mujer)
- b.- valores relativos de CDT (% CDTRIA® y % TINA-quant CDT®): $\geq 6\%$

Gammaglutamiltranspeptidasa

Es, probablemente, el marcador más utilizado por su sensibilidad, sencillez y bajo coste. Aunque su sensibilidad es alta (65-80 %) para consumos de alcohol excesivos (> 60 gr/día), su especificidad es baja y variable (50-60 %) ya que su elevación, además de en el alcoholismo, puede aparecer relacionada tanto con procesos patológicos intra-hepáticos (colestasis, hepatopatías de diversa etiología, fármacos inductores enzimáticos como anticomiciales, hidantoínas, anovulatorios) como con procesos extra-hepáticos (obesidad, diabetes, pancreatitis, insuficiencia cardíaca, e incluso traumatismos graves).

La abstinencia prolongada de alcohol se acompaña de una reducción progresiva de los valores séricos de GGT, normalizándose éstos en 6-8 semanas y volviendo a aumentar si se reinicia el consumo, motivo por el cual su determinación periódica no es útil para el control de la abstinencia y el seguimiento de pacientes en deshabituación.

El descenso del nivel de GGT en los 5 días siguientes al inicio de la abstinencia en un sujeto con elevación previa de ésta, se considera un dato patognomónico de alcoholismo (Santo-Domingo et al., 1997)

Volumen corpuscular medio eritrocitario

El volumen corpuscular medio de los eritrocitos suele estar aumentado en bebedores excesivos crónicos, lo que parece estar relacionado con una acción directa del alcohol sobre el sistema hematopoyético. Sin embargo, también puede estar aumentado en otros procesos como anemias por déficit de vitamina B12, anemias por déficit de ac. fólico, hepatopatías, tabaquismo, enfermedades cardio-pulmonares, hipotiroidismo o ingestión de ciertos fármacos (citostáticos, antivíricos, antiprotozoarios, anticomiciales).

Como indicador de consumo de alcohol su sensibilidad es baja y variable (25- 50 %) pero presenta una alta especificidad (75-85 %), sobre todo en pacientes ambulatorios en los que otras causas de macrocitososis son muy poco frecuentes.

Al igual que la GGT parece relacionarse con la intensidad de la ingesta etílica, aunque con la abstinencia disminuye lentamente normalizándose en 3-4 meses y volviendo a aumentar si se reinicia la ingestión de alcohol, motivo por el que no es útil para la monitorización de la abstinencia durante la deshabitación.

De cualquier modo, al ser una determinación sencilla y barata, presenta gran eficacia diagnóstica, sobre todo si se realiza la determinación simultánea de VCM y GGT, que logra identificar a más del 75 % de bebedores excesivos (Sáiz PA, et al., 1998)

Transaminasas

La transaminasa glutámicooxalacética (GOT) o aspartatoaminotransferasa (ASAT) es una enzima intracelular cuya actividad puede encontrarse en tejidos y órganos como: músculo estriado, riñón e hígado entre otros. Por lo tanto su elevación en suero puede aparecer en numerosas enfermedades: musculares (distrofias, miopatías), infarto agudo de miocardio, necrosis tubular aguda o hepatopatías agudas o crónicas de cualquier etiología (Sáiz PA, et al., 1998).

La transaminasa glutamicopirúvica (GPT) o alaninoaminotransferasa (ALAT) en cambio, localiza su actividad casi exclusivamente en hígado, por lo que su elevación en suero denota la existencia de necrosis hepatocelular (Sáiz PA, et al., 1998).

La concentración de ambas enzimas aumenta en relación con el consumo crónico de alcohol, siendo la ASAT la que experimenta crecimientos más significativos, elevándose en el 30-75 % de pacientes alcohólicos (la ALAT, por el contrario, al traducir necrosis tubular aguda no siempre es buen reflejo de hepatopatía y/o alcoholización, ya que puede dar valores normales en procesos crónicos y fibróticos).

Mucho más sugestivo es el cociente ASAT/ALAT que, normalmente situado en cifras de entre 0,7 y 1,4, es sugestivo de hepatopatía alcohólica o medicamentosa cuando es superior a 2 (Riesco Prieto M, 2001).

Rendimiento de las pruebas de laboratorio en bebedores excesivos

Test	Sensibilidad	Especificidad	Falsos positivos	Observaciones
GGT	35-90 %	50-90 %	Enf. Hepatobiliares, Insuf. cardíaca, diabetes, obesidad, tabaquismo, fcos. inductores	Normalización tras 1-4 semanas de abstinencia(caída en 5 días es patognomónica)
VCM	25-50 %	55-90 %	Déficit vit. B o ac. fólico, enf. hepática, uso de ciertos fármacos, tabaquismo	Menos sensible que GGT a las fluctuaciones de la abstinencia
ASAT	10-40 %	< 50 %	Afecciones musculares, infarto de miocardio, necrosis tubular aguda, hepatopatías...	Cociente ASAT/ALAT>2 muy sugestivo de consumo crónico
CDT	75-90 %	70-99 %	Enf. hepática avanzada, embarazo, sd. congénito, deficiencias en hidratos de carbono, variaciones genéticas de transferrina	Durante la abstinencia se normaliza en 2 semanas. Destaca su gran especificidad

Beta-Hexosaminidasa (B-Hex)

También denominada N-acetil-B-D-glucosaminidasa, presenta diversas isoformas comúnmente denominadas A,B, I y P (Price y Dance, 1972).

Aunque aparece en la mayoría de tejidos del organismo su concentración es especialmente elevada en los riñones con lo que un aumento en la excreción renal de B-hex es un indicador de disfunción renal y otros procesos relacionados con ésta (infecciones del tracto urinario superior, HTA, diabetes, preeclampsia).

En el caso de los trastornos por uso de alcohol su interés radica en que se ha demostrado que se produce un aumento de la concentración de B-hex en orina y suero tanto de alcohólicos como de voluntarios sanos que ingirieron más de 60 gr/día de alcohol durante, al menos, 10 días (Kärkkäinen et al., 1990).

Al cesar el consumo de alcohol, sus niveles en suero retornan a la normalidad tras 7-10 días de abstinencia (Hultberg et al., 1980), mientras que los niveles en orina no se normalizan hasta las 4 semanas de abstinencia (Martines et al., 1989).

Presenta una sensibilidad y especificidad elevadas para detectar consumo intenso con valores que oscilan entre el 69-94 % y el 91-96 % respectivamente para ambos parámetros (Kärkkäinen et al., 1990).

Stowell et als. (1997) comunican que la B-hex en suero tiene mayor capacidad que GGT, ALAT, ASAT o VCM para identificar bebedores en un grupo de alcohólicos con una sensibilidad y especificidad del 94 y 91 % respectivamente.

Ácido siálico

Pertenece a un grupo de derivados n-acílicos del ac. neuramínico que está presente en fluidos biológicos y membranas celulares.

Sus valores normales en suero oscilan entre 1,58-2,22 mmol/l, aunque en sujetos alcohólicos se han encontrado valores superiores tanto en suero como en saliva (Sillanaukee et al., 1999).

El aumento detectado en las cifras de ac. siálico en suero se correlaciona de forma positiva con el consumo de alcohol, aunque hasta la fecha no se han definido ni la cantidad de alcohol necesaria para producir un incremento de ac. siálico, ni el mecanismo por el que éste aumento se produce.

También se ha comunicado que las concentraciones de ac. siálico en suero decrecen tras el abandono del consumo (Ponnio et al., 1999).

El aumento de este marcador aparece también en otros procesos patológicos tales como procesos inflamatorios, diabetes, enfermedades cardio-vasculares o tumores (en cuyo caso las cifras de ac. siálico correlacionan con la cantidad de metástasis tumorales y decrecen tras el tratamiento correcto del tumor).

Las cifras de sensibilidad y especificidad encontradas para este marcador oscilan entre el 48-58 % y el 81-96 % respectivamente.

Unión hemoglobina acetaldehído

El acetaldehído es el primer producto de la degradación del etanol y es rápidamente transformado en acetato por la aldehído deshidrogenasa.

Con la exposición crónica al etanol puede (mediante reacción no enzimática) formar uniones estables con algunos compuestos orgánicos tales como albúmina y hemoglobina (Niemelä, 1999).

En este sentido la unión Hb-acetaldehído ha sido el centro de diversos estudios de forma que se ha propuesto como marcador potencial del abuso de alcohol (Tsukamoto et al., 1998).

Como en el caso de otros marcadores se ha confirmado que los niveles de Hb-acetaldehído retornan a la línea de base tras 9 días de abstinencia en el consumo de alcohol.

Este marcador presenta la dificultad añadida de la complejidad de su determinación en suero y, como en los demás casos, la posibilidad de aparición de falsos positivos se da con procesos tan comunes como la diabetes.

En un estudio en grandes bebedores Wonall et al. (1991) comunica los siguientes datos

con respecto a la sensibilidad y especificidad del marcador:

- sensibilidad 65-70 %
- especificidad 87-93 %

Características de los nuevos biomarcadores

Marcador	Retorno a niveles basales	Pauta de consumo caracterizada	Observaciones
B-Hexosaminidasa en orina	Tras 4 semanas de abstinencia	Al menos 10 días bebiendo > 60 gr/d.	
B-Hexosaminidasa en suero	Tras 7-10 días de abstinencia	Al menos 10 días bebiendo > 60 gr/d	Muchos falsos positivos
Acido siálico	Desconocido	Correlaciona con consumo de alcohol	Puede medirse en sangre o saliva
Hb-acetaldehído	Tras 9 días de abstinencia	Puede distinguir entre abstinentes y consumo intenso	Puede medirse en sangre u orina
5-HTOL/5-HIAA	9-15 horas post-ingesta	Consumo reciente incluso de niveles muy bajos de alcohol	Medición urinaria

3.1.3.3. MARCADORES BIOLÓGICOS EN COMBINACIÓN

Puesto que ninguno de los biomarcadores actualmente disponibles ha demostrado una validez perfecta, las investigaciones se centran en este momento en el uso de combinaciones.

Originalmente se analizaron complicadas combinaciones multivariantes de gran cantidad de marcadores para distinguir bebedores importantes de moderados o bien para identificar recaídas en alcohólicos en tratamiento.

Irwin y cols., (1988) analizan los primeros datos combinando biomarcadores y observan que pacientes que habían recaído tras tres meses del alta hospitalaria presentaban niveles de GGT \geq 20 %, ASAT \geq 40 % y ALAT \geq 20 % sobre los niveles base al alta.

Más recientemente, las investigaciones para desarrollar un método de screening para la monitorización de la recaída se han centrado en determinar la necesidad de dos o más biomarcadores. En este sentido, la combinación de CDT y GGT ha sido la más frecuentemente utilizada para este propósito, y las revisiones realizadas han encontrado que el uso de ambos conjuntamente ha producido un aumento en la sensibilidad de más del 20 %, a costa de un mínimo descenso en la especificidad, sugiriendo que el uso de ambos presenta validez en la identificación de diferentes grupos de alcohólicos (Litten et al., 1995), y que, en el caso de la identificación de recaídas, la combinación CDT y GGT también ha aumentado la sensibilidad (Allen y Litten, 2001).

La CDT también se ha combinado con eficacia con ASAT (Gronback et al., 1995), B-hex (Stowell et al., 1997) y Ac. siálico (Pönniö et al., 1999).

Finalmente, aunque la mayoría de las estrategias combinatorias pasan por la evaluación de biomarcadores simultáneamente, también se ha podido considerar que el uso secuencial puede llegar a ser más rentable.

En este sentido Reynaud et al. (1998) demostraron que en sujetos con niveles normales de GGT y VCM, la determinación de CDT permitió la distinción de sujetos alcohol-dependientes de los controles, con una sensibilidad y especificidad para CDT, en este caso, de respectivamente 84 % y 92 %.

3.1.3.4. USO CLÍNICO DE BIOMARCADORES

En general, los biomarcadores se han usado en la práctica clínica como método de screening para la detección de pacientes con problemas por uso de alcohol.

A veces, la identificación de este tipo de problemas a través del autoinforme AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) puede darnos mejores resultados, pero otras veces es muy posible que el sujeto no nos proporcione datos exactos sobre su uso de alcohol, y en estos casos la utilización de biomarcadores puede detectar casos que requieran tratamiento y que el uso de autoinformes no habría diagnosticado.

De ahí la necesidad de combinar el uso de biomarcadores con los resultados del autoinforme y, más aún, del uso conjunto de más de un biomarcador, como CDT, GGT y VCM.

Un segundo aspecto en la práctica clínica que abona la necesidad del uso de biomarcadores, es el imprescindible diagnóstico diferencial sobre si el uso de alcohol puede precipitar o exacerbar una patología médica de base en el paciente.

Además, el uso de biomarcadores nos permite la posibilidad de establecer con el paciente una especie de feed-back bioquímico, es decir, podemos devolver al paciente, de manera empática, su normalización bioquímica como un elemento importante de cara a su recuperación y, por nuestra parte, como un imprescindible apoyo en la estrategia motivacional hacia el paciente. Finalmente, la monitorización frecuente de los niveles de biomarcadores en el curso del tratamiento de pacientes con trastorno por uso de alcohol, otorga al clínico la detección temprana de una posible recaída lo que, adicionalmente, nos obligará a modificar y/o replantear los objetivos terapéuticos del paciente. En este sentido ya se ha señalado el potencial de la elevación de CDT como predictor de recaída (Allen y Litten, 2001).

A continuación se resume la batería de pruebas biológicas recomendadas en el alcoholismo.

Pruebas biológicas recomendadas en el alcoholismo

- » Hemograma completo
- » Bioquímica general

- Glucosa
- Urea y Creatinina
- Electrolitos (sodio y potasio)
- Ácido úrico
- CPK
- Lípidos (colesterol, triglicéridos, HDL-colesterol)
- Amilasa

Bioquímica hepática:

- Transaminasas (GOT o ASAT y GPT o ALAT)
- Gammaglutamiltranspeptidasa (GGT)
- Fosfatasa alcalina
- Bilirrubina total

- » VSG
- » Estudio de coagulación
- » Proteinograma
- » Marcadores de hepatitis B y C
- » Serología luética (VDRL o RPR)

3.2.- INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

En este epígrafe se revisa y actualiza la información disponible sobre los tratamientos farmacológicos utilizados en los problemas relacionados con el consumo de alcohol, básicamente centrados en:

- Intoxicación alcohólica aguda
- Resaca
- Desintoxicación y
- Deshabitación de alcohol.

Para cubrir el objetivo de disponer de la información mas actualizada se han realizado búsquedas bibliográficas de Guías Clínicas y de Ensayos Clínicos y Meta-análisis en los que se sustentan las recomendaciones que siguen en cada uno de los apartados.

Básicamente se ha trabajado con las siguientes bases de datos:

- Medline (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)
- Trip-database (www.tripdatabase.com)
- Cochrane (www.update-software.com/clibplus/clibpluslogon.htm)
- National Clearighouse Database (www.guidelines.gov)
- CMA Infobase (mdm.ca/cpgsnew/cpgs/search/english/quicksearch.asp)
- NeLH Guidelines Finder (www.library.nhs.uk/guidelinesfinder)
- Center for Disease Control Prevention Guidelines Database (www.phppo.cdc.gov/cdcRecommends/AdvSearchV.asp)

Y se han consultado algunos documentos disponibles en internet en las páginas:

- National Institute On Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (www.niaaa.nih.gov)
- Fistera (www.fistera.com)

El sistema de inclusión de los trabajos revisados ha consistido en:

1.-Guías clínicas, artículos, revisiones, ensayos clínicos o meta-análisis publicados durante los últimos 10 años.

2.- Descriptores utilizados: Se especifican en cada uno de los apartados. Las búsquedas se han realizado combinando de diferentes formas dichos descriptores.

3.- Criterios de inclusión en la selección de trabajos: Los estudios deben tratar sobre:

- Cuestiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas
- Resultados de los tratamientos realizados
- Factores predictores de resultados de tratamientos
- Evaluación de la eficacia de los tratamientos realizados

Al final de cada apartado se listan las referencias bibliográficas utilizadas para su realización.

3.2.1.- INTOXICACIÓN AGUDA

DESCRIPTORES UTILIZADOS EN LA BÚSQUEDA

Acute ethanol intoxication
Treatment
Effectiveness
Management

MANEJO DE LA INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA

CLINICA

Los signos y síntomas de la Intoxicación Alcohólica Aguda se relacionan con las concentraciones de alcohol alcanzadas en sangre, que se corresponden con los niveles de alcohol en Sistema Nervioso Central (Morena Rayo S. y cols. 2005; Roldán J. y cols 2003; Yera Verruga C. y cols. ;)

Los niveles sanguíneos dependen de la cantidad consumida, de la rapidez de la ingesta y del tiempo transcurrido desde el consumo. La clínica de la intoxicación depende de que el bebedor sea ocasional o crónico.

A continuación se exponen los Criterios D.S.M.-IV para intoxicación por Alcohol y la correspondencia entre los niveles de alcoholemia y los síntomas asociados.

Criterios D.S.M.-IV de Intoxicación Alcohólica

- A. Ingestión reciente de alcohol.
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno ó más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - Lenguaje farfullante
 - Incoordinación
 - Marcha inestable
 - Nistagmo
 - 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.

Sintomatología de la intoxicación alcohólica en relación con los niveles sanguíneos de alcohol (tomada del Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes)

Niveles Sanguíneos de Etanol (mg/dL)	Síntomas	
	Bebedor Esporádico	Bebedor Crónico
50-100	Euforia Incoordinación Locuacidad	Poco efecto
100-200	Disartria Ataxia Somnolencia Nistagmus, diplopia	Cierta Incoordinación Euforia
200-300	Letargia Agresividad Vómitos Lenguaje Incoherente	Alteraciones emocionales Y motoras leves
300-400	Coma	Somnolencia
>500	Depresión Respiratoria Muerte	Letargo Estupor Coma

Dependiendo de la intensidad del consumo se pueden diferenciar dos situaciones clínicas:

1.- Paciente alerta, consciente, con marcha inestable, incoordinación, disartria, rubor facial, inyección conjuntival, disminución de la atención...

2.- Paciente inconsciente, con midriasis, hipotermia, hipotensión arterial e hipoglucemia y posibles complicaciones como cetoacidosis, convulsiones, hematomas subdurales, etc.

Factores como la existencia de tolerancia, el tipo y la cantidad de bebida ingerida, la toma simultánea o no de alimentos, circunstancias ambientales, personalidad, consumo de algún medicamento, etc, influirán de forma notable en las características de la embriaguez (Lex B.W. y cols. 1988).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico en urgencias es clínico.

En la anamnesis habrá que constatar la ingestión de bebidas alcohólicas y la eliminación de otras causas responsables de síntomas similares (hipoglucemia, traumatismo craneoencefálico, encefalopatía metabólica, infecciones, hipotermia, shock, etc.)(Lingford-Hughes A.R. y cols. 2004; Roldán J. y cols. 2003; Year Verruga C. y cols.).

Prestar atención al estado mental y médico general del paciente. Evaluar también la posible ingesta concomitante de otros tóxicos que pudieran complicar el curso clínico.

Se debería realizar prueba alcoholimétrica en pacientes con nivel de consciencia disminuida.

Exploración física completa para evitar dejar pasar alguna patología acompañante, como traumatismo craneoencefálico.

Pruebas Complementarias a Solicitar en caso de intoxicación moderada-severa (Yera Verruga C. y cols.; Roldán J. y cols. 2003; Helander A. y cols. 2002) :

- Glucemia
- Hemograma
- Bioquímica rutinaria con especial atención a alteraciones iónicas, función renal y niveles de glucosa
- Gasometría Arterial Basal
- ECG
- Radiografía de Torax
- TAC craneal indicado en caso de signos externos de T.C.E., signos neurológicos de lateralización o evolución atípica del cuadro.

TRATAMIENTO

La intoxicación alcohólica aguda es una urgencia médica y puede ser letal. En general, los pacientes con una intoxicación aguda requieren una sedación y mantenimiento en un entorno seguro y controlado, aplicando medidas para reducir la estimulación externa y proporcionar orientación y contacto con la realidad (Morera Rayo S. y cols. 2005; APA 2001).

El tratamiento es de sostén, intentando proteger al paciente de traumatismos secundarios (Morera Rayo S. Y cols. 2005; Lingford-Hughes A.R. y cols. 2004; APA 2001; Bugarín Gonzalez R. y cols. 2000; Yera Verruga C. y cols.):

- Vigilancia estrecha de las posibles complicaciones, como vómitos y trastornos respiratorios
- Fluidoterapia: vigilar la hipoglucemia y administrar glucosa en perfusión al 5-10 %. Suero salino si se detecta hipotensión. Corregir alteraciones iónicas.
- En situación de coma con aspiración o convulsiones se hará intubación y ventilación mecánica, así como tratamiento anticonvulsivante
- Se administrará glucosa intravenosa en todo paciente con alteración del estado mental, con exploración neurológica frecuente.
- Utilizar naloxona y flumazenil en caso de duda sobre la posible ingesta de opiáceos o benzodiazepinas.
- En alcohólicos crónicos administrar tiamina 100 mg I.M. para evitar el síndrome de Wernicke-Korsakoff, sobre todo si se va a infundir suero glucosado.
- En caso de agitación psicomotriz: Haloperidol 5 mg I.V. o I.M. o clorazepato dipotásico, 100 mg oral o 10 mg/min intravenoso hasta que se inicie un principio de sedación. Contención física. Monitorización cardiorrespiratoria para vigilar la posible aparición de depresión respiratoria.
- En casos de alcoholemias letales (>500 mg/dL) se considerará la hemodiálisis para aumentar la tasa de eliminación de etanol, especialmente si el intoxicado es niño, en

personas con convulsiones persistentes, trastornos metabólicos, hipoglucemia persistente y posibilidad de intoxicación por otras drogas.

- En los últimos años se ha venido investigando la utilidad de la metadoxina (piridoxina-pirrolidona carboxilato), fármaco no comercializado en nuestro país, en el tratamiento de la intoxicación aguda y de la esteatosis hepática inducida por alcohol. La metadoxina administrada en una sola dosis de 300 a 900 mg por vía endovenosa, logra acelerar la eliminación del alcohol de la sangre con lo que induce una mas rápida recuperación de la intoxicación y mejora la sintomatología conductual relacionada con la misma, mostrando un buen perfil de tolerabilidad (Addolorato G. y cols. 2003; Diez Martínez C. y cols. 2002; Shpilenya L.S. y cols. 2002; Gutierrez Ruiz M.C. y cols. 2001; Mardel S. y cols. 1994)

Medidas No Útiles en la Intoxicación Alcohólica Aguda.

- Lavado gástrico (el alcohol tiene una absorción muy rápida en el tracto digestivo). Solo se aplicará en caso de ingestión muy reciente y sospecha de ingestión de otros tóxicos.
- Carbón activado: no bloquea el etanol. Solo utilizar en caso de sospechar ingesta conjunta de otras drogas.
- Administración de vitamina B6 intravenosa, la cafeína u otros remedios caseros.
- Diuresis forzada
- Flumazenil o naloxona

Criterios de Ingreso:

- Alteraciones iónicas o electrocardiográficas
- Pobre recuperación del nivel de conciencia tras las medidas terapéuticas
- Ingreso en UVI si:
 - Estupor o coma
 - Inestabilidad hemodinámica
 - Insuficiencia respiratoria severa que requiera intubación

3.2.2.- LA RESACA

JUSTIFICACIÓN

Hemos de suponer que los síntomas de la resaca (*veisalgia* en terminología clínica) son conocidos desde que la humanidad tuvo la capacidad de fabricar e ingerir bebidas alcohólicas. Sin embargo, la investigación médica se ha venido enfocando históricamente sobre los síntomas y los procesos fisiopatológicos de la intoxicación, de la abstinencia y de la dependencia dejando de lado o dedicándole escasa atención a la morbilidad asociada a la resaca. Aunque generalmente se considera la resaca sólo como un estado molesto, se ha demostrado que la persona que la padece es mas vulnerable a determinados daños y a tener un peor rendimiento laboral (Wiese y cols. 2000). La resaca disminuye las habilidades viso-espaciales y la destreza psicomotora incluso cuando ya no quedan niveles séricos de etanol (Verster J.C. y cols. 2003), hechos comprobados en estudios con pilotos de aviación (Petros T y cols. 2003), conductores (Tornros y cols. 1991) y esquiadores (Cherpitel y cols. 1998). Algunos estudios han encontrado relación entre padecer frecuentes resacas y muerte cardiogénica en pacientes que no tenían antecedentes de enfermedad coronaria arterial (Kauhanen y cols. 1997).

En el terreno económico se ha podido comprobar que la resaca causa importantes pérdidas, sobre todo en el ámbito laboral, tanto por déficit de productividad como por absentismo. Así mismo hay constancia de la alta prevalencia del padecimiento de resaca en la población estudiantil y laboral. Se ha encontrado que un 75 % de las personas que beben han experimentado resaca alguna vez y el 15 % experimenta resacas al menos una vez al mes (Harburg y cols. 1993). El 10 % de hombres ingleses informan que tienen problemas relacionados con la resaca al menos una vez al mes (Wiese y cols. 2000). Paradójicamente la resaca es mas común en bebedores ligeros a moderados que en alcohólicos crónicos.

Por todo ello nos parece interesante revisar y actualizar los conocimientos que sobre este trastorno asociado al consumo de alcohol hay hasta la fecha.

DESCRIPTORES UTILIZADOS EN LA BÚSQUEDA

Alcohol Hangover
Veisalgia
Treatment
Alcohol post-Intoxication
Management

ASPECTOS FISIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DE LA RESACA

La resaca se caracteriza por una constelación de síntomas de malestar físico y psíquico que acontecen tras una fuerte ingesta de alcohol. Las siguientes tablas describen los síntomas típicos y la frecuencia de aparición de los mismos.

Los síntomas de resaca se han atribuido a diferentes causas incluyendo los efectos directos del alcohol sobre el cerebro y sobre otros órganos; los efectos de la eliminación del alcohol de esos órganos tras la exposición al mismo (por ejemplo la privación); los efectos fisiológicos de los compuestos producidos como resultado de la metabolización del alcohol (metabolitos), especialmente el acetaldehído; y factores no alcohólicos, tales como los efectos tóxicos de otros productos biológicamente activos que están presentes en las bebidas (a los que se ha denominado congéneres, como metanol o histamina) y también otras conductas asociadas al consumo de alcohol (como el consumo simultáneo de otras drogas, la restricción dietética, alteraciones del sueño previas, etc.); e igualmente ciertas características personales (temperamento, personalidad e historia familiar de alcoholismo) (Swift y cols. 1998).

En resumen, la resaca es un estado complejo que probablemente no responda a una explicación unitaria. Ello podría explicar igualmente la dificultad de encontrar un tratamiento adecuado para aliviar dichos síntomas.

Síntomas de Resaca (Swift y cols 1998)

Categoría de los síntomas	Tipo
Constitucionales	Fatiga, debilidad y sed
Dolorosos	Cefalea y dolores musculares
Gastrointestinales	Nauseas, vómitos y dolor gástrico.
Sueño y ritmos biológicos	Disminución del sueño y en particular del sueño REM e incremento del sueño de ondas lentas.
Sensoriales	Vértigo e hipersensibilidad a la luz y al sonido
Cognitivos	Disminución de la atención y la concentración
Humor	Depresión, ansiedad e irritabilidad
Hiperactividad simpática	Temblor, sudoración e incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión sistólica.

Síntomas de Resaca según frecuencia de aparición (Harburg y cols. 1981)

Síntomas	Porcentaje de personas que lo presentan
Cefalea	66
Sentimiento de Malestar	60
Diarrea	36
Anorexia	21
Temblor	20
Fatiga	20
Nauseas	9

Posibles Factores que Contribuyen a la Clínica de la Resaca

Factores	Posibles con-causas de los síntomas
Efectos Directos del Alcohol	Deshidratación Disbalance electrolítico Trastornos Gastrointestinales Hipoglucemia Trastornos de los ritmos biológicos y del sueño
Abstinencia de Alcohol	
Metabolismo del alcohol	Toxicidad del acetaldehído
Efectos no inducidos por el etanol	Otros compuestos de las bebidas alcohólicas, especialmente metanol Consumo de otras drogas, especialmente tabaco Tipo de personalidad Historia familiar de alcoholismo

TRATAMIENTO DE LA RESACA

Se han descrito innumerables tratamientos para prevenir la resaca, acortar su duración y reducir la gravedad de sus síntomas, incluyendo remedios y recomendaciones caseras. Sin embargo, hay pocos tratamientos propuestos que cuenten con un respaldo científico riguroso. En parte, la ausencia de un instrumento estándar para evaluar la resaca hace complicada la comparación de los diferentes tratamientos propuestos.

En la bibliografía consultada hemos encontrado ensayos clínicos con diferentes tipos de sustancias como **propranolol** (que no parece incidir sobre el curso ni los síntomas de la resaca – Wiese y cols. 2000 –); **glucosa y fructosa** (no mejoran los síntomas subjetivos ni objetivos de resaca pero disminuyen los niveles sanguíneos de ácidos grasos libres y de cetonas); **ácido Tolfenámico** (un inhibidor de las prostaglandinas que administrado antes del consumo de alcohol induce una menor frecuencia de aparición de cefalea, náuseas, vómitos, irritación gástrica y sed durante la resaca); y **vitamina B6** que cuando es administrada antes, durante y después del consumo de alcohol produce una significativa reducción de los síntomas de resaca en comparación con el placebo (Wiese y cols. 2000).

Se han utilizado cierto tipo de medicamentos para aliviar los síntomas de la resaca, como los antiácidos para las náuseas y la gastritis, aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos para reducir la cefalea y los dolores musculares (aunque hay que ser cautelosos pues ellos mismos pueden producir síntomas gástricos), e incluso la readministración de alcohol, aunque los riesgos tóxicos asociados a esta medida no compensan sus presuntos beneficios sobre los síntomas de la resaca (Swift y cols. 1998). Todos estos tratamientos son presuntamente paliativos y carecen de estudios científicos que avalen su efectividad.

Una preparación herbácea, denominada Liv. 52 (producida por la Himalaya Drug Co., Bombay, India) fue probada en 9 voluntarios que se sometieron de forma experimental a intoxicaciones de alcohol para comprobar el efecto del producto sobre los niveles de alcohol y acetaldehído en sangre y orina (Chauhan B.L., Kulkarni R.D. 1991). El diseño del estudio incluía la administración de la sustancia antes y después del consumo – a la mañana siguiente – y su comparación frente a placebo. Los resultados fueron prometedores: Liv.52 producía una considerable disminución de los niveles de alcohol y acetaldehído tanto en sangre como en orina tras 12 horas. Los autores concluyeron que era posible que Liv 52 previniera los altos niveles sanguíneos de acetaldehído provocando su rápida eliminación, lo que contribuiría a reducir los síntomas de la resaca. Desgraciadamente no se han encontrado en la literatura otros ensayos que corroboren este hallazgo.

Otro ensayo clínico, doble ciego, y controlado frente a placebo, publicado en el año 2004 (Wiese J. y cols. 2004) ha intentado demostrar el efecto beneficioso de un extracto de la *Opuntia Ficus Indica* – O.F.I. – (la Chumbera; cactácea originaria de México, aunque ampliamente distribuida, que tiene propiedades medicinales como nutritivo, diurético, antiespasmódico y emoliente) sobre los síntomas de la resaca. Los autores parten del conocimiento de los efectos medicinales de la planta, sobre todo los relacionados con la reducción de los efectos inflamatorios asociados a la exposición a estímulos que producen agotamiento físico y mental. La muestra en estudio estaba formada por 64 voluntarios sanos que se adscribieron de forma aleatoria a uno de los dos grupos (OFI o placebo) y a los que se les administró la sustancia 5 horas antes del consumo de alcohol. Sobre una escala de gravedad de la resaca, basada en 9 síntomas, los bebedores que habían tomado OFI reducían significativamente su puntuación en tres síntomas: boca seca, náuseas y

anorexia. Globalmente, el índice de síntomas se redujo 2,7 puntos de promedio frente a placebo así como el riesgo de padecer una resaca grave que se redujo a la mitad. Los autores también comprobaron que los índices sanguíneos de proteína C reactiva estaban fuertemente asociados con la gravedad de la resaca y que los participantes que habían ingerido OFI tenían los niveles un 40 % mas bajos que los que tomaron placebo. Concluyen su trabajo manifestando que la Opuntia Ficus Indica tiene un efecto moderado en la disminución de los síntomas de resaca, aparentemente por inhibir la producción de mediadores de la inflamación.

Aunque se había postulado que el extracto de alcachofa podía tener eficacia en la prevención de los síntomas de la resaca, un reciente ensayo clínico publicado en 2003 (Pittler M.H. y cols. 2003) ha demostrado que no hay base científica para sustentar dicha aseveración.

En resumen, la posible implicación de diversos agentes etiológicos en la fisiopatología de la resaca, así como las diferentes vías que pueden afectarse con la intoxicación de alcohol (disregulación de la síntesis de prostaglandinas y citocinas; metabolismo del alcohol; efectos sobre el sistema nervioso central, etc.) complican la investigación y el desarrollo de intervenciones dirigidas a su tratamiento. Por tanto, uno de los principales objetivos que deben plantearse los investigadores en el futuro es conocer los cambios biológicos que ocurren durante la resaca ya que hasta que no se comprendan mas detalladamente no se van a poder encontrar tratamientos eficaces.

3.2.3.- SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL Y PAUTAS DE DESINTOXICACIÓN

DESCRIPTORES UTILIZADOS EN LA BÚSQUEDA

Alcoholic Abstinence Syndrome
Alcohol Withdrawal
Diagnostic
Treatment
Management
Effectiveness
Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale
Meta-analysis
Systematic Review

MANEJO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL

CLINICA

La abstinencia de alcohol, incluso cuando no evoluciona a Delirium Tremens, puede ser un cuadro grave. El Síndrome de Abstinencia es una complicación médica de la adicción al alcohol y es la expresión clínica de la interrupción brusca o de la disminución de su ingesta en un paciente que ha desarrollado una dependencia física al mismo. Las manifestaciones clínicas comienzan típicamente tras 6-24 horas de abstinencia.

Es posible diferenciar un síndrome de abstinencia precoz y otro tardío, que se correlacionan con los conceptos de *menor* y *mayor* en atención a la gravedad de los síntomas. El síndrome precoz o menor hace referencia a los síntomas que aparecen en las primeras 24-48 horas tras

el cese de la ingesta alcohólica con aparición progresiva de temblores, insomnio, ansiedad, náuseas, vómitos, sudoración alucinaciones y crisis epilépticas. Las convulsiones aparecen alrededor de entre el 5 y el 15 % de los pacientes, comúnmente entre las 6 y las 48 horas de abstinencia y en un número que no suele pasar de 1 a 3 crisis. El cuadro clínico puede evolucionar en un pequeño porcentaje de pacientes después de las primeras 48 horas a formas más graves, caracterizadas por la presencia de alteración de la consciencia y delirium, acompañado de un mayor grado de hiperactividad autonómica, en lo que se conoce como síndrome tardío o mayor de privación (Delirium Tremens). En las tablas siguientes se muestran los criterios diagnósticos del D.S.M.-IV sobre Abstinencia de Alcohol y Delirium por Abstinencia de Sustancias. También muestra los síntomas en función del tiempo de aparición tras la abstinencia y especifica los síntomas agrupándolos por áreas de disfunción.

Crterios D.S.M.-IV para Abstinencia de Alcohol

- E. Interrupción brusca (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- F. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A:
- Hiperactividad autonómica (por ej.: Sudoración o más de 100 pulsaciones pm.)
 - Temblor distal de las manos
 - Insomnio
 - Náuseas o vómitos
 - Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - Agitación psicomotora
 - Ansiedad
 - Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
- G. Los síntomas del criterio B provocan malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- H. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar sí:

Con alteraciones perceptivas. Esta especificación debe anotarse en el caso poco frecuente de que las alucinaciones con juicio de realidad intacto o las ilusiones auditivas, visuales o táctiles aparecen en ausencia de delirium. Juicio de realidad intacto significa que el sujeto sabe que las alucinaciones son inducidas por la sustancia y no representan la realidad externa. Cuando las alucinaciones aparecen en ausencia de un juicio de realidad intacto, debe considerarse un trastorno psicótico inducido por sustancias, con alucinaciones.

Criterios D.S.M.-IV de Delirium por Abstinencia de Sustancias

- A. Alteración de la conciencia (por ejemplo, disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto periodo de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de que los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante o poco después de un síndrome de abstinencia.

Nota: este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los propios de síndrome de abstinencia y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Clasificación Clínica de los Síntomas del Síndrome de Abstinencia en relación con el tiempo de aparición tras el cese del consumo

Síntomas	Tiempo de aparición tras el cese del consumo
Síntomas Menores de Abstinencia Insomnio Temblor Ansiedad Trastornos Gástrico-intestinales Cefalea Diaforesis Palpitaciones Anorexia	6 a 12 horas
Alucinosis Alcohólica: Visuales Auditivas Táctiles	12-a 24 horas (los síntomas se resuelven generalmente en las primeras 48 h)
Crisis Convulsivas: Convulsiones tónico-clónicas generalizadas	24 a 48 horas
Delirium Tremens: Alucinaciones de predominio visual Desorientación Taquicardia Hipertensión Febrícula Agitación Diaforesis	48 a 72 horas (el pico de los síntomas se sitúa alrededor de los 5 días)

Signos y Síntomas del Síndrome de Abstinencia agrupados por áreas de disfunción

TIPO	SÍNTOMAS
Hiperactividad autonómica	Taquicardia Hipertensión Diaforesis Temblor Fiebre Hiperventilación con alcalosis respiratoria
Alteraciones del sueño	Insomnio Aumento de la fase REM Disminución de las fases 3 y 4
Alteraciones gastrointestinales	Anorexia Nauseas y vómitos
Manifestaciones psicológicas	Ansiedad Agitación Inquietud Irritabilidad Distraibilidad Falta de concentración Alteraciones de la memoria y el juicio Alucinaciones
Manifestaciones neurológicas	Convulsiones tónico-clónicas tipo gran mal

El curso del síndrome de abstinencia puede dividirse en tres etapas. La primera entre las 4 y 10 horas después de haber alcanzado la máxima alcoholemia. Dura aproximadamente 24 horas y se caracteriza por el predominio de síntomas noradrenérgicos (aumento de la frecuencia cardiaca, de la presión sistólica, de la frecuencia respiratoria, de la sudoración, temblor intencional, ansiedad, hiperreflexia y labilidad emocional).

En el 75-80 % de los pacientes los síntomas se resuelven en aproximadamente 24 horas y no avanza a la siguiente fase. A las 24 horas de haber alcanzado la máxima alcoholemia comienza la segunda fase y se prolonga durante 48 horas. Se caracteriza por el agravamiento de las manifestaciones noradrenérgicas, con aumento de la frecuencia cardiaca (110-120 l.p.m.), aumento de la Presión Sistólica (>20-30 mmHg), aumento de la frecuencia Respiratoria (25-28), diaforesis, temblor de reposo, hiperreflexia, labilidad y ansiedad. Aparecen con frecuencia trastornos digestivos y convulsiones.

La última fase se caracteriza por mayor agravamiento de la sintomatología noradrenérgica, aparición de síntomas de disfunción dopaminérgica (alucinaciones e ideas delirantes), desorientación y alteraciones metabólicas. El Delirium tremens se suele iniciar alrededor de pasadas 72 horas de la última concentración máxima de alcohol en sangre.

Un Delirium Tremens no tratado presenta una mortalidad del 20 %, generalmente debido a enfermedades médicas concurrentes.

FISIOPATOLOGÍA

El alcohol potencia la neurotransmisión inhibitoria mediante estímulo del receptor tipo A del GABA, lo cual contribuye a los efectos sedantes y ansiolíticos que se observan durante la intoxicación. Éste receptor se infrarregula durante el consumo crónico de alcohol, lo que disminuye su función y explica muchos de los síntomas de hiperexcitabilidad que aparecen tras la abstinencia. La intoxicación prolongada también inhibe la función del receptor tipo N-metil-D-aspartato (NMDA) del neurotransmisor excitador glutamato, lo que favorece la alteración de la función cognoscitiva y del aprendizaje observadas en la intoxicación. La abstinencia alcohólica invierte la inhibición del receptor NMDA favoreciendo también la aparición de síntomas y signos de hiperexcitabilidad.

La supresión de la ingesta alcohólica igualmente estimula la transmisión dopaminérgica, que podría ser responsable de las alucinaciones, y la noradrenérgica, lo que contribuye a la hiperactividad simpática.

DIAGNÓSTICO

La anamnesis y el examen físico establecen el diagnóstico y la gravedad del síndrome de abstinencia. Datos importantes a incluir en el registro clínico son: la cantidad promedio de consumo de alcohol, el tiempo de consumo, el tiempo desde la última toma, historia previa de síndromes de abstinencia, presencia o concurrencia de enfermedades médicas o psiquiátricas y consumo o abuso de otras sustancias.

El examen físico debe valorar la posible concurrencia de arritmias, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad coronaria, infecciones, hemorragia gastrointestinal, enfermedad hepática, pancreatitis y alteraciones neurológicas.

Se han diseñado varias escalas para la evaluación de la gravedad del síndrome de abstinencia de alcohol. La más conocida y examinada es la *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale* (CIWA-Ar) que se ha mostrado eficaz para determinar qué pacientes precisan tratamiento farmacológico. La CIWA-Ar clasifica por grados los síntomas en una escala de puntos: **Leve** cuando la puntuación es menor de 15, **Moderada** si está entre 16 y 20 y **Grave** si es superior a 20 puntos. Se aplica si previamente se ha diagnosticado la abstinencia de alcohol.

CIWA- Ar (Revisada). Leve < 15; Moderada 16-20; Grave < 20

<p>Náuseas y vómitos- Preguntar ¿se siente mal del estómago? ¿ha vomitado?</p> <p>0 No náuseas ni vómitos 1 Náuseas ligeras, sin vómitos 2 3 4 náuseas intermitentes con arcadas 5 6 7 náuseas constantes con arcadas y vómitos</p> <p>Temblor- Observación</p> <p>0 No temblor 1 Temblor no visible pero puede sentirse al tacto 2 3 4 temblor moderado con las manos extendidas 5 6 7 temblor severo incluso con las manos en reposo</p> <p>Sudoración paroxística- Observación</p> <p>0 No sudor 1 Sudoración leve en palmas de las manos 2 3 4 Sudoración visible en la frente 5 6 7 Sudoración profusa generalizada</p> <p>Agitación- Observación</p> <p>0 Actividad normal 1 Actividad un poco mayor de lo normal 2 3 4 Moderadamente inquieto 5 6 7 Se mueve sin cesar</p> <p>Cefalea, sensación de plenitud en la cabeza. No considerar la sensación de mareo</p> <p>0 No hay 1 Muy leve 2 Moderada 3 Moderadamente grave 4 Grave 5 Muy grave 6 Extremadamente grave</p>	<p>Ansiedad- Preguntar ¿se siente nervioso?- Observación</p> <p>0 Tranquilo 1 Ligeramente ansioso 2 3 4 Moderadamente ansioso, reservado 5 6 7 Equivalente a estado de pánico agudo, con delirio grave</p> <p>Trastornos visuales- Preguntar ¿está viendo algo que le inquieta?- Observación</p> <p>0 No hay 1 2 Sensibilidad leve 3 Sensibilidad moderada 4 5 Alucinaciones graves 6 7 Alucinaciones continuas</p> <p>Trastornos táctiles- Preguntar ¿siente algo extraño en su piel?- Observación</p> <p>0 No 1 Prurito, pinchazos, ardor o adormecimiento leves 2 Leves 3 Moderados 4 5 Alucinaciones táctiles graves 6 7 Alucinaciones continuas</p> <p>Trastornos auditivos- Preguntar ¿está escuchando algo que lo alarma?- Observación</p> <p>0 No 1 Intensidad o capacidad para asustarse muy leve 2 3 Intensidad o capacidad para asustarse moderada 4 5 Alucinaciones auditivas graves 6 7 Alucinaciones continuas</p> <p>Orientación y entorpecimiento del sensorio- Preguntar ¿qué día es? ¿dónde está? ¿quién es?</p> <p>0 Orientado 1 No puede añadir datos en serie 2 Desorientado para la fecha en menos de 2 días de calendario 3 Desorientado para la fecha en más de 2 días de calendario 4 Desorientado en lugar, persona o ambas cosas</p>
---	--

Utilidad y eficacia de la CIWA-Ar

- La CIWA-Ar ha demostrado ser fiable, reproducible y válida en:
 - Unidades de Desintoxicación alcohólica [Grado A]
 - Pacientes ingresados en plantas médicas generales [Grado C]
 - Para determinar la necesidad de tratamiento sedativo en pacientes con formas moderadas y graves de abstinencia [Grado A]
 - Pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos por politraumatismos [Grado A]
- Su utilidad no ha podido ser contrastada en pacientes con Delirium Tremens

Pruebas de laboratorio:

Hemograma, pruebas de función hepática, bioquímica, pruebas de función renal, coagulación, niveles de electrolitos (niveles de Potasio, Cloro, Sodio, Calcio y Magnesio) y sedimento urinario.

Diagnóstico Diferencial del Síndrome de Abstinencia de Alcohol

- Tirotoxicosis
- Intoxicación o envenenamiento por Anticolinérgicos
- Intoxicación por estimulantes (cocaína o anfetaminas, que inducen un aumento de la actividad simpaticomimética y alteran el estado mental)
- Infecciones del Sistema nervioso central o Hemorragia Cerebral (pueden cursar con convulsiones y con alteraciones importantes del estado mental)
- Síndrome de Abstinencia a otros sedativo-hipnóticos

TRATAMIENTO

Objetivos del tratamiento:

1. Proporcionar una desintoxicación segura y capacitar al paciente para liberarse del consumo
2. Proporcionar una desintoxicación que sea humana y que proteja la dignidad del paciente
3. Preparar al paciente para empezar el tratamiento de su dependencia al alcohol
4. Disminuir y controlar los síntomas y signos de abstinencia y prevenir las complicaciones, tales como crisis convulsivas y Delirium tremens

Donde y cuando desintoxicar:

Para tomar la decisión sobre el momento de realizar el tratamiento y el lugar donde realizarlo es imprescindible considerar:

- Los riesgos médicos del paciente y la posibilidad de presencia de complicaciones
- La presumible gravedad del síndrome de abstinencia en relación a las cantidades promedio de alcohol consumido, el tiempo que se ha mantenido dicho consumo y otras variables relacionadas (alimentación, estado general, etc.)
- La motivación y el deseo del paciente de someterse a tratamiento para dejar de beber

Se deberá pensar en desintoxicación en régimen de internamiento hospitalario cuando el paciente:

- Haya presentado complicaciones en desintoxicaciones anteriores, como Delirium Tremens o crisis convulsivas
- Tenga historia de múltiples desintoxicaciones previas
- Presente patología médica o psiquiátrica concomitante
- Embarazo
- Viva solo

Cuidados Generales

Corregir las anormalidades en los niveles de fluidos, electrolitos o en la nutrición.

En pacientes con síntomas severos de abstinencia habrá que realizar hidratación debido a las pérdidas de líquidos producidas por la hipertermia, la diaforesis y los vómitos. La hidratación no debe realizarse de forma rutinaria debido a que en algunos casos, sobre todo de síntomas menos graves de abstinencia, los pacientes podrían resultar sobrehidratados.

En los pacientes alcohólicos son comunes las deficiencias nutricionales y vitamínicas por lo que se debe administrar vitamina B1 y B6 y ácido fólico. La administración de ácido fólico debe ser prudente dado que si existe un déficit de B12 puede producirse una degeneración combinada de la médula, motivo por el que deben darse conjuntamente.

La administración de multivitaminas, y sobre todo de tiamina (100 mg/día) debe ser siempre previa a las soluciones glucosadas, ya que en el caso de que haya hipoglucemia la administración de glucosa puede producir una depleción de tiamina lo que puede aumentar el riesgo de aparición de una encefalopatía de Wernicke.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA LA ABSTINENCIA DE ALCOHOL

BENZODIACEPINAS

Varios Meta-análisis y revisiones sistemáticas (Mayo Smith, 1997; Lejoyeux et al., 1998; Williams and McBride, 1998; Holbrook et al., 1999; Costeen y O'Connor 2003; Shand et al., 2003) han concluido que las benzodiazepinas son más eficaces que el placebo como tratamiento de elección para el síndrome de Abstinencia de Alcohol así como para reducir la incidencia de convulsiones y delirium. Presentan una baja ocurrencia de efectos adversos y facilitan tanto que los pacientes concluyan la desintoxicación sin abandonar el tratamiento como su incorporación posterior a programas de rehabilitación.

Son los fármacos más estudiados en el tratamiento de la abstinencia de alcohol y sobre los que hay más evidencias de calidad respecto de su eficacia.

Se han descrito varios regímenes de tratamiento con benzodiazepinas para la abstinencia de alcohol:

- *Programa Fijo*: Las benzodiazepinas se administran con un intervalo posológico fijo durante 4-7 días. Posteriormente las dosis se reducen en un 25 % diario según la evolución de los síntomas.

- *Programa con Dosis de Carga*: Se realiza en régimen de internamiento. Se administran dosis altas de Benzodiazepinas al inicio de la abstinencia a intervalos frecuentes hasta que se controlen los síntomas o aparezca sedación excesiva, previa valoración clínica del paciente antes de cada dosis. Posteriormente se va reduciendo la dosis en relación a la respuesta clínica.

- *Programa Basado en los síntomas*: Debe realizarse en régimen de internamiento. Se administran Benzodiazepinas siguiendo un esquema de tratamiento según la puntuación obtenida

en la escala CIWA-Ar, de forma horaria mientras la valoración de la intensidad de la clínica de abstinencia sea mayor de 8. Este régimen ha mostrado disminuir la cantidad total de medicación administrada y requerir menor tiempo de tratamiento.

Recomendaciones Terapéuticas con Benzodiacepinas:

Todas las Benzodiacepinas son igual de eficaces reduciendo los signos y síntomas de abstinencia. La elección debe ser tomada en función de algunas consideraciones clínicas:

- Las de vida media larga son mas eficaces para prevenir el riesgo de convulsiones [Grado B]
- En poblaciones específicas como ancianos y pacientes con daño hepático, existe mayor riesgo de exceso de sedación
- Las de vida media larga favorecen una abstinencia con menos síntomas y menos riesgo de aparición de sintomatología de rebote [Grado A]
- Las de vida media corta presentan menor riesgo de exceso de sedación
- Algunas benzodiacepinas, como las de rápida velocidad de acción, presentan mayor riesgo de abuso.
- La escala CIWA-Ar es el mejor método para valorar la gravedad de los síntomas de abstinencia y la necesidad de medicación sedante [Grado A]
- Las benzodiacepinas son los fármacos de elección en el tratamiento del delirium tremens [Grado A]

Determinación de las dosis:

- Para pacientes con síntomas leves (CIWA-Ar < 8-10) tratamiento no farmacológico y monitorizar
- Si existen síntomas moderados (CIWA-AR 8-15) el tratamiento farmacológico de los síntomas reduce el riesgo de complicaciones mayores
- En cuadros severos (CIWA-Ar > 15) se debe tratar con benzodiacepinas en dosis necesarias para controlar síntomas y monitorizar hasta su resolución
- Pacientes con historia de convulsiones: iniciar tratamiento con Benzodiacepinas independientemente de la severidad del síndrome de abstinencia

Pauta Fija

FÁRMACO	RANGO DE DOSIS	OBSERVACIONES
Diazepam	30-80 mg/día (10-20 mg/6h, 2 días y disminuir según respuesta)	De elección en pacientes con antecedentes de crisis comiciales
Clordiazepóxido	50 mg/6 horas, 1º día, después 25-50 mg/6 h, 2 días y disminuir según respuesta	
Clorazepato Dipotásico	15-200 mg/día	Util en Desintoxicación hospitalaria
Lorazepam	3-15 mg/día	Recomendable en casos de insuficiencia hepática.

En caso de Delirium Tremens Diazepam 10 mg intravenoso, continuando con 5 mg I.V cada 5 minutos hasta que el paciente se encuentre tranquilo pero despierto.

CLOMETIAZOL

Se ha mostrado mas eficaz que el placebo en el tratamiento de la deprivación alcohólica pero su uso en régimen ambulatorio no es recomendable, debido principalmente al gran riesgo de depresión respiratoria si se toma alcohol al mismo tiempo, a la gran variabilidad de su biosiponibilidad y a su potencial adictivo (Lingford-Hughes et. Als. 2004).

Debido a su capacidad de inducir dependencia no debe utilizarse en pautas superiores a 10 días.

El clometiazol es un derivado tiazólico de la tiamina que presenta propiedades sedantes, tranquilizantes y anticomiciales, mediadas a través de receptores GABA cerebrales. Ha demostrado eficacia similar a la de las benzodiazepinas en el control de síntomas de abstinencia leves y moderados [Grado A]. No se ha demostrado su eficacia en la prevención de las crisis comiciales pero sí en la del Delirium Tremens [Grado A].

Pauta de Clometiazol Oral

Inicial	2-4 caps
Primeras 24 horas	9-12 caps en 3-4 dosis
Días 2 y 3	6-8 caps en 3-4 dosis
Días 4 y 5	4-6 caps en 2-3 dosis
Días 6 y 7	Descenso gradual hasta 0 al 10º día

Recomendaciones sobre el uso del Clometiazol en la Abstinencia de Alcohol

1. Es superior a placebo y similar a las benzodiazepinas en el control de los síntomas leves-moderados de abstinencia [Grado A]
2. Es posible que prevenga el desarrollo del Delirium tremens
3. No se ha demostrado que prevenga las crisis comiciales
4. Constituye una opción de tratamiento en el Delirium tremens [Grado A]

CARBAMAZEPINA

La carbamazepina parece ser efectiva en un amplio rango de síntomas de abstinencia de alcohol. No produce dependencia, no potencia los efectos depresores del alcohol y retarda el fenómeno de “kindling”, según el cual la repetición de episodios de deprivación se asocia a un aumento progresivo de su gravedad. Ha demostrado ser superior a placebo y similar a oxacepam, lorazepam, tiapride y clometiazol en el control de los síntomas de abstinencia leves y moderados.

No hay estudios que evalúen la eficacia del tratamiento con carbamazepina en Delirium Tremens [Grado A], y aunque está bien documentada su eficacia como anticomicial, hay evidencias

limitadas de su utilización en la prevención de las convulsiones provocadas por la abstinencia alcohólica.

En cualquier caso no se recomienda como monoterapia, sino en combinación con benzodiazepinas. Presenta como inconvenientes la aparición de efectos secundarios en un 10 % de los tratados en forma de vértigo, náuseas, prurito, ataxia, cefalea y xerostomía. Es potencialmente tóxico en asociación con algunos antibióticos, antidepresivos y otros anticonvulsivantes.

NEUROLÉPTICOS

Han demostrado su efectividad en el tratamiento del síndrome de abstinencia pero son menos eficaces que las benzodiazepinas para prevenir el delirium y no previenen la aparición de crisis convulsivas. Se utilizan fundamentalmente junto a las benzodiazepinas en el tratamiento del paciente agitado o con alucinaciones [Grado C].

Tiapride es un neuroléptico atípico con propiedades ansiolíticas que no desciende el umbral epileptógeno. En estudios comparativos, aleatorizados y doble ciego se ha demostrado que controla los síntomas menores de abstinencia de forma similar a clordiazepóxido, clometiazol y carbamazepina. No tiene actividad anticomitial y no tiene efecto para prevenir las crisis epilépticas. Se recomiendan dosis de 400-1200 mg/día, administrados cada 4-6 horas para prevenir el Delirium Tremens.

MAGNESIO

Los niveles de magnesio disminuyen durante el síndrome de abstinencia, normalizándose al finalizar este. Se ha postulado su utilización en el síndrome de abstinencia, pero un ensayo clínico, doble ciego, aleatorizado comparando con placebo, ha demostrado que el tratamiento con magnesio añadido a las benzodiazepinas no mejora la clínica de abstinencia ni reduce la aparición de crisis comiciales (Wilson and Vulcano, 1984). Solamente estaría indicado en el caso de arritmias cardíacas o alteraciones neurológicas secundarias a un déficit de magnesio [Grado B]

ANTAGONISTAS β ADRENÉRGICOS

Durante la abstinencia alcohólica se produce un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático y de los niveles plasmáticos de noradrenalina. De ahí que se haya pensado en la posibilidad de utilizar fármacos betabloqueantes en el tratamiento de la privación de alcohol. Las conclusiones obtenidas en los estudios realizados pueden resumirse en (Monte Secades et al, 2005):

- No se deben utilizar en monoterapia
- Son útiles en el control de síntomas de hiperactividad simpática, añadidos a las benzodiazepinas, en pacientes con abstinencia leve-moderada
- No previenen el desarrollo de crisis comiciales ni delirium

AGONISTAS α ADRENÉRGICOS

La clonidina es un agonista parcial α_2 -adrenérgico., que produce inhibición de la actividad noradrenérgica cerebral, lo que conlleva un efecto sedante así como un descenso de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca. Se estudió su utilización en la abstinencia de alcohol a partir del conocimiento de su eficacia en la abstinencia a opiáceos. La clonidina es eficaz en la reducción de la sintomatología de abstinencia leve o moderada, sobre todo sobre los síntomas de hiperactividad noradrenérgica (el aumento de presión arterial y frecuencia cardiaca) semejante a clordiazepóxido, clometiazol y carbamacepina mas neuroléptico [Grado A]. No tiene efectos anticonvulsivos ni previene la aparición de delirium tremens. Se utiliza conjuntamente con benzodiazepinas y precisa de una adecuada monitorización de la presión arterial.

ALCOHOL ETÍLICO

La administración de alcohol previene los síntomas de abstinencia y aunque hay estudios que describen su administración, no existe ninguno que valore de forma controlada su seguridad o eficacia. No puede ser aceptado su uso en el síndrome de abstinencia por múltiples razones, entre ellas el planteamiento de la deshabituación-rehabilitación del paciente con dependencia de alcohol y su toxicidad.

OTROS FÁRMACOS

Ácido Valproico

Actúa como estimulador del sistema GABA. Tiene actividad anticomicial, propiedades anti Kindling y bajo potencial de dependencia. Dos ensayos clínicos reducidos (citados por Monte Secades y cols. 2005), han mostrado que es capaz de controlar los síntomas de abstinencia en pacientes con síntomas leves y sin comorbilidad asociada, disminuyendo las dosis necesarias de benzodiazepinas. Las dosis utilizadas fueron de 500 mg/8 horas durante 5-7 días. No existe experiencia sobre su actividad en la prevención del Delirium Tremens.

Ácido Gammahidroxiбутírico

Metabolito del GABA que actúa como neuromodulador a nivel del Sistema Nervioso Central y que se había utilizado en el tratamiento de la narcolepsia y como agente hipnótico y anestésico. Presenta potencial de abuso y dependencia. Es similar en eficacia a clometiazol y diacepam en el control de los síntomas de pacientes con abstinencia leve o moderada. Puede provocar efectos indeseables graves, como depresión respiratoria o coma, cuando se utiliza a dosis mayores que las recomendables, aunque también a bajas dosis puede provocar vértigo, náuseas o diarrea. No está comercializado en España.

Gabapentina

Anticomicial de estructura química similar al GABA que en estudios no controlados ha mostrado eficacia en el control de los síntomas de abstinencia leves o moderados.

Litio

A dosis de 900 mg/día ha mostrado ser mas eficaz que el placebo en el control de la abstinencia de alcohol.

Recomendaciones y manejo de la Abstinencia de Alcohol y de la Desintoxicación

Aunque muchos episodios de abstinencia de alcohol cursan sin ningún soporte farmacológico, en presencia de síntomas se aconseja el uso de medicación. Idealmente la desintoxicación debería ser planificada como parte de un programa terapéutico que incremente la probabilidad de tener éxito en la desaparición de la conducta de consumo.

Regímenes de Tratamiento

- Las benzodiacepinas son eficaces en reducir signos y síntomas de abstinencia y se recomiendan como tratamiento de elección
- Carbamacepina también ha mostrado ser eficaz y puede ser elegida como alternativa a las benzodiacepinas
- El clometiazol debe reservarse para tratamientos en régimen de internamiento y solamente tras considerar su idoneidad en un caso concreto frente a benzodiacepinas

Crisis Convulsivas

- Las Benzodiacepinas, particularmente el Diacepam, reducen el riesgo de presentación de crisis comiciales y son de elección para el tratamiento de pacientes que han presentado convulsiones en abstinencias previas
- Carbamacepina es igualmente eficaz en la prevención de crisis comiciales y puede ser elegida como una alternativa a las benzodiacepinas, aunque no hay ventajas en la utilización conjunta de ambas sustancias
- Para prevenir un segundo episodio convulsivo durante el mismo síndrome de abstinencia, las evidencias sustentan el uso de lorazepam, pero no el uso de fenitoína.

Delirium

- Las benzodiacepinas, particularmente las de vida media larga, previenen el Delirium Tremens y se recomiendan para el tratamiento de esta complicación de la abstinencia de alcohol

Miscelánea

- Las evidencias no sustentan el uso de μ agonistas, magnesio o antipsicóticos, para reducir los síntomas de abstinencia y no se recomienda su uso (Lingford-hughes y cols. 2004)

3.2.4.- FARMACOLOGÍA DE LA DESHABITUACIÓN DE ALCOHOL

DESCRIPTORES UTILIZADOS EN LA BÚSQUEDA

Alcohol Dependence Disorder
Alcoholism
Diagnostic
Pharmacological Treatment
Management
Effectiveness
Meta-analysis
Systematic Review

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA DESHABITUACIÓN DE ALCOHOL

El tratamiento de la dependencia de alcohol incluye varias fases. Si bien la etapa inicial en muchos casos se dirige hacia lo que es el abordaje del síndrome de abstinencia y la desintoxicación, la siguiente debe tener como objetivo mantener la abstinencia de alcohol tanto tiempo como sea posible, y ayudar a que el paciente pueda desarrollar un estilo de vida compatible con el logro de la abstinencia a largo plazo. En algunos casos, no obstante, disminuir los episodios de consumo o la gravedad de las consecuencias asociadas al mismo a lo largo del tiempo son también objetivos a cubrir por el tratamiento para la deshabituación.

Existen evidencias empíricas de que los mejores resultados en la deshabituación de alcohol se logran a partir de una combinación de estrategias farmacológicas con intervenciones de tipo psicoterapéutico (Zweben 2001).

El desarrollo experimentado por la investigación neurobiológica en los últimos años ha permitido conocer con más detalle los posibles mecanismos cerebrales involucrados en el desarrollo de la dependencia del alcohol y ha facilitado la disponibilidad de una nueva gama de tratamientos farmacológicos más ajustados a los posibles sustratos biológicos de la adicción.

Los sistemas de neurotransmisión más estudiados con una finalidad terapéutica son el GABA, el opioide, el glutamatérgico, el dopaminérgico y el serotoninérgico. Y los posibles mecanismos funcionales implicados en el mantenimiento del consumo son: el refuerzo, la abstinencia retardada y los trastornos de la esfera afectiva y de la impulsividad. Los fármacos que puedan actuar sobre estos mecanismos y que logren regularlos de forma que potencien el mantenimiento de la abstinencia, serán los más indicados para el proceso de deshabituación del alcohol.

Fármacos	Mecanismos de acción conocidos o presumibles
Disulfiram Cianamida cálcica	Inhibición de la aldehído deshidrogenasa. Eleva los niveles de acetaldehído tras el consumo de alcohol.
Naltrexona/nalmefeno	Antagonizan los opioides endógenos como la μ endorfinas y las encefalinas
Acamprosato	Mecanismo de acción no bien conocido; parece interactuar con receptores glutamatérgicos y con los canales del calcio
Agentes serotoninérgicos Citalopram, fluoxetina, Fluvoxamina Bupiróna Ondansetrón	Inhibición selectiva de la recaptación de serotonina Agonista serotoninérgico 5-HT _{1a} Agonista serotoninérgico 5-HT ₃
Litio	Mecanismo de acción exacto desconocido.

INTERDICTORES DE ALCOHOL O ANTIDIPSOTRÓPICOS

Disulfiram oral

- Fármaco introducido hace 40 años para el tratamiento de la dependencia de alcohol
- Mecanismo de acción: inhibición de la aldehído deshidrogenasa. El consumo de alcohol

en presencia de disulfiram determina un aumento considerable de las cantidades de acetaldehído en circulación, metabolito del alcohol responsable de los efectos tóxicos que aparecen y que pueden ser utilizados como aversivos.

- Dosis indicada: 250 mg/ día, vía oral. Menor dosis tiene escaso efecto y dosis mayores incrementan el riesgo de efectos colaterales tóxicos.

- El efecto interdicator aparece hacia las 12 horas tras la ingesta del fármaco y puede mantenerse hasta 6 días después.

Aunque se han realizado muchos estudios sobre la eficacia de disulfiram para el mantenimiento de la abstinencia de alcohol, son pocos los que cumplen criterios de ensayos clínicos controlados. En una revisión sistemática realizada por Garbutt y cols. en 1999, solo se encontraron 5 ensayos clínicos sobre tratamiento con disulfiram oral y los resultados de los mismos muestran sólo una modesta evidencia de que reduce la frecuencia del consumo de alcohol.

Resulta imprescindible para garantizar la eficacia de este tratamiento que el fármaco se administre de forma supervisada (por algún familiar del enfermo o por cualquier persona cualificada)

Implante de Disulfiram

Aunque los implantes de disulfiram parecen un método atractivo para asegurar el cumplimiento del tratamiento, el nivel de biodisponibilidad del fármaco tras su administración no se ha podido demostrar en los ensayos terapéuticos.

Garbutt y cols. (1999) encuentran que los ensayos clínicos realizados para probar la eficacia de los implantes de disulfiram no reúnen criterios de calidad como para poder afirmar que el tratamiento sea eficaz. Estos autores encuentran muchas inconsistencias sobre la posibilidad de que el implante de disulfiram reduzca el número de días de consumo.

Cianamida Cálcica

La dosis terapéutica de cianamida es de 50 mg dos veces al día. Inhibe a la aldehidodeshidrogenasa durante unas 12 a 24 horas. Sus efectos tóxicos parece que son menos intensos que los de disulfiram. Se ha informado de hepatotoxicidad asociada a cianamida, aunque a dosis terapéuticas no se ha encontrado diferencias con respecto a placebo, al menos en ensayos clínicos controlados (Peachey y cols. 1989; Niederhofer y cols. 2003).

Se han publicado pocos ensayos clínicos o revisiones sistemáticas concernientes a la eficacia terapéutica de este fármaco. Como ocurre con el disulfiram, la administración del medicamento adecuadamente supervisada es la mejor garantía de su eficacia para evitar la recaída en el consumo de alcohol.

La prescripción de fármacos interdictores debe ir precedida de una correcta información al paciente en la que se le indiquen:

1. Las consecuencias negativas que traería para su salud la ingestión concomitante de alcohol mientras esté tomando el medicamento
2. La necesidad de mantener una abstinencia completa de alcohol para evitar dichas consecuencias.

FÁRMACOS ANTI-CRAVING

Son medicamentos que actúan disminuyendo o anulando el deseo compulsivo de tomar alcohol. Se clasifican en relación al sistema neurotransmisor sobre el que ejercen sus acciones farmacológicas.

1.- Glutamatérgicos: Acamprosato

La acción depresora del alcohol sobre el sistema nervioso central induce un aumento de la acción GABA. Cuando la administración de alcohol es crónica, el sistema nervioso central compensa el aumento de acción Gabérgica incrementando la actividad glutamatérgica excitatoria, con el objetivo de contrarrestar los efectos depresores. Al suprimir el consumo de alcohol, el efecto depresor de este desaparece, pero durante algún tiempo persiste la hiperexcitabilidad neuronal asociada a la actividad glutamatérgica. Se considera a este fenómeno el causante de algunos síntomas como la ansiedad, el insomnio y el *craving*.

El acamprosato (derivado simple del aminoácido taurina) normaliza la excitación glutamatérgica que se produce en la abstinencia de alcohol. Este efecto podría reducir el deseo intenso de beber y la ansiedad. El rango de dosis es de 1300 a 2000 mg/día, repartidos en tres tomas.

Eficacia Clínica: Se ha podido demostrar en varios ensayos clínicos (Garbutt y cols. 1999) que la administración de acamprosato incrementa el porcentaje de días de abstinencia frente a los pacientes que toman placebo (entre un 30 y un 50 %), dobla aproximadamente las tasas de abstinencia y aunque una mayoría de pacientes beben mientras toman el fármaco, muestran un mayor número acumulativo de días de abstinencia que los que reciben placebo. Los pacientes que toman acamprosato tienen mayores tasas de abstinencia de alcohol a los seis meses de tratamiento (43% frente a 30%).

2.- Antagonistas opiáceos: Naltrexona y nalmefeno

La naltrexona y otros antagonistas opioides bloquean la liberación de dopamina en el núcleo accumbens inducida por el alcohol. Algunas teorías sostienen que las propiedades reforzantes del alcohol son debidas en gran medida a la activación producida por esta sustancia en el sistema opioide endógeno y que los antagonistas opioides inhibirían la capacidad reforzante del alcohol y por lo tanto el deseo de consumir. Este efecto también podrían realizarlo a través de la modulación de la actividad dopaminérgica que se ha relacionado estrechamente con el deseo compulsivo de beber.

Naltrexona

Varios ensayos clínicos controlados (O'Malley y cols. 1992; Volpicelli y cols. 1992; Volpicelli y cols. 1997) han mostrado que el tratamiento con naltrexona en alcohólicos influye positivamente cuando se compara con pacientes que toman placebo en:

- La reducción del deseo de beber
- Logra disminuir el número de días de consumo de alcohol
- Disminuye el número de recaídas.
- Disminuye la sensación de euforia o de “estar colocados” en los que beben
- Disminuye la cantidad de alcohol total ingerida, cuando los pacientes beben

Sin embargo el problema de la falta de cumplimiento del tratamiento con naltrexona (aproximadamente el 37 % de los pacientes que toman naltrexona abandonan el tratamiento en las 12 primeras semanas) (Chick y cols. 2000) incide negativamente en su eficacia clínica. El abandono de tratamiento parece deberse a sus efectos adversos y a la falta de motivación de los pacientes.

En la última revisión realizada para la Librería Cochrane (Srisurapanont y cols. 2004) se incide en la necesidad de mejorar el cumplimiento del tratamiento con naltrexona y de proporcionar información sobre los efectos secundarios del mismo complementándolo con una intervención psicoterapéutica.

Hay al menos un estudio publicado (Kristal y cols. 2001) que evidencia cierta controversia con respecto a todos los ensayos clínicos realizados con naltrexona que muestran su eficacia clínica. En efecto, este grupo de investigación, con una muestra de 627 pacientes y con 12 meses de tratamiento, no encontró diferencias significativas entre el grupo de pacientes que tomaban naltrexona y el de los que tomaban placebo con respecto al porcentaje de días de consumo y al número de unidades de bebida consumidas por día de consumo.

Nalmefeno

Antagonista opiáceo específico del receptor delta que se ha presentado como posible alternativa a la naltrexona. Los ensayos clínicos conducidos para verificar su eficacia (40 mg/día) (Mason y cols. 1999) demuestran que es tan eficaz como la naltrexona en el manejo de la deshabitación de alcohol incidiendo en una menor tasa de recaídas y un mayor número de días de abstinencia comparado con dosis bajas o placebo. Faltan estudios concluyentes sobre su utilidad y su seguridad clínica.

3.- Serotoninérgicos

La disminución de serotonina en el Sistema Nervioso Central está asociada a fenómenos clínicos como depresión, ansiedad e impulsividad. Se ha postulado que el consumo de alcohol induciría un incremento de liberación de serotonina central por lo que en personas con bajos niveles de serotonina, el consumo de alcohol podría normalizar dichos niveles.

Agonistas Serotoninérgicos

Buspirona es una agonista 5-HT_{1A} con perfil ansiolítico. Debido a que los pacientes alcohólicos presentan frecuentemente síntomas de ansiedad, a veces como causa y otras como consecuencia del consumo, podría inferirse la utilidad de los agonistas serotoninérgicos, como la buspirona, para manejar la ansiedad asociada al mismo, con el objetivo de ayudar a mantener al paciente en abstinencia. Hasta el momento actual, la información disponible sobre los ensayos clínicos con Buspirona (Malcolm y cols. 1992; Kranzler y cols. 1994) sólo muestran la utilidad del fármaco para retrasar el tiempo hasta el primer consumo de alcohol durante el seguimiento.

Antagonistas Serotoninérgicos

Ondansetrón es un fármaco antiemético, antagonista del receptor 5-HT₃. Parece que el bloqueo de este receptor estaría relacionado con una disminución de liberación de dopamina dependiente del alcohol a nivel de núcleo accumbens, disminuyendo posiblemente los mecanismos de refuerzo asociados a la activación del sistema dopaminérgico mesolímbico (secundarios al abuso de alcohol).

Un ensayo clínico controlado, doble ciego y con asignación aleatoria con ondansetrón, realizado en una muestra de 71 sujetos que comparaba altas dosis (4 mg/d) y bajas dosis (0,5 mg/d) del fármaco solamente redujo el consumo entre los bebedores moderados y ligeros.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

El bloque de la recaptación de serotonina influye positivamente en los trastornos depresivos y en los trastornos de ansiedad. Resulta obvio que en pacientes alcohólicos que presenten este tipo de patologías, el uso de estos fármacos debe mejorar su evolución. Pero además, se conoce que en los trastornos de la conducta alimentaria, de la impulsividad y del consumo de drogas el mecanismo de bloqueo de recaptación induciría una acción inhibitoria a nivel de los sistemas de refuerzo.

Los resultados disponibles sobre la utilización de ISRS en la dependencia de alcohol son contradictorios (Garbutt y cols. 1999). Parece ser que durante un periodo inicial de 2 a 4 semanas los ISRS disminuyen un 20-30 % el número de bebidas consumidas por pacientes no deprimidos con una dependencia moderada de alcohol. Los efectos parecen ser dosis dependientes y se manifiestan como una disminución del deseo de consumo. El fármaco más estudiado es la fluoxetina, aunque existen ensayos realizados con citalopram, vicualina y zimelidina (San Molina y cols. 2003).

4.- Eutimizantes

Litio

Se han realizado varios ensayos clínicos sobre la eficacia de la utilización de las sales de litio para el mantenimiento de la abstinencia en alcohólicos (Garbutt y cols. 1999), pero no han demostrado su utilidad: no disminuye el craving ni la ingesta de alcohol.

5.- Anticonvulsivantes

Topiramato

Se ha descrito que el mecanismo de acción del topiramato se debe a la acción inhibitoria sobre la dopamina a nivel meso-cortico-limbico mediada probablemente por la activación de la acción del GABA y la inhibición glutamatérgica.

Dos publicaciones basadas en un ensayo clínico controlado (Johnson y cols. 2003 y 2004) demuestran la eficacia de este fármaco en el manejo de la deshabitación del alcohol. Se realizó

con 150 pacientes alcohólicos y durante un periodo de seguimiento de 12 semanas. En la primera publicación se describe que frente a los pacientes que tomaban placebo, el grupo tratado con topiramato tenía significativamente menos días de consumo de alcohol, menos días de consumo excesivo, mas días de abstinencia, menos craving y menos niveles séricos de G.G.T. En la segunda publicación (Jonson y cols. 2004) los investigadores encuentran que los pacientes que tomaban topiramato tenían un mayor grado de bienestar global así como de satisfacción vital y habían reducido considerablemente las complicaciones asociadas al consumo en comparación con los pacientes en tratamiento con placebo.

3.3. PATOLOGÍA ORGÁNICA DERIVADA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El efecto tóxico del alcohol es capaz de afectar a múltiples órganos y sistemas de nuestra economía. Más allá de los mecanismos fisiopatológicos implicados en la producción del daño tisular, tendremos en cuenta que, aunque de aparición diferida en la mayor parte de las ocasiones, la patología orgánica derivada del consumo de alcohol es, en muchas ocasiones, el origen de la demanda de atención de un sujeto que, bajo esta problemática, presenta un trastorno por dependencia al alcohol.

3.3.1. PATOLOGÍA DIGESTIVA

A. Cavidad oral y anejos

Los mecanismos patogénicos son diversos y van desde el efecto irritativo directo del alcohol (mayor cuanto más elevada es su concentración) a los déficits vitamínicos, pasando por las malas condiciones higiénicas.

En este sentido, son frecuentes las alteraciones irritativas de la mucosa oral o la periodontitis marginal de tipo crónico. Los déficits vitamínicos también producen estomatitis, gingivitis, y sobre todo glositis, y responden con rapidez al aporte vitamínico.

Por otra parte, la hipertrofia parotídea bilateral simétrica, muy frecuente en alcohólicos, es una inflamación inespecífica y asintomática de las glándulas salivares, con especial afectación de las parótidas.

B. Esófago

B.1. Esofagitis péptica

Diferentes trabajos han demostrado que el alcohol produce una disminución del peristaltismo esofágico y del tono del esfínter esofágico inferior (EEI), favoreciendo de esta forma la aparición de reflujo gastroesofágico (RGE), que es una de las principales causas de esofagitis péptica, que puede atravesar por diversos estadios según la intensidad y frecuencia del reflujo: leve, erosiva, estenosis péptica y esófago de Barrett (sustitución del epitelio escamoso de la mucosa esofágica por otro, de tipo cilíndrico, con un índice de degeneración neoplásica del 5%) (Goyal, 1998).

Su diagnóstico es clínico, y el síntoma fundamental es la pirosis, de tipología e intensidad muy variables. Si la esofagitis ha evolucionado a estenosis péptica, aparecerá disfagia y si a esta se une la pérdida progresiva de peso, podría indicarnos la evolución a un adenocarcinoma, generalmente secundario a un esófago de Barrett.

El tratamiento incluye dos tipos de medidas:

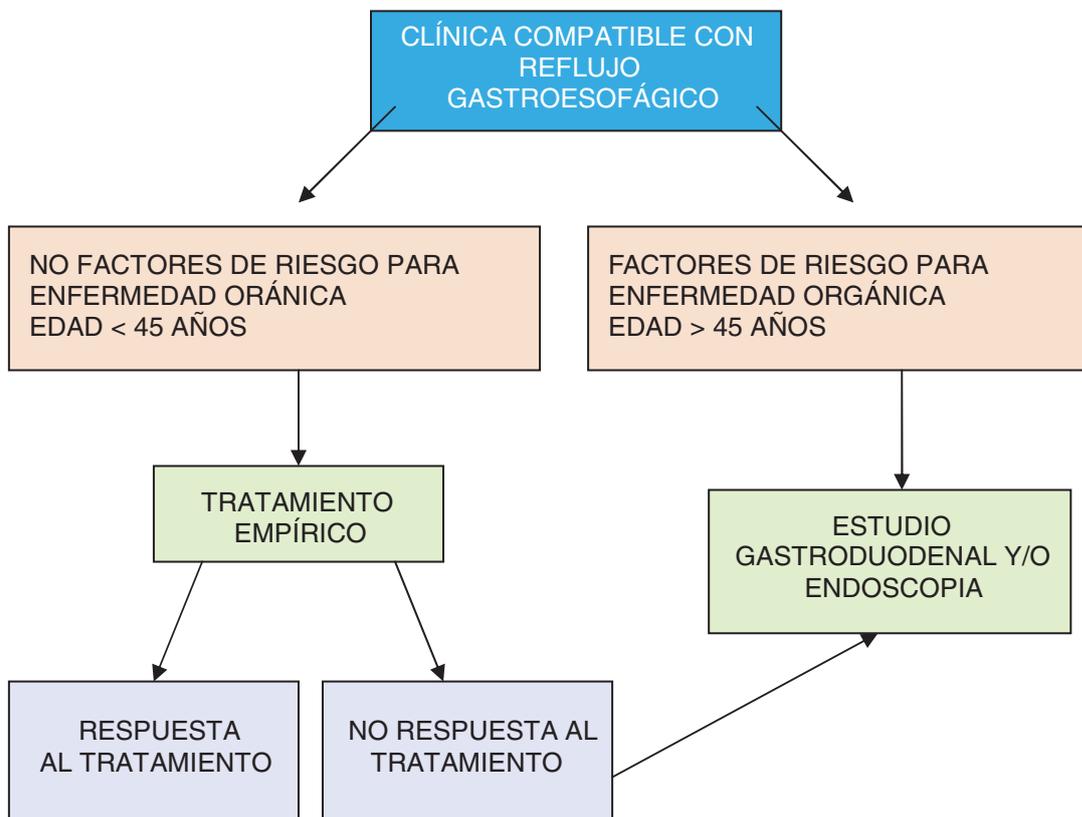
A. Higiénico-dietéticas:

- Descenso de peso en caso de obesidad
- Elevación del cabecero de la cama 10-15 cm.
- Evitar el aumento de la presión abdominal (cinturones, fajas, etc.)
- Abstinencia de alcohol, café, tabaco, cítricos, comidas copiosas y/o ricas en grasas.
- Evitar fármacos que disminuyan el tono del EEI: anticolinérgicos, antagonistas del calcio, relajantes del músculo liso.

B. Farmacológicas:

- Antiácidos tras las comidas (1-3 h.)
- Protectores de la mucosa (sucralfato) antes de las comidas
- Fármacos anti-H2 (ranitidina, famotidina) o inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol)

Manejo del reflujo gastroesofágico



B.2. Síndrome de Mallory- Weiss

La presencia de RGE y vómitos de repetición, muy frecuentes en alcohólicos, puede desencadenar la presencia de pequeñas laceraciones no penetrantes de disposición lineal y tamaño inferior a 2 cms. a nivel de la unión esófago-gástrica.

Las lesiones, únicas o múltiples, se asocian en más de la mitad de los casos a hernia hiatal deslizante.

El síntoma principal es la hematemesis, aunque la hemorragia es generalmente autolimitada y sólo se acompaña de melenas en un 10% de los casos.

El tratamiento consiste en electrocoagulación y esclerosis de las lesiones mediante esofagoscopia.

B.3. Síndrome de Boerhaave

Se trata de la perforación o rotura del esófago a consecuencia de náuseas o vómitos con el estómago lleno, que se produce tanto en el caso de alcohólicos como en la hiperemesis gravídica. La rotura suele producirse en la zona posterolateral izquierda del esófago, entre 3 y 6 cm. por encima del diafragma.

Clínicamente, se caracteriza por dolor abdominal intenso y súbito acompañado de neumomediastino o neumotórax. Característicamente aparece el denominado crujido de Hamman (crepitación sincrónica con el latido cardíaco). Se acompaña de shock.

El tratamiento es quirúrgico de urgencia, con una mortalidad aproximada del 30% tras la cirugía.

C. Estómago

C.1. Gastritis

El alcohol es capaz tanto de estimular como de inhibir la secreción ácida gástrica en función de la cantidad y de la duración de la ingesta. De esta forma, la ingesta aguda de alcohol a dosis altas estimula la secreción ácida, mientras que la ingesta crónica determina hiposecreción que se ve normalizada con la abstinencia.

Actualmente, el término gastritis se reserva para patologías de la mucosa gástrica que evidencian lesiones, mientras que en el caso de la mucosa gástrica normal, se utiliza el término de dispepsia funcional.

El diagnóstico se realiza mediante endoscopia, y la determinación del grado de afectación de la mucosa debe realizarse histológicamente, de forma que existen dos tipos de gastritis bien diferenciadas:

- Gastritis tipo A: afecta a las células parietales del cuerpo gástrico y su clínica gástrica es muy débil. Es la responsable de la anemia perniciosa.
- Gastritis tipo B: afecta a las células secretoras de moco gástrico y se asocia a la infección por H. Pylori.

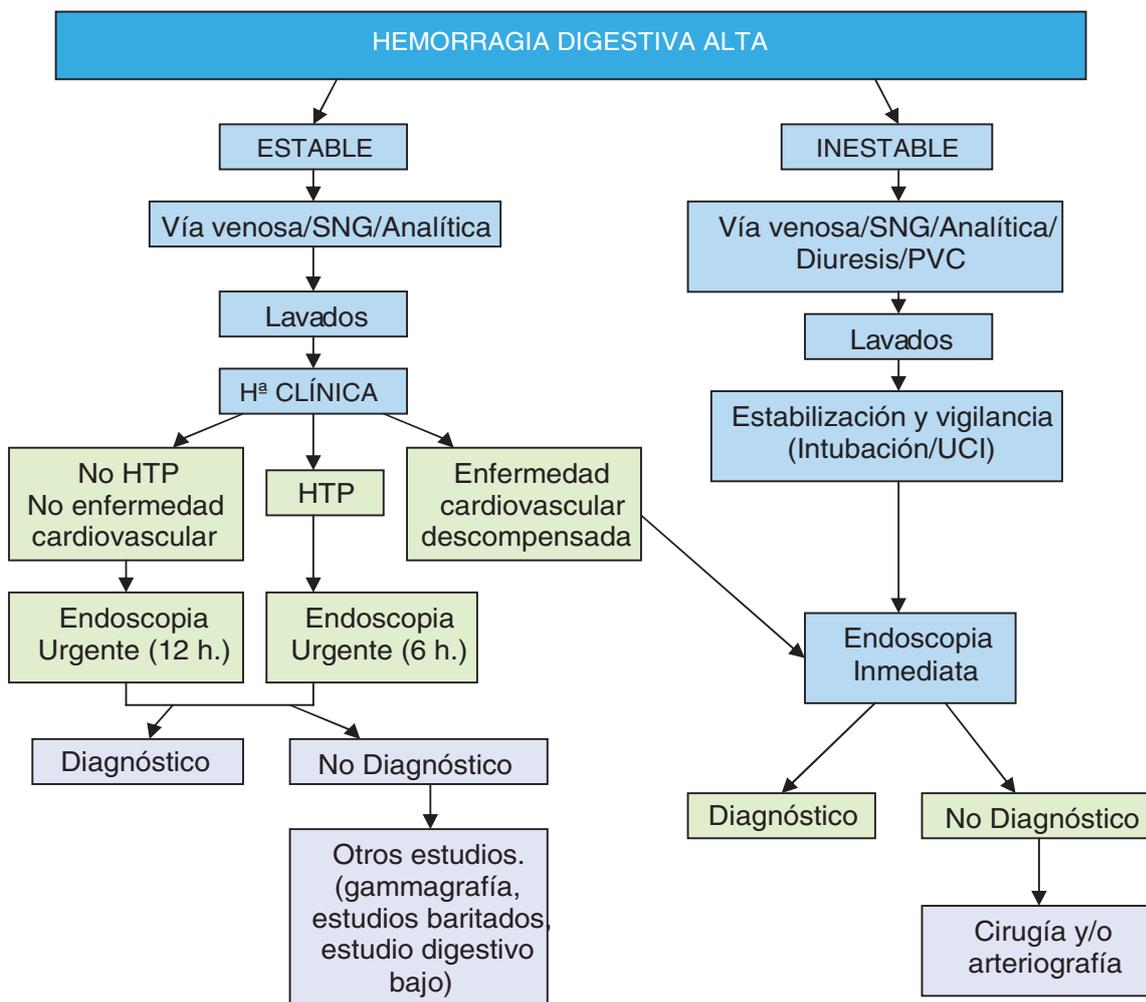
Clínicamente, se presenta como un síndrome digestivo alto y sus síntomas más habituales son: pirosis, epigastralgia, sensación de plenitud postprandial y digestiones lentas. También pueden aparecer náuseas y vómitos, siendo muy característica la variación de las molestias en relación con la ingesta alimentaria. Sin embargo, la clínica no guarda relación habitualmente con la gravedad de las lesiones de la mucosa, de forma que una clínica muy florida puede presentarse con una mucosa normal y viceversa.

El tratamiento debe afrontar el cese de la ingesta alcohólica y la instauración de una dieta consecuente con las lesiones observadas en la endoscopia.

Los fármacos de elección son los antiácidos y anti-H₂, con la salvedad de que estos últimos se muestran menos eficaces que en la población general. Debe determinarse la presencia de H. Pylori ya que en alcohólicos este microorganismo está más presente que en la población general.

C.2. Hemorragia digestiva alta (HDA)

Los episodios de HDA presentan una elevada prevalencia en alcohólicos. Su etiología más frecuente son las lesiones agudas de la mucosa gástrica (hasta 36% en algunas series), enfermedad ulcerosa péptica (21-24%), varices esofágicas (15-19%), S. de Mallory-Weiss (17%), duodenitis aguda (9%), esofagitis (7%).



Tanto en las lesiones agudas de la mucosa gástrica como en el S. de Mallory-Weiss, el sangrado suele ceder espontáneamente. Generalmente la tasa de morbi-mortalidad depende de la existencia de hepatopatía subyacente, por lo que está indicada la observación hospitalaria en las primeras 24-48 horas.

D. Páncreas

D.1. Pancreatitis aguda

El consumo de alcohol es la segunda causa de PA, originando un 35% de los casos, siendo la de origen biliar la primera causa con un 45% de los mismos. Los episodios iniciales suelen aparecer hacia los 35-45 años (aunque en algunos pacientes aparecen incluso antes de los 25 años) y se acompañan de hepatopatía en el 40-50% de los casos (Acedo, 1998). Aún hoy, es muy controvertido el mecanismo patogénico, aunque se consideran implicados el aumento de secreción pancreática favorecido por el alcohol y el espasmo del esfínter de Oddi.

Clínicamente, el síntoma principal es el dolor abdominal, que puede presentar características muy variables. Es de instauración brusca, carácter agudo y localización preferente epigástrica, irradiándose comúnmente a espalda, tórax, ambos hipocondrios o zona periumbilical. Pueden existir también fiebre, náuseas y vómitos y el ruido abdominal está disminuido. Muy típico es el signo de Cullen: tonalidad azulado-rojiza de localización periumbilical que denota necrosis de la grasa de la zona.

Respecto a los datos de laboratorio, la amilasa y lipasa séricas están aumentadas, y mientras que las cifras de amilasa se normalizan habitualmente en tres días, las de lipasa permanecen aumentadas hasta una o dos semanas. La leucocitosis es muy frecuente.

La determinación de la gravedad de un episodio se ha medido según diferentes criterios, de los que los más utilizados son los criterios de Ramsom, que diferencian entre las PA de origen biliar y no biliar. En el caso de las PA de etiología alcohólica, son de aplicación los criterios de origen no biliar.

Criterios de Ramsom de la PA

	PA NO BILIAR	PA BILIAR
EDAD	> 55 AÑOS	>70 AÑOS
LEUCOCITOSIS	> 16000 mm•	> 18000 mm•
GLUCEMIA	> 200 mg/dl	> 220 mg/dl
LDH SÉRICA	> 350 UI/l	> 400 UI/l
GOT SÉRICA	> 250 UI/l	> 250 UI/l

La presencia de tres o más criterios definen una PA grave.

El tratamiento de las PA se basa en medidas de soporte, ya que el 75-90% de las mismas curan espontáneamente en el plazo de una semana. Los casos más graves pueden llegar a tener una mortalidad del 40-50%.

El tratamiento se basa en:

- Abandono del consumo de alcohol
- Dieta pobre en grasas. Administración de concentrados de enzimas pancreáticas.
- Reposición hidro-electrolítica.
- Analgesia. Fármacos anti-H2
- Aspiración nasogástrica. Control de K

D.2. Pancreatitis crónica

En el 70-80% de los casos es de etiología alcohólica, de forma que no influye en su aparición ni el tipo de alcohol ingerido (destilado o fermentado) ni el tipo de consumo (diario o de fin de semana), sino que los factores de riesgo fundamentales son:

- Cantidad de alcohol ingerida > 150 g/día.
- Tiempo de consumo > 10 años

La reacción inflamatoria pancreática es de carácter permanente e irreversible, y afecta tanto a la función endocrina del páncreas, como a la exocrina.

Clínicamente el síntoma principal es el dolor, generalmente de localización epigástrica y que suele irradiarse a espalda. El dolor aparece típicamente tras la ingesta de alcohol o alimentaria y las primeras crisis son más intensas y frecuentes, disminuyendo posteriormente. El deterioro pancreático se evidencia por:

- Déficit exocrino: malabsorción, esteatorrea
- Déficit endocrino: DM tipo II en un 50% de los casos

Hasta un 30% de los pacientes pueden presentar un patrón colestásico con fibrosis de la cabeza pancreática y compresión del tercio distal del colédoco con ictericia. Menos habitualmente, pueden aparecer vómitos de retención por compresión duodenal.

El tratamiento debe comprender:

- Abandono del consumo de alcohol
- Control del dolor y mejora de la nutrición. Tratamiento de la diabetes si ya ha aparecido
- Si existe malabsorción con esteatorrea: disminuir las grasas de la dieta y asociar concentrados de enzimas pancreáticas
- Si existen complicaciones por compresión, colestasis o vómitos de retención, está indicada la cirugía, así como en casos de dolor no controlado, pseudoquistes o sospecha de neoplasia.

E. Hígado

E.1. Hepatopatía alcohólica

Es el conjunto de trastornos hepáticos producidos por el alcohol en su acción sobre el hígado. Básicamente, lo forman tres cuadros clínicos que suponen diferentes etapas de un mismo proceso que no suelen aparecer de forma pura, sino que un mismo sujeto puede presentar características de varias de ellas. Estos cuadros son:

- Esteatosis hepática
- Hepatitis alcohólica
- Cirrosis hepática

Los factores de riesgo fundamentales para el desarrollo de una hepatopatía alcohólica son:

- Dosis: alto riesgo suponen consumos > 80 gr./día de alcohol
- Tiempo: influye directamente en el desarrollo de la hepatopatía
- Sexo: las mujeres desarrollan hepatopatías más graves aunque el consumo y la duración sean inferiores. En el caso de la hepatitis alcohólica, las mujeres evolucionan más fácilmente a cirrosis.
- Factores nutricionales: los déficits nutricionales, sobre todo proteicos hacen más vulnerable al hígado a los efectos tóxicos del alcohol.
- Hepatitis víricas: una hepatitis vírica tipo B ó C aumenta el riesgo de daño hepático producido por el alcohol.

La lesión hepática, por contra a lo que habitualmente se ha creído, no es producida tanto por el efecto tóxico directo del alcohol, cuanto por los productos generados por la metabolización del mismo en el hígado:

- el acetaldehído producido en el primer paso de la metabolización del alcohol, produce lesiones mitocondriales en el hepatocito, así como alteración estructural y funcional de su membrana y edema celular
- el desequilibrio redox con formación de NADH a partir de NAD en los dos procesos oxidativos de la metabolización del alcohol aumenta la producción de lactato que favorece la fibrogénesis, y también la síntesis de triglicéridos que originan la esteatosis hepática.

Esteatosis hepática

La alteración consiste en el acúmulo de lípidos en la membrana del hepatocito, determinada por dos factores:

- aumento del aporte de sustratos lipogénicos al hígado
- el desequilibrio redox impide la oxidación de los ácidos grasos

El hepatocito aumenta de tamaño debido a la formación de vacuolas grasas en su interior, que van confluyendo hasta formar una única vacuola grasa que ocupa todo el citoplasma. Una forma especial, que origina una clínica más intensa, es la denominada esteatosis microvesicular alcohólica.

Clínicamente, la esteatosis es asintomática, y presenta hepatomegalia indolora como única manifestación. Por el contrario, la forma microvesicular cursa con signos de hepatitis aguda: astenia, anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, dolor abdominal e ictericia.

Analíticamente destacan: aumento de GGT, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia y, a veces, signos de insuficiencia hepática con alargamiento del tiempo de protrombina y aumento de bilirrubinemia conjugada.

El tratamiento consiste en abandonar el consumo alcohólico y, generalmente, se añaden a la dieta suplementos vitamínicos.

Hepatitis alcohólica

En este caso, la lesión característica consiste en un proceso necrótico del hepatocito en cuyo interior se acumula una sustancia acidófila, perinuclear denominada hialina de Mallory o hialina alcohólica. Los hepatocitos están agrandados y las zonas necróticas se localizan preferentemente en la región centrolobulillar formando la llamada necrosis hialina esclerosante.

La clínica es muy variable, y oscila desde casos asintomáticos a cuadros semejantes a una hepatitis vírica con astenia, anorexia, pérdida de peso, náuseas y vómitos y, posteriormente, dolor en hipocondrio derecho, ictericia y fiebre. Algunos casos evolucionan a una insuficiencia hepatocelular fulminante de pronóstico letal por fracaso hepatorenal.

Analíticamente se caracteriza por leucocitosis con desviación izquierda, aumento de GOT, aumento de GPT, GOT/GPT > 2, aumento de FA e hiperbilirrubinemia.

El pronóstico depende del grado de insuficiencia hepática (considerando grave una bilirrubina > 12 mg/dl y un tiempo de protrombina < 50%), de la aparición de encefalopatía hepática o de insuficiencia renal, así como de la existencia de patologías concomitantes (cirrosis, infecciones, hemorragia...).

El tratamiento debe ser hospitalario y comprende medidas de sostén, abordaje de las complicaciones y abandono del consumo de alcohol.

Cirrosis hepática

Fisiopatológicamente, es la continuación de las lesiones descritas anteriormente, con la aparición de fibroblastos y miofibroblastos, así como un aumento de la formación de colágeno. Anatomopatológicamente, aparecen membranas similares a las del tejido conjuntivo en las regiones periportales y pericentrales que rodean pequeñas masas de células hepáticas que se regeneran formando los pequeños nódulos característicos de la lesión.

La etiología alcohólica es la causa más frecuente de cirrosis (50%) seguida por la producida por la hepatitis C (+/- 40%) y la hepatitis B (+/- 10%), aunque es muy habitual la coexistencia de más de un factor, sobre todo la asociación alcohol/hepatitis C. Además de los factores indicados, se cree que también intervienen otros como los factores nutricionales, genéticos y, sobre todo, inmunológicos.

Clínicamente, se desarrolla con signos y síntomas muy inespecíficos, y que progresan muy lentamente de forma que es muy común el diagnóstico casual en el curso de una exploración por otra patología. También es muy frecuente el diagnóstico de cirrosis por la aparición de alguna manifestación de descompensación como: ascitis, ictericia, HDA (generalmente por varices esofágicas), encefalopatía hepática.

Analíticamente, los datos que obtenemos no difieren significativamente de los que aparecen en la esteatosis hepática.

El pronóstico es sombrío, de manera que en casos de cirrosis compensada la supervivencia a los 6 años es de aprox. 60%, mientras que en los casos en que ha habido descompensación, la supervivencia para el mismo periodo de tiempo es del 20%.

El tratamiento, en el caso de la cirrosis de origen alcohólico, debe iniciarse por la eliminación del agente hepatotóxico. Diversos estudios avalan el uso de algunos fármacos como:

- no se ha demostrado la eficacia de penicilamida para corregir o retrasar el proceso fibrótico en la cirrosis alcohólica.
- la asociación colchicina-probenecid mejora la supervivencia de los pacientes cirróticos de la clase A y B de la clasificación de Child.
- el propiltiouracilo (antitiroideo) también ha revelado un descenso en la mortalidad en todas las formas de la hepatopatía alcohólica, pero presenta el inconveniente de sus efectos secundarios.
- los corticoides (prednisona) también han demostrado eficacia en el caso de enfermedad hepática activa no descompensada, pero empeoran el pronóstico en el caso de la cirrosis descompensada.

Clasificación de Child (estadiaje de las hepatopatías)

	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS
Encefalopatía (grado)	NO	I-II	III-IV
Ascitis	NO	Leve	Moderada
Bilirrubina (mg/dl)	< 2,0	2,0-3,0	> 3,0
Albúmina (gr/dl)	> 3,5	3,0-3,5	< 3,0
T. Protrombina	1-4	4-6	> 6

Clase A: entre 5-6 puntos
 Clase B: entre 7-9 puntos
 Clase C: entre 10-15 puntos

E.2. Hipertensión portal

La cirrosis hepática es la causa más frecuente de hipertensión portal, de forma que del 30-60 % de cirróticos presentan una elevación clínicamente significativa de la presión portal que se traduce en varios cuadros clínicos.

Varices esofágicas (HDA por varices esofágicas)

Es la principal causa de muerte en pacientes con hepatopatía e hipertensión portal. Aproximadamente el 50% de los pacientes con HDA y hepatopatía, sangran por varices.

Se diagnostica mediante fibroscopia para valorar el tamaño y aspecto de las varices y, una vez diagnosticado, se deben descartar otras causas de varices pre o posthepáticas (trombosis portal, S. de Budd-Chiari).

Como tratamiento profiláctico, el propranolol logra reducir un 25% la presión portal con la consiguiente reducción de la incidencia de hemorragia.

Si el sangrado está presente, el tratamiento urgente consiste en disminuir la presión portal: somatostatina, octreotida o vasopresina. Si no logra controlarse: balón de Sengstaken-Blackmore mantenido 48-72 h. El tratamiento de elección es la derivación del flujo portal a la circulación sistémica.

Gastropatía congestiva

Las lesiones gástricas consecuentes a la hipertensión portal consisten en ectasia vascular de la mucosa, engrosamiento arteriolar, edema submucoso. Ello origina con frecuencia hemorragias difusas o focales de la mucosa gástrica (aprox. 5% de los episodios hemorrágicos de los pacientes cirróticos).

El propranolol puede ser útil al descender la presión portal, pero el tratamiento de elección es la derivación porto-sistémica.

E.3. Ascitis

En un 75% de los casos se debe a una cirrosis. Su aparición puede ser brusca debido a una serie de factores como:

- consumo excesivo de alcohol
- incumplimiento dietético
- incumplimiento del tratamiento médico
- pérdida de volumen intravascular (hemorragias)
- peritonitis bacteriana u otras infecciones
- trombosis portal aguda
- hipoalbuminemia

Cuando aparece de forma insidiosa es de peor pronóstico, ya que suele traducir el empeoramiento de la hepatopatía. El tratamiento depende del grado (Ver cuadro)

Tratamiento de la ascitis según grado

	Mínima/Moderada	Ascitis a tensión	Ascitis refractaria
Reposo	Si	Si	Si
Restricción de sodio	< 40 mEq/día	< 40 mEq/día	< 40 mEq/día
Paracentesis	No	Sí Albúmina 6-8 gr/l ascitis evacuada	A demanda
Tto. Médico/ Tto. Quirúrgico	Espironolactona 50-200 mg/día Sí respuesta: ajustar dosis No respuesta: Furosemida hasta 160 mg/día Sí respuesta: Ajustar dosis No respuesta: aplicar protocolo de ascitis refractaria	Espironolactona 100-400 mg/día + Furosemida 20-160 mg/día Sí respuesta: ajustar dosis No respuesta: aplicar protocolo de ascitis refractaria	Derivación portosistémica percutánea intrahepática (Shunt de Le Veen) Valorar trasplante hepático

* Si existe encefalopatía hepática, no administrar diuréticos ni realizar paracentesis evacuadoras importantes.

E.4. Encefalopatía hepática

Cuadro neuropsiquiátrico asociado a enfermedad hepática aguda o crónica, con o sin hipertensión portal. Su evolución se resume en la siguiente tabla.

El tratamiento se basa en limitar la ingesta proteica y en mantener una limpieza intestinal con reducción de la flora:

- Dieta hipoproteica (o totalmente exenta de proteínas 1-2 días) y rica en hidratos de carbono
- Suprimir diuréticos si se están administrando
- Profilaxis de la hemorragia digestiva: anti H2
- Lactulosa 30 cc/ 6 h. (oral o por sonda nasogástrica)
- Enemas de limpieza con lactulosa si existen enemas o menos de 2 deposiciones/día
- Si infección (sepsis, neumonía...): cefotaxima 1-2 gr/ 6h.
- Reducir flora intestinal: sulfato de neomicina 1-2 gr/ 12 h. p.o.

Estadios de la encefalopatía hepática

Estadio I	Trastornos del sueño, euforia/depresión, pérdida de afectividad, asterixis, temblor leve, alteración de la escritura, EEG normal
Estadio II	Confusión moderada, desorientación, somnolencia, asterixis, ataxia, reflejos hipoactivos, EEG anormal
Estadio III	Confusión marcada, conversación incoherente, estupor, asterixis, ataxia, reflejos hipoactivos, clonus EEG anormal
Estadio IV a	Coma, hipertonia muscular, Babinsky bilateral EEG anormal
Estadio IV b	Ausencia de respuesta a estímulos dolorosos, postura de descerebración/decorticación EEG anormal

F. Intestino

La acción del alcohol altera directa o indirectamente la funcionalidad del intestino, originando como manifestación clínica más habitual la diarrea crónica, con deposiciones frecuentemente esteatorreicas (blanquecinas, pastosas, malolientes) que, a su vez, favorecen la malnutrición.

Entre los mecanismos implicados en la alteración funcional del intestino, se han descrito:

- aceleración del tránsito intestinal por acción tóxica directa del alcohol
- acción tóxica sobre las membranas celulares y enzimas intestinales (lactasa)
- malnutrición proteico-calórica con déficits enzimáticos múltiples, sobre todo de ácido fólico
- déficit de enzimas pancreáticas secundario a pancreatitis crónica
- déficit de sales biliares consecuente a la hepatopatía subyacente

Tras la diarrea, la patología más frecuente en alcohólicos es el déficit de ácido fólico, por lo que es importante la administración de ácido fólico aún cuando el paciente continúe con la ingesta de alcohol.

3.3.2. PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

A. Hipertensión arterial (HTA)

Viene definida por la presencia crónica de cifras de TA > 140/90 mm Hg siendo, en el 90% de los casos, de etiología desconocida.

Se ha observado una relación entre el consumo de alcohol y la existencia de HTA: el alcohol produce un aumento de la TA a partir de la ingesta de una dosis diaria superior a 30 gr de alcohol al día. También se ha observado que pacientes con consumos moderados o altos de alcohol normalizan o disminuyen sus cifras tensionales tras 3-5 días de abstinencia.

El mecanismo por el que este efecto se produce es desconocido, habiéndose postulado para explicarlo la producción por el alcohol de alteración del transporte de sodio, del metabolismo del calcio o del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

De cualquier forma, la reducción del consumo de alcohol en un hipertenso debe ser prioritaria, dado que sólo esta medida es capaz de normalizar las cifras de TA. En caso de mantenerse las cifras tensionales, debe aplicarse el protocolo de tratamiento de la HTA

B. Miocardiopatía dilatada alcohólica

El consumo crónico de alcohol es la principal causa de miocardiopatía dilatada no isquémica en el mundo occidental. La importancia de su diagnóstico radica en que la abstinencia alcohólica detiene el avance y puede incluso revertir la disfunción miocárdica (Fernández, 1996).

Anatómicamente, las miofibrillas son reemplazadas por tejido fibroso por acción directa del alcohol, originando una gran dilatación del ventrículo izquierdo (pueden afectarse las cuatro

cavidades) con zonas blanquecinas correspondientes a fibrosis que originan disfuncionalidad contráctil del miocardio.

Clínicamente, suele aparecer en varones de 35-55 años que han consumido cantidades > 80 gr/día, durante más de 10 años, y se presenta típicamente como una insuficiencia cardíaca congestiva de predominio izquierdo: disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna y crepitantes pulmonares. Si el cuadro avanza aparecerán signos de fallo derecho: ingurgitación yugular, ascitis, edema periférico.

Existen diversas formas de presentación:

- shock cardigénico: la más grave; cursa con hipotensión y signos de bajo gasto (oliguria)
- edema pulmonar: estertores pulmonares, infiltrado pulmonar, hipoxia
- congestión pulmonar moderada: la más habitual

En los casos graves es obligado el ingreso hospitalario. En casos más leves el tratamiento combinará:

- eliminación del consumo de alcohol
- restricción de la ingesta de sodio
- diuréticos: furosemida (asociar suplementos de potasio), ahorradores de potasio: espirolactona, triamterene

La tasa de mortalidad es muy elevada (aprox. 20% y año) y se produce generalmente por muerte súbita.

3.3.3. ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS

Se producen tanto por efecto tóxico directo del alcohol como por secundarismos de otras alteraciones atribuibles al consumo de alcohol. El alcohol actúa directamente en el metabolismo de factores madurativos de la eritropoyesis (ácido fólico, vitamina B12) y en la absorción y el metabolismo del hierro. Estos efectos producen diversos tipos de anemias, leucopenias o trombocitopenias.

Anemias relacionadas con el consumo de alcohol

	Anemia megaloblástica	Anemia sideroblástica	Anemia ferropénica	Anemia hemolítica
Tipo	Macrocítica normocrómica	Microcítica hipocrómica	Microcítica hipocrómica	Normocítica normocrómica
Causa	Déficit de folato Déficit de vit B12	Déficit de piridoxina Generalmente déficit de folato	Sangrado (varices esofágicas, gastritis) Malabsorción	Hiperesplenismo Alteración membrana del hematíe Hemólisis aguda
Tratamiento	Abstinencia alcohol Ácido fólico Vit B12	Abstinencia alcohol Piridoxal Asociar ác. fólico y vit. B12	Abordaje etiológico del sangrado Sulfato ferroso	Abordaje etiológico

En el caso de las leucopenias, los mecanismos productores son los ya descritos del efecto tóxico directo sobre la granulopoyesis y el déficit de folato secundario a la malnutrición. La alteración más habitual de la serie blanca es la neutropenia. También pueden aparecer linfopenias secundarias a procesos infecciosos.

También las trombocitopenias son frecuentes y debidas tanto al efecto tóxico directo del alcohol como por secuestro consecuente a esplenomegalia.

3.3.4. ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

A. Miopatía alcohólica

Es un síndrome de necrosis muscular aguda que aparece en grandes alcohólicos y que puede oscilar desde una rbdomiolisis con mioglobinuria hasta elevaciones de las enzimas musculares. Suele ocurrir en alcohólicos con afectación multisistémica (Fernández, 1996). También las anfetaminas y la cocaína pueden originar rbdomiolisis, así como las convulsiones asociadas al alcoholismo.

Clínicamente, el cuadro de rbdomiolisis viene definido por mialgias de comienzo agudo, tumefacción y pérdida de fuerza en uno o varios grupos musculares y emisión de orina rojiza (mioglobinuria), que acontecen tras episodios de abundante ingesta alcohólica.

Análíticamente, aparece una elevación de enzimas musculares: CPK, aldolasa (más específica), GOT y LDH.

El tratamiento se basa en la abstinencia alcohólica. Los casos leves suelen ser autolimitados. En casos más graves hay que utilizar expansores plasmáticos, diuréticos y alcalinización de la orina.

B. Osteoporosis

El consumo de alcohol es la primera causa de osteoporosis masculina. Si al consumo de alcohol se suma el de tabaco, la pérdida ósea llega hasta el doble de su valor normal (Peris, 1997). El origen de este fenómeno se encuentra en la malabsorción de calcio y vitamina D.

Los problemas asociados más importantes se centran en un aumento de las fracturas espontáneas o debidas a pequeños traumatismos, así como la necrosis de la cabeza femoral.

3.3.5. ALTERACIONES NEUROLÓGICAS

El consumo crónico de alcohol daña tanto el sistema nervioso central como el sistema nervioso periférico debido al efecto tóxico del alcohol sobre las membranas celulares y a los déficits nutricionales frecuentemente asociados y a los trastornos metabólicos producidos por el mismo (Raymond, 1993; Joyce, 1994).

El deterioro cognitivo que produce puede agruparse en cuadros agudos, subagudos o crónicos:

Agudos:

- Síndrome de abstinencia con delirium
- Intoxicación etílica aguda
- Trastorno amnésico transitorio
- Encefalopatía de Wernicke

Subagudos:

- Síndrome de Wernicke-Korsakoff

Crónicos:

- Encefalopatía de Korsakoff
- Demencia alcohólica
- Pelagra crónica
- Enfermedad de Marchiafava-Bignami

A. Síndrome de Wernicke-Korsakoff

La encefalopatía de Wernicke es secundaria al déficit de tiamina (vit B1) y no es exclusiva del alcoholismo crónico, sino que puede aparecer en situaciones de malnutrición de otros orígenes (pacientes en diálisis, pacientes oncológicos, inmunodeficientes).

Clínicamente puede iniciarse de forma aguda o subaguda y la tríada clásica consiste en: ataxia (80%), oftalmoplegia (96%) y confusión (80-90%). La ataxia afecta sobre todo a la postura y a la marcha y puede llegar a la incapacidad del paciente para permanecer de pie. Las manifestaciones oculares incluyen parálisis del VI par craneal que siempre es bilateral pero raramente simétrica y se acompaña de diplopía horizontal, estrabismo y nistagmus. El deterioro cognitivo cursa con un cuadro confusional con apatía, somnolencia y desorientación que puede progresar a coma sin tratamiento.

El síndrome de Korsakoff puede aparecer tras una encefalopatía de Wernicke o, aisladamente, de forma subaguda. El trastorno cognitivo se centra en la esfera mnésica, siendo característico el fracaso de la memoria anterógrada (incapacidad para aprender cosas nuevas) y retrógrada. Secundariamente suele existir desorientación temporoespacial y confabulaciones, falsos reconocimientos o alteraciones del humor.

El diagnóstico del cuadro es clínico, siendo determinante el nivel de tiamina.

El manejo terapéutico del complejo Wernicke-Korsakoff es una urgencia médica ya que la encefalopatía de Wernicke puede desembocar en una psicosis de Korsakoff en pocas horas: consiste en la administración precoz de tiamina, 50-100 mg/día parenterales, continuando con administración p.o. si no existe malabsorción.

La respuesta al tratamiento confirma el diagnóstico: la oftalmoplegia se recupera en horas y la ataxia más lentamente. En los pacientes con síndrome de Korsakoff la recuperación total se produce en un 25% de casos, en el 50% la recuperación es sólo parcial y otro 25% no responden al tratamiento.

En cualquier paciente con tratamiento de abuso de alcohol, la administración de tiamina debe preceder a la de sueros glucosados, ya que el metabolismo de la glucosa administrada puede acabar con las reservas de tiamina y desencadenar una encefalopatía de Wernicke.

B. Pelagra

Enfermedad carencial por déficit de niacina (ác. nicotínico o vit. PP) o de su precursor el triptófano.

Clínicamente se caracteriza por la tríada: dermatitis fotosensible, diarrea, demencia, si bien en alcohólicos pueden faltar los dos primeros síntomas (Joyce, 1994).

La dermatitis aparece en zonas expuestas y se caracteriza por hiperqueratosis, hiperpigmentación y descamación. La diarrea puede acompañarse de glositis, estomatitis o aclorhidria. El trastorno mental se caracteriza por insomnio, nerviosismo, depresión, alucinaciones, confusión y delirio, y puede progresar a demencia sin tratamiento.

No existe ninguna prueba diagnóstica de confirmación, por lo que puede confundirse con la demencia alcohólica y el síndrome de Korsakoff.

El tratamiento se basa en la administración de compuestos multivitamínicos que contengan niacina.

C. Demencia alcohólica

Se presenta como un deterioro cognitivo global, progresivo, que incapacita para las actividades de la vida diaria. Están alterados el razonamiento complejo, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, la atención y la memoria. Las áreas de lenguaje y habla están preservadas (Salameo, 1996).

Frecuentemente, se asocia con ataxia, neuropatía periférica, convulsiones, amnesia y encefalopatía hepática (Raymond, 1993).

Mediante técnicas de neuroimagen se observa un aumento tanto del III ventrículo como de los ventrículos laterales. Dada la dificultad diagnóstica es preciso realizar el diagnóstico diferencial con las demencias más frecuentes: enfermedad de Alzheimer, síndrome de Wernicke-Korsakoff o demencia vascular.

**Diagnóstico diferencial de trastornos cognitivos por alcohol y demencias más frecuentes.
(Rubio G. Guía práctica en alcoholismo)**

	Demencia alcohólica	Enfermedad de Alzheimer	Demencia vascular	Síndrome de Wernicke-Korsakoff
Comienzo del deterioro	Gradual	Gradual	Agudo	Agudo
Evolución de los déficits	Mejora/Estable con abstinencia	Progresivo	Según episodios de ACV	Mejora/Estable con abstinencia
Neuropatía periférica	Sí	No	Posible	Sí
Ataxia	Sí	No	Posible	Sí
Anomia	No	Sí	Posible	No
Déficits cognitivos	Globales	Globales	Variables	S/t trastornos de memoria
Pronóstico	Mejora con abstinencia	Malo	Variable	Mejora con abstinencia

D. Enfermedad de Marchiafava-Bignami

Rara enfermedad descrita en bebedores crónicos severos entre 45-60 años y de etiología poco clara pero, al parecer, no atribuible a déficits vitamínicos.

La lesión anatomopatológica consiste en una desmielinización difusa y simétrica de los hemisferios cerebrales a nivel del cuerpo caloso.

Clínicamente se presenta como una demencia progresiva con disartria, ataxia, apraxia, afasia, incontinencia de esfínteres, alucinaciones y convulsiones. Conduce a la muerte en un periodo de 4-5 años y no existe un tratamiento específico.

E. Polineuropatía alcohólica

Es una patología frecuente y típica del alcoholismo que afecta a bebedores severos de larga duración y en cuya etiología parecen intervenir los déficits nutricionales asociados (Raymond, 1993).

Anatomopatológicamente, se trata de una degeneración axonal walleriana de algunas fibras.

Inicialmente, la sintomatología es de tipo sensitivo, con hormigueo, pinchazos y sensación de quemazón, acompañados de disestesias en pies y manos (distribución en calcetín y guante) simétricas. Más adelante aparecerán atrofia muscular, hiporreflexia y debilidad motora.

El diagnóstico es por EMG (enlentecimiento en la velocidad de conducción a 35-40 m/s).

El tratamiento se basa en la abstinencia alcohólica y vitaminoterapia del grupo B. Si existe atrofia hay que procurar tratamiento rehabilitador.

3.3.6. SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL

En nuestro medio supone la tercera causa de retraso mental grave y la primera evitable. Afecta a 1-2/1000 nacidos vivos.

Se caracteriza por talla baja al nacer y microcefalia acompañadas de múltiples malformaciones de las que las más frecuentes son: pliegue epicanto, hipoplasia maxilar, paladar hendido, luxación de cadera, deformidades en flexión de los dedos, cardiopatías estructurales, anomalías en los genitales externos y hemangiomas capilares. Muchos son irritables e hiperactivos.

3.4.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association: Guía Clínica para el tratamiento de los Trastornos por consumo de sustancias: Alcohol, Cocaína, opiáceos. Ed. Ars médica. Barcelona, 2001.
- Addolorato G, Ancona C, Capristo E, Gasbarrini G.: Metadoxine in the treatment of acute and chronic alcoholism: a review. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2003 Sep-Dec;16(3):207-14.
- Annis H.M., Peachey J.E.: The use of calcium carbimide in relapse prevention counselling: results of a randomised controlled trial. *Br. J. Addict.* 1992, 87(1): 63-72.
- Anton R.F., O'Malley S.S., Giraulo D.A., Cisler R.A., Couper D., Donovan D.N., Gastfriend D.R., Hosking J.D., Johnson B.A., y cols. Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol dependence. The COMBINE study: A randomised controlled trial. *JAMA*, 2003; 295 (17): 2003-2017.
- Anton RF, Moak DH, Latham P. Carbohydrate-deficient transferrin as an indicator of drinking status during a treatment outcome study. *Alcohol Clin Exper Reser* 1996; 20:841-846.
- Anton RF, Stout RL, Roberts JS, Allen JP. The effect of drinking intensity and frequency on serum carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase levels in outpatient alcoholics. *Alcohol Clin Exper Reser* 1998; 22: 1456-62.
- Balcells M., Gual A. Farmacoterapia de la deshabituación alcohólica. Nuevos Fármacos, nuevos conceptos. En Adicciones "Monografía Alcohol ", editor Gual A., vol 14, suplemento 1, 2002. pp: 439-448.
- Bayard M., McIntyre J., Hill K.R., Woodside J.: Alcohol Withdrawal Syndrome. *American Family Physician*, 2004; 69 (6): 1443-1450.
- Beers M, Berkow R. (dirs.). Manifestaciones clínicas de las hepatopatías (353-365). En: *El Manual Merck*. Décima edición. Harcourt Ed. Barcelona, 1999.
- Beers M, Berkow R. (dirs.). Hepatopatía alcohólica (368-371). En: *El Manual Merck*. Décima edición. Harcourt Ed. Barcelona, 1999.
- Boyer T. Cirrosis hepática. En: Wyngaarden JB, Smith LI. (dirs.). *Tratado de Medicina Interna de Cecil* (volumen I). 11ª Ed. Ed. Interamericana. Madrid 1985
- Bugarín Gonzalez, R., Galego Feal P., Gude Sampedro F., Garcia Quintans A., Galban Rodríguez C.: Acute ethanol intoxication at an emergency room. *An. Med. Interna.* 2000 Nov; 17(11):588-91.
- Burke V, Puddey IB, Rakic V, Swanson NR, Dimmitt SB, Beilin LJ, Ching S, Beilby JP. Carbohydrate-deficient transferrin as a marker of change in alcohol intake in men drinking 20 to 60 g of alcohol per day. *Alcohol Clin Exper Reser* 1998; 22: 1973-80.
- Callao R. Patología médica asociada al consumo de alcohol. En: Rubio G, Santo-Domingo J. *Curso de Especialización en Alcoholismo*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, 2002.
- Castell JT, Mata A, Valderrábano S. Patología quirúrgica en el enfermo drogodependiente. En: Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J. (dirs.). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Ed. Panamericana. Madrid 2001.
- Chapman L.F.: Experimental induction of hangover. *Q. J. Stud Alcohol.* 1970; 5 (suppl 5): 67-86.
- Chauhan B.L., Kulkarni R.D. : Alcohol Hangover and Liv.52. *European J. Of Clinical Pharmacology* 1991. 40 (2) 187-188.

- Cherpitel C.J., Meyers A.R., Perrine M.W.: Alcohol consumption, sensation seeking and sky injury: a case-control study. *J Stud. Alcohol* 1998; 59:216-21.
- Chick J, Anton R., Chęcinski K., Croop R., Drummond D.C., Farmer R., Labriola D., Marshall J., Moncrieff J., Morgan M.Y., Peters T., Ritson B. A Multicentre, Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol dependence or abuse. *Alcohol Alcohol* 2000; 35 (6): 587-593.
- Conigrave KM, Degenhardt LJ, Whitfield JB, Saunders JB, Hellander A, Tabakoff B; WHO/ISBRA Study Group. CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 332-9
- Cuevas Badenes J. Diagnóstico del alcoholismo. En: San L. (dir). *Coloquios en drogodependencias*. 2003; 16: 2-7
- Díaz G, González C, Mateo S. Patología orgánica relacionada con el consumo de alcohol. En: Rubio G, Santo-Domingo J. (dirs.). *Guía práctica de intervención en el alcoholismo*. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. Madrid, 2000.
- Díaz Martínez M.C., Díaz Martínez A., Villamil Salcedo V, Cruz Fuentes C. Efficacy of metadoxine in the management of acute alcohol intoxication. *J. Int. Med. Res.* 2002 Jan-feb; 30(1):44-51.
- Emsley R, Smith R, Roberts M et al. Magnetic resonance imaging in alcoholic Korsakoff's syndrome: evidence for an association with alcoholic dementia. *Alcohol Alcoholism* 1996; 31: 479-86.
- Finningan F., Hammersley R., Cooper T: An examination of next-day hangover effects after a 100 mg/100 ml dose of alcohol in heavy social drinkers. *Addiction*, 1998, 93(12): 1829-1838.
- Foy A, March S, Drinkwater V. Use of an objective clinical scale in the assessment and management of alcohol withdrawal in a large general hospital. *Alcohol Clin Exp Res* 1988; 12: 360-364.
- Garbutt J.C., West S.L., Carey T.S., Lohr K.N., Crews F.T.: Pharmacological Treatment of Alcohol Dependence: A review of the evidence. *JAMA* 1999, 281(14): 1318- 1325.
- González Vilches J, López Elorza F, Goberna R. Marcadores biológicos del consumo de alcohol. *Monografías de Psiquiatría* 1997; IX: 11-17
- Guardia J. Neuroimagen y drogodependencias. En: San L (dir). *Coloquios en drogodependencias* 2003; 16: 7-9
- Guardia J, Catafau AM, Batlle F, Martín JC, Segura L, Gonzalvo B, Prat G, Carrio I, Casas M. Striatal dopaminergic D(2) receptor density measured by [(123)I]iodobenzamide SPECT in the prediction of treatment outcome of alcohol-dependent patients. *Am J Psy* 2000;157: 127-9
- Guardia Serecigni J. Neurobiología del alcoholismo. Curso de especialización en alcoholismo. Universidad Autónoma de Madrid. 2002
- Gutierrez-Ruiz MC, Bucio L, Correa A, Souza V, Hernandez E, Gomez-Quiroz LE, Kershenovich D. Metadoxine prevents damage produced by ethanol and acetaldehyde in hepatocyte and hepatic stellate cells in culture. *Pharmacol Res.* 2001 Nov;44(5):431-6
- Harburg E., Gunn R., Gleiberman L., DiFranceisco W., Schork A.: Psychosocial factors, alcohol use and hangover signs among social drinkers: a reappraisal. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1993; 46: 413-22.
- Harburg E., Davis D., Cummings K.M., Gunn R.: Negative affect, alcohol consumption and hangover symptoms among normal drinkers in a small community. *J. Stud. Alcohol.* 1981; 42: 998-1012.
- Helander A., Eriksson C.J., WHO/ISBRA Study on State and Trait Markers Of Alcohol Use and Dependence: Laboratory Tests for acute alcohol consumption: results of the WHO/ISBRA Study on State and Trait Markers Of Alcohol Use and Dependence. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2002 Jul; 26(7):1070-7.
- Hermansson U, Knutsson A, Brandt L, Huss A, Ronnberg S, Helander A. Screening for high-risk and elevated alcohol consumption in day and shift workers by use of the AUDIT and CDT. *Occ Med* 2003; 53: 518-26
- Hock B, Schwarz M, Domke I, Grunert VP, Wuertemberger M, Schiemann U, Horster S, Limmer C, Stecker G, Soyka M. Validity of carbohydrate-deficient transferrin (%CDT), gammaglutamyltransferase (GGT) and mean corpuscular erythrocyte volume (MCV) as biomarkers for chronic alcohol abuse: a study in patients with alcohol dependence and liver disorders of non-alcoholic and alcoholic origin. *Addiction* 2005; 100: 1477-86
- Holbrook A, Crowther R, Lotter A, Cheng Ch. King D. Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999; 160 (5): 675-680.
- Holbrook A, Crowther R, Lotter A, Cheng Ch., King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999; 160 (5): 649-655.

- Jiménez M, Ponce G, Rubio G, Jiménez-Arriero MA. Alcoholismo: adicción y dopamina. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (dirs). Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Ars Médica, Barcelona 2003
- Johnson B.A., Ait-Daoud N., Bowden C.L., Diclemente C.C., Roache J.D., Lawson K., Javors M.A., Ma J.C. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 17 (361): 1677-85.
- Johnson B.A., Ait-Daoud N., Akhtar F.Z., Ma J.C. Oral topiramate reduces the consequences of drinking and improves the quality of life of alcohol-dependent individuals: a randomized controlled trial. *Arch. Gen. Psychiatry* 2004; 61 (9): 905-12.
- Kaplan H, Sadock B. (dirs.). Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. Trastornos mentales debidos a enfermedades médicas generales. En: Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. Ed. Panamericana. Madrid, 2000.
- Kauhanen J. Kaplan G.A., Goldberg D.D., Cohen R.D., Lakka T.A., Salonen J.T. Frequent Hangovers and cardiovascular mortality in middle-age men. *Epidemiology*, 1997; 8:310-4.
- Kim D., Yoon S., Lee H., Choi B., Go H.J.: *Intern. J. Neuroscience*, 2003; 113:581-594.
- Kosten T., O'Connor P. Management of drug and alcohol withdrawal. *N. Eng. J. Med.* 2003; 348: 1786-1794.
- Kristal J.H., Cramer J.A., Krol W.F., Kirk G.F., Rosenheck R.A. The veterans affair Naltrexone Cooperative Study 425 Group. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *New Eng. J. Medicine* 2001; 345: 1734-1739.
- Lejoyeux M. Solomon J., Ades J. Benzodiazepine treatment for alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol.* 1998, 33; 563- 575.
- Lex B.W., Greenwald N.E., Lukas S.E. Slater J.P., Mendelson J.H.: Blood Ethanol Levels, self rated ethanol effects and cognitive perceptual tasks. *Pharmacol Biochem Beh* 1988 Mar; 29 (3): 509-515.
- Lingford-Hughes A.R., Welch S., Nutt D.J.: Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J. of PsychoPharm.* 2004; 18(3):293-335.
- Malcolm R., Anton R.F., Randall C.L., Johnston A., Brady K. Thevos A. A placebo-controlled trial of buspirona in anxious inpatient alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res.* 1992; 16:1007-1013.
- Mardel S., Phair I., O'Dwyer F., Henry J.A.: Intravenous pyridoxine in acute ethanol intoxication. *Hum. Exp. Toxicol*, 1994 May; 13(5):321-3.
- Mason B.J., Salvato F.R., Williams M.D., Ritvo E.C. Cutler R.B. A Double-blind, Placebo-Controlled Study of Oral Nalmefene for Alcohol Dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 719-724.
- Martínez M, Rubio G. Marcadores biológicos del alcoholismo. Curso de especialización en alcoholismo. Universidad Autónoma de Madrid 2002
- Mayo-Smith M. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence based practice guideline and evidence-based practice guideline. *JAMA* 1997; 278: 144-151.
- Mayo-Smith M., Beecher L.H., Fischer T.L., Gorelick D.A., Guillaume J.L., Hill A., Jara G., Kasser C., Melborne J. Management of Alcohol Withdrawal Delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch. Intern. Med.* 2004, Jul 12, 164(13): 1405-1412.
- Ministerio de la Presidencia. Reglamento General de circulación. 23 de Diciembre de 2003. BOE 306, pág. 45693 van Pelt J. Carbohydrate-deficient transferrin: a new biochemical marker for chronic excessive alcohol consumption. *Ned Tij Gen* 1997; 141: 1212
- Monte Secades R., Rabuñal Rey R., Casariego Vales E.J. Tratamiento Hospitalario del Síndrome de Deprivación Alcohólica.[En línea][Consultado el 7 de Marzo de 2005]. Disponible en www.meiga.info/guias/THSDA.asp.
- Morena Rayo S., López García C, Villena Ferrer A., Téllez Lapeira J.M., Pascual Pascual P.: El paciente que Consume Alcohol o Sustancias Psicoactivas. www.fisterra.com . Guías Clínicas 2005; 5(42).
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide. Washington D.C.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2005.
- Niederhofer H., Staffen W., Mair A.: Comparison of cyanamide and placebo in the treatment of alcohol dependence of adolescents. *Alcohol. Alcohol.* 2003, 38(1): 50-3
- O'Malley S.S., Jaffe A.J., Chang G., Schottenfeld R.S., Meyer R.E., Rousanville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Arch. Gen. Psychiatry* 1992; 49: 881-887.

- Peachey J.E., Annis H.M., Bornstein E.R., Maglana S.M., Sykora K: Calcium carbimide in alcoholism treatment. Part 2: Medical findings of a short-term, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Br J Addict.* 1989 Nov;84(11):1359-66.
- Peachey J.E., Annis H.M., Bornstein E.R., Maglana S.M., Sykora K: Calcium carbimide in alcoholism treatment. Part 1: A placebo-controlled, double-blind clinical trial of short-term efficacy. *Br J Addict.* 1989 Aug;84(8):877-87.
- Petros T., Bridewell J., Jensen W., Ferraro F.R. Postintoxication effects of alcohol on flight performance after moderate and high blood alcohol levels. *International Journal of Aviation Psychology*, 2003. 13(3): 287-300.
- Pittler M.H., White A.R., Stevinson C, Ernst E.: Effectiveness of artichoke extract in preventing alcohol-induced hangovers: a randomised controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 2003; 169 (12): 1269-1273.
- Pittler M.H., Verster J.C., Ernst E.: Interventions for preventing or treating alcohol hangover: systematic review of randomised controlled trials. *B.M.J.* 2005, Dec 24, 331 (7531): 1515-8.
- Riesco Prieto M. Pruebas de laboratorio en psiquiatría. *Monografías de Psiquiatría* 2001; XIII: 2-7
- Roldán J., Frauca C., Dueñas A.: Intoxicación por Alcoholes. *Anales Sis San Navarra* 2003, vol 26, supl. 1 pp 129-139.
- Rubio G, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Santo-Domingo J. Evaluación de los trastornos por consumo de alcohol. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M (dirs.). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias.* Ars Médica, Barcelona 2003
- Rubio G, Marín J, Santo-Domingo J, López-Muñoz F. Tratamiento del deterioro cognitivo asociado al uso de drogas. En: Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J. (dirs.). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.* Ed. Panamericana. Madrid, 2001.
- Rubio G, Mata F, Santo-Domingo J. Urgencias relacionadas con el consumo de alcohol. En: Rubio G, Santo-Domingo J. (dirs.). *Guía práctica de intervención en el alcoholismo.* Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. Madrid, 2002.
- Sáiz PA, G-Portilla MP, Bobes J. Pruebas complementarias de laboratorio. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M (dirs.). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias.* Ars Médica, Barcelona 2003
- Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. Marcadores biológicos de la conducta alcohólica. *Psiquiatría biológica* 1998; 5 :35-39
- Saitz R, O'Malley S. Pharmacotherapies for alcohol abuse. *Withdrawal and treatment.* *Med Clin North Am* 1997; 81: 881-907.
- Salamero N. Trastornos cognitivos persistentes inducidos por el alcohol. En: *Manual de demencias.* Prodisa. Barcelona, 1996.
- San Molina L., Arranz Martí B. Tratamiento de la dependencia de Alcohol. Técnicas farmacológicamente apoyadas. En "Sociedad Española de Toxicomanías" *Manual SET de Alcoholismo.* Ed Médica Panamericana, 2003. 437-450.
- Santo-Domingo J, Martínez JJ, Rubio G. Diagnóstico del alcoholismo. *Monografías de Psiquiatría* 1997; IX: 1-10
- Santo-Domingo J, Jiménez-Arriero MA. Aspectos generales del diagnóstico y del tratamiento de los trastornos por uso de sustancias psicotropas. *Consenso de la SEP.* Euromédice, Barcelona 2003
- Schuckit MA. Alcohol y fármacodependencia. En: Harrison. *Principios de medicina interna.* Ed. Interamericana. Mac Graw-Hill, 1993, 2793
- Sellers E, Naranjo A, Harrison M, et al. Diazepam loading: simplified treatment of alcohol withdrawal. *Clin Pharmacol Ther* 1983; 34: 822-826.
- Shand F., Gates J., Fawcett J., Mattick R.P. The Treatment of Alcohol Problems: a review of evidence. National Drug and Alcohol Research Centre. Department of Health and Ageing, Australia (2003).
- Shpilenny L.S., Muzychenko A.P., Gasbarrini G., Addolorato G.: Metadoxina in acute alcohol intoxication: a double-blind, randomised, placebo-controlled study. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2002, Mar; 26(3):340-6.
- Shuckit MA. Alcohol and Alcoholism. En: Harrison's *Principles of Internal Medicine.* Mc Graw Hill. 14^a ed. 1998.
- Soler P.A., Guasch M.: Tratamiento Farmacológico: Desintoxicación. En *Monografía Alcohol. Adicciones*, Vol. 14, supl 1, (2002): 421-438.
- Spies C, Dubisz N, Neumann T, et al. Therapy of alcohol withdrawal syndrome in intensive care unit patient

- patients following trauma: results of a prospective, randomized trial. *Crit care Med* 1996; 24: 414-422.
- Srisurapanont M., Jarusuraisin N. Antagonistas opiáceos para la dependencia de alcohol. *Cochrane Library Plus en español*. Oxford. Update Software, 2004.
- Stibler H, Borjs. Glycoprotein glycotransferase activities in serum in alcohol-abusing patients and in healthy controls. *Scand J Clin Lab Invest* 1991; 51: 43-51
- Stibler H. Carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed
- Streufert S., Pogash R., Braig D., Gingrich D., Kantner A., Landis R., Lonardi L., Roache J., Severs W.: Alcohol Hangover and managerial effectiveness. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 1995 oct. 19(5):1141-6.
- Stuppaeck C, Barnas C, Falk M, et al. Assessment of the alcohol withdrawal syndrome: validity and reliability of the translated and modified Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-A). *Addiction* 1994; 89: 1287-1292.
- Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict* 1989; 84: 1353-1357.
- Swift R., Davidson D.: Alcohol Hangover. Mechanisms and Mediators. *Alcohol health and Research World*, 1998, 22 (1): 54-60.
- Tornros J., Laurell H.: Acute and hangover effects of alcohol on simulated driving performance. *Blutalkohol*, 1991; 28: 24-30.
- Verster J.C., van Duin D., Volkerts E.R., Schreuder A. HCML, Verbaten M.N.: Alcohol hangover effects on memory functioning and vigilance performance after an evening of binge drinking. *Neuropsychopharmacology*. 2003, 28 (4): 740-6.
- Volpicelli J.R., Alterman A.I., Hayashida M., O'Brien C.P. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch. Gen. Psychiatry* 1992; 49: 876-880
- Volpicelli J.R., Alterman A.I., Hayashida M., O'Brien C.P. Naltrexone and alcohol dependence: role of subject compliance. *Arch. Gen. Psychiatry* 1997; 54: 737-742
- Wiese J.G, Shlipak M.G., Browner W.S.: The Alcohol Hangover. *Ann Intern Med*. 2000; 132:897-902.
- Wiese J., McPherson S., Odden M.C., Shlipak M.G.: Effect of *Opuntia Ficus indica* on symptoms of the alcohol hangover. *Archives of Internal Medicine*. 2004, jun, 164 (12): 1334-40.
- Williams D., McBride A. The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: a systematic review. *Alcohol Alcohol*. 1998; 33: 103-115.
- Wilson A., Vulcano B. A double-blind, placebo-controlled trial of magnesium sulfate in the ethanol withdrawal syndrome. *Alcohol. Clin. Exp*. 1984; 8:542-545.
- Yera Verruga C., Sánchez Castaño A.: Intoxicación etílica. En "Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes", capítulo 84, pp: 597-599.
- Zweben, A., (2001). Integrating pharmacotherapy and psychosocial interventions in the treatment of individuals with alcohol problems. *Social Work Practice in the Addictions*, Vol. 1, No. 3, (pp. 65-80)

4 - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS TRATAMIENTOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Autores:

Raquel Castro Bohórquez

areapsicologica@fundacion-ia.com

Francisco José Cruz Guevara

fcruzgue@dipalme.org

Sebastian Girón García

sgiron@dipucadiz.es

4.1.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evaluación conductual surge como un modelo amplio para aplicar los hallazgos científicos de la Psicología a la clínica.

Evaluar es una tarea sistematizada y en lo posible lo más objetiva; con el fin de obtener y recoger la mayor información posible. Esa información nos ha de servir para comenzar nuestra actividad terapéutica y con posterioridad la evaluación nos determinará la pertinencia y efecto de nuestra actividad terapéutica sobre el problema concreto de salud (Fernández Ballesteros).

Por tanto, la descripción clara del problema (diagnóstico) modelo de intervención (tratamiento) y los resultados (seguimiento); todo está basado en nuestro proceso de EVALUACION.

Para evitar sesgos y las variables que no somos capaces de controlar se hace necesaria la implantación de instrumentos de evaluación en la rutina clínica diaria.

FASES DE LA EVALUACIÓN

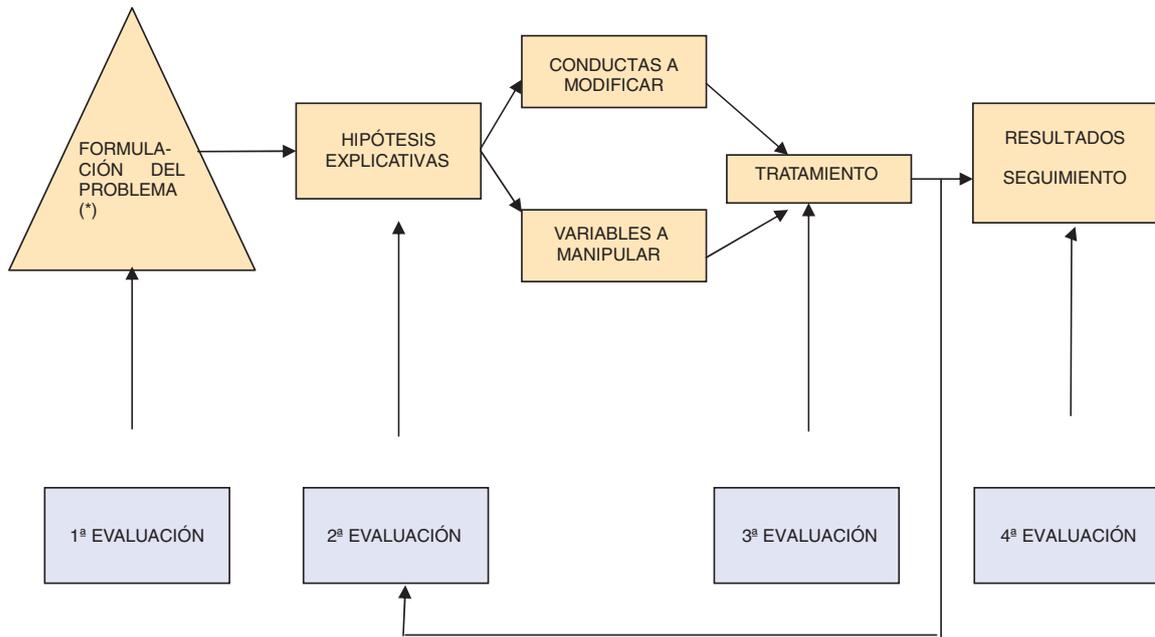
1. Análisis diferencial del problema y características generales del paciente
2. Formulación y evaluación del problema que lo controlan
3. Análisis Funcional y formulación de hipótesis explicativa
4. Establecer objetivos terapéuticos
5. Selección del tratamiento y desarrollo
6. Valoración del tratamiento
7. Seguimiento del tratamiento

La evaluación y diagnóstico de los trastornos por uso de alcohol se basa en la historia clínica. El médico y el psicólogo deben estar atentos a las diferentes complicaciones físicas, psicológicas y de otro tipo relacionados con el consumo, ya que no siempre la demanda está relacionada con la dependencia y pueden ser distintos los grados de motivación del sujeto para dejar de beber.

Los cuestionarios son herramientas útiles en la detección del consumo de riesgo, consumo perjudicial o alcoholismo, pero nunca deberán sustituir a la historia clínica para la evaluación y la consecución del diagnóstico.

ARBOL DE DECISIÓN de las fases objetivas y etapas de la EVALUACIÓN

(Fuente: Evaluación psicológica. Rocío Fernández Ballesteros)



(*) Si no se alcanzan las metas terapéuticas se inicia el proceso con un nuevo planteamiento de hipótesis.

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEPENDENCIA Y ABUSO DE ALCOHOL

Dado el importante desarrollo de los servicios de atención a adictos en nuestro país, resulta necesaria la aplicación sistemática en los servicios de drogodependencias de instrumentos de evaluación clínica, enmarcados en la evaluación de resultados y de la mejora de la calidad asistencial. No obstante, seleccionar en este ámbito un grupo de instrumentos para su utilización clínica y de los que pueda obtenerse información suficiente para la evaluación es difícil: existe un elevado número y sus objetivos y características son diferentes. (Fernández Miranda)

Para el diagnóstico y posterior tratamiento del alcoholismo es necesario determinar una serie de parámetros para conocer de forma individual el consumo de cada paciente. La historia clínica y diversos cuestionarios de evaluación nos ayudarán a entender la adquisición y los parámetros de mantenimiento de ésta patología así como nos servirá de base para el tratamiento.

Los instrumentos de evaluación son numerosísimos y resulta difícil encontrar una forma óptima de clasificarlos. A continuación el presente documento es una forma de clasificar éstos instrumentos según en que fase del proceso evaluativo nos encontremos; si es en la fase de detección, diagnóstico o evaluación de las distintas dimensiones presentes en la dependencia alcohólica.

HISTORIA-ANAMNESIS-ENTREVISTA

Parece innecesario recordar que la entrevista diagnóstica es la principal herramienta que se dispone para llegar a un adecuado conocimiento del paciente y del problema que padece. La planificación de esta entrevista debe estar presidida por la flexibilidad y debe poseer una naturaleza

multidimensional. Tan solo como herramienta para estructurar, homogeneizar y finalmente comparar tiene sentido la utilización de instrumentos de evaluación, que en ningún caso “sustituirán” a la propia entrevista clínica, concebida como proceso de conocimiento del paciente y de primera relación con él. (Fernández Miranda)

Los cuestionarios son complementarios y no de aplicación inmediata es mejor ganarnos la confianza del paciente y que vuelva a la siguiente cita. La alianza terapéutica con el paciente es un arma muy potente y eficaz (Corbella y Botella, 2003)

La historia clínica y/o entrevista es un documento más valioso y lo que siempre debemos recoger es el motivo de consulta (Rubio y ...) pero cuando trabajamos con pacientes alcohólico en la primera toma de contacto es necesario conocer:

- Cantidad de alcohol consumida
- Consecuencias del consumo (bio-psico-social)
- Buscar la relación que existe entre consumo y consecuencias
- Evolución del consumo en el tiempo y problemas asociados al alcohol
- Historia familiar
- Historia del consumo
- Antecedentes personales
- Motivo de Consulta y motivación al tratamiento
- En el caso médico, exploración física y pruebas de laboratorio

Explorar el patrón de consumo de alcohol y aspectos psicosociales relacionados con el mismo así como cuantificar la ingesta serán necesarios para establecer un diagnóstico operativo y el patrón de consumo (Girón y otros)

CUESTIONARIOS DE DETECCIÓN

Del gran número que existe de este tipo de cuestionarios vamos a desarrollar los que son los más utilizados en investigaciones epidemiológicas (Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría,2000)

CUESTIONARIOS DE DETECCIÓN MÁS UTILIZADOS EN NUESTRO PAÍS					
Cuestionario	Número de preguntas	Existe validación española	Sensibilidad y especificidad	Punto de corte para dependencia	Observaciones
CAGE	4	Sí (Rodríguez-Martos, 1986)	S:65-100% E:80-100%	2	El más extendido en atención primaria.
MAST	25	No	S:86-99% E:85-95%	5	Tiene una versión corta y otra geriátrica
MALT	33	Sí (Rodríguez-Martos, 1993)	S: 100% E: 82%	11	Es demasiado largo para utilizarlo rutinariamente
AUDIT	10	Sí (Rubio y cols, 1998)	S: 80% E: 90%	8 uso perjudicial y 12 para dependencia	Discrimina entre consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia

Permiten la identificación de casos potenciales de alcoholismo. Nosotros en los Centros de Tratamiento Ambulatorio nos van a servir de poco, la detección del consumo de riesgo ya se sobrepase, son muy útiles para la atención primaria. Cuando un paciente se acerca a nosotros esa situación de consumo la supera y ya es un problema arraigado lo que presenta.

CAGE (Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire)

Es el más conocido para la detección. Es de carácter heteroaplicado. Se presenta con cuatro ítems de respuesta dicotómica. No incluye ni frecuencia ni tiempo ni cantidad, sólo si existe consumo de riesgo o no

Por su sensibilidad se recomienda administrarlo camuflado en la historia.

Dos o más respuestas positivas indicarían dependencia alcohólica y una sola sospecha de problemas con el alcohol.

La sensibilidad que presenta es de un 65 al 100% y su especificidad de un 80 al 100%, según la validación para la población española de Rodríguez Martos, 1986.

AUDIT (Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test)

Es un cuestionario autoaplicado. Esta formado por diez ítems tipo Likert con criterios operativos para asignar puntuaciones. Sirve para la detección de bebedores de riesgo así como los problemas derivados del mismo.

Posee gran validez predictiva sobre los criterios DSMIV sobre abuso y dependencia.

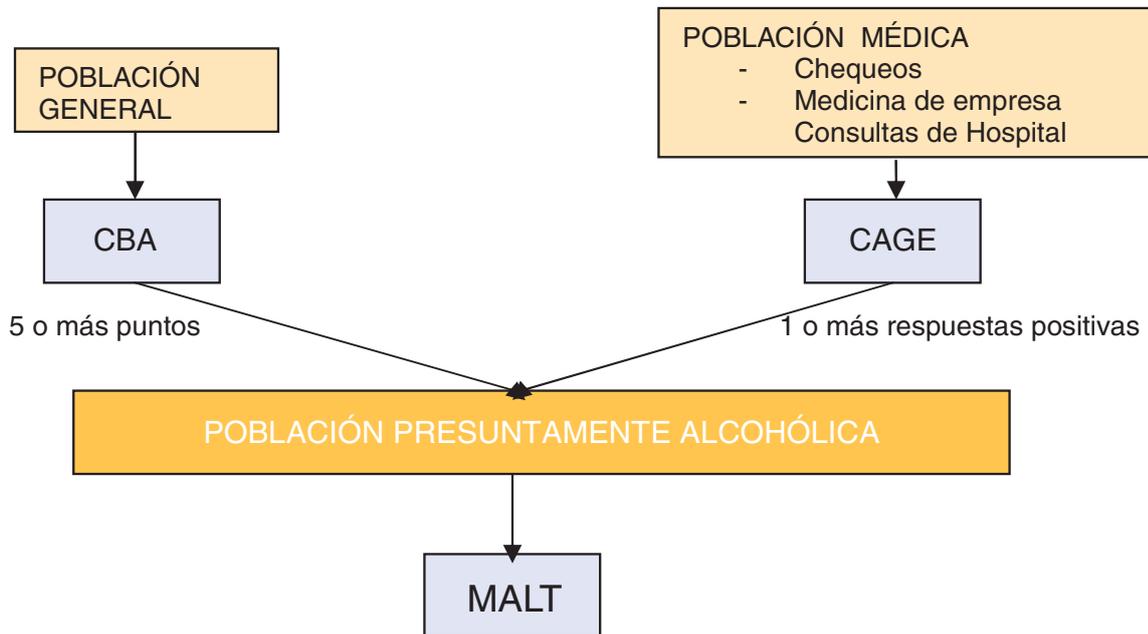
Evalúa con tres preguntas el consumo de alcohol, cuatro valoran la dependencia alcohólica y las otras tres los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

CBA (Cuestionario breve para alcoholismo)

Es un cuestionario auto administrable. Consta de veintidós preguntas de respuesta dicotómica. El punto de corte está en cinco a partir de ahí se detectaría alcoholismo. Es revelador para la detección de conductas alcohólicas. Tiene gran significado para grandes grupos de población, de ahí obtiene su eficacia para estudios epidemiológicos y de investigación.

No establece niveles diagnósticos sino sólo puntos de corte, que indica alcoholismo o no alcoholismo (Echaburúa E.,) Validado para España por Rodríguez Martos.

APLICACIÓN DIFERENCIAL DE LOS CUESTIONARIOS DIAGNÓSTICOS DE ALCOHOLISMO (Rodríguez Martos)



CUESTIONARIOS PARA EVALUAR LA GRAVEDAD

Permiten la evaluación de los pacientes que están más afectados por el consumo de alcohol así como la intensidad de su dependencia y el estudio de áreas que puedan estar más afectadas por el alcohol. También incluimos instrumentos para la evaluación de problemas relacionados con el consumo (craving) y otros para el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica.

ASI (Addiction Severiting Index) (índice para la gravedad de la adicción)

Es una prueba de screening que evalúa la gravedad de la dependencia y posee un carácter heteroaplicada. Es una entrevista semiestructurada. Su tiempo de aplicación varía entre 45 y 60 minutos de ahí que su carácter sea indicado para centros de tratamientos más específicos.

Consta de seis áreas que son independientes entre sí

- Situación médica; es evaluada por dieciséis ítems
- Situación laboral; es evaluada por veintiséis ítems
- Consumo de alcohol y politoxicomanías; evaluado por veintiocho ítems
- Problemas legales; es evaluada por veintitrés ítems
- Relaciones familiares y sociales; es evaluada por veintiséis ítems
- Situación Psicopatológica; es evaluada por veintidós ítems

Todas las áreas están estructuradas de igual forma empiezan de igual forma por criterios objetivos terminando por preguntas de carácter subjetivo.

Cada escala tiene dos tipos de puntuaciones: “la valoración de la gravedad por el entrevistador” es un juicio clínico realizado a través de un procedimiento estandarizado y basado

en las puntuaciones individuales. La “puntuación compuesta” deriva de la suma ponderada de las puntuaciones de algunos ítems.

A pesar de su nombre, no evalúa gravedad de la dependencia según criterios DSM o CIE pero proporciona una valoración de la gravedad de las áreas y problemas más frecuentes relacionados con el consumo (Fernández Miranda 2001).

El entrevistador utiliza la evaluación objetiva del paciente para realizar su propia evaluación de la gravedad del problema en cada área. (Bobes, Bousuño y cols. 2004).

No existe punto de corte propuesto, a mayor puntuación mayor gravedad.

El ASI está validado en nuestro medio por González-Saiz 1997.

MALT (Münchener Alkoholismus Test)

El MALT está formado por dos partes:

1. MALT-O .- (Objetivo) que consta de siete ítems comunicadores orgánicos de la dependencia alcohólica.

2. MALT-S .- (Subjetivo) Está formado por veintisiete ítems sobre la percepción subjetiva del paciente sobre sus problemas con el alcohol.

El MALT puede ser administrado por el entrevistador de ahí que pueda ser aplicado a todo tipo de población.

Las respuestas presentan un carácter dicotómico (sí/no).

La interpretación del mal objetivo y subjetivo debe hacerse en conjunto.

Corrección : la puntuación total es la suma de los treinta y cuatro ítems

En el MALT-O las respuestas positivas tienen un valor de cuatro puntos y la negativa de cero puntos

En el MALT-S las respuestas positivas tienen valor de un punto y las negativas de cero punto.

Interpretación: Los pacientes con puntuaciones entre 6-10 indican sospecha de alcoholismo. Puntuación mayor de 11 indica problemas de alcoholismo.

El MALT posee una sensibilidad del 100% y una especificidad del 82%.

Validado para España por Rodríguez Martos 84 y Díaz Manrique 86

Ver ANEXO I

SADQ (Severity of Alcohol Dependence Questionarie) (Gravedad de la dependencia alcohólica)

Es una escala autoaplicada compuesta de treinta y tres elementos repartidos en cinco escalas.

Es un instrumento que evalúa la gravedad de la dependencia a alcohol.

Las cinco dimensiones que evalúa son las siguientes:

- Síntomas físicos de abstinencia (ítems 1 a 7)
- Síntomas afectivos de abstinencia (ítems 8 a 14)
- Conducta para aliviar la abstinencia (ítems 15 a 21)
- Consumo habitual de alcohol (ítems 22 a 27)
- Sintomatología tras la recaída (ítems 28 a 35)

Es de carácter tipo Likert.

La corrección es la suma a partir de la puntuación de cada ítem, no existe punto de corte. A mayor puntuación mayor gravedad del alcoholismo.

En la validación española propuesta por Rubio, Urosa en 1996, se obtiene una puntuación media [DE]=31'04 como posible punto de corte

EIDA (Escala de intensidad de la dependencia a alcohol)

Es un cuestionario derivado del SADQ. Está creada con la intención de valorar la intensidad de la dependencia alcohólica en los últimos seis meses. Es de carácter autoaplicado. Consta de treinta preguntas tipo Likert.

Se subdivide en seis escalas

- Síntomas físicos de abstinencia (ítems 1 a 5)
- Síntomas psicológicos de abstinencia (ítems 6 a 10)
- Conducta para aliviar la sintomatología de la abstinencia (ítems 11 a 15)
- Consumo habitual de alcohol (ítems 16 a 20)
- Problemas de autocontrol de ingesta (ítems 21 a 25)
- Sintomatología tras la recaída (ítems 26 a 30)

Corrección: La suma total es la suma de todas la puntuaciones. Los ítems 23,24 y 25 se puntúan en sentido inverso.

Interpretación: se subdivide en tres apartados:

- Puntuación inferior a 21 se considera dependencia leve
- Puntuación entre 21 y 37 se considera dependencia moderada
- Puntuación más de 37 consideraríamos que estamos ante una dependencia grave

Validado para España por Rubio, Urosa, Santo-Domingo en 1996

Ver ANEXO II

OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale) (Escala para evaluar la Obsesión-Compulsión hacia la bebida)

Es una escala creada para evaluar la aparición del Deseo o Craving, en forma de pensamientos obsesivos sobre la bebida acompañados de la compulsión de beber.

Es necesario saber y conocer ésta área porque esto va a influir en el éxito o fracaso del tratamiento y el número de recaídas; por eso creemos fundamental no olvidar su evaluación.

Es de carácter autoaplicada y se compone de 14 ítems tipo Likert.

Lo encontramos agrupados en dos subescalas:

- Componente obsesivo (ítems 1 a 6)
- Componente compulsivo (ítems 7 a 14)

Corrección: La puntuación de cada subescala se calcula sumando cinco valores y otra la más alta obtenida en pares de preguntas.

Subescala obsesiva; sumar los valores de los ítems 3,4,5 y 6 y la puntuación más alta en el par de preguntas de los ítems 1-2.

Subescala compulsiva sumar los valores de los ítems 11 y 12 y las máximas de los pares de preguntas 7-8 / 9-10 / 13-14

La puntuación total de cada Subescala

Interpretación: A mayor puntuación mayor es la gravedad de la dependencia alcohólica.

Las puntuaciones medias (DE) obtenidas en la validación española de Rubio y López 1999:

- Componentes obsesivos: 9,5 (4,8)
- Componente compulsivo: 15,2 (3,5)
- Puntuación total: 22,5 (7,5)

Ver ANEXO III

IPDE (Internacional Personality Disorder Examination)

En el caso de los Trastornos de Personalidad, algo muy prevalente en poblaciones adictas, existen numerosos instrumentos aunque dos de ellos parecen los más útiles SCIDII e IPDE (Fernández Miranda)

El diagnóstico se realiza por el cuadro clínico y es conveniente basarse en la información del propio paciente y complementarlo con lo familiares.

El diagnóstico se realiza entre los distintos tipos de personalidad y la personalidad normal.

Al clínico le sirve de manera orientativa aunque puede dar falsos positivos pero sirve para tener una idea de que tipos de trastornos de personalidad tiene el individuo y descartar la existencia de trastornos de personalidad (Rubio Larrosa)

El diagnóstico diferencial se hace entre los distintos tipos de trastornos de la personalidad y con la personalidad normal.

La OMS patrocina el IPDE en sus dos versiones para criterios DSM y CIE.

Es de carácter autoaplicado y dicotómico (V / F)

Corrección: Se adjunta tabla en el anexo

Ver ANEXO IV

4.2. INTERVENCIONES TERAPEÚTICAS

4.2.1.- MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

La base teórico-práctica en la que se apoyan la inmensa mayoría de los tratamientos en alcoholismo, inclusive algunos centrados en la autoayuda, es el Modelo Transteórico del Cambio formulado por Prochaska y Di Clemente (1986,1993), cuyo origen radica en el intento de comprender el cambio que se produce en el comportamiento adictivo. Este modelo tiene un carácter integrador dentro del campo de la psicoterapia, ya que las técnicas o herramientas de intervención se realizan en función de un esquema que el propio modelo recoge en función de los pacientes.

Proporciona una explicación global del cambio realizado intencionalmente por una persona, desde las conductas menos saludables a conductas más saludables.

Este modelo se formula tridimensionalmente, integrando: Procesos, Niveles y Estadios de Cambio.

Los Procesos de Cambio implican la modificación de sentimientos, pensamientos, conductas, etc. y en definitiva la evolución del paciente dentro de los distintos estadios. Este modelo señala diez procesos de cambio, que centrados en la enfermedad alcohólica serían:

1.- Aumento de Concienciación.

Consiste en intensificar el proceso de información acerca del consumo problemático de alcohol y de las dificultades asociadas y la necesidad de su modificación.

2.- Auto-reevaluación.

Consiste en valorar afectiva y cognitivamente, por parte del alcohólico/a, el impacto de su conducta adictiva sobre sus valores y autoconcepto, estimando el cambio positivo que supondría en su vida el abandono del consumo.

3.- Reevaluación Ambiental.

Este proceso consiste en evaluar la marca del comportamiento adictivo sobre las relaciones interpersonales y sobre las personas importantes del entorno adictivo, asimismo la valoración y reconocimiento de los beneficios en dichas relaciones con el abandono del consumo de alcohol y actitudes y comportamientos asociados al mismo.

4.- Relieve dramático.

Experimentar y dar voz a las reacciones emocionales provocadas por la observación de los aspectos negativos de la conducta alcohólica.

5.- Autoliberación.

Se produce cuando el paciente alcohólico adquiere un compromiso personal aumentando su propia capacidad para elegir y decidir, y por lo tanto asume que uno mismo es el elemento esencial en el cambio de su comportamiento problemático.

6.- Liberación social.

Consiste en la toma de conciencia de lo que representa socialmente el consumo problemático de alcohol y sus conductas asociadas, y de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptadas, por lo que el alcohólico/a deberá decidir y escoger nuevas formas de actuación.

7.- Manejo de contingencias.

Se trata de una estrategia conductual que pretende aumentar la probabilidad de que una conducta relacionada con el cambio conductual suceda, reforzando este tipo de conductas.

8.- Relaciones de ayuda.

Representa el uso de apoyo social existente que pueda ayudar al cambio buscado.

9.- Contracondicionamiento.

Consiste en la modificación de la respuesta (conductual/cognitiva) sobrevenida por los estímulos condicionados que están asociados al consumo problemático de alcohol, desarrollando conductas alternativas.

10.- Control de estímulos.

Este proceso trata de evitar el enfrentamiento directo a situaciones de alto riesgo asociadas al consumo de alcohol.

Estos diez procesos de cambio se organizan en torno a dos factores importantes:

- a) Procesos de cambio cognitivos (aumento de concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social).
- b) Procesos de cambio conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento, y control de estímulos).

Los **Estadios de Cambio** representan la evolución temporal del alcohólico/a, en este caso, dentro del abandono de la conducta adictiva. Se establecen cinco estadios de cambio:

1.- Precontemplación.

En este estadio los alcohólicos/as no se plantean modificar su conducta, ya que no son conscientes de que el consumo represente un problema, sobre todo porque los aspectos gratificantes

del mismo son mayores que los negativos, por lo tanto no pueden ver el problema; si acuden a tratamiento lo suelen hacer presionados por elementos ambientales que precipitan la demanda, y cuando esta presión disminuye abandonan el proceso, retomando el comportamiento previo.

2.- *Contemplación.*

En este estadio los pacientes alcohólicos se encuentran considerando la posibilidad de cambio, pero todavía se muestran ambivalentes aunque están más abiertos al cambio, manifestando actitudes de sensibilización ante el problema, mayor necesidad de hablar de él, etc.

3.- *Preparación.*

Se caracteriza por ser el momento en la que el paciente toma la decisión de abandono de consumo y realiza el primer compromiso realizando cambios conductuales que favorecen el abandono del comportamiento adictivo.

4.- *Acción.*

Este estadio es la etapa en la que el alcohólico/a realiza un compromiso firme de cambio y abandono de consumo, realizando y llevando a cabo estrategias de acción para el cambio de la conducta adictiva.

5.- *Mantenimiento.*

Aquí el paciente trata de reafirmar y consolidar los cambios producidos el estadio anterior, e intenta prevenir el retorno a estadios anteriores.

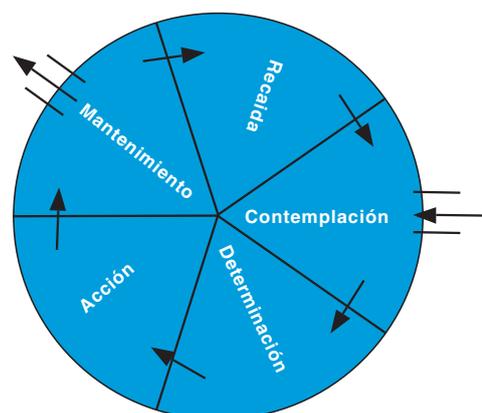
6.- *Recaída.*

Una recaída ocurre cuando al alcohólico/a le fallan las estrategias aprendidas para manejar las posibles situaciones de riesgo, pudiendo provocar entonces la vuelta hacia estadios previos de acción o de contemplación, y en el peor de los casos a precontemplación.

7.- *Finalización.*

Si se consiguen estabilizar los cambios propuestos en la fase de mantenimiento se podría hablar de la finalización del proceso, definido como la extinción absoluta del comportamiento adictivo sin que suponga para el individuo ningún esfuerzo ni la necesidad de utilizar mecanismos o estrategias para mantener el cambio conseguido.

Es fundamental tener en cuenta que en el abandono del alcohol dentro del modelo de cambio, no se produce de una forma lineal sino que, presenta forma de espiral debido a que el comportamiento adictivo es dinámico, recurrente y esto lo refleja el hecho de que el alcohólico/a puede recorrer la rueda de cambio varias veces hasta encontrar la estabilidad y la normalización en su vida.



ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES PARA CADA ETAPA DEL CAMBIO	
Etapa de Cambio del paciente	Estrategias motivacionales adecuadas para el terapeuta
Precontemplación	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer afinidad y establecer confianza. • Plantear dudas o preocupaciones en el paciente acerca de los patrones de uso del alcohol al: <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el significado de los sucesos que llevaron al paciente al tratamiento o los resultados de tratamientos anteriores. - Extraer las percepciones del paciente sobre tratamientos anteriores. - Ofrecer información objetiva acerca de los riesgos del uso de sustancias. - Proporcionar retroalimentación personalizada sobre los hallazgos de la evaluación. - Explorar las ventajas y desventajas del uso del alcohol. - Ayudar a intervenir a otras personas significativas. - Examinar las discrepancias entre las percepciones del paciente y los demás en cuanto al consumo.
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar la ambivalencia. • Ayudar al paciente a “sopesar el balance decisional” hacia el cambio al: <ul style="list-style-type: none"> - Extraer y poner en una balanza las ventajas y desventajas del uso del alcohol y el cambio. - Cambiar la motivación extrínseca por intrínseca. - Examinar los valores personales del paciente en relación a un cambio. - Enfatizar la libre elección, responsabilidad y autoeficacia del paciente para el cambio. • Extraer planteamientos automotivacionales en cuanto a la intención y el compromiso del paciente. • Extraer ideas acerca de la autoeficacia que percibe el paciente y las expectativas en cuanto al tratamiento. • Resumir los planteamientos de automotivación.
	<ul style="list-style-type: none"> • Aclarar las metas y estrategias del paciente para el cambio. • Ofrecer un menú de opciones para el cambio o el tratamiento. • Negociar un plan de cambio - o tratamiento –

<p>Preparación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar y reducir las barreras del cambio. • Ayudar al paciente a conseguir apoyo social. • Explorar expectativas del tratamiento y el papel del paciente. • Sacar del paciente lo que ha funcionado en el pasado para él o para otros que conoce.
<p>Acción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometer al paciente con el tratamiento y reforzar la importancia de mantener la recuperación. • Apoyar un punto de vista realista de cambio a través de pasos pequeños. • Reconocer las dificultades para el paciente en las etapas iniciales del cambio. • Ayudar al paciente a identificar situaciones de alto riesgo. • Ayudar al paciente a encontrar nuevos refuerzos de cambio positivo. • Ayudar al paciente a evaluar cuando tiene un apoyo familiar y social fuerte.
<p>Mantenimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar y examinar alternativas al consumo. • Apoyar los cambios en el estilo de vida. • Afirmar la resolución del paciente y la autoeficacia. • Ayudar al paciente a practicar y usar nuevas estrategias para evitar el regreso al consumo. • Desarrollar un plan de “escape” si el paciente vuelve al consumo de alcohol. • Repasar con el paciente las metas a largo plazo.
<p>Recaída</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a reiniciar el ciclo de cambio y reforzar cualquier disposición para reconsiderar un cambio positivo. • Explorar el significado y la realidad de la recaída como una oportunidad de aprendizaje • Ayudar al paciente a encontrar alternativas a las estrategias de manejo.

Adaptado de “Mejorando la Motivación para el cambio en el tratamiento de Abuso de Sustancias”
Cap. 2 William R Miller

En cuanto a los **Niveles de Cambio** esta dimensión hace referencia a qué cambiar para abandonar la conducta adictiva. Representan una organización jerárquica de cinco niveles en los que se localizan las intervenciones terapéuticas:

- 1.- *Síntoma/situación* (Forma de uso del alcohol y factores ambientales...)
- 2.- *Cogniciones desadaptativas* (creencias, expectativas...)
- 3.- *Conflictos interpersonales actuales*, (relaciones con otras personas que están implicando ausencia de habilidades sociales y/o emociones negativas).
- 4.- *Conflictos sistémicos o familiares*, (con referencia a la familia de origen y relaciones sociales...)
- 5.- *Conflictos intrapersonales*, (personalidad, autoestima...)

Desde el punto de vista del modelo transteórico es fundamental para el proceso de cambio que los terapeutas y los pacientes se pongan de acuerdo en el motivo al que atribuyen el problema y en el nivel o niveles que desean modificar para solucionar el problema.

Las estrategias que Prochaska y Prochaska, 1993 propone para intervenir en múltiples niveles son tres:

- *Cambio Sucesivo de Niveles*: si en principio centramos la intervención en el nivel de situación y síntomas del paciente y los procesos son aplicados con éxito en este nivel pasaremos el foco de tratamiento al siguiente nivel y así de forma sucesiva.

- *Nivel Clave*: Si detectamos que la causa o causas del problema de consumo de alcohol se centra en uno de los niveles será en él en el que debemos centrar nuestra intervención.

- *Impacto Máximo*: Hay pacientes alcohólicos que presentan distintos niveles como causa de su consumo y en este caso nuestra intervención se diseñará abarcando dichos niveles para conseguir un mayor impacto.

¿CÓMO SE DINAMIZA EL CAMBIO?

No podemos perder de vista que para optimizar el tratamiento y manejar las herramientas adecuadas según este modelo, debemos tener conocimiento de las variables que influyen y mediatizan el cambio.

1.- BALANCE DECISIONAL

El conocimiento de los pros y los contras del consumo problemático de alcohol es fundamental para el avance del paciente a través de los estadios de cambio, sobre todo en aquellos donde el paciente se muestra más ambivalente.

Janis y Mann, (1977) proponen ocho categorías de preguntas para la toma de decisión sobre el propio comportamiento:

- Beneficios instrumentales para uno mismo
- Beneficios instrumentales para los demás
- Aprobación por parte de uno mismo
- Aprobación por parte de los demás
- Costes instrumentales para uno mismo
- Costes para los demás
- Desaprobación por parte de uno mismo
- Desaprobación por parte de los demás

2.- EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA

Según Bandura (1986) la autoeficacia “está constituida por los juicios sobre el grado en que uno mismo puede organizar y ejecutar patrones de acción requeridos para tratar con situaciones futuras que contienen elementos ambiguos, impredecibles y a menudo estresantes”. Por tanto la percepción que uno mismo tiene sobre si es capaz de afrontar determinados cambios, situaciones,

pensamientos y/o sentimientos mediatiza de forma importante la intervención; es por ello que el paciente alcohólico debe sentirse capaz de afrontar los cambios acordados en consulta, ya que hará frente a un deseo de consumo y a una exposición de estímulos involuntarios que serán de mayor intensidad en los primeros estadios, aumentando la percepción de autoeficacia en el estadio de acción y disminuyendo dicho deseo de consumo.

Según diversos estudios y a modo de resumen de este modelo, vemos gráficamente como se integran los estadios, niveles y procesos de cambio:

NIVELES	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción
Síntoma/Situación	Aumento concienciación	Relieve Dramático	Reevaluación Ambiental	Autoreevaluación
				Autoliberación
				Manejo de Contingencias
				Relaciones de Ayuda
Cogniciones desadaptativas				Contracondiciona
Conflictos interpersonales				Control Estimular
Conflictos Familiares				
Conflictos Intrapersonales				

Casas M. y Gossop, M. (1993). Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas.

4.2.2.- INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

Para hablar de intervención motivacional debemos hacer referencia a la importancia de las características del terapeuta, ya que algunas de ellas están relacionadas con un tratamiento eficaz. Esto sugiere que el estilo terapéutico es un determinante para el óptimo resultado del mismo.

Carl Rogers promulgó una de las teorías sobre condiciones críticas para el cambio; en ella el terapeuta no tiene que dirigir o solucionar, debe ofrecer: empatía, un clima cálido y autenticidad. Entendiendo empatía como una escucha reflexiva para aclarar las propias experiencias y preocupaciones del cliente sin imponer las del terapeuta. Cuando a una persona se le atribuyen características no deseables, o se le dirige en su forma de actuación conseguiremos el enfrentamiento, defendiendo su libertad personal. Esta reacción se denomina reactancia cognitiva, variando en intensidad en función de la ambivalencia que presente.

Por tanto es responsabilidad del terapeuta motivar al paciente para el cambio, ya que dicha motivación no está tan sólo dentro del paciente sino que implica un contexto interpersonal.

La entrevista motivacional es una forma de solucionar la ambivalencia y empujar a la persona hacia el cambio. El terapeuta sin tener un lenguaje autoritario deja recaer la responsabilidad del cambio en el individuo por ello las estrategias de la intervención motivacional son persuasivas.

El objetivo fundamental, por tanto, es incrementar la motivación intrínseca del paciente, es decir, que el cambio provenga desde dentro, en lugar que venga impuesto desde fuera.

Miller y Rollnik, han propuesto lo que consideran los cinco principios generales de la intervención motivacional, principios en los que se basan la mayoría de los tratamientos actuales en alcoholismo:

1.- Expresar empatía.

- La aceptación facilita el cambio
- La escucha reflexiva es fundamental
- La ambivalencia es normal

2.- Desarrollar Discrepancia.

- La conciencia de las consecuencias es muy importante
- La discrepancia entre la conducta presente y las metas importantes motivará el cambio.
- El enfermo debe exponer los razonamientos para cambiar.

3.- Evitar el enfrentamiento

- Los enfrentamientos son contraproducentes.
- La resistencia es una señal para cambiar de estrategia.
- Etiquetar es innecesario.

4.- Manejar la Resistencia.

- Las percepciones pueden ser cambiadas.
- Las nuevas perspectivas son ofrecidas no impuestas
- El paciente es un recurso valioso para encontrar soluciones a sus problemas.

5.- Apoyar la Autoeficacia

- Creer en la posibilidad de cambiar es un importante factor motivador.
- El paciente es responsable de la elección y desarrollo de su propio cambio.
- Hay esperanza en la gama de alternativas terapéuticas disponibles.

Estrategias Básicas de la Intervención Motivacional

1.- Realizar Preguntas abiertas:

Este tipo de preguntas no dan pie a respuestas sencillas y/o breves, necesitando una mayor elaboración de las mismas. Cuando trabajamos con pacientes que se encuentran ambivalentes (la mayoría de ellos al comienzo del tratamiento) nos puede ser de utilidad preguntar de forma neutral y sobre el problema de forma encubierta.

2.- Escuchar reflexivamente:

Esta estrategia requiere además de oír lo que el paciente dice, tener la habilidad de responder a ello de forma que éste se sienta comprendido por el terapeuta. Según Gordon no son escuchar:

- Ordenar, dirigir o mandar
- Advertir o amenazar
- aconsejar, sugerir o dar soluciones
- Persuadir con lógica
- Moralizar, decir a los enfermos lo que tienen que hacer
- Estar en desacuerdo, juzgar, o criticar
- Estar de acuerdo, aprobar
- Ridiculizar, etiquetar
- Interpretar
- Distraer, Ironizar, cambiar de tema

Para escuchar reflexivamente el terapeuta ha de suponer sobre el mensaje original y emitir esta suposición. De esta forma evitaremos crear resistencia. Esta escucha es la forma de comprobar que hemos entendido lo correcto de lo que el paciente verbaliza, dando énfasis u omitiendo, por parte del terapeuta, según conveniencia para la intervención.

3.- Afirmar:

Esta estrategia la podemos entender como un énfasis más a la escucha reflexiva ya que ésta por sí misma es una forma de afirmar y mostrar comprensión a lo que el paciente refiere.

4.- Resumir:

El resumen del terapeuta puede ayudar al paciente a visualizar el tema tratado en consulta, valorando los pros y contras de la situación en cuestión, permitiendo al paciente en todo momento añadir o corregir el resumen hecho por el terapeuta.

5.- Evocar Frases Auto- Motivacionales:

El terapeuta debe propiciar en el paciente la expresión de frases auto motivacionales que tengan que ver con el reconocimiento del problema, expresión de preocupación, intención de cambiar y optimismo sobre el cambio. Gracias a estas frases el terapeuta podrá valorar la situación actual con respecto al cambio que presenta el paciente.

Algunas técnicas para provocar frases auto motivacionales pueden ser: cuestiones evocadoras, balance decisonal, uso de los extremos, explorar metas, etc.

Este tipo de frases tienden a incrementar la discrepancia cognitiva entre las propias metas y las acciones presentes. Cuanto mayor sea esta discrepancia mayor será la motivación para el cambio.

En toda esta comunicación terapeuta-paciente que hemos descrito se pueden producir “trampas “ por ambas partes:

Trampa de la pregunta-respuesta.

Esta trampa consiste en: el terapeuta hace preguntas y el paciente emite respuestas, esto ocurre porque el terapeuta siente necesidad de información específica y el paciente se siente cómodo en su situación pasiva.

Una solución será realizar preguntas abiertas y la escucha reflexiva, evitando realizar preguntas cerradas en serie.

Ejemplo: (T): ¿Es usted consumidor de alcohol?
(P): Si
(T): ¿Piensa que tiene un consumo problemático de alcohol?
(P): No

Trampa de la confrontación-negación.

Si le atribuimos a una persona una característica negativa, o se le dice qué debe hacer, o no hacer, conseguiremos el enfrentamiento por parte del paciente, ya que mostrará desacuerdo y negación a su atribución, defendiendo lo que cree ser su identidad personal. Esta reacción puede ser más intensa en función de la ambivalencia que presente.

Para evitar esta trampa podemos hacer uso de la escucha reflexiva y la evocación de frases auto motivacionales.

Ejemplo: (T): Tras nuestras entrevistas considero que usted tiene que dejar de beber y tampoco debe asistir a las reuniones que frecuenta
(P): Eso será lo que usted dice, pero yo bebo como todo el mundo y no creo que tenga que dirigir mi vida

Trampa del experto.

El terapeuta puede dar la impresión de tener todas las respuestas, que en su mayoría es lo que buscan los pacientes cuando llegan a consulta, y esto puede llevar al sujeto a un rol pasivo, esperando el consejo del experto terapeuta.

Ejemplo: (P): ...usted que es el entendido.... ¿cree que debo ir a la cafetería en la que acostumbro a desayunar?
(T): ...después del tiempo que llevamos trabajando juntos has de saber que debes ser responsable y consecuente con tu propio proceso de rehabilitación y por tanto tomar tus propias decisiones.

Trampa del etiquetado.

En ocasiones los terapeutas se afanan en diagnosticar y etiquetar al paciente según su problema, intentando además que éste lo acepte de forma necesaria. Sin embargo, los problemas pueden ser evaluados sin colocar etiquetas que nos pueden llevar a crear resistencia. Aunque no podemos perder de vista la importancia de que los pacientes acepten su diagnóstico para conseguir una mayor adherencia al tratamiento y una eficaz consecución de objetivos.

Ejemplo: (T):.... ¿supongo que asiste a consulta porque es alcohólico?
(P): no lo soy, yo bebo lo normal, como todos, estoy aquí por mi mujer...

Trampa del foco prematuro.

En las primeras consultas ocurre, en ocasiones, que el paciente no aborda de forma clara el problema principal de consumo y verbaliza una serie de preocupaciones relacionadas con el mismo. En este caso si el terapeuta presiona por derivar estas verbalizaciones hacia el tema principal puede provocar un enfrentamiento y/o distanciamiento con el paciente, en estos casos es más efectivo relacionar las preocupaciones del paciente con el problema de consumo, pero sin entrar en conflicto sobre el que se considera debería ser el tema principal de la consulta.

Ejemplo: (P): ... lo que mas me preocupa en estos momentos es la situación económica tan precaria en la que me encuentro y por tanto tengo múltiples problemas familiares....
(T):¿no cree que tanto los conflictos familiares como los económicos son derivados del consumo abusivo de alcohol?... ¿con qué frecuencia consume?...
(P): lo que necesito es arreglar las cosas con mi familia, a lo mejor no puede ayudarme...

(En el ANEXO VI podemos encontrar algunos ejemplos sobre los conflictos motivacionales que se pueden dar en cada estadio de cambio).

4.2.3.- INTERVENCIÓN SISTÉMICA

A través de esta orientación, la intervención psicológica tiene como objetivo resolver la adicción por medio de la terapia familiar, potenciando la organización particular de las relaciones familiares (ver punto 4.2.10).

Es importante tener en cuenta quién realiza la demanda, si el propio paciente o algún familiar y en este contacto es primordial cubrir los siguientes aspectos:

- Incluir a la familia como elemento fundamental en colaboración con el terapeuta.
- Que cada miembro de la familia defina el problema.
- Refundir la información generando una hipótesis con los cambios concretos a conseguir.
- Conclusiones.

Los objetivos de la entrevista serían:

- Introducir información en el sistema familiar para modificar estructuras existentes.
- Potenciar o suprimir algunas relaciones familiares y establecer alianzas con algunos miembros de la familia.
- Hacer ver de forma positiva el equilibrio familiar para sumir el cambio (técnicas cognitivas).
- Modificar la manera en que la familia ve el problema (redefinición).
- Ensayar conductas distintas a las habituales que dan respuesta a los problemas del paciente (técnicas conductuales).

Objetivos del Tratamiento (establecidos con la familia):

- Definir los objetivos en forma de conductas concretas y observables.
- Establecer las prioridades fortaleciendo las aptitudes del paciente y la familia.

- Atender y resolver la aparición de conflictos escondidos.
- Repartir las responsabilidades fomentando que el paciente adquiera autonomía personal en la dinámica de la familia.
- Planificar actividades sencillas y cotidianas.

4.2.4.- INTERVENCIÓN COGNITIVA

“La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones” (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

La intervención cognitiva con pacientes alcohólicos nos puede ayudar a combatir la angustia emocional así como a erradicar la falsa creencia de conseguir placer y/o alivio del malestar a través del consumo. Además, este tipo de terapia nos permitirá trabajar sobre el control de impulsos y a lidiar con la depresión y/o ansiedad que en algunos casos son causa de consumo.

En definitiva, la terapia cognitiva ayuda al alcohólico/a con dos objetivos básicos:

- 1.- Reducir la frecuencia e intensidad de consumo
- 2.- Controlar y manejar impulsos a través de técnicas específicas

Por otro lado, el “interrogatorio socrático”, característico de esta forma de intervención, es útil en tanto en cuanto el terapeuta hace preguntas que el paciente no ha indagado como por ejemplo: número de copas consumidas, cuantas veces a la semana, al día etc., de esta manera el paciente se cuestiona su propio comportamiento abusivo y/o dependiente, evaluando sus actitudes y creencias.

Sin embargo, este tipo de intervención no suele trabajarse de forma aislada para lidiar con el alcoholismo; las técnicas cognitivas muestran una mayor eficacia en este terreno en combinación con técnicas conductistas.

4.2.5.- INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Desde esta perspectiva el terapeuta trabaja tanto con el paciente como con la familia de forma paralela, pretendiendo que el paciente haga un aprendizaje de nuevas formas de comportamiento y de resolución de problemas aprendiendo a controlar su propia vida.

En un primer momento el terapeuta utilizará con el alcohólico/a, desde este modelo, técnicas de control de ansiedad (relajación muscular, profunda, etc. por ejemplo), técnicas cognitivas para enfrentarse a dicha ansiedad (ideas irracionales, parada de pensamiento, etc.) y técnicas comportamentales (hábitos saludables, control del estilo de vida, etc.).

También pueden ser útiles para la abstinencia técnicas conductistas como el manejo del refuerzo, el coste de respuesta, extinción y el control de estímulos.

Paulatinamente se abandona el control externo para que el paciente se vaya responsabilizando mediante técnicas de autocontrol, reestructuración cognitiva y terapia racional emotiva.

De la misma manera hay que trabajar con el paciente la prevención de recaídas, sobre todo a nivel cognitivo.

Finalmente, cuando el paciente consigue mantener abstinencia, debemos trabajar la resolución de problemas, toma de decisiones, organización y planificación del tiempo, etc., para poder ayudar a una óptima y plena incorporación a la vida cotidiana.

4.2.6.- INTERVENCIÓN HUMANISTA

Este tipo de intervención busca ayudar a las personas a desarrollar sus potencialidades y a desbloquear los patrones crónicos que frenan su evolución.

Se concibe al ser humano como “parcialmente libre” ya que se encuentra condicionado a estímulos ambientales, sociales, económicos, laborales, políticos, etc., encontrando un margen de libertad de elección del cual es responsable y relaciona con los condicionantes anteriores. Cuando el consumo de una sustancia genera una dependencia en el individuo este margen de libertad desaparece, quedando bajo el control de la sustancia y de los impulsos irreprimibles por su consumo.

Desde esta perspectiva se resalta el vínculo terapéutico, adoptando el terapeuta las actitudes rogerianas de aceptación incondicional, empatía y autenticidad.

Jung considera que el terapeuta no es más que la pantalla en la que se proyectan las situaciones y la propia historia del paciente y por tanto la actitud del terapeuta es la de permitir dicha proyección hasta que se funda en el propio conocimiento de paciente con respecto a su problemática, o lo que es lo mismo, hasta que el paciente sea consciente de su problema. El terapeuta debe tener un papel activo, además de la escucha empática, ha de interactuar haciéndole propuestas de exploración concretas, separándose en este punto de la no directividad del enfoque de Rogers.

4.2.7.- INTERVENCIÓN PSICODINÁMICA

Desde esta perspectiva se pretende aumentar la capacidad de la persona para tener conciencia de la enfermedad, de esta forma discriminará estímulos internos y externos, percibiendo objetivamente la realidad, anticipando riesgos y consecuencias, aceptando normas y límites, y pensando antes de actuar, en definitiva relacionarse sin que medie el alcohol.

Esta intervención intenta crear una identidad diferente a la del alcohólico/a, mejorando su nivel de competencia.

Desde el primer momento se objetivará la problemática y se intentará llegar a la toma de conciencia de la enfermedad por parte del paciente, produciendo así una disociación útil en el Yo del paciente, y así tener una parte del mismo con la que trabajar.

La intervención en toxicomanías desde esta teoría se basa en psicoterapia breve y no es la más utilizada.

Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (2003), realizan un recorrido por las investigaciones empíricas sobre los tratamientos en alcoholismo y una de las conclusiones que encuentran es que los tratamientos dentro de la orientación conductual son los que gozan de mayor apoyo en las intervenciones psicológicas. Ponen algunos ejemplos como: Aproximación de refuerzo comunitario, terapias maritales y familiares y tratamientos en habilidades sociales y afrontamiento.

A este respecto plantean la hipótesis de que la eficacia demostrada por los grupos de autoayuda que siguen los doce pasos se deba a la utilización de elementos conductuales presentes en su desarrollo.

Finalmente, encuentran una excepción a esta conclusión, se trataría de las intervenciones breves de Rogers, C., sobre todo en lo que es la detección y control temprano del abuso del alcohol en la asistencia no especializada del alcohol.

*(La relación que podemos establecer entre los distintos tipos de intervención y el modelo Transteórico se encuentra reflejado en el **ANEXO VII**).*

4.2.8.- PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

A lo largo del tiempo se han utilizado gran variedad de intervenciones en las conductas adictivas y en particular en las conductas alcohólicas. De una forma general ofreceremos una breve visión de la base teórica y de los programas de Prevención de Recaídas; por ser uno de los abordajes psicológicos más estudiado y extendido.

Muchos programas de tratamiento en los dependientes de alcohol han tratado de reforzar respuestas incompatibles al consumo de alcohol; estos programas se centraron en entrenar a los sujetos en conductas específicas para hacer frente a las situaciones de bebida, bien mediante técnicas de manejo de ansiedad, incrementando las conductas sociales o asertivas, de éstos uno de los que más atención ha recibido ha sido el Entrenamiento en Habilidades Sociales (comunicación, asertividad, resistencia a la presión social,...)

La experiencia demuestra que una vez que el paciente ha sido desintoxicado, la probabilidad de recaídas se mantiene muy alta. Parece que no es suficiente una intervención "física" sino que además es necesaria la implicación en un programa de deshabitación que cumpla una función más ambiciosa.

Aquí vamos a ver la recaída no como un símbolo de mala curación o de gravedad especial del problema, sino que la recaída se valora como un resultado del mismo proceso. En contraste existen varios modelos social-cognoscitivo que sugieren que la recaída es un proceso transitorio (Annis, Litman, Marlatt y Gordon). Según estos modelos, el proceso de recaída comienza antes del primer uso del alcohol, después del postratamiento y continúa después del uso inicial. Esta conceptualización proporciona un marco conceptual más amplio para intervenir o para reducir episodios de la recaída y mejorar los resultados del tratamiento (Larimer).

Según Abeijón – Urbano, podríamos distinguir cuatro tipos diferentes de consumo que aparecen en los tratamientos:

- Consumos reincidentes al inicio del tratamiento.
- Consumos ligados a la historia individual y relacional.
- Consumos en cortacircuito como proceso de respuesta condicionada a estímulos.
- Consumos automedicamentosos.

La prevención de recaídas

En primer lugar definiremos el concepto de recaída:

Siguiendo a GRAÑA (94) recaída se define como cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida (como mínimo entre uno y tres meses). Hablamos de recaída siempre y cuando se ha decidido cambiar y no ha habido un comportamiento para cumplir este objetivo.

El primer y más integrador modelo cognitivo-conductual de explicación del fenómeno para la prevención de recaídas es el realizado por Marlatt y expuesto por Marlatt y Gordon en 1985. Según este modelo la **recaída** es un fallo en el *auto control del sujeto*. Ante determinadas situaciones, algunas personas pueden fallar y hacer una valoración no adecuada del grado de riesgo de la situación y/o de su capacidad para afrontar o pueden desarrollar de la forma necesaria las habilidades precisas para su afrontamiento exitoso (Díaz Salabert)

El marco teórico donde se basan para el estudio de este fenómeno de la recaída Marlatt y Gordon es en la teoría cognito-social de Albert Bandura.

A) Proceso decisional y recaída.

Desde la teoría del aprendizaje social, el proceso de tomar una decisión es muy importante a la hora de iniciar el programa de cambio o asociado a la recaída. Dentro de esta Teoría de Aprendizaje se ha desarrollado un modelo de toma de decisiones en conflictos, centrado en la forma como el estrés del conflicto decisional influye a la hora de tomar la decisión, las decisiones que son importantes o generan consecuencias importantes, en el individuo generan estrés y este estrés influye en el proceso decisional y en el patrón de afrontamiento de ese estrés.

B) Explicativas y de recaída.

Explicativas de autoeficacia. Para Bandura, la autoeficacia es un mediador cognitivo de la conducta. En sus palabras “la autoeficacia está constituida por los juicios sobre el grado en que uno mismo puede organizar y ejecutar patrones de acción requeridos para tratar con situaciones futuras que contienen elementos ambiguos impredecibles y a menudo estresantes” (Bandura).

La autoeficacia es un proceso cognitivo, la autoeficacia se refiere a la competencia percibida por uno mismo en situaciones específicas y está basada para Bandura en cuatro fuentes: las propias relaciones de uno mismo en el pasado, observación vicaria de otros, persuasión externa y activación emocional.

Dentro del Proceso de Recaída de Marlatt, la autoeficacia se refiere a la percepción del individuo de su capacidad para afrontar futuras relaciones con el riesgo y desde este modelo, se

podría inferir la capacidad de la predicción de la tasa de recaídas en función del nivel y expectativas que presenta un paciente de autoeficacia.

Helen Annis en 1989 desarrolló un cuestionario para usar por Alcohólicos el S.C.Q. (Cuestionario de Confianza Situacional) que sigue la categorización de determinantes de Marlatt para una recaída.

El tener en nuestro poder el perfil de expectativas de autoeficacia situacional que da el S.C.Q. es fundamental al aplicar el programa para prevenir recaídas.

Expectativas de resultados. Para Bandura, estas expectativas de resultados son lo que ocurrirá como consecuencia de realizar la conducta. Estas expectativas provocan la determinación de la ocurrencia y la intensidad de la recaída mediante anticipación cognitiva de los efectos del consumo.

Las expectativas tienen un aspecto “cognitivo” y otro “motivacional” son las primeras que se asocian con lo que el paciente conoce o espera de la sustancia y las motivacionales se relacionan con la deseabilidad del efecto específico de esa conducta.

Parece que las “expectativas” sobre los efectos que el alcohol ejercería en la situación estarían implicados; cuando un sujeto entra en una situación de alto riesgo de bebida, un proceso de valoración cognitiva de las pasadas experiencias se pone en marcha y culmina en un juicio o en una expectativa de eficacia por parte del sujeto sobre su habilidad para afrontar la situación (García González).

C) Atribuciones y recaída.

Se refiere a la inferencia de causalidad que las personas realizan sobre los acontecimientos más significativos que le ocurren.

Marlatt en las atribuciones se fundamenta para formular el concepto de “efecto de violación de abstinencia E.V.A.”

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDA

Según los trabajos de Litman (80,86) y Marlatt y Gordon (85, 89) la recaída se produce al exponerse el sujeto a una situación de riesgo, sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento pertinentes para garantizar el mantenimiento de la abstinencia. Marlatt pone todo el énfasis de su modelo en las dificultades que aparecen en la fase de mantenimiento de la abstinencia y propone la búsqueda de estrategias para hacer frente a las situaciones de riesgo que aparecen a lo largo de la abstinencia.

Prevención de Recaídas es un Programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaídas en el cambio de las conductas adictivas (Marlatt 93)

Para Marlatt y Gordon (1985), un sujeto en una situación de riesgo puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, si la probabilidad de recaída disminuye y percibe una mayor sensación de control que además se asocia con la expectativa positiva de superar la próxima situación de riesgo, produciéndose en el sujeto un considerable aumento de la percepción de autoeficacia.

A medida que aumenta la duración de la abstinencia y el individuo puede afrontar eficazmente cada vez más situaciones de forma acumulativa la probabilidad de recaída disminuirá (Marlatt 93, Marlatt y Gordon 85).

Pero si el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, porque disminuye en el sujeto su percepción de autoeficacia positiva derivada del consumo de la sustancia que el ya conoce por su experiencia previa y por su patrón de conducta habitual anterior.

Este modelo considera el consumo de alcohol una conducta sobreaprendida y se relaciona con las dificultades para afrontar determinados problemas, este programa pretende que el individuo adquiera la capacitación suficiente para afrontar las situaciones de riesgo.

El Programa de Prevención de Recaídas es un conjunto de conocimientos y técnicas de modificación de conductas con el fin de ser capaces de detectar las situaciones de riesgo de recaída y modificar e incrementar la capacidad de afrontamiento.

Objetivos del programa:

- Proporcionar un modelo a los sujetos para que sean capaces de analizar su problemática relacionada con el alcohol.
- El sujeto debe de ser capaz de identificar las situaciones de riesgo que le pueden acercar al consumo del alcohol y como ser capaces de afrontarlos adecuadamente.
- Identificar, anticipar y/o evitar las claves y señales que pueden aumentar la posibilidad de la recaída.
- Si existe una recaída, dotar al paciente de la capacidad de enfrentamiento a ella y dotar al sujeto de las habilidades necesarias para el afrontamiento.
- Aumentar la percepción de autoeficacia.

El Programa de Prevención de Recaídas se divide en tres módulos:

Módulo 1.- Identificación de antecedentes.

Módulo 2.- Estrategias de afrontamiento.

Módulo 3.- Identificación y control del proceso de recaída.

Situaciones de alto riesgo para la recaída

Son las situaciones que amenazan la autoeficacia del individuo e incrementan el riesgo potencial de recaída (Jiménez-Arriero, Rubio)

Intrapersonales.

- Manejo de estados emocionales negativos.
- Manejo de estados fisiológicos.
- Manejo de estados emocionales positivos.
- Probarse en el control personal.
- Sucumbir a impulsos o tentaciones.

Interpersonales.

- Manejo de conflictos interpersonales (riñas, broncas, discusiones,...)
- Presión social.
- Estados emocionales positivos.

Repuestas de afrontamiento.

En los momentos de riesgo, la capacidad de afrontamiento es un factor crucial en la Prevención de Recaída. El afrontamiento (coping) posee dos variantes:

- Capacidad de afrontar las situaciones de alto riesgo.
- Capacidad de afrontar el estrés habitual de la vida.

Cuando el sujeto usa el alcohol como respuesta a una situación estresante, lo que está desarrollando son respuestas adaptativas deficientes tendiendo a generalizadas; por todo eso es necesario que la persona aprenda estrategias de afrontamiento a situaciones específicas.

Según se presente la situación de riesgo será la forma de afrontar la situación:

- Afrontamiento social: ayuda de amigos, evitar lugares de riesgo, encontrar buenas y creíbles excusas, ...
- Afrontamiento **intra**personal: pensar en positivo, observar que hacen otros para imitarlos, identificar sensaciones y emociones para canalizarlas,...
- Afrontamiento **inter**personal: generar habilidades, ser asertivo, evitar situaciones de riesgo,

Identificación y control del Proceso de Recaída

Cuando en un sujeto se produce una recaída se le debe enseñar:

- Conocer la diferencia entre la recaída y consumo ocasional.
- Entender la recaída como un proceso.
- Entender que es más fácil salir de la recaída cuánto antes se identifique como tal.

Para el paciente alcohólico, este programa aparecerá como **un programa específico de mantenimiento de la abstinencia y de cambio global de estilo de vida** (Jiménez, Monasor, Jiménez-Arriero, Ponce, Rubio, 2003)

¿Cuáles son las **metas** del programa de **mantenimiento de abstinencia**?

- Dotar al paciente de habilidades necesarias para identificar, anticipar, evitar y/o enfrentarse a las situaciones de riesgo.
- Si existe consumo ocasional, dotar al paciente de las habilidades y estrategias necesarios para evitar la recaída.
- Aumentar la percepción de autoeficacia.

¿Cuáles son las **metas** de la promoción del **cambio global del estilo de vida**?

- Identificar las fuentes de estrés en su estilo de vida.
- Identificar y cambiar los patrones patológicos de estilo vital.
- Proponer y llevar a cabo “actividades positivas”
- Aprender formas más efectivas de utilizar el tiempo.
- Conseguir un estilo de vida “equilibrado”.

4.2.9.- INTERVENCIÓN GRUPAL

La columna vertebral del tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol es la terapia de grupo, dicha terapia puede estar basada en distintos modelos de tratamiento (transaccional, conductual, psicodrama, gestalt, motivacional, autoayuda, etc...); de igual modo existen numerosas modalidades de grupos que se llevan a cabo en el tratamiento del alcoholismo: tipo informativo, discusión, etc.....

La intervención grupal implica una postura activa del paciente y fomenta la interacción entre los componentes, lo que implica un entrenamiento en habilidades sociales y un cambio de actitudes y conducta.

Podemos decir que concurren unos objetivos generales para el trabajo en drogodependencias y concretamente en alcoholismo en este tipo de intervención con independencia del tipo de terapia de grupo:

- Aumentar la motivación para el cambio
- Encontrar alternativas de conducta
- Asumir responsabilidades
- Informar sobre el problema
- Aumentar autoestima y autoeficacia
- Regenerar canales de comunicación. Etc.

A su vez los grupos deben cumplir una serie de principios básicos para su efectivo funcionamiento, a saber: cohesión, modelado, retroalimentación, evaluación, reforzamiento e información.

Los *grupos de autoayuda* son los que mayor aceptación han tenido para el tratamiento del alcoholismo a lo largo del siglo pasado y aún en la actualidad, con necesarios reajustes de intervención. Los distintos grupos que se formaron cuyo principio era y es la autoayuda son: la Cruz Azul, la Cruz de Oro, Vida Libre, Alcohólicos Anónimos y Alcohólicos Rehabilitados.

Katz y Bender (1976) apuntan que estos grupos surgen como el resultado de desesperanza producida por la despersonalización y deshumanización de la sociedad actual.

Siguiendo a Killilea (1976) podría hablarse de una serie de aspectos comunes en los grupos: experiencias comunes, prestación de ayuda mutua, constitución de unas creencias y “fuerza de voluntad” compartidas y metas conjuntas; aunque hay que considerar que no todos los grupos de autoayuda son iguales.

En el caso del alcoholismo, el grupo de mayor difusión a nivel mundial es el de Alcohólicos Anónimos, aunque en España es superado por Alcohólicos Rehabilitados, esto ocurre, sobre todo, porque los requisitos institucionales a cumplir para obtener cualquier tipo de ayuda en nuestro país son principalmente estar legalmente constituido, estar dotado de personal técnico cualificado, etc. (McCrary, B.; Rodríguez, R.; Otero-López, J.M., 1998). A pesar de esto en los centros de Alcohólicos Rehabilitados existen diferentes tipos de grupos de autoayuda, los que cuentan con las orientaciones terapéuticas, los que funcionan sin guía aparente, los que se reúnen para actividades lúdicas, deportivas, etc...

Como hemos comentado la implicación y trabajo entre el personal cualificado y los grupos de autoayuda ha de ser de coordinación y apoyo mutuo, exigencia institucional para llevar a cabo los tratamientos, ya que se ha demostrado, a través de la experiencia, que los grupos por sí solos carecen de rigor científico y que por el contrario el trabajo técnico, de forma aislada, estaría incompleto para llevar a cabo con mayor éxito la desintoxicación, rehabilitación y normalización de los pacientes alcohólicos.

El trabajo de los profesionales aporta los conocimientos y dirige el tratamiento general, la terapia grupal de autoayuda completa el tratamiento individual de los profesionales. A su vez, estos profesionales establecen las pautas de trabajo y objetivos de los grupos.

¿Qué ventajas de actuación tiene esta intervención mixta?

- Coordinación y Comunicación entre terapeutas y monitores de autoayuda
- Favorece la objetividad con respecto a los pacientes al ser distintos puntos de vista
- Mayor información de todos los pacientes en cuanto a evolución en el tratamiento
- Facilita la incidencia en temas que el terapeuta considera de interés a tratar por el monitor y viceversa
- La responsabilidad para con los grupos es compartida
- Favorece la dinamización de los grupos y evita caer en la monotonía
- La identificación del problema está presente al ser mayoritaria la presencia del monitor de autoayuda.

La organización de los distintos grupos de autoayuda varía ligeramente, sin embargo lo que ocurre en el seno de ellos es comparable de un grupo a otro. El alcohólico/a, que pensaba que era el único en sentir la obsesión por el alcohol, encuentra en estos grupos (normalmente por primera vez), hombres y mujeres que comprenden totalmente su problema y que le confirman que

se trata de una enfermedad y que existe una salida.

Los miembros del grupo se ocupan del recién llegado. El éxito depende de la calidad de la acogida y de la comprensión que se sepa transmitir al paciente. El monitor y/o terapeuta que dirige o lleva el grupo debe manejar o estar dotado de una serie de habilidades al igual que ocurre con la intervención individual. *(Estas habilidades se pueden ver en el ANEXO V).*

De forma general, la intervención grupal posibilita trabajar los objetivos que se plantean para el tratamiento de los pacientes que asisten a los centros, posibilitando el llevar a cabo una serie de programas como entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento asertivo, resolución de conflictos, relaciones de pareja, prevención de recaídas, etc. que se ven favorecidos al trabajarlos de forma grupal ya que incrementa la motivación para el cambio, aumenta la retroalimentación, se refuerza el trabajo individual tanto a nivel personal como de consulta clínica, aumenta el aprendizaje positivo, favorece la identificación del problema, etc.

4.2.10.- Intervención Familiar.

1.- Fundamentos

- Por lo general el contexto de referencia del paciente, normalmente la familia, se encuentra involucrada en la solicitud de tratamiento

- La forma en que cada familia participa en el problema es diversa pero al mismo tiempo que se pueden identificar patrones de conducta de los miembros de la familia que parecen ayudar a que se mantenga el problema, también se encuentra en ella el germen del cambio, la posibilidad de la cura (Cancrini, 1991).

- En sentido estricto, cuando se observa al paciente en su contexto relacional es posible apreciar un sufrimiento directamente relacionado y producido por la conducta del alcohólico sobre los demás miembros de su grupo familiar.

- La familia suele presentarse con dolor y percibiéndose a sí misma como víctima de la situación.

- Otra característica común en el momento en que se solicita ayuda es que el paciente acepta la intervención por compromiso.

- En realidad está respondiendo mas a la presión a la que es sometido (a veces por coacciones y amenazas de los familiares y otras por remordimiento y sentimientos de culpa ante el daño que está ocasionando a sus seres queridos) que a una necesidad propiamente sentida como necesidad de cambio.

- Eso se traducirá a lo largo del tiempo de la intervención en fracasos repetidos y una persistente y dolorosa sensación de impotencia.

- Este trabajo pretende reflexionar sobre la importancia de la atención a la familia en los casos de Trastorno por Dependencia de Alcohol con el fin de poder obtener una comprensión global que permita una intervención razonablemente fundada.

2.- La familia como unidad de tratamiento

2.1.- El ciclo vital de la familia

- El ciclo vital es un constructo para poder entender el proceso evolutivo en el que nos encontramos individuos y familias.

- Las familias atraviesan por varias etapas perfectamente distinguibles que tienen sus propias características y objetivos y para las que es preciso que desarrollen estrategias de adaptación.

- Las reglas de funcionamiento familiar y los objetivos que deben alcanzar en cada etapa tienen por función conseguir el mayor nivel de adaptación posible a las exigencias del crecimiento de sus miembros y a las del medio en el que viven.

- Ello significa que una vez adaptados a un determinado momento evolutivo, individuo y familia aprenden una forma de funcionar que les hace tener un periodo de estabilidad que facilita el desarrollo y el cumplimiento de objetivos de ese momento evolutivo.

- También significa que los cambios que hay que introducir para adaptarse al crecimiento o a los requerimientos del medio desestabilizan la situación previa, de forma que ubican a la familia en una situación de crisis:

- Las conductas aprendidas para manejarse en un determinado momento del ciclo vital resultan insuficientes para el siguiente momento, por lo que habrá que generar y adoptar nuevas reglas de funcionamiento.

- Durante las crisis se ponen en cuestión todos los principios y reglas que han sido útiles en el momento anterior, y predomina la necesidad de adaptación y cambio.

- Una vez resuelta la crisis la familia logra un estado de equilibrio en el que desarrollar sus actividades. Equilibrio dinámico, es decir, resultante de la necesidad de mantenerlo y de los desafíos que cotidianamente han de afrontarse. Para regular dicho equilibrio la familia dispone de tres clases de mecanismos (Steinglass, 1989):

- a) Rutinas Cotidianas: Son actividades estructuradas que proporcionan sensación de confianza y seguridad: ciclos sueño-vigilia; preparación y consumo de comidas; organización de las tareas domésticas; organización de los espacios dentro de la casa; organización del tiempo, etc. Proporcionan un sentimiento de orden y comodidad porque son reconocibles y predecibles.

- b) Rituales de la Familia: Son procesos o episodios de conducta bien delimitados en el tiempo, con un comienzo y un final claros y que mientras se desarrollan no se pueden interrumpir. La familia tiene conciencia de que se está desarrollando una conducta especial y mientras se ejecuta predomina sobre cualquier otra conducta. Deben tener un componente simbólico. Son celebraciones familiares, tradiciones y rutinas pautadas, como los de acostarse o cenar, o los de tiempo libre.

- c) Por último, los Episodios de Solución de Problemas a corto plazo son conductas que ayudan también a la estabilidad interna de la familia. Básicamente se trata de que cuando la familia ha tenido que afrontar una situación conflictiva y desestabilizadora y la ha resuelto con éxito, el

proceso por el cual se llegó a solucionar queda impreso en la vida de los miembros de la familia como una alternativa disponible frente a nuevos desafíos.

- Cuando la familia atraviesa una crisis de ciclo vital tiende a revisar estos mecanismos reguladores para ajustarlos a la nueva etapa en la que se encuentran, de forma que los podrán modificar para que sigan sirviendo a la finalidad de mantener el equilibrio interno.

2.2.- El ciclo vital en la etapa adulta

Aunque el consumo dependiente de alcohol puede afectar a los individuos en cualquier etapa de su vida, algunas características de la propia sustancia (ser una droga integrada culturalmente; producir adicción física y otras complicaciones tras un prolongado periodo de consumo, etc.) determinan que los problemas asociados se suelen manifestar en la edad adulta.

- A efectos de etapa de ciclo vital, entendemos como **edad adulta** aquella que se inicia cuando la persona se ha desvinculado de su familia de origen y está en condiciones de poder establecer relaciones sólidas y consistentes con otros adultos: es decir, cuando la familia de origen ha dejado de constituir el principal contexto relacional y afectivo del individuo.

- Una desvinculación exitosa o lograda supone que la persona ha sido capaz de distanciarse organizativa y emocionalmente con respecto a su familia de origen (Cancrini, 1991). Es decir, está en condiciones de poder proporcionarse cuidados adecuados y de invertir afectivamente a personas ajenas a su familia.

- Desde este punto de vista, la edad, en sí misma, no es el único criterio con el que se valida la adultez. Puede haber personas de 40 años que no hayan logrado desvincularse (generalmente el bloqueo completo de la desvinculación está asociado al padecimiento de trastornos mentales graves), y personas con 18 años que ya estén en condiciones de formar su propia familia.

- Por otro lado, es posible que ocurra una circunstancia peculiar y que puede producir confusión al observador: hay personas capacitadas para desvincularse organizativamente (son autónomos para cuidarse) pero no emocionalmente. Ello se traduce en que las prioridades afectivas y emocionales del individuo están ubicadas en su familia de origen, quedando en un segundo plano los investimentos afectivos con sus iguales. A la postre, un cónyuge de una persona desvinculada sólo organizativamente percibirá que éste no logra cubrir sus necesidades afectivas, conservando una lealtad inadecuada hacia sus figuras parentales.

Con objeto de poder entender la función homeostática de la conducta alcohólica es importante tener en cuenta que habrá adultos completamente desvinculados (organizativa y emocionalmente) y adultos aparentemente desvinculados (que sólo lo están de forma parcial: en cuanto a su capacidad de ser autónomos organizativamente).

Un adulto debe enfrentarse a varias situaciones críticas esperables en su ciclo vital:

- La constitución de la pareja;
- El inicio de la vida en común;

- El afrontamiento de la parentalidad y la crianza;
- El afrontamiento de la desvinculación de los hijos; y
- La adaptación a las pérdidas relacionadas con el envejecimiento: *nido vacío*, jubilación y muerte.

La hipótesis de la Terapia Familiar Sistémica es que una inadecuada resolución de alguna de esas crisis puede ser el sustrato sobre el que se asiente la conducta alcohólica como problema (Steinglass, 1989).

- Pero también el manejo inadecuado de acontecimientos que afectan a la familia y que requieren que esta desarrolle nuevas estrategias de adaptación (conflictos conyugales, fallecimiento de algún miembro de la familia; situaciones económicas graves; emigración; afrontamiento de enfermedades crónicas incapacitantes, etc.) puede desembocar en situaciones críticas no previstas.

- Cada vez que la familia se enfrenta a una crisis debe revisar y generar cambios en sus mecanismos reguladores y establecer nuevas reglas de funcionamiento más adaptativas.

- Cuando se logra atravesar la crisis la familia se encuentra en mejores condiciones para permitir el crecimiento y desarrollo de sus miembros.

Pero determinadas circunstancias personales, sociales o culturales pueden jugar contra esta evolución.

El estrés producido por la necesidad natural del cambio y la dificultad para que este se produzca puede conducir a uno de los miembros de la familia a utilizar el consumo de alcohol con, al menos, una doble finalidad inconsciente:

- Buscar confort para su propio sufrimiento y
- Centrar la vida de la familia alrededor del problema.

Analizaremos seguidamente los procesos a través de los cuales puede suceder esto último.

3.- El consumo de alcohol: aspectos individuales y familiares

3.1.- Aspectos Individuales

- Las circunstancias que juegan a favor de que el consumo de alcohol sea experimental, integrado culturalmente o se convierta en un hábito, parecen relacionarse con el descubrimiento del efecto beneficioso o modulador de la sustancia sobre el estado mental de la persona.

Un estado mental vivido como egodistónico, doloroso o estresante y que encuentra alivio en el efecto psicotrópico del alcohol es la base de la consideración de su consumo como autoterapéutico, desde el punto de vista psicopatológico (Cancrini, 1991).

- El individuo entra en una dinámica en la que la búsqueda del efecto deseado, inicialmente es el motor de su conducta, pero posteriormente se va a encontrar con que la inducción de tolerancia y de síndrome de abstinencia lo conduce a mantener el consumo para evitar el sufrimiento.

3.2.- La familia ante la conducta alcohólica

Se ha postulado que los miembros de la familia que conviven con un adicto despliegan un conjunto de conductas adaptativas a la convivencia que se caracterizan por:

- El desarrollo de comportamientos tendentes a proteger, controlar y cambiar al adicto
- Intentar asumir la solución de la adicción y
- Reprimir o inhibir la manifestación de sentimientos y emociones.

Este conjunto de comportamientos sintomáticos van a constituir inadvertidamente un sistema que mantiene la propia adicción. A esta conducta se la ha denominado **co-dependencia** y se la considera disfuncional, en el sentido de que perjudica a las personas que las asumen así como dificultan el proceso de asunción de autoresponsabilidad del adicto frente a su conducta adictiva.

Sin entrar a valorar esta interpretación de la realidad, si que es preciso dejar constancia de que es posible verificar que el sufrimiento que produce el alcoholismo en la familia circula por distintos vericuetos y que, efectivamente, casi siempre conduce a que, en la búsqueda de soluciones al problema, la familia ensaye, generalmente con escaso éxito, distintas alternativas.

Así pues, resulta observable que la familia atraviesa por diferentes momentos:

- Al principio lo más frecuente es que la familia minimice o niegue el problema.
- En segundo lugar y cuando ya las señales de que existe el problema son demasiado evidentes, la familia suele intentar controlarlo.
- El resultado de este movimiento de intento de control es que la conducta y la vida del familiar empieza a girar alrededor del problema.
- Por último, a pesar de las soluciones intentadas se persiste en ellas y se cronifican.

Esta descripción se corresponde efectivamente con la vida de muchas familias que cuentan en su seno con un familiar alcohólico. Pero desde el punto de vista del terapeuta familiar es muy importante entender cómo se gestan y que utilidad tienen, con el objetivo de disponer de la información necesaria para la intervención terapéutica.

- La cuestión clave desde el punto de vista familiar es qué utilidad puede tener para la vida de la familia que uno de sus miembros presente una conducta alcohólica. O dicho de otro modo, cómo esa conducta se incorpora al funcionamiento familiar y termina por convertirse en un elemento regulador de su vida.

- El alcoholismo es un estado capaz de convertirse en un principio organizador central alrededor del cual se estructura la vida de la familia (Steinglass).

- Resulta obvio que la dependencia del alcohol ejerce un impacto negativo en la mayoría de las familias.
- Y resulta curioso como a pesar de la magnitud de las consecuencias negativas, las familias terminan por ir acomodándose al problema hasta el punto de pasar años soportando situaciones insufribles.
- Steinglass postula que debe haber algún factor que actúa como agente favorecedor del desarrollo de la conducta alcohólica que convierte a la familia en más vulnerable

frente a ella. Y en este sentido señala al ambiente interno y la necesidad de mantenerlo estable como un componente de ese factor favorecedor.

- La conducta alcohólica impactará en el ambiente interno de la familia a través de su influencia sobre los mecanismos reguladores.

- Por ejemplo, la familia irá deformando **las rutinas** existentes para que encajen mejor con las pautas de consumo de bebida y con sus consecuencias.

- Con respecto a los **rituales familiares**, hay que pensar que la conducta alcohólica tenderá a disgregar la ejecución de dichos rituales, y por tanto, para conservarlos la familia habrá de someterse a un sobreesfuerzo para que no sean quebrantados o invadidos por ella, cubriendo así mismo la necesidad de no excluir de dichos rituales al miembro alcohólico. La consecuencia última del impacto del alcoholismo sobre los rituales familiares será una pérdida de flexibilidad de la familia.

- Finalmente se producirá un fenómeno curioso con respecto a los **episodios de solución de problemas** a corto plazo: algunos aspectos claves de los procesos de solución de problemas llegan a vincularse en tal medida con el alcoholismo, que solo se producen cuando hay consumo de bebidas.

- Por ejemplo, las conductas de enfrentamiento que tienen que desarrollar las familias en condiciones normales para protegerse de la manipulación de personas ajenas a ella pueden quedar vinculadas a los momentos de embriaguez, con lo cual el episodio de intoxicación será un elemento del proceso por el cual la familia es capaz de defenderse de las hostilidades o agresiones del entorno. De esta manera la conducta alcohólica incluso podrá tener algunas “funciones” positivas en el mantenimiento de la estabilidad interna de la familia.

- Por tanto, y si bien la conducta alcohólica de uno de los miembros de la familia pone en crisis por sí misma su estabilidad interna, las modificaciones que introducen algunas familias en sus conductas reguladoras para impedir un enfrentamiento definitivo producen finalmente una adaptación reactiva.

- El objetivo de dicha adaptación es reestablecer su estabilidad interna sin excluir al alcohólico y tiene el efecto paradójico de favorecer, en vez de obstaculizar la conducta de beber.

- Así, el alcoholismo que al principio era una fuerza desestabilizadora para el equilibrio interno de la familia se convierte con el tiempo en un importante elemento estabilizador, más allá del sufrimiento que produce.

Atender estas posibles hipótesis del funcionamiento familiar del alcohólico nos permite entender aspectos claves del tratamiento como:

- Las dificultades del paciente para dejar el consumo, que se perciben como resistencias al cambio
- Las conductas familiares que percibimos como facilitadoras o co-alcohólicas y que también pueden ser sentidas por los terapeutas como resistencias.

Así mismo, y al considerar la conducta alcohólica como un epifenómeno, es decir, como el emergente de una situación problemática, y no solamente como el problema en sí, el objetivo de tratamiento es el paciente en su contexto, con su familia. De esta conclusión se parte a la hora de idear una intervención terapéutica que involucre a la familia.

4.- Intervención terapéutica

De todo lo tratado hasta ahora se deducen varias ideas para el abordaje terapéutico de las personas que presentan un trastorno por dependencia al alcohol.

- La primera es que hay una persona que está utilizando alcohol con una finalidad autoterapéutica, y una familia que en su afán por adaptarse y no excluirla de su vida se encuentra bloqueada y repitiendo sistemáticamente el mismo tipo de soluciones intentadas e inútiles.

- La segunda idea es que para complicar todavía un poco más la situación, probablemente la demanda de intervención la realice el cónyuge y el paciente acepte esta petición sin involucrarse demasiado en ella (esperando que la presión familiar ceda).

Lo cierto es que a los terapeutas se les plantean diversas cuestiones muy importantes en ese momento:

- La presumible falta de motivación del paciente para aceptar todos los cambios que han de producirse hasta lograr superar la dependencia
- Las capacidades o limitaciones personales con que cuenta el alcohólico para conseguir vencer su adicción
- La utilización de la terapia como una especie de tregua que disminuya el cerco que la familia le ha hecho
- El deseo familiar del cambio pero sin tener muy claro que los familiares también han de cambiar sus conductas
- Y las propias limitaciones de las intervenciones terapéuticas, de los terapeutas y de los recursos que se disponen para el tratamiento

Como consecuencia de todo lo tratado:

- En primer lugar habrá que destacar que si el alcohólico obtiene un beneficio psicológico del uso de la sustancia, que es valorado como más positivo que las consecuencias negativas que le aporta dicho uso, el lugar de la terapia en su vida va a competir con el lugar que ocupa el alcohol.

- En segundo lugar, y aceptando igualmente que la familia se ha adaptado y acostumbrado a convivir con la adicción de forma que se ha convertido en una especie de mecanismo regulador de su funcionamiento interno, habrá que pensar que la familia va a sufrir también una “abstinencia”, que puede ser vivida como un disconfort inespecífico o como problemas muy específicos: desde la depresión o la aparición de otros trastornos psiquiátricos en otro miembro de la familia hasta un aumento de la conflictividad en las relaciones.

Por todo ello la intervención sobre un Trastorno por Dependencia al Alcohol debe hacerse cargo tanto del paciente como de su familia en la medida en que el sufrimiento está ubicado en

ella y como señala Cancrini, también la posibilidad de cambio.

Steinglass (1989) distingue cinco etapas en la Terapia familiar del Alcoholismo:

- 1.- Análisis de la Demanda
- 2.- Diagnóstico del alcoholismo y definición como problema de familia
- 3.- Eliminación del Alcohol y logro de la Abstinencia
- 4.- Desierto Emocional
- 5.- Reestabilización

Se describen brevemente cada una de estas etapas:

4.1.- Análisis de la Demanda

- El principal objetivo de esta etapa es la creación del sistema terapéutico: básicamente se trata de que el paciente y su familia depositen su confianza en que van a poder ser ayudados en sus problemas, y en que este nuevo sistema, co-creado por los terapeutas y la familia, logre modificar las conductas que les están haciendo sufrir.

- Para los terapeutas es una fase de reconocimiento del terreno para intentar comprender qué significado tiene el problema para el individuo y para su familia.

- En esta etapa el terapeuta también ayuda a que el paciente y su familia comiencen a contemplar la situación con otros ojos, lo que probablemente les permitirá comenzar a vislumbrar nuevas estrategias de afrontamiento del problema.

4.2.- Diagnóstico del alcoholismo y definición como problema de familia

En esta fase el terapeuta tratará de responder varias preguntas.

- La primera de ellas será confirmar que el problema que está atendiendo es un Trastorno por Dependencia de Alcohol.

- La segunda pregunta que se formulará es si con este paciente y con esta familia el alcohol es la primera prioridad terapéutica. A veces, la falta de reconocimiento del paciente de su problema impedirá hacer un contrato con él basado en la superación de su dependencia, y será más importante diseñar un trabajo basado en la motivación.

- Una tercera cuestión a contestar es si se puede hacer o no un abordaje familiar. Puede ocurrir que aunque la terapia familiar esté indicada y sea necesaria, haya dificultades o resistencias familiares que la imposibiliten.

- Por último el terapeuta se tendrá que plantear si puede hacer con el paciente y con la familia un contrato terapéutico aceptable.

4.3.- Eliminación del Alcohol y logro de la Abstinencia

En esta fase el objetivo es lograr que desaparezca el uso de la sustancia. A nivel orgánico

será muy importante que el paciente recupere su equilibrio previo al consumo sobre todo por ver si la recuperación de su estado de salud puede convertirse en un buen estímulo para su motivación hacia el cambio.

- La desintoxicación es al mismo tiempo un buen momento para que la familia ensaye otros tipos de aproximación al paciente y a su problema.

- Cuando el alcohólico supera la abstinencia empieza realmente su terapia porque tendrá que aprender nuevas estrategias del manejo del malestar que le condujo a encontrar la solución en el consumo.

- La familia deberá estar en condiciones de soportar los vaivenes emocionales que se producen durante esta fase y de poder ayudar a resolverlos con nuevas estrategias de afrontamiento. Habrá comenzado igualmente su particular periplo hacia el cambio.

Lo más indicado en esta etapa será reservar un espacio para el trabajo individual, en el que el paciente explore soluciones más saludables para su disconfort así como para retomar su proceso de maduración y desarrollo personal. Y al mismo tiempo un espacio para la familia, en el que pueda trabajarse sobre la estructura y el funcionamiento familiar que pueden haber sostenido inadvertidamente la conducta problema.

4.4.- Desierto Emocional

En esta etapa del proceso de tratamiento la familia debe enfrentarse a varias situaciones nuevas que la llenan de incertidumbres y de malestar:

- La familia está “desadaptada” a la ausencia de la conducta alcohólica (sus mecanismos reguladores están tan deformados por la presencia del alcohol que cuando este falta la familia se encuentra con que esto la desestabiliza) y tiene inercia a continuar funcionando como lo hacía en presencia del alcohol

- Si no se produce una recaída, la familia va a ser embargada por un sentimiento de tristeza y abatimiento

- Se producirán presiones emocionales subyacentes para regresar al anterior estilo de vida

4.5.- Reestabilización

En caso de que todo haya ido bien con respecto a la remisión de la conducta alcohólica es posible que a lo largo de la intervención hayan emergido otros problemas tanto del paciente como de su familia. De ahí que la familia pueda requerir atención para los problemas que pueden haber quedado sin resolver. Entre ellos, los más frecuentes son los de la esfera conyugal, de forma que en muchas ocasiones va a ser necesario realizar una Terapia Conyugal que afronte las diferencias.

- Un buen resultado terapéutico sería que el paciente lograra integrar su abstinencia de alcohol en su estilo de vida, y que los cambios familiares facilitaran dicho logro.

- Pero a veces ello no es posible: bien por las propias limitaciones de los recursos terapéuticos, bien por limitaciones intrínsecas al caso.

- De cualquier forma, la intervención familiar siempre posibilitará una mejor calidad de vida del paciente y de su familia, y este objetivo, por sí mismo, también puede ser asumido por el equipo terapéutico.

5.- Estudios sobre eficacia del enfoque familiar en alcoholismo

No hay demasiada literatura científica orientada a evaluar la eficacia clínica de las intervenciones basadas en la familia en el campo de la dependencia del alcohol. Ello se debe, en parte, a que no son técnicas de aplicación muy extendidas y a que el objetivo que se marcan para involucrar a la familia es diferente. En efecto, las intervenciones familiares practicadas en el campo del alcoholismo se agrupan en tres tipos de orientación (Copello y cols. 2005):

- Trabajo con los miembros de la familia para promover la incorporación del paciente y su compromiso con el tratamiento.
- Trabajo con toda la familia para tratar la dependencia y
- Intervenciones terapéuticas dirigidas a las necesidades de los otros miembros de la familia.

En este trabajo nos interesa especialmente la intervención familiar dirigida a la superación de la dependencia y en este campo nos encontramos además con que existen diferentes enfoques o escuelas, cada uno de ellos con sus particularidades, que dificultan la capacidad de comparación de resultados.

A pesar de ello, los estudios revisados muestran evidencias de la utilidad de la terapia familiar en el tratamiento del alcoholismo.

- Desde hace años la terapia de pareja asociada al tratamiento del alcoholismo ha sido positivamente evaluada (McCrary y cols. 1991; O'Farrell y cols. 1992).

- Involucrar al cónyuge en el tratamiento produce mejores resultados terapéuticos que tratar al paciente sólo (McCrary y cols. 1991) y enfocar el tratamiento sobre el alcoholismo y sobre la mejoría del funcionamiento conyugal mejora los resultados y el pronóstico del mismo (Copello y cols. 2005).

- El problema es que hay una variedad importante de terapias de pareja (desde el internamiento conjunto hasta la terapia de grupo de parejas, pasando por la terapia de pareja sistémica, la terapia de pareja cognitivo-conductual, sesiones de confrontación familiar, psicoeducación, etc.) y que muchas de esas aproximaciones terapéuticas no han sido objeto de suficiente investigación para su evaluación, además de las dificultades ya mencionadas sobre la posible comparación entre ellas.

- Sólo la terapia de pareja dirigida desde una orientación cognitivo-conductual ha sido adecuadamente evaluada y ha mostrado su eficacia para aliviar el estrés conyugal e impactar sobre los problemas relacionados con el alcohol (Copello y cols. 2005).

- Otra de las aproximaciones terapéuticas evaluadas es la Terapia Familiar Unilateral, basada en el modelo sistémico (Thomas y cols. 1987). Al evaluar su eficacia en un grupo de casos que recibieron esta intervención frente a un grupo que no la recibió, los autores informaron que los tratados con esta técnica habían reducido considerablemente el consumo de alcohol y que facilitaba

la incorporación del paciente a un programa de tratamiento, frente a los que no realizaban este tipo de tratamiento.

- La terapia familiar o de pareja de orientación sistémica ha demostrado ser mas eficaz que la de tipo cognitivo-conductual para conseguir que permanezcan mas tiempo en tratamiento pacientes inicialmente resistentes al mismo (Shoham y cols. 1998). Igualmente los ensayos clínicos realizados sobre esta modalidad de tratamiento familiar han mostrado que es mas eficaz para comprometer al paciente en el proceso terapéutico y para lograr mejores tasas de abstinencia y de funcionamiento familiar postratamiento, que otros tipos de técnicas (Copello y cols. 2005).

Otros estudios, que involucran no sólo al alcohol como sustancia índice, vienen a subrayar algunos de los aspectos ya mencionados. En 1995 el National Institute On Drug Abuse (NIDA) en su monografía nº 156 dedica un capítulo a una revisión sobre los tratamientos basados en intervenciones familiares, en la que se destacan los siguientes aspectos:

- Se ha demostrado que la terapia familiar ayuda a que los pacientes permanezcan mas tiempo en los programas de tratamiento que otras intervenciones terapéuticas
- Los resultados terapéuticos son superiores, en términos de remisión de las conductas de adicción, al compararlos con Terapia Grupal, educación de Padres o intervención multifamiliar.

En 1997 Stanton y Shadish publicaron un meta-análisis cuyo objetivo era comprobar los resultados que se obtienen en los tratamientos de drogodependientes cuando se utilizan técnicas de intervención familiar. Dicho trabajo analiza en profundidad un total de 15 estudios seleccionados que cumplían los siguientes criterios:

- El síntoma de primer interés era la adicción
- Incluyen dos o mas tratamientos en la comparación, de la que una de ellas es cualquier ntervención familiar o de pareja
- Los casos se distribuían aleatoriamente a cualquiera de los tratamientos

La muestra completa de este meta-análisis asciende a 1571 casos y fue diseñado de forma rigurosa a nivel metodológico. Sus principales conclusiones fueron las siguientes:

- Los pacientes que recibieron terapia familiar o de pareja manifestaban de forma significativa menor uso de drogas después del tratamiento que los que recibieron otros tipos de terapia no-familiar, tanto en adultos como en adolescentes drogodependientes
- En los casos en los que se empleó terapia familiar aumentó la tasa de retención en tratamiento y hubo menos abandonos
- Específicamente, recibir terapia familiar fue mas eficaz que recibir consejo individual y terapia grupal. Ello no quiere decir que otros abordajes no sean eficaces aunque podrían tener mejores resultados si se les añade terapia familiar
- La terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.)

Últimamente se han publicado otras revisiones exhaustivas sobre la materia, confirmando los hallazgos mencionados anteriormente. Sin embargo todavía queda un gran camino por recorrer para perfilar mejor qué tipo de intervención familiar es más efectiva y el tiempo en que debe mantenerse dicho tipo de tratamiento.

4.2.11.- ANEXOS

ANEXO I

MÜNCHER ALKOLISMUSTES TEST (MALT)

Cuestionario MALT-O

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

Cuestionario MALT-S

	SI	NO
1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos		
2. A temporadas, sobre todo por las mañanas, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar		
3. Alguna vez, he intentado calmar la resaca, el temblor o la náusea matutina con alcohol		
4. Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades		
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o del almuerzo		
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7. A menudo pienso en el alcohol		
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo ha prohibido		
9. En las temporadas en que bebo más, como menos		
10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera		
11. Últimamente, prefiero beber alcohol a solas (y sin que me vean)		
12. Bebo de un trago y más deprisa que los demás		
13. Desde que bebo más, soy menos activo		
14. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido		
15. He ensayado un sistema para beber (p. ej., no beber antes de determinadas horas)		
16. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
17. Sin alcohol no tendría yo tantos problemas		
18. Cuando estoy excitado bebo alcohol para calmarme		
19. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida		
20. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no		
21. Otras personas no pueden comprender por qué bebo		

22. Si yo no bebiera me llevaría mejor con mi esposa/o (o pareja)		
23. Ya he probado a pasar temporadas sin alcohol		
24. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo		
25. Repetidamente me han mencionado mi «aliento alcohólico»		
26. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo		
27. A veces, al despertar, después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera		

ANEXO II

NOMBRE.....	APELLIDOS.....
CENTRO.....	FECHA.....

ESCALA DE LA INTENSIDAD DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL (EIDA)

Intente recordar un período de tiempo en los últimos 6 meses en los que usted haya bebido mucho. Ahora marque (X) en la casilla correspondiente la frecuencia con que las siguientes manifestaciones le ocurrieron durante ese período.

Durante ese período de tiempo que bebía mucho:

	NUNCA O CASI NUNCA (0)	A VECES (1)	FRECUEN- TEMETE (2)	CASI SIEMPRE (3)
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				
14. Bebía por la mañana para calmar los temblores				
15. Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme				
16. Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino u 8 cañas de cerveza)				
17. Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente son 2 botellas de vino o 16 cañas de cerveza)				
18. Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente son 3 1/2 botellas de vino o 32 cañas de cerveza)				
19. Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente son 7 botellas de vino o 64 cañas de cerveza)				
20. Llegaba a beber en menos de 1 hora 8 copas de licor (el equivalente son 2 botellas de vino o 18 cañas de cerveza)				
21. Después de haber tomado algunas copas me apetecía seguir bebiendo				
22. Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido				
23. No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas (trabajo, estudio, reuniones, etc.)				
24. Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto				
25. Había días en los que conseguía no beber nada				

NOMBRE..... APELLIDOS.....
CENTRO..... FECHA.....

CUESTIONARIO SOBRE LOS COMPONENTES OBSESIVOS COMPULSIVOS DE LA BEBIDA (Obsessive Compulsive Drinking Scale, OCDS)

(Las frases en cursiva no deben incluirse en la versión del paciente)

Instrucciones: Conteste a las siguientes preguntas indicando la cantidad de alcohol que usted bebe y sus intentos para controlar su bebida. Marque con un círculo el número que corresponda a la contestación más apropiada a su caso.

<p>1. ¿Cuándo usted no está bebiendo, cuánto tiempo tiene su mente ocupada con pensamientos, deseos o imágenes relacionadas con el alcohol?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Nada 1. Menos de 1 hora diaria 2. De 1 a 3 horas diarias 3. De 4 a 8 horas diarias 4. Más de 8 horas diarias
<p>2. ¿Con qué frecuencia tiene usted esos pensamientos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Nunca 1. No más de 8 veces al día 2. Más de 8 veces al día, pero estoy libre de ellos la mayor parte del tiempo 3. Más de 8 veces al día y durante la mayor parte del tiempo 4. Los pensamientos son tan frecuentes que no se pueden contar y/o raramente pasa una hora sin que ocurran. <p><i>(Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 1 o 2)</i></p>
<p>3. ¿Cuánto tiempo interfieren estos pensamientos, deseos o imágenes en sus actividades (o responsabilidades) sociales o laborales?</p> <p>Esta pregunta se refiere a si existe algo que usted no pueda llevar a cabo o deje de hacer por ellos. (Si en el momento actual no trabaja, indique cómo cree que se vería afectado su rendimiento si estuviese trabajando.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Pensar en la bebida no interfiere nunca. Puedo desenvolverme perfectamente 1. Los pensamientos sobre la bebida interfieren ligeramente en mis actividades sociales o laborales, pero mi rendimiento no se ve perjudicado 2. Los pensamientos sobre la bebida interfieren claramente en mi desenvolvimiento social o laboral aunque me puedo defender 3. Los pensamientos sobre la bebida causan importantes perjuicios en mi rendimiento ocupacional o social 4. Los pensamientos sobre la bebida interfieren totalmente en mi rendimiento social o laboral
<p>4. ¿Cuánta ansiedad o preocupación le causan a usted estos pensamientos, deseos o imágenes relacionadas con la bebida durante el tiempo en que usted no está bebiendo alcohol?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Leve, infrecuente y no demasiado molesto 2. Moderada, frecuente y perturbadora, aunque el malestar es manejable 3. Intensa, muy frecuente y muy molesta 4. Malestar extremo, casi constante e incapacitante

<p>5. Durante el tiempo en que usted no bebe, ¿cuánto esfuerzo le cuesta resistirse o ignorar estos pensamientos, deseos o imágenes?(señale los esfuerzos que hace para resistirse a estos pensamientos, no si tiene éxito o fracaso en controlarlos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Mis pensamientos son tan escasos que no necesito enfrentarme a ellos. Si tengo pensamientos siempre me enfrento a ellos 1. Trato de resistirme a ellos la mayor parte del tiempo 2. Hago algún esfuerzo para resistirme 3. Cedo a todos los pensamientos sin intentar controlarlos, pero lo hago con cierto rechazo 4. Cedo voluntaria y completamente a tales pensamientos
<p>6. Cuando usted no está bebiendo, ¿en qué medida tiene éxito al intentar parar o alejar tales pensamientos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Siempre consigo parar o alejar tales pensamientos 1. Normalmente soy capaz de parar o desviar tales pensamientos con algún esfuerzo y concentración 2. A veces soy capaz de parar o desviar tales pensamientos 3. Raramente consigo parar tales pensamientos y solamente puedo desviarlos con dificultad 4. Rara vez soy capaz de desviar tales pensamientos, incluso momentáneamente
<p>7. Cuando usted bebe alcohol, ¿cuántas copas se toma al día?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Menos de una copa diaria 2. 1-2 copas al día 3. 3-7 copas al día 4. 8 o más copas al día
<p>8. Cuando usted bebe alcohol ¿cuántos días a la semana bebe?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. No más de 1 día a la semana 2. 2-3 días a la semana 3. 4-5 días a la semana 4. 6-7 días a la semana
<p><i>Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 7 u 8 _____</i></p>
<p>9. ¿En qué medida su consumo de alcohol interfiere en su trabajo? Esta pregunta se refiere a si existe algo que usted no hace o no pueda hacer debido a su consumo de alcohol. (Si en el momento actual no trabaja,¿en qué medida cree que se vería afectado su rendimiento si estuviese trabajando?)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Mi consumo de alcohol nunca interfiere. Puedo desenvolverme perfectamente. 1. Mi consumo de alcohol interfiere ligeramente en mi trabajo, pero en conjunto mi rendimiento no se ve perjudicado. 2. Mi consumo de alcohol interfiere claramente en mi trabajo, pero aún me puedo defender. 3. La bebida produce graves perjuicios en mi trabajo. 4. Los problemas de bebida interfieren totalmente en la realización de mi trabajo.
<p>10. ¿En qué medida interfiere su consumo de alcohol en sus actividades sociales? Esta pregunta se refiere a si existe algo que usted no hace o no puede hacer debido a su consumo de alcohol?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. La bebida nunca interfiere. Puedo desenvolverme perfectamente. 1. La bebida interfiere ligeramente a mis actividades sociales, pero en conjunto mi comportamiento no se ve perjudicado. 2. La bebida interfiere claramente en mis actividades sociales. 3. La bebida causa graves perjuicios en mis actividades sociales. 4. Los problemas de la bebida interfieren totalmente en mis actividades sociales.
<p><i>Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 9 o 10 _____</i></p>

<p>11. Si a usted se le impidiese beber cuando desea una copa, ¿en qué medida se encontraría nervioso o molesto?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No estaría nada nervioso o irritado. 1. Estaría ligeramente nervioso o irritado. 2. La inquietud o irritación aumentaría, pero podría controlarlas. 3. Estaría muy nervioso o irritado. 4. Mi ansiedad o irritaciones serían incontrolables.
<p>12. ¿Cuánto esfuerzo realiza para resistirse a beber alcohol? (solamente puntúe sus esfuerzos para resistirse, no su éxito o fracaso en controlar realmente la bebida)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Mi consumo de alcohol es tan escaso que no necesito resistirme. Si bebo, estoy todo el tiempo resistiéndome a beber. 1. Trato de resistirme la mayoría del tiempo. 2. Hago algún esfuerzo para resistirme. 3. Cedo a casi todas las copas sin intentar controlarme, pero lo hago con cierto rechazo. 4. No hago ningún esfuerzo para resistirme a ninguna copa
<p>13. ¿Cómo es de fuerte su deseo de consumir bebidas alcohólicas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No tengo ninguno. 1. Algún deseo de beber 2. Fuerte deseo de beber 3. Muy fuerte deseo de beber. 4. El deseo hacia la bebida es incontrolable e irresistible.
<p>14. ¿Cómo es su control sobre el consumo de alcohol?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Tengo un control completo. 1. Normalmente soy capaz de controlar mi consumo. 2. Sólo puedo controlar el consumo con dificultad. 3. Tengo que beber y sólo puedo retrasar el consumo con dificultad. 4. Rara vez soy capaz de retrasar el consumo, incluso por poco tiempo. <p><i>Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 13 o 14</i> _____</p>

ANEXO IV

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE módulo DSM-IV

NOMBRE..... APELLIDOS.....
CENTRO..... FECHA.....

Directrices:

- El propósito de este cuestionario es conocer que tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
- Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
- Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida -----V F
2. Confío en la gente que conozco -----V F
3. No soy minucioso con los detalles pequeños -----V F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser -----V F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo -----V F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí -----V F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco -----V F
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas -----V F
9. Mucha gente que conozco me envidia -----V F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles -----V F
11. Nunca me han detenido -----V F
12. La gente cree que soy frío y distante -----V F
13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas -----V F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo -----V F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí -----V F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales -----V F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea -----V F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien -----V F
19. Me resulta muy difícil tirar las cosas -----V F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo -----V F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás -----V F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero -----V F

23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente -----V F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas -----V F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito -----V F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando -----V F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo -----V F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente -----V F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos -----V F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente -----V F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales -----V F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas -----V F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo -----V F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto -----V F
35. No me gusta ser el centro de atención -----V F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel -----V F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mi mismo -----V F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí -----V F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente -----V F
40. A menudo me siento vacío por dentro -----V F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más -----V F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mi mismo -----V F
43. Tengo ataques de ira o enfado -----V F
44. Tengo fama de que me gusta “flirtear” -----V F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer -----V F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mi mismo -----V F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas -----V F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero -----V F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana -V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables -----V F
51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida -----V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente -----V F
53. Soy muy emocional y caprichoso -----V F

54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas -----V F
55. Sueño con ser famoso -----V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias -----V F
57. Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz -----V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas -----V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera -----V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales -----V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido -----V F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente -----V F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas -----V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo -----V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento -----V F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación -----V F
67. No suelo mostrar emoción -----V F
68. Hago cosas para que la gente me admire -----V F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos -----V F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico -----V F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales -----V F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años -----V F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo -----V F
74. Me resulta difícil no meterme en líos -----V F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje -----V F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho -----V F
77. Tengo amigos íntimos -----V F

Resumen de la puntuación del cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV.

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

301.0 **Paranoide** 2F 14F 36 38 58 66 72

301.20 **Esquizoide** 1F 12 21F 31 46 57F 77F

301.21 **Esquizotípico** 2F 24 30 52 64 67 70 71F 77F

301.50 **Histrionico** 5 10 17 26 28 35F 44 45

301.7 **Antisocial** 11F 18F 20 29 47 56 74

301.81 **Narcisista** 7F 9 15 22 37 55 61 65 68

301.82 **Limite** 4 8 13 25F 40 43 53 60 75

301.4 **Obsesivo-Compulsivo** 3F 19 23 32 41 48 54 59

301.5 **Dependencia** 6 33 42 49 50 62 69F 73

301.83 **Evitación** 16 27 34 38 39 51 63 76

ANEXO V

HABILIDADES DEL TERAPEUTA

HABILIDAD	DESCRIPCION	METAS Y RESULTADOS
Dar feedback	Expresar reacciones concretas basadas en la observación de la conducta de los pacientes	Ofrecer una visión externa de cómo las personas aparecen ante otros, aumentando el autodescubrimiento.
Sugerir	Ofrecer información, e ideas para nuevas conductas	Ayudar a los pacientes a desarrollar vías alternativas de pensamientos y acciones.
Revelarse	Revelar las reacciones propias ante los eventos del aquí y ahora en el grupo	Facilitar la interacción a nivel más profundo en el grupo, creando confianza, y proporcionando un modelo de formas de revelarse a otros.
Modelar	Demostrar las conductas deseables a través de acciones	Propiciar ejemplos de conductas deseables; animar a los pacientes a desarrollar completamente su potencial.
Vincular	Conectar el trabajo que los pacientes hacen sobre temas comunes	Promover la interacción paciente a paciente, motivando el desarrollo de la cohesión.
Bloquear	Intervenir para interrumpir conductas contraproducentes	Proteger a los pacientes, encauzando el flujo de los procesos grupales.
Terminar	Preparar al grupo para cerrar una sesión o finalizar la existencia del grupo	Ayudar a los pacientes a asimilar, integrar y aplicar lo aprendido en el grupo en su vida cotidiana.
Sugerir	Inducir a los pacientes a observar las discrepancias entre sus palabras y acciones, o entre sus mensajes verbales y corporales.	Animar a la autoexploración honesta, promoviendo el uso completo de los recursos personales, facilitando la conciencia de las autocontradicciones.
Reflejar sentimientos	Comunicar la comprensión del contenido de los sentimientos	Permitir a los pacientes saber que están siendo escuchados y comprendidos, más allá de sus palabras.
Apoyar	Animar y reforzar	Crear una atmósfera que estimule a continuar con las conductas deseables, ofreciendo ayuda cuando los miembros se enfrentan a problemas difíciles; aportando autoconfianza.

Empatizar	Identificarse con el paciente, asumiendo sus marcos de referencia	Promover confianza en la relación terapéutica, comunicando comprensión, y estimulando niveles más profundos de autoexploración.
Facilitar	Establecer una comunicación clara y directa individual y dentro del grupo, ayudando a los pacientes a asumir el incremento de responsabilidad en su dirección	Promover la comunicación efectiva entre los pacientes ayudándoles a encontrar sus propias metas en el grupo
Iniciar	Promover la participación e introducir nuevas direcciones	Prever esfuerzos innecesarios, aumentando el desarrollo de los procesos grupales.
Fijar metas	Planear metas específicas	Dar sentido a la actividad, ayudando a los pacientes a clarificar y seleccionar sus propios objetivos
Evaluar	Valorar las dinámicas individuales y grupales	Promover un mejor autodescubrimiento y comprender el movimiento, y la dirección del grupo.
Escuchar	Atender a los aspectos verbales y no verbales de la comunicación, sin juzgar ni evaluar	Estimular la confianza, la apertura y la autoexploración por parte del paciente
Recapitular	Parfrasear lo que un participante ha dicho para clarificar su significado	Determinar si el director ha comprendido correctamente lo expresado por el miembro, apoyando y clarificando su significado.
Clarificar	Capturar la esencia del mensaje en el ámbito emocional y de pensamiento.	Ayudar al paciente a sortear sentimiento y pensamientos conflictivos y confusos para llegar a un significado comprensible de lo que está comunicando
Resumir	Reunir los elementos más importantes de una intervención o sesión	Evitar la fragmentación y dar dirección a la sesión, aportando continuidad y significado.
Preguntar	Realizar preguntas abiertas para permitir la autoexploración del “que” y del “como” de la conducta	Promover más la argumentación e información; estimulando pensamientos e incrementando la claridad.
Interpretar	Ofrecer posibles explicaciones de ciertos pensamientos, sentimientos y conductas	Estimular una autoexploración más profunda y una nueva perspectiva para considerar y entender el propio comportamiento.

Traducido de Corey, G., en *Theory and Practice of Group Counseling*, Brooks Cole Publishing Company, (1994)

ANEXO VI

CONFLICTOS MOTIVACIONALES PARA CADA ESTADIO

Estadio de Cambio	Conflicto del Paciente
Precontemplación	No entiendo que mi consumo de alcohol le preocupe a nadie, espero que asistiendo a consulta todo esté más tranquilo.
Contemplación	Es posible que en ocasiones beba un poco más, pero no entiendo qué relación puede existir entre mis problemas y mi consumo.
Preparación	Me siento capaz de poner fecha para dejar de beber, pero ¿podré cumplirlo?
Acción	Llevo 1 mes sin beber ni una gota, pero a veces el deseo me invade...
Mantenimiento	Después de meses en abstinencia y una notable mejoría en mi vida me pregunto si en alguna ocasión no podré tomar una copa

ANEXO VII

MODELO TRANSTEÓRICO Y ESCUELAS DE TERAPIA

TEORÍA	PROCESOS DE CAMBIO	TÉCNICAS
Psicoanalítica	*Aumento de Conciencia	*Análisis de Resistencia
	*Relieve Dramático	*Asociación libre *Interpretación sueños
Humanista	*Liberación social	*Clarificación Reflexión
	*Autoliberación	*Empatía *Libre Experimentación
Gestalt	*Autoreevaluación	*Feedback
	*Relieve Dramático	*Confrontación
Conductista	*Control de Estímulos	*Asertividad
	*Control de Contingencias	*Relajación
	*Contracondicionamiento	*Reforzadores *Entren. Autocontrol
Cognitiva	*Autoreevaluación	*Educación
	*Contracondicionamiento	*Identificar pensamientos irracionales
		*Reestruct. cognitiva

Prochaska y Nocross, 1999

4.3.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeijón, Urbano. La recaída en Toxicómanos. Programa de Prevención de Recaídas en Comunidad Terapéutica Manuene.
- "Alcoholismo" 2003 en: http://www.psicoplanet.com/temas/tema02_contenido.htm
- Alonso-Fernández, F. Alcoholdependencia. Personalidad del Alcohólico. Masson-Salvat Medicina.
- Alonso, García-González, (1989). Alcoholismo, determinantes de la recaída. Revista Adicciones.
- Arboles, J. Sociología y Causas del Alcoholismo. Bellaterra 2000. Barcelona 1995.
- Beck; Wright; Newman; Liese. Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Paidós. Barcelona.
- Belart A., Ferrer M. El ciclo de la Vida: Una visión sistémica de la familia. Editorial Desclee de Brouwer. 1998, Bilbao.
- Bernardo-Roca (1998). Trastorno de la personalidad. Evaluación y tratamiento. Barcelona Masson.
- Becoña. E. (1998). Alcoholismo. En M.A. Vallejo. Manual de Terapia de Conducta. Madrid. Ed. Dykinson.
- Becoña. E. (2001). Tratamiento psicológico de las conductas adictivas. En JM. Buceta. Intervención psicológica y Salud. Madrid. Ed. Dykinson.
- Blanco-Antequera (1996). Factores psicológicos implicados en la etiología del Alcoholismo. Monografías de Psiquiatría nº 8.
- Bobes, González, Saiz, Bousuño, (1996), Índice Europeo de Severidad de Adicción. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría.
- Bobes, Portilla, Bascaron, Saiz, Bousuño (2003). Banco de Instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica. Ars Medica Barcelona.
- Cancrini L.: La Psicoterapia: Gramática y Sintaxis. Editorial Paidós. 1991, Barcelona.
- Casas m. (1996). Grupos de Prevención de recaídas. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad Deusto.
- Center for Substance Abuse Treatment. Substance abuse treatment and family therapy. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2004, 232 p. (Treatment Improvement Protocol; nº TIP 39).
- Cirillo S. Y cols.: La Familia del Toxicodependiente. Editorial Paidós. 1999, Barcelona.
- Copello A. G., Velleman R.D.B., Templeton L.J. (2005): Family Interventions in the treatment of alcohol and drug problems. Drug and Alcohol Review, 24:369-385.
- Echaburu (1997). Evaluación y Tratamiento de los trastornos adictivos. Madrid, Fundación Universidad Empresa.
- Díaz Salabert. Prevención de Recaídas. Encuentros Nacionales sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario. CPD de Cádiz.
- FAD y Fundación de Ciencias de la Salud. Curso sobre Alcoholismo y Drogodependencias. 1998.
- Fernández Ballesteros, Carrobbles (1991). Evaluación conductual. Madrid. Pirámide.
- Fernández Miranda, (2001). Evaluación en adicciones. Revista Psiquis. Volumen 32 nº 5 Pag 183-193.
- Freixa, F. La Enfermedad Alcohólica. Herder. 1996. Barcelona.
- García González (1991). Prevención de recaída en Dependencia a Alcohol. Madrid. Facultad de Psicología. Editado en Microfims.
- García González (1993). Algunas Intervenciones psicológicas orientadas a la abstinencia en los dependientes a alcohol. Revista Anual de Psicología.
- Generalita Valenciana. Consellería de Bienestar Social. Trastornos Adictivos. Drogodependencias: Clínica y Tratamientos Psicobiológicos. 2001.
- Girón García S, Cruz Hernández S. (1998): Abordaje Familiar de los Trastornos por Consumo de Alcohol. Sistémica, nº 4-5; pp:65-88.
- Girón García S, Martínez Delgado J.M., González Saiz F.: (2002) Drogodependencias Juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos*, 4(3): 161-170.
- Girón García, S. "Perspectiva Sistémica de la atención al paciente alcohólico". Encuentros de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones. Género y Adicciones. Chiclana de la Frontera (Cádiz), 2004.
- González Saiz (1997). Estandarización de un instrumento multidimensional de los trastornos adictivos. Universidad de Cádiz.

- Graña, J.L. (1994). Intervención conductual individual en Drogodependencias. Conductas adictivas. Madrid. Ed. Debate.
- Gual, A. Monografía de Alcohol. Adicciones. Vol.14, Suplem.1. 2002.
- Gual Solé, Antoni. Terapias Grupales en el tratamiento del alcoholismo. Terapias grupales. Pp. 184-194. Servicio de Publicaciones del Ayuntamiento de Vic. Barcelona. 1990.
- Guerra D. (1992). ASI, un índice para la severidad de la adicción. Barcelona Ediciones de neurociencias.
- Guiñales Ruíz. Plan Regional sobre Drogas. Comunidad Autónoma de Madrid.
- Jiménez, Monaoscav, Jiménez-Arriero, Ponce, Rubio. Programas Psicológicos de intervención en los trastornos por uso de Alcohol. Curso de Especialización en Alcoholismo.
- J. Díaz-Benjumea, M^ªD. Tratamiento del Alcoholismo. El Enfoque de McCrady". Revista de Psicoanálisis, Nov. 2003, nº 15.
- Kaplan, H.I./Sadock, B.J. Terapia de Grupo. Colección Psicología y Psiquiatría.
- Labrador, Echaburua, Becoña (2000). Guía par la elección de tratamientos efectivos. Madrid. Ed. Dykinson.
- Larimer (1998). Prevención de la recaída de descripción del modelo cognoscitivo de Marlatt. Revista Investigación y Salud del Alcohol.
- Liddle H.A., Dakof G.A. (1995): Family Based Treatment for Adolescent Drug Use: State of the Science. En: Adolescent Drug Abuse: Clinical Assesment and Therapeutic Interventions. NIDA Res. Monogr. 156: 218-54.
- Litman (1980). Relapse in Alcoholism. Alcoholism: Trectment in transition. Londres.
- Marlatt, G y Gordon J.R (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in treatment of adictiva behaviors. New York: Guilford Press.
- Martínez Delgado (1996). Validación de los cuestionarios breves. AUDIT, CAGE y CBA, para la detección de problemas de alcohol .Universidad de Cádiz.
- McCrady, B.; Rodríguez Villarino, R.; Otero- López, J.M. Los problemas de la Bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso. Manual del Terapeuta. Manual de Autoayuda. Psicología Pirámide.
- McGraw-Hill; Belloch, A.; Sandín, B, Ramos, F. Manual de Psicopatología. 1995.
- Miller, W.R. Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias.
- Miller, W. Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP).
- O'Farrell T.J., Cutter H.S.G., Choquette K.A., Floyd F.J., Bayog R.D. (1992): Behavioral marital therapy for male alcoholics: marital and drinking adjustment during the 2 years after treatment. Behav. Therapy, 23: 529-49.
- O'Farrell T.J., Choquette K.A., Cutter H.S.G., Brown E., Bayog R., McCourt W., Lowe J., Chan A., Deneault P. (1996): Cost-benefit and cost effectiveness analyses of behavioral marital therapy with and without relapse prevention sessions for alcoholics and their spouses. Behavior Therapy 27 (1): 7-24.
- O'Farrell T.J. (2001): Family-involved alcoholism treatment. An update. Recent. Dev. Alcohol, 15: 329-356.
- O'Farrell T.J., Fals-Stewart W. (2003): Alcohol Abuse. J. Marital Fam. Ther. 29 (1): 121-46.
- McCrady B., Scout R., Noel N.,Abrams D., Nelson H.F. (1991): Effectiveness of three types of spouse-involved alcohol treatment: outcomes 18 months alter treatment. Br. J. Addiction, 86: 1415-24.
- OMS. (1992).Clasificación Internacional de enfermedades. Edición 10. Meditor. Madrid.
- Parks. Marlatt (2000). Terapia de la prevención de Recaída. Acercamiento cognoscitivos del comportamiento. Revista de Psicología Nacional. Volumen 9 nº 5.
- Pastor, López-Latorre (1993). Modelos teóricos de Prevención en Toxicómanos. Propuesta de Clasificación. Anuales de Psicología. Volumen 9(1)
- Plan Regional sobre drogas (1995). Programas de Intervención. Prevención de Recaídas. Madrid.
- Prochascka,J.O y Prochascka, J.M (1993). "Modelo transitorio de cambio en conductas adictivas" en Casas y Gossops, Recaída y prevención de recaídas. Barcelona. Ed. de Neurociencia. Cintran.
- "Psicología de las Drogodependencias", en: <http://www.co.es/perfiles/contenido/drogodependencias.htm>
- Rodríguez Martos (1989).Manual de alcoholismo para el medico de cabecera. Barcelona Salvat.
- Rodríguez Martos (1993).Utilidad del MALT en el diagnostico del alcoholismo en Atención Primaria.
- Rodríguez Naranjo/Gavino/Esteve. Técnicas de Intervención en Terapia de Grupo. Ediciones Albatros. Colección: Educación.
- Rollnick, S; Miller, W.R. La Entrvista Motivacional. Preparar para el Cambio de Conductas Adictivas. Paidós.
- Rogers, Carl R. Psicoterapia centrada en el Cliente. Paidós, 2001

- Rubio, López, (1999). Validación del Cuestionario Sobre los componentes obsesivo-compulsivos de la bebida en alcohólicos españoles. Adicciones nº 11
- Rubio, Ponce, Jiménez-Arriero, Santo-Domingo (1999). "La pérdida del control en la dependencia alcohólica". Revista Adicciones nº11 páginas 143-158
- Rubio, Santo-Domingo (2000). Guía Práctica de Intervención en el alcoholismo. Madrid.Ed. Gabriel Rubio.
- Rubio, Santo-Domingo, Bermejo,(1998).Validación de la prueba para la identificación de Trastornos para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) Rev.Clin. Espa. nº 1998
- Rubio, Urosa, Santo-Domingo, (1998).Validación de la Escala de Intensidad de la Intensidad de la Dependencia a Alcohol (EIDA).Psiquiatría Biología nº 5.
- Santo Domingo, J. y Jiménez-Arriero, M.A. (Coordinadores). Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Adicciones. 2003.
- Santo-Domingo, Martínez, Rubio (1997).Diagnostico del alcoholismo. Monografías de psiquiatría.
- Santo-Domingo(2000).Diagnostico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias Consenso del SEP.
- Shoham V., Rohrbaugh M.J., Stickle T.R., Jacob T. (1998): Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive-behavioral versus family-systems treatments for alcoholism. J.Fam. Psychol. 12: 557-77.
- Slattery J, Chick J., Cochrane M., Craig J, Godfrey C., Kohli H., Macpherson K., Parrott S., Quinn S. Single A., Tochel C., Watson H. (2003): Prevention of relapse in alcohol dependence. Health Technology Assesment Report 3. Glasgow. Health Technology Board for Scotland.
- Sociedad Española de Toxicomanías. Manual SET de Alcoholismo. Editorial médica Panamericana. 2003.
- Stanton M.D., Shadish W.R. (1997). Outcome, Attrition and Family Couples-treatment for drug abuse: A meta-analysys and Review of the controlled, comparative studies. Psychol. Bull. 122 (2): 170-91.
- Steinglass, P.: La Familia Alcohólica. Editorial Gedisa, 1989, Barcelona.
- Thomas E.J., Adams K.B., Yoshioka M.R., Ager R.D. (1987): Unilateral relationship enhancement in the treatment of spouses of uncooperative alcohol abusers. Am. J. Fam. Ther. 18: 334-44.
- "Terapia Cognitiva de los Trastornos Psicológicos" 2003. http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse_mejor/sentirse2.htm
- Yalom, Irvin. Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo. Paidós Ibérica, S.A./2000. Colección:Psicología, Psiquiatría, Psicoterapia.

5 - ASPECTOS SOCIALES DE LOS TRATAMIENTOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Autores:

M^a Carmen Zayas González

aardespertar@hotmail.com

Jorge Escalona Díaz

ccda@estepona.es

5.1 Criterios de Evaluación y Diagnóstico

Definición

El diagnóstico social es la herramienta básica de recogida de información para realizar un estudio sobre las situaciones y necesidades de las personas afectadas por problemas de drogodependencias y/o adicciones dentro de un contexto determinado, sus causas y desarrollo, teniendo en cuenta los factores que influyen en este.

El resultado de dicho estudio es el detectar el grado de importancia que posee cada factor influyente en el problema de drogodependencias y /o adicción, base fundamental para elaborar estrategias de intervención.

Principios Básicos del Diagnóstico Social

- Recogida de información básica para definir así las actuaciones y estrategias a desarrollar en la intervención.
- Recogida de información bilateral donde tanto el profesional como el paciente van aportando los datos necesarios para un mejor conocimiento sobre la realidad del mismo.
- Detectar las capacidades del paciente, las cuales una vez desarrolladas ayuden a cambiar y mejorar su situación.
- Dos funciones fundamentales. Investigación/Estudio y Programación/intervención.
- Estudio continuo y cambiante a diferencia de test de evaluación médico o psicológico. Se va modificando a raíz que va cambiando durante todo el proceso de cambio de su situación..
- Estudio flexible sin entrar en detalles, para no llegar a ser una mera descripción de problemas.
- Es válido y adaptable a todos los modelos teóricos de intervención social en drogodependencias.

Elementos básicos que debe contener un diagnóstico social en drogodependencias:

1. Elementos de la situación personal
2. Elementos de su entorno próximo (núcleo básico de convivencia, con quién y en qué condiciones vive...)
3. Elementos de supervivencia (con qué, cómo y dónde vivir)
4. Elementos de convivencia y pertenencia social (cómo formar parte de la sociedad; conflictos y estigmas; sociabilidad y socialización)
5. Elementos que permiten definir un futuro: carencias y nuevas experiencias reformadoras positivamente

Instrumentos para el diagnóstico social

El diagnóstico se basa en un estudio-investigación previo sobre las diferentes áreas de estudio que se detallan a continuación.

Los instrumentos a utilizar serían, por tanto:

- Entrevista semiestructurada, compuesta por una batería de preguntas que contemple y analice los indicadores que se desarrollan en el documento.

- Codiagnóstico. Instrumento trabajado conjuntamente con la persona que ha de servir para construir una relación de confianza mutua. Ha de permitir descubrir los factores de protección para el cambio y los objetivos realistas definidos en la intervención, calendarizado y modificable en el tiempo.

- Mapa de red social. Basándose en el modelo ecosistémico, se evalúan las redes sociales de la persona y su familia. Definiendo el apoyo social a lo largo de la vida, resaltando la importancia de las relaciones interpersonales.

Este mapa se divide en una serie de segmentos con el objetivo de conocer:

- quiénes son las personas incorporadas a la red
- qué tipo de apoyos ofrecen
- nivel de implicación (frecuencia de contacto, intensidad, duración...)
- tamaño de la red
- Percepción del apoyo emocional, material e instrumental.
- Cercanía y reciprocidad.

- Plan de trabajo compartido. Plan de intervención donde tanto profesional como paciente analizan y valoran la situación de la persona y los recursos disponibles, definiendo objetivos y acciones que el paciente debe de desarrollar para conseguirlos, y así cambiar su realidad.

NOTA: Ver anexo 2: Indicadores de diagnóstico Social.

5.2 Intervenciones Terapéutica

5.2.1 Definición.

Las intervenciones del Trabajo Social en el campo del alcoholismo y por tanto de las drogodependencias y adicciones, va dirigido a estudiar y valorar el entorno socio económico familiar del sujeto con problemas de alcoholismo, con el fin de jerarquizar y dar prioridad a las necesidades consecuentes de dicho problema en todos los campos donde el sujeto forma parte. (Familia, Vivienda, Empleo, Educación, Salud, Economía, Ocio – Tiempo Libre, Comunidad).

NOTA: Ver Anexo 1: Funciones específicas del/a Trabajador/a Social en drogodependencias.

5.2.2 Abordaje Social.

Actuaciones del Trabajo Social, que como parte del equipo multidisciplinar que aborda el problema del consumo de sustancias o adicciones, debe de efectuar una valoración técnica sobre la situación del sujeto, mediante una serie de entrevistas, donde se aplica y desarrolla el diagnóstico, detectando los problemas o necesidades derivado del problema de adicción.

El objetivo de dicho abordaje social es elaborar un plan de intervención, mediante el cual se movilizan y desarrollan las habilidades y capacidades del sujeto para que sea capaz de ir cubriendo sus necesidades. Esta intervención con el sujeto forma parte del Proceso Terapéutico Individualizado que se define por el equipo terapéutico multidisciplinar, tras realizar una valoración biopsicosocial de la situación del sujeto.

En el Proceso Terapéutico Individualizado, se definen los objetivos a alcanzar junto con el sujeto para una rehabilitación de su problema de adicción. En dicho proceso el cubrir las necesidades o el solucionar los problemas originados por la adicción, es uno de los objetivos a alcanzar.

Para ello el Técnico de Trabajo Social ha de poner a disposición los recursos existentes para solucionar dichas dificultades, a la vez de ir desarrollando las habilidades y capacidades del sujeto para la utilización de dichos recursos.

A) Asesoramiento e Información.

Intervención del Trabajo Social, dirigida a toda la población que acude al centro de tratamiento, buscando información sobre diferentes recursos existentes en la comunidad para el abordaje y tratamiento de los problemas de drogodependencias y adicciones.

En dicha intervención, se informa sobre el funcionamiento del centro de tratamiento ambulatorio y de toda la red asistencial existente. (Comunidades Terapéuticas, Centro de Día, Centro de Encuentro y Acogida, Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Vivienda de Apoyo al Tratamiento, Vivienda de Apoyo a la Reinserción, Asociaciones específicas....)

En esta intervención, no sólo se facilita dicha información, sino que también se asesora a toda persona que así lo demanda, a abordar el problema de adicción, dirigido a las actuaciones más recomendables para que el sujeto sea consciente de su problema, para que una vez asimilado, este motivado a realizar un tratamiento y seguimiento de su problema de adicción. A su vez, se ayuda a toda aquella persona que acude al servicio a expresar la crisis que supone abordar un problema tan complejo como la drogodependencia y la adicción, para así motivar a que ayude al sujeto con problema de adicción a tomar la decisión de acudir a un servicio especializado para tratar su problema.

B) Acogida

Es el primer contacto terapéutico con el sujeto que nos presenta problema de adicción, donde hay que motivarlo hacia la resolución de dicho problema. Para conseguir que el paciente logre decidirse a realizar dicho cambio se debe de realizar varias sesiones terapéuticas, fortaleciendo la decisión hacia el cambio del paciente.

En este primer contacto, un factor importante es el obtener información acerca de la motivación del paciente a realizar un proceso terapéutico para poner solución a su problema de adicción. Teniendo como referencia la Intervención Transteórica de Apoyo al Cambio en las Adicciones, donde se refleja los diferentes estadios de motivación al cambio, se abordará el factor motivacional del paciente según el estadio de motivación al cambio que presente:

Precontemplación: Aumento de la duda. Incrementar la percepción del paciente sobre los riesgos y problemas de su conducta adictiva.

Contemplación: Inclinación de la balanza. Valorar los pro y los contra del cambio. Aumentar la autoeficacia para el cambio de la conducta adictiva.

Determinación: Determinar el mejor recurso de acción para conseguir el cambio.

Acción: Ayudar al paciente a dar los pasos para el cambio, acceder al recurso apropiado para el cambio.

Mantenimiento: Detectar e identificar con el paciente las estrategias a utilizar para la prevención de recaídas.

Recaída: Motivar al paciente a retomar el proceso de contemplación, determinación y acción, evitando el bloqueo y la desmotivación del paciente hacia el cambio.

Es importante la motivación del paciente, pues éste presenta ambivalencia frente al cambio, con lo cual se debe trabajar que sea el propio paciente, el que decida realizar dicho proceso de cambio.

Con todo esto se pretende llegar a una toma de decisión y un compromiso para el cambio, para ello es necesario utilizar ciertas estrategias.

- Relación basada en el Feedback.
- Compromiso y responsabilidad para realizar el cambio.
- Ofrecimiento de consejo.
- Creación de las alternativas para efectuar el cambio.
- Practica de la empatía.
- Disminución de la deseabilidad.
- Potenciación de la autoeficacia, esperanza y optimismo.
- Aclaración de los objetivos del cambio.
- Ofrecimiento de ayuda activa.

La utilización de dichas estrategias esta basada en una serie de principios generales:

-Expresar empatía: Escuchar, comprender los sentimientos y las perspectivas de los pacientes sin prejuicios ni juicios de valor.

- Crear discrepancia entre la situación actual y el objetivo final del cambio, aclarando los objetivos del cambio, para que el paciente por si mismo, después de analizar que las consecuencias reales de su conducta adictiva no son compatibles con dicho objetivo, decida las razones para el cambio.

- Evitar la confrontación, para así poco a poco a lo largo de varias sesiones, aumentar la concienciación de los problemas de la conducta adictiva y la necesidad de efectuar el cambio.

-Resituar al paciente hacia el cambio, cuando aparece la negación de realizar éste. Se debe de utilizar diferentes perspectiva para la realización del cambio.

-Fomentar la autoeficacia, aumentar la percepción del paciente sobre su capacidad de realizar el cambio, solventando las dificultades que impiden conseguirlo.

C) Valoración Social: Diagnóstico social

La valoración social consiste en que durante las sesiones, que sean oportunas según las características del usuario, se aplique el diagnóstico social como herramienta de recogida de datos y evaluación, con el fin de detectar posibles problemáticas que existan conjuntamente a la problemática de la dependencia.

Normalmente no se necesita desde el plano social ningún otro instrumento de valoración, pero siguiendo el modelo de Intervención Transteórica de Apoyo al Cambio en las Adicciones (I.T.T.A.C.A), se puede utilizar también otros instrumentos de apoyo como pueden ser los Test, aunque no sea una práctica muy común dentro del Trabajo Social.

Dicho Test, ayudaran al paciente a tomar conciencia de su situación, aumentando su grado de motivación al cambio, decidiendo mediante un contrato terapéutico el realizar un proceso terapéutico marcando unos objetivos conjuntamente con el técnico que valora su situación. (Ver Anexo)

D) Gestión de Recursos:

Tras la realización del diagnóstico social, el Trabajador Social analizará los diferentes factores que influyen en la situación social y sanitaria actual del usuario. En función del análisis de las necesidades sociales detectadas, el /a profesional apoyará la gestión de recursos para la cobertura de dichas necesidades.

Para ello se deben de tener en cuenta en la gestión de recursos los conceptos de:

1.- Derivación:

Es la ampliación, prolongación, hacia unos servicios o equipos especializados, para profundizar y conseguir una mejor, más completa y específica respuesta a las necesidades detectadas. El profesional debe:

- Conocer exactamente las funciones del servicio o equipo al cual deriva al usuario.
- Utilizar correctamente los mecanismos para efectuar la coordinación entre los servicios, profesionales e instituciones que queden implicados en esta derivación.

Con el objetivo de que los usuarios no se pierdan en el proceso de derivación por carencia de información sobre los recursos a los cuales se derivan, o por carencias de habilidades de acceder y expresar su demanda en dichos recursos, de ahí la importancia de los protocolos de derivación y coordinación.

2.- Coordinación:

Se entiende como coordinación el proceso por el cual los técnicos de los diferentes

servicios, que forman el dispositivo de apoyo para la cobertura de las necesidades existentes en la realidad de los usuarios, realizan una unificación de criterios y actuaciones, para que dichas actuaciones vayan encaminada en la misma línea, y así alcanzar el mismo objetivo.

Tanto en la coordinación como en la derivación, es importante, el seguimiento y la relación profesional entre los diferentes técnicos que intervienen desde sus servicios en el proceso de normalización de los usuarios, esta relación se mantiene gracias a las reuniones de coordinación y seguimiento, donde se exponen las diferentes actuaciones llevadas a cabo por los diferentes servicios y los protocolos de derivación de los usuarios hacia dichos servicios.

A partir de aquí, se enumerará los diferentes servicios, los cuales constituyen el dispositivo de apoyo al tratamiento de las drogodependencias y las adicciones y por tanto del alcoholismo.

Para ello se debe de diferenciar entre los servicios que facilitan recursos a nivel general, y los servicios terapéuticos que facilitan recursos de apoyo al tratamiento de la adicción en sí, como parte de su proceso terapéutico..

Se entiende como recursos generales, aquellos recursos que parten de servicios al alcance de la población general, independientemente de sí el usuario tiene o no, problemas de adicción.

• Recursos Sociales Generales

Servicios Sociales Comunitarios.(Equipo de Tratamiento Familiar)

Servicios Municipales.

Servicio Andaluz de Empleo

La Agencia de Colocación Pública

Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Servicio Andaluz de Salud (Atención Primaria de Salud, Atención de Salud Mental y Atención Especializada de Salud)

Seguridad Ciudadana y Juzgados.

Servicios de Penitenciaría.

Instituto Andaluz de la Mujer.

Iniciativa Privada y Organismos no gubernamentales.

• Recursos terapéutico específicos

A) Desintoxicación:

Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (U.D.H)

Comunidad Terapéutica (C.T)

B) Deshabitación:

Vivienda de Apoyo al Tratamiento (V.A.T)

Comunidades Terapéutica (C.T)

C) Incorporación Social:

Vivienda de Apoyo a la Reinserción (V.A.R)

Centro de Día

Programas de Reinserción Públicos y Privados.

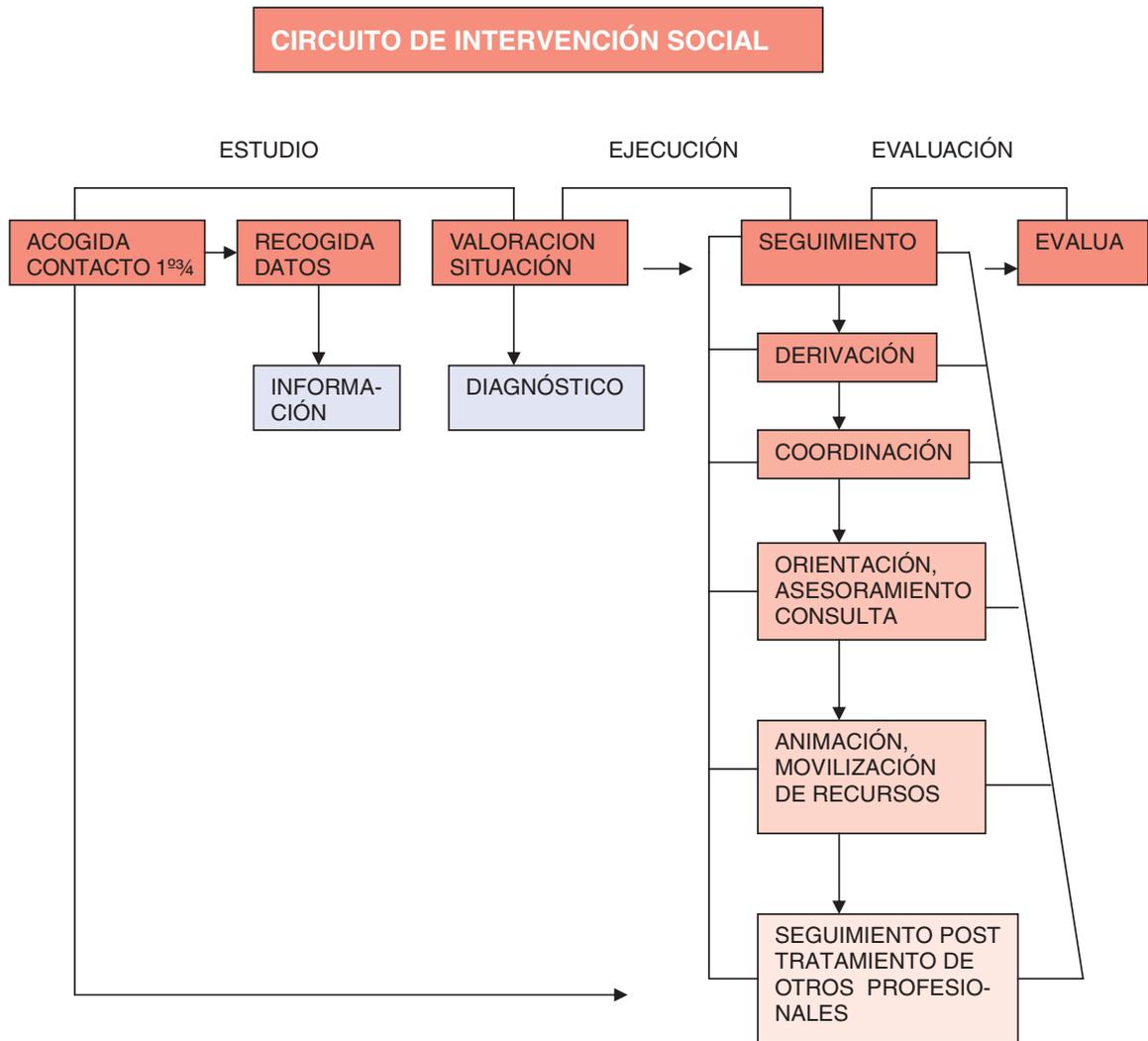
NOTA: Ver Anexo 3: Recursos Sociales Generales y Recursos Terapéuticos Específicos.

D) Evaluación:

Con la utilización del Diagnóstico Social como instrumento de evaluación, se pueden analizar los resultados obtenidos en las distintas actuaciones de los servicios implicados en la intervención.

La evaluación permite detectar los errores y las disfunciones a lo largo de la intervención realizada. El/a profesional debe:

- Elaborar y establecer indicadores.
- Aceptar los fracasos.
- Objetivar las actuaciones realizadas.
- Reestructurar su actuación de cara a proponer nuevos objetivos.
- Desvincularse de las intervenciones realizadas.



5.2.3 Seguimiento Terapéutico

El seguimiento terapéutico es la intervención por la cual se procede a la materialización, realización y control de los objetivos marcados entre usuario y terapeuta, durante todo el Proceso Terapéutico Individualizado, reflejado en el contrato terapéutico. Para ello se debe tener en cuenta:

- El conocimiento y dominio de técnicas de relación interpersonal
- El desarrollo y la capacidad de los recursos del propio individuo, mediante la utilización de la red social de apoyo establecidas por él, con su entorno ecológico inmediato y amplio, y las relaciones existentes con la comunidad.
- Evaluación continua de los objetivos del contrato terapéutico.
- Ser servicio de referencia en caso de derivación del usuario hacia otro servicio.

Dicho seguimiento es realizado desde diferentes perspectivas:

Terapias Individuales.

Es la forma básica de seguimiento, donde la relación terapeuta-usuario es más directa. En ella se tratan aspectos y objetivos más característico del usuario, ya que este es una persona única y diferenciable. Se trata de valorar las características individuales de su situación y relacionarla con los objetivos del contrato terapéutico.

Se trabaja más concretamente el aspecto motivacional al cambio y la capacitación y desarrollo de las habilidades del usuario para abordar su problema de adicción.

Terapias Grupales.

Es la forma en la cual se trata al usuario como parte de un colectivo con unas características específicas y unos objetivos comunes: Percepción real sobre el problema de adicción, afrontar la presión socio cultural del consumo del alcohol y promover el cambio de estilo de vida.

Tras la valoración técnica, no todos los usuarios son susceptibles de realizar el proceso terapéutico grupal, por su características personales específicas.

En la terapia grupal se sigue un objetivo común, aparece el fenómeno de la interacción como mecanismo de convertir al conjunto de usuarios en un grupo, consiguiendo que cada miembro del conjunto obtenga una identidad, sintiéndose parte de dicho grupo.

El trabajador social debe de desarrollar varias funciones a la hora del desarrollo de las terapias grupales.

- Garantizar la formación de los monitores, puesto que éstos son los encargados de desarrollar las terapias grupales con sujetos en estadios motivacionales al cambio más precarios: Precontemplación y contemplación.
- Coordinar las actuaciones del monitor dentro de las terapias grupales, con el fin de realizar un seguimiento del desarrollo de grupo y la adherencia de los usuarios a éste.

Terapias Familiares.

Las terapias grupales con familiares, van dirigidas al tratamiento de la familia que presenta un bloqueo personal, el cual impide romper con la relación de codependencia entre ellos y las personas con problemas de dependencia, ese hecho se detecta en la anulación del espacio personal de los familiares de las personas adictas.

La codependencia es el eje de tratamiento en estas terapias grupales, mantener una situación conflictiva para que la relación y estructura familiar siga manteniéndose

Se pretende crear un espacio terapéutico, donde la autoayuda, como herramienta principal, escenifique y refleje la problemática del tratamiento del alcoholismo en la familia.

Se trata la dimensión relacional, pues en la relación con el entorno es donde se produce el cambio necesario para conseguir solucionar el problema de adicción.

Se abordan diferentes temas comunes en las anteriores forma de terapias:

- El entender el alcohol como droga, sustancia de riesgo.
- Conceptualización de la dependencia al alcohol (Enfermedad o vicio).
- Conflictos relacionales de pareja y familiares.
- Problemas de actitudes y comportamiento dentro del núcleo familiar.
- Importancia de las influencias sociales, culturales y educativas.
- Adaptación de la familia al Proceso Terapéutico de la persona adicta.

5.2.4 La Incorporación Social

La incorporación social consiste en poner a disposición de los usuarios intervenciones, programas y actuaciones favorecedoras de la normalización social y de la incorporación a la vida ciudadana en pleno derecho.

Estas intervenciones partirán del diseño conjunto de itinerarios personalizados que se adapten a las características de cada persona, contando a su vez con acciones dirigidas al entorno familiar y social de la persona, teniendo en cuenta que ambos ámbitos desempeñan un papel fundamental en los procesos de incorporación social y laboral.

La intervención social debe producirse antes, durante y después de todo el proceso de recuperación. Cada persona parte de una realidad concreta, conformada por unas circunstancias y vivencias personales generadoras de unas necesidades específicas.

A) Los itinerarios personalizados en incorporación social.

La incorporación social es un proceso de cambio que permite a la persona diseñarse como tal, pensarse de otra manera, imaginarse gestionando su vida de otro modo.

Un “proyecto de incorporación”, se basa en un itinerario de actuaciones con objetivos concretos a alcanzar, una organización de mecanismos, recursos y apoyos a su alrededor.

Hacer que la persona a la que se atiende ponga en marcha su proceso de incorporación social.

Todo itinerario o proceso de cambio supone un conocimiento de la situación del usuario para definir un objetivo. Esta actividad de conocimiento tiene cuatro características específicas:

- Qué quieren hacer con sus vidas.
- Qué creen haber obtenido.
- Etapas que creen haber pasado.
- Etapas que creen que les faltan por pasar.

Profesional y paciente trabajan para un mejor conocimiento conjunto sobre su realidad. Se trata de que la persona conozca mejor su realidad personal y su entorno para poder tomar decisiones y actuar de acuerdo con un plan realista.

Desarrollar las capacidades que posee el usuario para actuar y cambiar su situación.

Aquello que debemos conocer tiene que ver con los elementos que afectan a un itinerario de incorporación y son:

- Elementos de la situación personal.
- Elementos de su entorno próximo.
- Elementos de supervivencia.
- Elementos de convivencia y pertenencia social.
- Elementos que permiten definir un futuro.

B) Concepto de incorporación social.

El proceso de incorporación constituye la socialización o resocialización, es un proceso educativo que permite que cada sujeto adquiriera una serie de valores, normas y estrategias del grupo social al que se incorpora, siendo por lo tanto, el objetivo central de cualquier programa de incorporación el completar correctamente la socialización del sujeto objeto del mismo, equiparándolo a su grupo de iguales.

La incorporación es la normalización de las conductas, definidas en función de la cultura dominante en un grupo social determinado. La “normalización” habrá que entenderla aceptando que puede presentar diferentes niveles y teniendo en cuenta que habrá de adecuar los objetivos de los programas a la realidad que rodea a los sujetos.

La incorporación social es un concepto dinámico que tendrá que adecuarse y evolucionar en paralelo a las demandas, adaptándose a los cambios producidos tanto en el uso de drogas como en la percepción social del problema.

La incorporación social se define como “cualquier intervención planificada que favorezca que el sujeto se enfrente a las situaciones propias de la vida normalizada, poniendo en práctica los aprendizajes adquiridos en todos los entrenamientos, desde sus propios parámetros personales, culturales, sociales y con las decisiones que personalmente asuma” (Bautista y Molina, 1999).

Los elementos que definen un estado de incorporación, se pueden resumir y concretar en los siguientes (Funes 1996):

- Un balance de experiencias y prácticas vitales diarios mínimamente satisfactorios, que conduzca a la persona a un nivel razonable de aprecio y confianza en sí mismo.
- Una cierta cantidad de relaciones sociales que le hagan llegar a sentirse parte de la comunidad.
- Un conocimiento y aceptación de normas y culturas básicas de la comunidad en la que se incorpora.

Trasladados a la vida diaria se trata de:

- Tener una condiciones de vida mínima (vivienda, salud, educación...).
- Tener unos recursos económicos que posibiliten ser ciudadano o ciudadana consumidores.

- Hacer algo que sea reconocido socialmente.
- Participar en espacios culturales, de ocio, relacionales.
- Tener un lugar en el mundo cercano, “pintar” algo.

Cualquier acción dentro de la incorporación social tiene que plantearse un conjunto de aspectos y cuestiones:

- No basta con ofertas de recursos y prestaciones, es imprescindible que se facilite un estímulo a la persona que le haga sentir que funcionar socialmente es posible.
- La incorporación es un acto voluntario, no se puede imponer ni como contraprestación, debe haber algún profesional dispuesto a hacer parte del camino con la persona.
- Los recursos a utilizar en la incorporación social son múltiples (prestaciones, formación, animación cultural...), pero todos ellos necesitan de un hilo conductor que se llama acompañamiento.
- Las acciones para la incorporación social son lógicas si se basan en un itinerario personal, son acciones y experiencias que sólo cobran sentido dentro de un proceso.
- La búsqueda de empleo no es la clave contra la exclusión, sino que en algunos casos suele ser necesario comenzar por otras acciones estimuladoras previas, que provoquen un descubrimiento motivador de sus posibilidades.
- Las personas con graves cargas o carencias también pueden incorporarse socialmente, para lo cual es necesario un trabajo social más intenso que la simple prestación económica.
- Las acciones para la incorporación social no son tan solo individuales. Las actividades grupales permiten la relación, el descubrimiento de las dificultades comunes y el afloramiento de la solidaridad. Por otro, la incorporación social tiene que ver con la reconstrucción de relaciones sociales y las posibilidades de participación, por lo que se trabaja con el entorno y con otros profesionales.

C) Niveles de incorporación social.

Existen diferentes perfiles de alcohólicos susceptibles de incorporarse:

Los que aún no han conseguido dejarlo, éstos a una edad más avanzada presentan un gran deterioro físico, psicológico y social y, por tanto, tienen unas necesidades totalmente diferentes a las de sus inicios. Aún no han llegado a incorporarse y posiblemente no lo consigan. Son el colectivo que mayor rechazo social provoca.

Otros que consiguen minimizar sus riesgos, reduciendo considerablemente sus consumos de otras sustancias, en algunas ocasiones eliminando el consumo por completo, se encuentran en una situación de “conformismo pasivo”, caracterizada por la aceptación de la imposibilidad de acceder a las metas sociales que se consideran adaptativas, y pasando en muchos casos a una “situación de retirada” donde no se manifiestan conductas desadaptadas, pero el individuo se aísla,

se retira de la sociabilidad y se abandona sin crear conflicto, porque no encuentra su “sitio”.

Población consumidora más normalizada, con un nivel cultural medio, presentan menos conflictividad social, pero más trastornos psicopatológicos, con experiencia laboral, la mayoría han trabajado o trabajan. Sus dificultades sociales son las derivadas del aislamiento en el que se encuentran inmersos para mantener el consumo en secreto, alejamiento progresivo de su entorno habitual, con la consecuente carencia de relaciones sociales satisfactorias y la pérdida de ilusiones.

Existe un aumento importante de sujetos que presentan dificultades familiares, con problemas de relación en la pareja e hijos, pero que tampoco son motivo importante de preocupación para la sociedad.

Otro grupo lo forman los transeúntes y mendigos, que continúan generando rechazo.

Aparece otro conflicto social diferente, el generado por pandillas de jóvenes en lugares públicos, quienes están creando otra cultura diferente de drogarse, también marginal, pero que sólo ocurre dos veces en semana en el que se efectúa un paréntesis en la normalidad, el resto de la semana sus vidas transcurren dentro de las obligaciones cotidianas. Podemos decir que este colectivo está también incorporado, la dificultad estriba en su concepción descontrolada del ocio y la diversión, así como del respeto hacia su comunidad y a algunas de sus normas.

Personas con un sistema de vida aceptado socialmente que comienzan haciendo un uso de esta sustancia ocasionalmente, como forma de diversión, y terminan con graves problemas de dependencia y no aceptación. Este tipo de marginación nada tiene que ver con la que crea rechazo social. Este perfil de alcohólicos es intolerado por su anterior grupo de consumo, porque ha llegado el momento en que ha hecho su aparición la dependencia, y la “fiesta” se ha terminado, comienzan los problemas económicos, el descuido en el trabajo y el alejamiento de las relaciones sociales para continuar con el mantenimiento del consumo. Las dificultades para su incorporación social van a estar más relacionadas con su “desincorporación”, puesto que para abandonar el consumo deberá alejarse de estos contextos de “normalidad”.

Otro grupo se da en los consumos de fin de semana, en ambientes muy concretos y sus consecuencias tienen que ver más con el rendimiento en los estudios, y con la aparición de trastornos psicopatológicos, que con dificultades que generen conductas desadaptativas y rechazo social. La mayoría de los consumidores son jóvenes, estudiantes que proceden de clases sociales totalmente normalizadas. Lo que puede ser más preocupante en este grupo de consumidores, es su peculiar forma de ver la vida, la diversión es el centro de su existencia, por tanto todo gira en torno a lo lúdico. Existen grandes dificultades para la aceptación de compromisos que exijan esfuerzo y cuya recompensa no sea inmediata.

Se habla de diferentes niveles de incorporación social por que hay alcohólicos que no van a dejar el consumo y que habrá que trabajar objetivos de mejora de la calidad de vida (reducción de dosis, hacer más largos los periodos de abstinencia...) y otros que se incorporarán desde el consumo, facilitando situaciones sociales y personales más satisfactorias.

Delimitar los niveles de incorporación y los ritmos terapéuticos serán posibles una vez realizado el diagnóstico social, para definir e identificar el colectivo de población que realice una incorporación, normalización, socialización e interacción social, hablamos de los siguientes grupos:

- Incorporación a mínimos o excluidos sin estrategias (resolución de daños).
- Incorporación precaria o integrados precarizados en contextos adversos (se mantiene entrando y saliendo de la red terapéutica desde hace 15 años).
- Incorporación socialmente aceptada o incorporación no problemática.
- Incorporación global o integrados plenamente teniendo en cuenta el respeto a los diferentes.

E) Dificultades para la Incorporación Social:

- Desconocimiento de las normas del que va a incorporarse.
- Aceptación de las normas por parte del que va a incorporarse.
- Los prejuicios y el rechazo por parte del colectivo normativo incorporado no facilita la tarea.
- Los propios prejuicios del/a alcohólico/a respecto al Grupo Normativo.
- El sentimiento de inferioridad que vive el/a alcohólico/a en relación al descubrimiento de su nuevo entorno y de las personas que lo componen, provocando frustración, que le impiden el acercamiento a la vida social de su comunidad, favoreciendo retiradas en el proceso de incorporación social e incluso recaídas.
- Aceptar que existen alcohólicos/as que no van a dejar nunca el alcohol y, por tanto, no se incorporarán según los parámetros previstos. En estos casos deberemos trabajar con otros objetivos:

Mejorar su calidad de vida sin modificar el hecho de la dependencia, ofreciendo atención a sus complicaciones orgánicas y sociales, independientemente de su condición de adicto.

Conseguir mejoras parciales en relación con el consumo, con abstinencias (aunque sean transitorias), reducción de dosis, adquisición de hábitos de vida más saludables, etc.

- Debemos cambiar la idea de incorporación social a partir de la abstinencia, por la de incorporación social desde el consumo, facilitando usos menos problemáticos.
- El descubrimiento de los otros por parte del drogodependiente también es muy importante para construir una mutua compatibilidad social.

5.2.5.- Anexos

ANEXO 1: Funciones Básicas del/a Trabajador/a Social

Las funciones del/a trabajador/a Social se enmarcarían entorno a las distintas Áreas de intervención.

Área asistencial. Asistencia socio-sanitaria y reducción de riesgo y daño.

- Análisis de la demanda de las personas que acuden a los Centros de tratamiento para ser tratados por su alcoholismo. Apertura de historias clínicas en el proceso de acogida.
- Diagnóstico social y evaluación multiaxial con relación al contexto social y a las necesidades básicas de la persona, utilizando para tal fin los cuestionarios diagnósticos correspondientes y los sistemas de clasificación al uso.
- Diseño de la intervención estableciendo los objetivos y las estrategias socioterapéuticos adecuados (a escala individual, familiar, grupal y comunitaria y evaluación del proceso terapéutico.)
- Seguimiento de casos como terapeuta de referencia estableciendo un plan de intervención desde el seguimiento individual y/o familiar.
- Derivación de pacientes, sin pérdida del seguimiento del caso, a recursos de internamiento (comunidades terapéuticas, unidades de desintoxicación hospitalaria, centros penitenciarios, viviendas de apoyo al tratamiento...), a recursos de incorporación sociocomunitaria (viviendas de apoyo a la reinserción), y a recursos comunitarios de convivencia (albergues municipales, etc...).
- Realización de informes y peritajes sociales de los usuarios.
- Coordinación con los recursos sociales, educativos, sanitarios y jurídicos de la comunidad para el seguimiento y la intervención conjunta de casos. Apoyo y asesoramiento a profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios, de Atención Primaria de Salud, de los dispositivos de Salud Mental, de los movimientos asociativos, a los agentes sociales y comunitarios.
- Información y orientación a la población general en aspectos relacionados con el fenómeno de las adicciones, así como el asesoramiento a personas preocupadas y/o afectadas por situaciones de consumo. Todo ello como parte de un Equipo multiprofesional y de abordaje interdisciplinar.

Área de Prevención.

- Diagnóstico de la situación social: análisis de la presentación social del fenómeno y de las demandas sociales. Interrelación entre el sujeto y el medio social.
- Técnicas de búsqueda de información acerca de las causas y origen del problema, elección de objetivos y sectores de intervención.
- Aplicación de estrategias preventivas y de promoción de estilos de vida saludables en coordinación con los Planes Municipales de Drogodependencias, los Servicios Sociales Comunitarios, el movimiento asociativo, los equipos de atención primaria de salud y otros agentes sociales.

Area de formación.

- Elaboración junto con el Equipo multidisciplinar de los programas de intervención.
- Manejo de la metodología y diseños de investigación social en adicciones al objeto de

descubrir elementos tanto personales como sociales e institucionales que ayuden a la transformación de la situación inicial.

- Participación en grupos de investigación.
- Diseño de cursos, ponencias y jornadas, así como exposición de los temas que correspondan.
- Tutoría profesional de los alumnos y profesionales del trabajo social que realizan prácticas en los centros de tratamiento ambulatorio para las adicciones.
- Colaboración en la formación específica de los distintos profesionales en prácticas de las restantes disciplinas (médicos residentes especialistas en medicina familiar y comunitaria, Psicólogos internos residentes, etc.)

Area de incorporación social

- Análisis, seguimientos y abordaje de casos, detectando las necesidades individuales para poder establecer un itinerario de intervención donde se planteen objetivos socio-terapéuticos que promuevan el cambio.
- Favorecer la puesta en marcha de mecanismos que faciliten los distintos procesos de normalización sociales de las personas en tratamiento, mejorando la calidad de vida de los mismos y propiciando un cambio efectivo de comportamiento en los distintos niveles que condicionan estilos de vida.
- Abordar distintas áreas que consideramos importantes para los procesos de incorporación: relaciones sociales, salud, tiempo libre, judicial, y en el aspecto formativo y laboral.
- Facilitar y potenciar la incorporación social de las personas en tratamiento, mediante la incorporación en programas formativos, laborales y de fomento del empleo, que posibilite la adquisición de conocimientos para el aprendizaje de un oficio, la adquisición de habilidades laborales y sociales y el cambio de su imagen social y de su estilo de vida.
- Abordar y proponer estrategias básicas necesarias para favorecer el proceso de incorporación social, dentro de un proceso de capacitación de habilidades deficitarias (autodisciplina, responsabilidad, etc.).

ANEXO 2: Indicadores de Diagnóstico Social.

Áreas de estudio

1. datos personales

Se considera importante tener en cuenta el sexo, edad, estado civil y cuestiones de género porque con criterios que, aunque por sí solos no son determinantes, sí se deben tener en cuenta a la hora de establecer las estrategias de actuación.

- Sexo
 - Hombre
 - Mujer
- Condición sexual
- Edad
- Fecha de nacimiento
 - Menor de 16 años – 25 años
 - De 26 a 35 años
 - De 35 a 50 años
 - Mayor de 50 años
- Estado civil:
 - Estado civil actual
 - Desde hace menos de un año
 - Desde hace más de un año
 - Soltero
 - Casado / pareja estable
 - Viudo
 - Separado / Divorciado

2. Unidad de convivencia

La disponibilidad de redes sociales es importante como fuente de apoyo emocional, fuente de información e instrumental.

La existencia de la familia (red social primaria de los individuos), tanto de origen como extensa y la calidad de las relaciones existente entre ellas (número de miembros, duración, frecuencia, cantidad...) son factores muy influyentes en la salud social, física y mental del individuo, tanto en la provisión de servicios, como en la prestación de cuidados.

2.1.-Relación de convivencia

- Persona sola con/sin familia
- Persona sola con relaciones familiares

- Persona sola sin relaciones familiares

- Unidad de convivencia en conflicto relacional entre adultos, intergeneracional entre hijos, entre vecinos, si se manifiesta habitualmente alguno de los siguientes comportamientos:
 - Discusiones frecuentes con agresividad
 - Rechazo o pasividad hacia algún miembro
 - Falta de respeto
 - Imposibilidad o grave dificultad de diálogo
 - Conductas autoritarias
 - Duplicidad de órdenes
 - Laxitud de disciplina
 - Utilización del menor en conflictos de pareja
 - Abandono, fuga o expulsión del hogar del adulto, menor o joven
 - Conflictos de roles
 - Otros.

- Unidad de convivencia sin conflictos relacionales relevantes / graves

- Unidad de convivencia con familia extensa:
 - Relación satisfactoria
 - Se han roto las relaciones
 - Son conflictivas
 - Son de manipulación

- Unidad convivencia incompleta por:
 - Inexistencia o ausencia de miembros
 - Institucionalización
 - Hospitalización
 - Privación de libertad
 - Muertes

- Situaciones de la unidad de convivencia con repercusión en el cuidado y protección de sus miembros por:
 - Trabajo
 - Ausencia prolongadas
 - Enfermedad
 - Convivencia con otros miembros con adicciones

- Maltrato y abandono
 - Físicas
 - Prenatal : abuso de alcohol, drogas...
 - Daños físicos, golpes, quemaduras
 - En alimentación, vestido o sueño
 - Hábitos de higiene
 - Cuidados médicos, vigilancia y control
 - Emocional
 - Rechazo afectivo, aislamiento, incomunicación
 - Comunicación verbal a través de burlas, desprecio.

- Amenazas de abandono o expulsión
- Amenaza contra la seguridad e integridad personal
- Descontrol parental de emociones
- Falta de respuestas a necesidades afectivas
- Incomunicación activa en la relación
- Sentimiento de culpabilidad

- Abuso sexual

- Incesto
 - objeto de
 - sujeto de
- Violación
- Vejación sexual
- Exhibicionismo
- Abuso de autoridad para conseguir placer
- Otras conductas o prácticas

- Corrupción de menores

- Exposición cotidiana a hábitos de alcoholismo, drogas, prostitución
- Delincuencia
- Proxenetismo
- Extorsión

2.2.-Organización de la unidad convivencial

- Alimentación

- Buena
- Escasa o pobre
- Inadecuada por edad o enfermedad
- Desorganización en horarios
- Sin variedad

- Higiene familiar y del hábitat

- Hábitos saludables
- Suciedad en ropa y cuerpo
- Aspecto general descuidado
- Acumulación de suciedad en el hogar

- Administración económica

- Adecuada
- El presupuesto se gasta inadecuadamente
- No se llega a fin de mes
- No se cubren las necesidades básicas
- Se gastan en bienes no básicos

- Reparto de tareas en administración económica

- Se excluye de estas responsabilidades a miembros que deben participar en la administración presupuestaria
- Existe abuso de poder en el manejo del presupuesto familiar

- Los responsables idóneos en la administración han sido sustituidos por su manifiesta incompetencia
- Asunción de la administración económica por persona incompetente (edad, salud mental...)

- Reparto de las tareas domésticas
 - Las tareas domésticas se cargan sobre un solo miembro
 - Por negligencia de los adultos recaen sobre menores
 - Existen miembros con capacidad que no contribuyen en las tareas domésticas.
 - Las tareas recaen en un apoyo exterior; apoyo o institución
- Responsabilidad en educación y cuidado de los menores
 - Se desentiende totalmente algún miembro con responsabilidad adquirida
 - Se desentienden los progenitores o cuidadores habituales
 - El cuidado recae en apoyos institucionales
 - El cuidado recae sobre la familia extensa y/u otros miembros
 - Asunción adecuada de responsabilidades

3. Habilidades sociales

Supone un conocimiento de la posesión, adquisición o ausencia por parte de la persona de las capacidades, destrezas, habilidades y conocimientos para su funcionamiento en la sociedad.

Ayuda a la persona a reducir su tendencia a moverse por impulsos, a valorar, a evitar que las cargas le superen, a canalizar la ansiedad, aprender a esperar...

- Capacidad de iniciar o mantener una conversación
 - Iniciar conversación
 - Mantener conversación
 - Formular preguntas
 - Dar las gracias
 - Presentarse
 - Saber presentar
 - Hacer un cumplido
- Capacidad de capotar y expresar sentimientos propios y de los demás
 - Conocer sentimientos propios
 - Saber expresarlos
 - Expresar afecto
 - Comprender sentimientos de los demás
 - Resolver el miedo
 - Autorecompensarse
- Capacidad de analizar con realismo su situación y proponerse objetivos en relación al progreso de su vida
 - Conocimiento de recursos propios
 - Familiares y sociales
 - Saber pedir ayuda, negociar, emplear autocontrol, participar y seguir instrucciones.

- Afán de superación
- Formulación de objetivos realistas
- Relacionados con la resolución de conflictos
 - Escuchar
 - Formular preguntas
 - Negociar
 - Aportar razones para convencer
 - Plantear alternativas
 - Compartir para acabar con el conflicto
 - Solicitar cambio de conducta
 - Responder a la presión con convencimiento. No ceder
 - No entrar en peleas
 - Defender a un amigo
- Adaptación a situaciones nuevas o inmodificables
 - No entrar en peleas
 - No precipitarse en las respuestas
 - Analizar fallos o errores cometidos
 - Responder al fracaso o cambio de situación con objetivos nuevos
 - Estrategias adecuadas a los objetivos
 - Adecuación de objetivos

4. Recursos económicos

Aunque existen variedad de escalas para medir la dimensión económica, en este apartado se hace un registro sobre los ingresos de la persona y de todos los miembros de la unidad de convivencia, así como sus gastos y necesidades económicas.

Hemos tomado como índice de referencia el Salario Mínimo Interprofesional al considerar esta cuantía económica como básica para el mantenimiento personal.

Hay que tener en cuenta, por otra parte, que consideramos como pobreza severa aquella situación en la que los ingresos por persona se encuentran por debajo del 25 % de la renta por persona media del país.

- Adecuada relación ingresos – gastos
- No dispone de ingresos económicos a nivel
 - Individual
 - Familiar
- Nivel de ingresos personales mensuales
 - Menor al Salario Mínimo Interprofesional
 - Más del S.M.I. y menos de 900 euros
 - Entre 901 euros y 1200 euros
 - Más de 1200 euros

- Nivel de ingresos de la unidad familiar mensualmente
 - Menor al Salario Mínimo Interprofesional
 - Más del S.M.I. y menos de 900 euros
 - Entre 901 euros y 1200 euros
 - Más de 1200 euros

- Fuente de ingresos
 - Salario
 - Pensión
 - Contributiva
 - No contributiva
 - Otras prestaciones (R.A.I., Salario Social)
 - Procedentes de actividades ilícitas
 - Economía sumergida (venta ambulante, negocios no declarados..)
 - Mendicidad

- Renta per cápita de la unidad convivencial

- Adecuación de ingresos a necesidades individuales y de la unidad convivencial

- Gastos fijos al mes

- Deudas

- Contribución económica a la unidad convivencial.

5. Autonomía física / psíquica

Se registran características sobre patologías físicas, psíquicas, funcional o social aguda o crónica con distinto grado de severidad que le invalida, o no, permanentemente o que le hace encontrarse en situación de riesgo o dependencia.

- No existe disminución de la autonomía

- Disminución leve de la autonomía
 - Necesita de tratamientos puntuales no específicos
 - Está capacitado para valerse por sí mismo en la vida
 - Necesita puntualmente ciertos cuidados

- Disminución grave de la autonomía
 - Necesita de tratamientos continuados
 - Dependencia de otras personas para algunas funciones de la vida cotidiana

- Disminución total de la autonomía
 - Afecta de forma considerable a la convivencia. Se puede dar situación de alto riesgo para sus miembros.
 - Necesita de tratamiento continuo y atención médica específica
 - Precisa de atención constante de otra persona al encontrarse incapacitado para

- realizar las funciones de la vida cotidiana (higiene personal, alimentación, higiene del hábitat, desplazamiento...)

- Disminución o pérdida temporal de la autonomía
 - Recaídas
 - Descompensación de enfermedad mental
 - Accidentes
 - Enfermedad grave
 - Otros

6. Formación /educación

Valoramos esta área porque el nivel de formación /educación puede suponer una limitación o potencialidad en la capacidad de respuesta del individuo ante las exigencias del medio.

- Nivel de estudios
 - Analfabeto
 - Analfabeto funcional
 - Certificado de estudios primarios
 - Graduado escolar o Graduado en E.S.O.
 - Bachillerato, F.P. II...
 - F.P. III, Titulación de grado medio
 - Título Superior
- Formación no reglada
 - Si
- Cursos F.P.O.
- Talleres ocupacionales
- Talleres de Empleo, Casas de Oficio, Escuelas Taller, Experiencias Mixtas
- Otros
 - No
- Cuenta con formación específica sin titulación
- Trayectoria Escolar
 - Rendimiento escolar normalizado
 - Rendimiento escolar inadecuado
 - Escolarización conflictiva por motivos étnicos, religiosos, sanitarios, laborales o conductuales del menor y/o su familia.
 - Absentismo escolar
 - Desescolarización
 - Fracaso escolar

7. Trabajo / ocupación

Conocemos las aptitudes, actitudes y recursos que permiten a la persona situarse ante el mercado de trabajo, así como sus habilidades y destrezas para decidir y establecer su propio itinerario de inserción sociolaboral

- Desempleado
 - Desempleado temporal

 - Exclusión de larga duración (más de un año)
 - Tiene formación adecuada pero no empleo
 - No tiene calificación adecuada al mercado laboral
 - Dificultades de inserción laboral por sexismo, racismo, edad o características especiales
 - Obligaciones familiares insustituibles

 - Exclusión del mercado laboral
 - Tiene formación adecuada pero no empleo
 - No tiene calificación adecuada al mercado laboral
 - Dificultades de inserción laboral por sexismo, racismo, edad o características especiales
 - Obligaciones familiares insustituibles

- Activo
 - Con contrato o relación laboral temporal
 - Con contrato o relación laboral indefinida

- Ocupación sumergida ilegal

- Trabajo sumergido
 - Trabajo autónomo sin legalizar
 - Ocupación por cuenta ajena sin contrato

- Dificultades de adaptación en el empleo
 - Cambio de puesto de trabajo
 - Trabajo inferior a su categoría profesional
 - Discriminación salarial
 - Trabajo de riesgo

- Condiciones laborales estresantes
 - Conflictividad con jefes y/o compañeros
 - Horarios
 - Inestabilidad laboral
 - Condiciones ambientales
 - Exigencias de tareas y responsabilidades
 - Otros

- Abandono del mercado de trabajo por
 - Jubilación, excepto pensiones asistenciales y no contributivas
 - Incapacidad temporal, total
 - Pre – jubilación

Anexo 3: Recursos sociales generales y recursos terapéuticos específicos.

A) Recursos sociales generales:

Desde nuestra actividad diaria , los servicios con los cuales contamos como dispositivos de apoyo generalizado son:

Servicios Sociales Comunitarios. Desde la Unidad de Trabajo Social correspondiente a nuestro usuario, el trabajador/a Social nos facilitará información sobre si se ha efectuado alguna intervención con la familia y el usuario, previa a la decisión de cambiar su situación con respecto al problema de adicción, si han intervenido el *equipo de tratamiento familiar*, para tratar alguna problemática relacional de la familia con respecto a situaciones de riesgo, de desamparo de los menores, si existiesen en el núcleo familiar. También nos pondrían al día sobre la realidad familiar, su composición y problemática social existente, quién compone el núcleo de convivencia y cual es la familia extensa, eso se puede corroborar con *el empadronamiento en censo del Ayuntamiento* correspondiente, así también conoceremos la vivienda actual del usuario/a.

Servicio Autónomo de Empleo. (Antiguo Instituto Nacional de empleo). Desde allí los funcionarios que trabajan para dicho servicio nos podrán aportar información sobre la situación laboral de la usuaria, si está actualmente trabajando y dada de alta en la seguridad social o está desempleado recibiendo cualquier ayuda o subvención económica por parte de dicho servicio. Si realiza cursos de formación organizados por el Servicio o realiza una búsqueda activa de empleo. Con lo cual se puede realizar una derivación a dichos servicios para regularizar su situación .

Seguridad Social. Desde este servicio comprobaremos si ha estado dado de alta en la seguridad social, historia de su vida laboral, cuanto tiempo ha estado trabajando de forma continuada y estable, si recibe alguna ayuda económica o alguna pensión no contributiva por parte de dicho servicio.

Seguridad Ciudadana y Juzgados. Desde este servicio se recibirá información sobre intervenciones policiales realizadas por los agentes policiales respecto a nuestro usuario. Si ha existido algún parte de incidencias, sanción administrativa alguna, procesos legales pendientes. También se contaría con la información de *los servicios de penitenciaría* para recibir información de los ingresos en prisión de nuestro usuario y la evolución de éstos en los mismos.

Centro de Información de la Mujer. Desde aquí se facilitará por parte del equipo multidisciplinar que interviene en él, información con respecto a si ha habido algún problema de violencia de género, si nuestro usuario, en caso de ser mujer, ha utilizado dicho servicio como apoyo psicológico, fuente de información para la búsqueda de empleo activa o ha realizado algún curso de formación ocupacional que oferta dicho servicio.

Centro de Salud. Historia sanitaria, si ha desarrollado alguna patología psíquica o física. Si ese es el caso, se recibirá información sobre el proceso de dichas patologías, si se ha derivado a los *servicios especializados* oportunos, y se realiza un buen seguimiento y tratamiento de las posibles patologías desarrolladas.

Movimiento Asociativo y entidades benéficas: Cruz Roja, Cáritas... Son instituciones con las cuales se cuenta como apoyo para cubrir las necesidades básicas de mayor urgencia, como es la alimentación y la higiene, puesto que para comenzar a hacer cambios, es necesario tener dichas

necesidades cubiertas. Sin el apoyo de las asociaciones y los voluntarios, no se podía mantener dicho servicios.

B) Recursos terapéuticos específicos:

Entendemos como servicios específicos, aquellos que abordan la problemática de la adicción de forma más concreta y directa.

A diferencia de los recursos generales, estos servicios no tratan los problemas que directa o indirectamente influyen en el alcoholismo sino que actúan sobre el mismo directamente. Dichos recursos forman parte del operativo que constituye el II Plan Andaluz de Drogodependencias y Adicciones.

Dichos servicios siempre parten como parte de la intervención que se hace con el usuario, forma parte de su proceso terapéutico, no se considera como un tratamiento específico, sino parte de éste. De hecho, para acceder a estos recursos siempre la puerta de entrada y contacto a ellos es el Centro de Tratamiento Ambulatorio.

Centro de Tratamiento Ambulatorio. Centro especializado en la atención a los problemas derivados de las adicciones que entre sus funciones destacan:

- Servir como centro especializado en la atención primaria de las adicciones.
- Actuar como órgano de información ciudadana del fenómeno de las drogodependencias y adicciones.
- Coordinación de los distintos programas de prevención, asistencia y reinserción como eje referencial de cualquier actuación en materia de drogodependencias y adicciones.

Está integrado por un equipo multidisciplinar, compuesto por médico, psicólogo y trabajador social (en casi todos), aunque algunos centros cuentan además con Auxiliar Administrativo y técnico en prevención.

- Drogas institucionales: Alcohol, tabaco, psicofármacos.
- Drogas no institucionales: Anfetaminas, cannabis, cocaína, heroína, éxtasis y drogas de diseño.
- Adicciones: Juego patológico, compra compulsiva, adicciones a las nuevas tecnologías (móvil, internet, ...).

Programas de intervención:

- Prevención: Su objetivo es prevenir y reducir la incidencia de conductas adictivas en la población. Interviniendo en diferentes ámbitos; familiar, escolar, comunitario y laboral.
- Asistencial: Tiene como finalidad ofrecer un tratamiento adecuado a las necesidades de las personas con problemas de adicción y a sus familiares.

Programas de desintoxicación y deshabitación, dentro de dichos programas se realizan intervención a nivel individual, grupal y familiar, además de tener en cuenta los programas de reducción del daño.

- Incorporación Socio-laboral: Dirigido a aquellas personas que, debido a su problema de adicción, precisan de apoyo para lograr su plena integración social: Se realizan varios programas, búsqueda de empleo activa, alternativas de ocio y tiempo libre, y orientación e información sobre Formación Profesional Ocupacional.

- **Investigación y Formación:** Destinado a mejorar la toma de decisiones, la planificación, así como el aumentar la eficiencia y la eficacia de las intervenciones dentro de los diferentes programas de intervención, anteriormente mencionados.

Los Centros de Tratamiento Ambulatorios, mediante la valoración de su equipo multidisciplinar diseñan un Plan de tratamiento individualizado para el usuario, contando con un dispositivo específico de apoyo para llevarlo a cabo, dicho dispositivo de apoyo se compone por:

Unidad de Desintoxicación Hospitalaria: Espacios cerrados integrados en hospitales generales, aislados del resto de la estructura hospitalaria, pero contando con las instalaciones necesarias, que permitan la desintoxicación física de cualquier dependencia a drogas, así como la realización de distintas actividades y el desarrollo de unas adecuadas relaciones interpersonales entre pacientes y equipo técnico de la unidad. En dichos servicios se realizan diferentes actividades.

Actividades Sanitarias

- Desintoxicación, tratamiento y seguimiento médico.
- Formación en Educación para la Salud.
- Control de la dieta alimenticia.
- Normalización de hábitos de los pacientes en cuanto a la higiene personal, limpieza, cumplimiento de normas, etc...

Actividades complementarias:

- Realizar reuniones de grupos, teniendo como objetivo básico el lograr en los pacientes una motivación suficiente que permita finalizar su tratamiento en la unidad y continuarlo fuera de ella.
- Actividades lúdicas y recreativas que permiten al personal de la unidad establecer una observación mucho más directa de los pacientes y analizar la evolución de éstos a lo largo del tratamiento.

Comunidad Terapéutica: Centros de rehabilitación de personas con problemas de adicción en régimen de internamiento, donde se desarrollan actividades a diferentes niveles para el mejor desarrollo de un proceso terapéutico que, a nivel ambulatorio, no ha alcanzado los objetivos marcados dentro del Plan de Intervención Individualizado del usuario del Centro de Tratamiento Ambulatorio, con las siguientes características y recursos:

- Son gratuitos y universales, para todas las personas que lo necesiten para mejorar su proceso terapéutico de rehabilitación.
- Consta de un equipo multidisciplinar formado por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, monitores, contando también con un personal de administración y mantenimiento.
- Se realizan actividades psicoterapéuticas (individuales y grupales), sanitarias, educativas, sociales, de ocio y tiempo libre, deportivas y ocupacionales.
- Se imparten cursos de Formación Ocupacional homologados por la Consejería de Trabajo e Industria de la Junta de Andalucía.
- Cuentan con talleres, zonas deportivas, sala de terapia, zona recreativa, aulas y zonas ocupacionales.
- El tiempo de estancia aproximado es de cinco a nueve meses, dependiendo de las características del paciente y la evolución en el tratamiento.
- Todos los Centros disponen de una normativa de régimen interno que facilita el procedimiento de estancia y el proceso de rehabilitación del paciente.

Viviendas de Apoyo a la Reinserción: Son unidades de alojamiento y convivencia, ubicadas en edificios o zonas residenciales normalizadas destinadas a personas con problemas de adicción durante su proceso terapéutico. Estos recursos están especialmente indicados para personas que carecen de un sistema de relaciones de vinculación con el entorno. Atienden a personas que previamente han logrado una estabilización en su proceso terapéutico necesitando de este recurso para su Incorporación social y normalización. En ellas se realizan actividades en diferentes áreas:

Área sanitaria:

- Coordinación con atención primaria y especializada de salud.
- Custodia de fármacos.
- Actividades de educación y promoción para la salud.

Área educativa-ocupacional:

- Talleres de formación educativa y técnicas de estudio.
- Actividades deportivas.

Área social:

- Seguimiento judicial: dirigida a usuarios con procedimientos judiciales o administrativos pendientes.
- Coordinación con recursos generales y específicos de incorporación social: dirigida a usuarios que necesiten ser derivados a Centro de día, u otros recursos de incorporación socio laboral.
- Familiar: acogidas, entrevista y coordinación con los C.T.A. derivador.
- Otras actividades específicas que procedan según circunstancias sociales.

Área formativa:

- Formación académica: información y motivación de la formación reglada.
- Formación ocupacional: coordinación y apoyo a programas o recursos específicos (cursos de formación profesional ocupacional, talleres de empleo, escuela taller, casas de oficios).

Área laboral:

- Información, orientación y asesoramiento laboral.
- Autoestima e identidad profesional.
- Conocimiento del mundo laboral.
- Información de aspectos del mundo laboral (yacimiento de empleo, bolsa de trabajo, modalidades de contrato, condiciones laborales, situación de la oferta y la demanda).
- Información y orientación sobre recursos normalizados de orientación laboral, si es necesario derivación y coordinación con estos recursos.
- Formación y asesoramiento en autoempleo.
- Técnicas de búsqueda de empleo.

Viviendas de Apoyo al Tratamiento: unidades de alojamiento y convivencia, ubicadas en zonas residenciales normalizadas, dirigidas a personas con problemas de adicción durante los inicios de su proceso terapéutico. Este recurso se oferta cuando dichas personas carecen de un entorno social básico y apoyo familiar necesario: su finalidad es albergarles y apoyarles en la desintoxicación y preparación para la incorporación a otros recursos. Para ello realizan actividades en diferentes áreas:

Área Sanitaria:

- Coordinación con atención primaria y especializada de salud.
- Talleres de formación en educación para la salud (prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH, reducción de daños).
- Control de la dieta alimenticia.
- Hábitos de higiene y autocuidado.
- Custodia de fármacos.
- Administración de medicación.
- Acompañamiento en consultas e ingresos hospitalarios.
- Evaluación continuada.

Área Psicológica:

- Terapia individual y grupal.
- Técnicas de mejora de autoestima, imagen personal y relajación.

Área Educativa Ocupacional:

- Responsabilización del seguimiento de su estado de salud.
- Asistencia a las actividades culturales y deportivas programadas.
- Talleres sobre adquisición y desarrollo de hábitos laborales.
- Tramitación de prestaciones y ayudas sociales.

Área Social:

- Reuniones de revisión del funcionamiento de la convivencia, resolución de conflictos, programación de actividades, manejo de dinero, etc...
- Favorecer la restauración del diálogo del paciente con la familia.
- Coordinación con recursos generales y específicos.
- Seguimiento judicial: dirigido a usuarios con procedimientos judiciales o administrativos pendientes.

Centro de día: Es un espacio terapéutico en el que se realizan intervenciones socio-educativas en régimen ambulatorio abierto, complementarias a los programas asistenciales, dirigidos a favorecer la incorporación social de personas con problemas de adicción en tratamiento. En dicho centro se realizan actividades en diferentes niveles:

Área Sanitaria:

- Actividades de educación y promoción de la salud.
- Talleres de reducción de daños.

Área Social:

- Seguimiento y coordinación judicial dirigida a usuarios con procedimientos judiciales o administrativos pendientes.
- Coordinación con los recursos y programas generales y específicos de Incorporación Social.
- Familiar: acogidas, entrevistas, escuela de padres...
- Actividades específicas según circunstancias sociales.
- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Participación en actividades culturales, lúdicas y deportivas.

Área laboral:

- Realización de cursos de Formación Ocupacional.
- Coordinación con talleres de empleo, casas de oficio, escuelas talleres,...

- Información, orientación y asesoramiento sobre aspectos del mundo laboral, autoempleo, cooperativismo, técnicas de búsqueda de empleo,...
- Mantenimiento del puesto de trabajo, reforzando el acompañamiento y el asesoramiento.

Área personal:

- Prevención de recaídas
- Entrenamiento de relajación, autocontrol y autoestima.
- Entrenamiento de habilidades sociales y desarrollo personal.
- Educación en valores.

Centros de Encuentro y Acogida: Centros dirigidos al desarrollo de programas de reducción del daño, para personas con problemas de adicción, que no dejan el consumo, con lo cual su prioridad es el reducir los problemas derivados del consumo de sustancias. En dichos centros se prestan una serie de servicios mínimos:

Servicio de información y acogida:

- Información sobre prestaciones y servicios del centro.
- Información sobre otros servicios asistenciales específicos para las drogodependencias.

Servicio de atención sanitaria y psicosocial:

- Abordaje multidisciplinar de la problemática del usuario.
- Tratamiento médico de atención primaria y reducción del daño.
- Tratamiento psicológico de motivación, habilidades sociales y desarrollo personal.
- Gestión de prestaciones y ayudas sociales.
- Educación para la salud (consumo higiénico, sexo más seguro, cuidado de enfermedades...).

Servicio de estancia y descanso:

- Espacio para el descanso y actividades de tiempo libre para que se relaje unas horas y aliviar sus condiciones sociales y sanitarias.
- Lavandería: Se puede obtener ropa limpia, o lavar, planchar y reparar su propia ropa.
- Higiene general: Duchas, reparto de preservativos, jeringuillas papel de aluminio, útiles de higiene personal.

Servicio de alimentación:

- Ingerir alimentos básicos para mitigar la desnutrición consecuente del consumo de sustancias.

Servicio de consumo higiénico:

- Espacio habilitado para el consumo. Bajo unas condiciones higiénicas adecuadas.
- Reducción de riesgos consecuencias del consumo.
- Evitar contagios de enfermedades (VIH, VHC,...)

Anexo 4: Instrumentos de Evaluación en Adicciones.

4.1.- Cuestionario de problemas de alcohol. (Alcohol Problems Questionnaire) APQ.

- **Artículo original:** Willams BT, Drummond DC (1994). The Alcohol Problems Questionnaire: reliability and validity. *Drug and alcohol dependence*; 35 (3): 239-243.

- **Artículo de adaptación** al castellano: Monras M, Gual A, Palau N (1997). SADQ y APQ. Validación de dos tests para evaluar la gravedad del alcoholismo. *Adicciones*; 9(4): 507-528.

- **Evalúa:** Los problemas relacionados con el alcohol.

- **Composición:** 44 items de respuesta dicotómica (SI/NO).

- **Duración cumplimentación:** 10-15 minutos.

- **Descripción:**

1. Instrumento autoaplicado.

2. Evalúa el periodo de los últimos 6 meses.

3. Evalúa 4 áreas: problemas generales, problemas con la pareja, problemas con los hijos y problemas laborales.

4. El primer apartado es de respuesta general y los otros 3 sólo para pacientes casados, con hijos o con trabajo respectivamente

5. El apartado general está compuesto por 23 items distribuidos en 5 secciones: amistad, dinero, legal, físico y afecto.

6. La sección referida a los problemas legales se adapta poco a las características de la población española debido a la diferencia en las culturas y hábitos sociales.

- **Corrección:** las respuestas se valoran 1(si) ó 0(no).

- **Referencias bibliográficas:**

1. Mornras M, Gual A, Palau N (1997). SADQ y APQ. Validación de dos test para evaluar la gravedad del alcoholismo. *Adicciones*; (9): 507-528.

2. Iraurgi I, González F, et al. Capítulo 2. En: Iraurgi I, González F, editores . *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias*. Aula Médica, 2002 p. 80-120.

4.2.- Escala de Intensidad de Dependencia al alcohol. EIDA.

- **Artículo original:** Rubio G, Urosa B, Santo Domingo J, (1998). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*; 5 (supl.1): 44-47.

- **Evalúa:** Intensidad de la dependencia.

- **Composición:** 30 items tipo Likert con cuatro alternativas.

- **Duración cumplimentación:** 10-15 minutos.

• **Descripción:**

1. Instrumento autoaplicado.
2. Derivado del SADQ (Cuestionario sobre la gravedad de la Dependencia al alcohol).
3. El periodo evaluado son los últimos 6 meses.
4. Compuesto por 6 subescalas: síntomas físicos de abstinencia, síntomas psicológicos de abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de abstinencia, consumo habitual de alcohol, dificultad para controlar la ingestión y reinstauración de la sintomatología tras la recaída.
5. Permite distinguir entre dependencia leve, moderada y grave.

• **Corrección:**

1. En los items 1-25 se emplea una escala de frecuencia de cuatro puntos: 0 (nunca o casi nunca), 1 (a veces), 2 (frecuentemente) y 3 (casi siempre).
2. Las preguntas 23, 24 y 25 puntúan inverso: 3, 2, 1, 0.
3. En los items 26 a 30 se emplea una escala de intensidad: 0 (nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente) y 3 (bastante).
4. Una puntuación menor de 21 indicaría dependencia leve.
5. Entre 21 y 37 puntos indicaría dependencia moderada.
6. Una puntuación superior a 37 sería indicio de dependencia grave.

• **Referencias bibliográficas.**

1. Bobes J, G-Portilla, MP, Bascarán MT, Bousoño M. Capítulo 3. Instrumentos de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas: alcohol y otras drogas. En: Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica. Ars Médica. 2º ed,2002 p. 15-26.
2. Iraurgi I, González F, et al. Capítulo 2. En: Iraurgi I, González F, editores. Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias. Aula médica, 2002 p. 80-120.

4.3.- Cuestionario de Soporte Social en Pacientes Alcohólicos. (CSSPA).

• **Artículo original.** Guijarro A, Ramírez-Vila M, Salamero M (1990) Evaluación del Soporte Social en pacientes alcohólicos, Adicciones; 2(3): 175-190.

• **Evalúa:** Soporte Social.

• **Composición:** 45 items tipo Likert con cinco alternativas.

• **Duración cumplimentación:** 10 minutos.

• **Descripción**

1. Instrumento autoaplicado.
2. Evalúa las conductas y actitudes percibidas por el sujeto que implican ayuda, comprensión y aceptación por parte de los demás.
3. Contiene tres subescalas: soporte emocional (18 items), soporte instrumental (15 items), y soporte del tratamiento (12 items).
4. El soporte emocional está centrado en el recibido por las personas de trato frecuente, con una relación afectiva estrecha. Tiene también en consideración las presiones para el consumo.

5. El soporte instrumental incluye los recursos materiales recibidos por otras personas o instituciones.
6. El soporte del tratamiento abarca tres aspectos: dispositivos asistenciales, actitudes familiares para la búsqueda y mantenimiento del tratamiento y aceptación y cumplimiento de éste por parte del paciente y de la familia.
7. No se han podido diferenciar diversos tipos de soporte social debido a la excesiva correlación de las tres subescalas entre sí. Por ello se recomienda el empleo de la puntuación total.

• **Corrección:**

1. Los ítems puntúan entre 1 y 5, excepto los entrecomillados que puntúan en sentido inverso (de 5 a 1):
 - Escala de soporte emocional: 1,2,"3","7",13,"14", "18",19,"20",21,22,"24",28,32,33,35,"41",44.
 - Escala de soporte instrumental: "4",8,"9",11,15,17,23,25,26,30,34,36,38,39,43.
 - Escala de soporte al tratamiento: 5,6,10,12,"16",27,29,31,37,40,42,45.
2. Si el paciente no contesta alguno de los ítems por no encontrarse en las situaciones descritas (por ejemplo no tiene hijos o no trabaja), dichos ítems no puntúan ya que se interpretaría como ausencia de soporte social.
3. Las puntuaciones directas obtenidas en el cuestionario pueden convertirse en valores T con un rango entre 20 y 100.

5.3.- Referencias Bibliográficas

- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes sociales. Dos Documentos Básicos en Trabajo Social. Madrid. 1987.
- Repercusión del nuevo modelo de Servicios Sociales en la formación del Trabajador Social. A. Del Valle Gutiérrez. 1987.
- Reinserción social y Drogodependencias. Ramos P. García Alvarez, A. Y otros 1987.
- El alcoholismo enfermedad social. Emilio Bogami.
- "No te rindas ante...el alcohol". Joaquín Santo Domingo. Rialp.
- "El fenómeno droga". Freixa I Sant Feliu, Francesc. Salvat. Barcelona 1982.
- El caso individual. El diagnóstico Social. Mary E. Richmon. Talasa Ediciones S.L.
- La entrevista motivacional. W.R. Miller. S. Rollnick. Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Programa ITTACA. Intervención transteórica de apoyo al cambio en las adicciones. Juan Díaz Salabert. Carlos Liebana Molina. Francisco Luque García.
- Exclusión y procesos de incorporación social/Federación Sartu, Esther Raya Díez, Jaime Funes Artiaga. En: Inguruak: Soziologia eta zientzia politikoaren euskal aldizkaria=Revista vasca de sociología y ciencia política, ISSN 0214-7912, Número 29, 2001, pags. 129-134.
- Cómo y Cuándo insertar socialmente al toxicómano/ Jaime funes Artiaga, En: Papeles del psicólogo; Revista del Colegio Oficial de Psicólogos, ISSN 0214-7823,Número 24, 1986 (Texto completo artículo).
- La incorporación social de las personas con problemas de drogas: Una revisión conceptual y metodológica pensando en la atención primaria/Jaime Funes Artiaga. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco= Eusko Jaularitzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, 1996. ISBN 84-457-1119-9.
- Iraurgi I, González F, et al. Capítulo 2. En: Iraugí I, González F, editores. Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias. Aula médica, 2002 p. 80-120
- Incorporarse a la sociedad: ides y propuestas para planificar la inserción social de las personas drogodependientes/Jaime Funes Artiaga, Inma Mayol. Madrid Cruz Roja Española, D.L. 1989. ISBN 84-505-8362-4
- Monras M, Gual A, Palau N 1997. SADQ y APQ. Validación de dos test para evaluar la gravedad del alcoholismo . Adicciones. 507-528.
- Iraugi I, González F, Cap. 2: Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Pags: 80-120.

- Bobes J, G. Portilla MP, Vascarán MT, Bousoño M. Instrumentos de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas: alcohol y otras drogas. Pags: 15-26.
- Guijarro A, Ramírez- Vila M, Salamero M. 1990: Evaluación del soporte social en pacientes alcohólicos, Adicciones. Pags: 175-190.

6 - CASOS ESPECIALES

6.1.- ALCOHOL Y MUJER.

Autor: Raquel Castro Bohórquez
areapsicologica@fundacion-ia.com

Con el paso de los años, la sociedad ha evolucionado en todos sus aspectos y con ella las personas que se relacionan entre sí. Dicha evolución no deja impasible al campo de las drogodependencias, siendo causa y efecto al mismo tiempo; es decir, en muchas ocasiones, los cambios que emergen son factores de riesgo de consumo de sustancias para aquellas personas vulnerables y de la misma manera el consumo de sustancias influye de forma directa en la sociedad en la que vivimos.

Este hecho descrito no es una excepción en el caso de la mujer. Por todos es sabido que las diferencias de género vienen de antiguo, y aún en los tiempos actuales, en algunas culturas las mujeres continúan privadas de sus derechos y libertades.

El avance social que comentamos ha provocado que la mujer consiga, muy poco a poco, igualar sus derechos a los de los hombres. De la misma manera, se ha incorporado a la vida y patrones establecidos, desde antaño para el sexo masculino, véase el ámbito laboral, las relaciones sociales, los consumos de alcohol y tabaco...etc. situándose en este último campo casi a la cabeza. Sin embargo, los estigmas y valores más arcaicos y costumbristas se siguen manteniendo por un amplio sector de la población, provocando diferencias sociales aparentemente insalvables.

Estas diferencias sociales a las que hacemos referencia se dan de forma generalizada y de forma particular se acrecienta cuando una mujer es consumidora de sustancias, concretamente si hablamos de alcohol.

Debido a las diferencias de género a nivel social, parece claro que una conducta tan socializada en nuestro país como es el consumo de alcohol, venga acompañada de indiscutibles diferencias en el modo en que se produce dicho consumo y las consecuencias psico-sociales que se desprenden.

Si aludimos a nivel físico, queda demostrado que aun en cantidades pequeñas, el alcohol afecta a las mujeres de manera diferente que a los hombres, por una sencilla razón, el organismo y estructura femenina no es igual que el del hombre. Cuando el alcohol pasa por el aparato digestivo se diluye en el agua del cuerpo, absorbiendo gran parte de ella. Cuanta más agua tenga dicho organismo más se diluirá el alcohol. En el caso de la mujer, la complexión es menor a la del hombre teniendo menos cantidad de agua, de ahí que la sustancia afecte más y más rápido a los órganos femeninos.

Por todo lo expuesto y por los conocimientos previos y necesarios de los que partimos, es decir, entender el alcoholismo como enfermedad y dar un carácter bio-psico-social a dicha enfermedad, al igual que a otra drogodependencia, parece fundamentada la necesidad de dedicar un apartado al alcoholismo en la mujer por las diferencias mencionadas, y por ende, por las diferencias en cuanto a tratamiento de dicha enfermedad con respecto a los varones.

Siguiendo a Ettore, 1.998, en su libro *Mujeres y Alcohol*, encontramos una cita que resume esta argumentación: "A las mujeres que somos alcohólicas, muy a menudo, se nos pone entre la espada y la pared. Si bebemos se nos ve como personas débiles emocionalmente, pero cuando lo dejamos, muchas empezamos a hacernos fuertes, desarrollamos nuestra fuerza como mujeres. Pero una mujer fuerte no se ajusta a la norma. Por eso, a menudo, en la recuperación nos

encontramos como cuando empezamos, con una etiqueta negativa. Esta etiqueta ya no es la de mujer alcohólica, sino la de mujer fuerte”.

6.1.1.- ESTUDIOS Y PERFILES (REFERENCIAS BREVES)

En este apartado es obligado decir que existen pocos estudios validados sobre alcohol y mujer, sin embargo en España encontramos datos del Plan Nacional sobre Drogas y del Observatorio Español sobre Drogas del 2003 en estudio realizado en mujeres de 15 a 65 años sobre el consumo de alcohol; de este estudio se desprende que:

- A pesar de haber un menor consumo de alcohol entre mujeres de 40 a 65 años, ha habido un aumento en estos últimos cuatro años.
- El consumo que experimenta un mayor aumento es el producido en las mujeres de 25 a 29 años.
- En general las mujeres se inician en el consumo después que los hombres, sin embargo se aprecia un inicio de consumo cada vez más joven (en hombres 16 años y en mujeres 17, 5 años).

Por otro lado, el primer estudio sobre consumo de drogas femenino que se realizó en España por EDIS en el 2000 y publicado por el Instituto de la Mujer concluyó que:

- Las mujeres que están en edad escolar aumentaron la prevalencia de consumo.
- El tramo de edad de consumo de alcohol más alto se registró en las mujeres de 19 a 24 años mientras que las que el menor consumo se encontró en edades de más de 55 años.
- Se encontró que las bebidas más consumidas fueron cerveza y vino.

Este mismo estudio elaboró un perfil de bebedoras abusivas (más de 8 UBES) que a grandes rasgos podemos resumir de la siguiente manera: mujeres de Madrid, Costa Mediterránea y Sur de España entre las más bebedoras, de entre 14 y 34 años, solteras, separadas o divorciadas, de estudios medios/altos, activas económicamente, no creyentes y creyentes no católicas y de ideas de centro e izquierda.

6.1.2.- CARACTERÍSTICAS BIO-PSICO-SOCIALES DEL ALCOHOLISMO FEMENINO

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos, a largo plazo, las mujeres desarrollan enfermedades relacionadas con el alcohol más rápidamente, y con menor cantidad de alcohol, que los hombres.

Entre algunos de los problemas de salud específicos se incluye:

1. Hepatopatía por alcohol: las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar hepatitis alcohólica.

2. Enfermedad cerebral: las mujeres son más vulnerables que los hombres a los daños cerebrales causados por el consumo de alcohol.

3. Cáncer: muchos estudios informan que el consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de contraer cáncer de mama.

4. Enfermedad coronaria: entre las personas que beben en exceso, tanto los hombres como las mujeres tienen incidencias similares de enfermedad cardiovascular, aun cuando las mujeres, a lo largo de la vida, consumen menos alcohol que los hombres.

A estas características físicas debemos añadir las psicológicas, no menos importantes, dichas consecuencias, en la mayoría de los casos son el producto de antecedentes concretos, según F. Montero, en estudio realizado para la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía en 2005:

- Aparece una elevada incidencia de malos tratos familiares en la infancia entre las mujeres alcohólicas, en contraste con las mujeres no dependientes de alcohol.
- Se encuentra una importante presencia de mujeres alcohólicas que conviven o han convivido con pareja alcohólica, a diferencia de las mujeres no dependientes.
- El porcentaje de abusos sexuales en la infancia o adolescencia es mayor entre las mujeres dependientes de alcohol, que en las que no padecen dicho trastorno.
- La presencia de ideación suicida entre las mujeres del grupo de alcohólicas es considerablemente más elevada, en contraposición a las mujeres que no dependen del alcohol.

La mujer alcohólica presenta una marcada “desvitalización” y mayor apatía que los varones, así como muy bajo autoconcepto. Según Blanco Zamora, P. (2004) se encuentra en el caso de la mujer, una bidependencia o dependencia emocional añadida que repercute de forma negativa en el pronóstico del tratamiento.

La comorbilidad más frecuente en las mujeres consumidoras de alcohol son los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad. Estos trastornos “favorecen”, en algunos casos, la automedicación de psicofármacos, llevando a algunas alcohólicas a una doble dependencia de sustancias.

Según A.M. Möller-Leimküler y colaboradores en el artículo “*Dependencia del alcohol y orientación del rol de Género*” concluyen que las mujeres alcohólicas presentan mayor sufrimiento, mayor ansiedad social, mayor depresividad y mayor índice en poca seguridad que los hombres. Conforme a estos hallazgos, los trastornos de personalidad se asocian significativamente con el autoconcepto femenino.

A nivel social podemos hablar fundamentalmente de la relación y la influencia del grupo familiar, aunque también de las relaciones establecidas con los distintos grupos sociales y con la sociedad en general, siendo este último punto uno de los más difíciles de atajar, debido a como describíamos en el primer punto, vivimos aún con demasiados prejuicios de género y en este caso el alcoholismo es un agravante que se ve como un “vicio” y/o etiquetando a la mujer como “mujer de la calle”. A estos prejuicios añadimos los problemas de autoeficacia para enfrentarse al mundo.

En el caso de la familia, nos encontramos que la mayoría de mujeres acuden solas a tratamiento por diversos motivos que enumeramos más abajo, este hecho las hace partir con una

sería desventaja y producir uno de los grandes males de estas mujeres, el sentimiento de soledad.

Se podrían diferenciar dos tipos de soledades, una la producida por el alcohol en sí mismo, que viene a ser "aislamiento", y otra soledad en la recuperación por no tener la ayuda del familiar; aunque esta carencia puede ser superada por los compañeros/as que con los que comparte tratamiento. También durante el tratamiento, experimentan un cambio en este sentimiento, el hecho de no estar acompañadas le va haciendo sentirse más libres.

En el caso de que las pacientes lleguen acompañadas, el apoyo familiar debe fundamentarse en entender la enfermedad alcohólica, aceptarla como tal y asumir el papel familiar dentro de la enfermedad y recibir ayuda para una recuperación conjunta.

6.1.3.- INTERVENCIÓN

Por las características de las que partimos, nos encontramos en la práctica diaria que de cuatro varones en tratamiento por dependencia al alcohol hay una mujer, y no es porque las mujeres tengan una considerable diferencia en la incidencia de esta enfermedad, si no porque, en la mayoría de los casos los varones cuentan con: menor crítica social, mayor apoyo social y familiar y mayor autoeficacia y autoestima, a pesar de que estas dos últimas también se ven muy mermadas en el caso de los varones.

Partiendo de esta premisa, los centros de tratamiento específicos de alcohol mantienen en programa a un número mayor de usuarios masculinos, por lo que hay que tener en cuenta una serie de particularidades para la adherencia al tratamiento por parte de la mujer.

Una de las variables que influye en la adherencia a tratamiento de cualquier paciente, es el apoyo familiar y su acompañamiento, en el caso de la mujer esta variable suele jugar en contra y será uno de los principales puntos a evaluar, ya que por diversos motivos puede verse sola: incomprensión y vergüenza, maltrato físico, psicológico y/o sexual, separación o divorcio, etc.

Tras una exhaustiva evaluación de cada caso y entrando en el circuito terapéutico general de cualquier centro de tratamiento, a nivel individual y grupal, hay que hacer especial hincapié en el caso de la mujer en:

- Expresión de Sentimientos
- Relaciones Sexuales
- Aumento de la Autoeficacia
- Aumento de la autoestima (sobre todo en lo relativo a la imagen corporal)
- Búsqueda de identidad
- Dependencia emocional
- Organización familiar (sobre todo en los casos con hijos)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Blanco Zamora, P. Adicción y Género, ¿existe relación causal?. Encuentros de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones. Género y Adicciones. Chiclana de la Frontera (Cádiz), 2004.
- Ettore, E. Alcohol y Mujer. Narcea. 1998. Madrid.
- Gómez Moya, J. "Algunas Reflexiones sobre Alcoholismo Femenino". Cuadernos de Trabajo Social. Vol.17 (2004):83-98.
- Gómez Moya, J. El Alcoholismo Femenino. Ediciones Octaedro, 2005.
- Insúa Cerreti, P. Diferencias de género, uso de drogas y conductas de riesgo. Encuentros de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones. Género y Adicciones. Chiclana de la Frontera (Cádiz), 2004.
- López, M. Clínica de la Mujer Alcohólica. I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid, 2000.
- Möller-Leimkühler A.M., R. Schwarz, W. Burtscheidt y W. Gaebel. Dependencia del alcohol y orientación del rol de género. Eur. Psychiatry Ed. Esp. (2002); 9: 215-223.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol: Un problema de salud de la mujer. 2002. En: <http://www.fisterra.com/guias2/alcohol.htm>.
- Rodríguez, E. Perspectivas de género en los problemas de drogas y su impacto. I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid, 2000.
- Rodríguez, M. "Mujeres y Drogodependencia. Intervención Familiar". I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid, 2000.
- Sociedad Española de Toxicomanías. Estudio Internacional sobre género, Alcohol y Cultura. Proyecto Genacis" 2004. En: <http://www.msc.es/pnd/publica/html/otras.htm>

6.2.- ALCOHOL Y SIN TECHO.

Autor: M^a Carmen Zayas González
aardespertar@hotmail.com

El colectivo de personas sin hogar, conforma uno de los grupos sociales de mayor dificultad en su estudio. La ocultación social que padecen, el rechazo a acudir a los Centros de Atención, la movilidad “residencia” para alcanzar la subsistencia, su invisibilidad en los datos y estadísticas oficiales, son algunos factores que favorecen la dificultad real y objetiva para delimitar cuantitativa y cualitativamente el fenómeno del “sin hogar”.

Las personas sin hogar son algo más que pobres . Se trata de personas que sufren procesos de exclusión multi-causal y que presentan problemáticas añadidas diversas.

A) Características:

- Los hombres siguen siendo mayoritarios. Sin embargo, resulta cada vez más importante la presencia de mujeres.
- Con respecto a la edad, el número mayor de personas sin hogar se sitúa en el tramo comprendido entre los 31-50 años. Por otro lado hay un bajo porcentaje de personas mayores de 65 años. Se rompe así una tendencia clásica, ya que tradicionalmente las personas mayores, constituían un grupo muy numeroso dentro de este grupo social altamente excluido.
- La soledad es la principal característica de las personas sin hogar. La mayoría son solteros o bien se encuentran divorciados o separados. Sólo una minoría cuenta aun con algún tipo de relación de pareja (casados o en pareja). Sin lugar a dudas la carencia de vínculos afectivos y redes familiares y sociales constituyen un factor clave que favorece su vulnerabilidad y dificulta aun más que estas personas puedan salir de su situación de marginación.
- Igualmente hay que señalar que el bajo nivel educativo, y la falta de capacitación laboral son factores que favorecen los procesos de exclusión, que generan como resultados el desarraigo y la pérdida de vínculos familiares y sociales.
- El alcoholismo, los trastornos mentales y las dependencias a otras drogas, están presentes en los itinerarios personales de las personas sin hogar. En unos casos, constituyen la causa precipitante de los referidos procesos., en otros, se convierten en la consecuencia directa de encontrarse en una situación de destrucción y abandono personal.

B) Intervención con la población marginada sin hogar:

Son fundamentalmente dos las vías de acceso de este tipo de población a un Centro de Tratamiento Ambulatorio de drogodependencias y a los derivados de aquellos servicios que cubren necesidades básicas: Albergues, comedores sociales, cáritas... y por otro lado, el “boca a boca” entre ellos.

En los primeros, la intervención más básica ya está cubierta, por lo que la coordinación entre el servicio que lo ha derivado y los centros de tratamiento ha de ser inmediata y continua.

En los segundos, es decir aquellas personas que acuden porque “un amigo se lo ha comentado”, hemos de actuar en primer lugar en la satisfacción de las necesidades más básicas, antes de iniciar el tratamiento específico de su problema de adicción al alcohol.

- Comida.
- Alojamiento.

- Aseo personal.
- Cobertura sanitaria.
- Administración de medicación: Muy importante si tenemos en cuenta que estos pacientes viven en la calle, no tienen familia que les controle y suministre la medicación.

Con respecto a este tema señalar la importancia de la iniciativa privada, Asociaciones y ONGs, las cuales son las que dan respuestas más inmediatas a dichas necesidades.

Insistimos de nuevo en la importancia de la coordinación entre los centros de tratamiento y los servicios que estén trabajando con el usuario, tanto telefónicos como a través de reuniones periódicas de seguimiento de casos. Dicha Coordinación es necesaria para:

- Que los técnicos de los distintos centros implicados, dirijan la intervención en una misma línea.
- Tener información puntual y exacta sobre el paciente.
- Contrastar información.
- Evitar “marear” al paciente, haciéndole contar una y otra vez su historia a distintos profesionales.
- Compartir ideas, opiniones, sugerencias... sobre el caso.

Así pues, lo que trabajamos con el paciente en primer lugar y desde que accede al Centro, es la reducción del daño. Se trata de que vaya reduciendo el consumo, coma, se lave, y de alguna manera se integre en el circuito terapéutico creado entorno a él.

A partir de aquí, nos centramos en la adicción, valorando y diagnosticando dicha adicción al alcohol, por lo que administramos:

- Tratamiento médico.
- Tratamiento psicológico.
- Control y seguimiento social (puesto que el tratamiento a nivel social lo ha iniciado).

Si bien la intervención empieza a ser igual que para otro colectivo hemos de señalar las siguientes características que las diferencian:

1. El seguimiento es muy exhaustivo: Las citas (tanto médicas como psicológicas y sociales) han de ser muy continuadas. No olvidemos que se trata de personas que, aunque se haya conseguido un lugar donde dormir, pasan largas horas en la calle, sin nada que hacer.

2. Respecto a las relaciones sociales: Referir que son con iguales. Es decir, no se relacionan en ambientes normalizados, sino en ambientes consumidores. Por lo que hemos de destacar la importancia de las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, y sobre todo, aquellas que por un lado son Centro de tratamiento ambulatorio y por otro Asociación, complementándose las actuaciones, ya que trata terapéuticamente al paciente a través de un equipo multidisciplinar, y por otro se le ofrece la posibilidad de participar en actividades programadas que llenen de contenido sus horas.

3. Derivación y coordinación con recursos terapéuticos específicos (Unidades de desintoxicación hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, Pisos de apoyo al tratamiento, Pisos de apoyo a la reinserción): Hemos de ser conscientes de que si bien estos recursos

pueden ser la solución para estas personas (ya que además de ofrecer tratamiento para su adicción al alcohol, cubre las necesidades del paciente), tienen importantes listas de espera, por lo que desde el Centro de Tratamiento Ambulatorio tenemos que actuar antes e intentar satisfacer esas necesidades básicas antes comentadas, ya que, si superar el problema de adicción al alcohol es difícil para una persona con apoyo familiar, casa, trabajo y determinada estabilidad, ni que decir tiene para aquellas personas que viven en la calle sin ningún tipo de apoyo.

La iniciativa privada las ONGs y el voluntariado, en numerosas ocasiones son las encargadas del acompañamiento a dichos recursos, de la ropa que el paciente necesite llevar...

4. Incorporación social: Con estas personas hay que ir trabajando la incorporación social desde su nivel más básico, planteándonos objetivos fáciles de conseguir y a corto plazo. Nos referimos a una incorporación social a mínimos. Es importante para estas personas ver que van consiguiendo pequeñas metas que en un futuro le permitan un cambio radical de estilo de vida y por tanto la normalización.

El primer aspecto por tanto a trabajar dentro de la incorporación es el abandono de los hábitos adquiridos en la calle, (pedir limosna, aparcar coches...), dinero que evidentemente utilizan para el consumo, incluso gestos y lenguaje empleados en la misma, dándoles la oportunidad de conocer que hay otras formas y maneras de vivir.

La intervención a realizar dentro de este apartado sería:

- Asistencia a grupos de terapia.
- Asistencia a actividades programadas.
- Entrenamiento de habilidades sociales y desarrollo personal.
- Talleres de hábitos de vida saludables
- Talleres de autoestima.
- Talleres sobre adquisición y desarrollo de hábitos laborales. (Prelaboral).
- Tramitación de prestaciones y ayudas.
- Manejo del dinero.

Cuadro Resumen sobre la intervención con la población marginada sin hogar

- | |
|--|
| <p>¥ Información y asesoramiento sobre servicios que faciliten los recursos para cubrir las necesidades básicas (Comedores sociales, Asociaciones, ONGs, Albergues...) Reducción del daño.</p> <ul style="list-style-type: none">• Coordinación con todos aquellos servicios que trabajan con el usuario, tanto telefónica como a través de reuniones periódicas de seguimientos de casos.• Facilitar cobertura sanitaria.• Seguimiento exhaustivo, por lo que las citas han de ser muy continuadas a los tres niveles (médico, psicológico y social).• Incorporación social desde su nivel más básico. |
|--|

6.3. ALCOHOL Y ADOLESCENCIA.

Autor: Federico Luque Pérez

fluque@dipuzcadiz.es

La adolescencia es frecuentemente considerada como una de las etapas más complejas en el desarrollo humano por cuanto supone la transición desde la infancia a la edad adulta (es decir, el fin de la etapa de formación del sujeto que dará paso a la etapa de asunción de responsabilidades propia del adulto) con la aparición de una serie de intensos cambios (muy potentes y muy concentrados temporalmente) a nivel fisiológico, psicológico y socio-cultural.

Se ha defendido que la dificultad para abordar los problemas de los jóvenes proviene de la dificultad de los adultos para “entenderlos” (Utges, M. 2002). Desde esta perspectiva, no existiría la adolescencia, sino diversos grupos de adolescentes (efectivamente, no hay adolescente sin grupo).

En los últimos años, se ha venido observando en las sociedades occidentales el fenómeno de la prolongación de la adolescencia, encontrándose cada vez un mayor número de sujetos en esta etapa de la vida. La consecuencia inmediata de este fenómeno es que cada vez más adolescentes y adultos jóvenes se enfrentan a enfermedades y trastornos comúnmente asociados a los adultos, siendo el consumo de alcohol uno de los que mayor preocupación social genera.

Algunas de las características que presenta el consumo de alcohol en la adolescencia, son:

- Los adolescentes no poseen conciencia de los riesgos tanto inmediatos como diferidos que se asocian al consumo de alcohol.
- Los problemas son más difíciles de detectar dado el poco tiempo de consumo y la inexistencia de complicaciones somáticas importantes (o alteraciones analíticas) que nos ayuden en el diagnóstico.
- Por otro lado, no debe esperarse que estén presentes los criterios de dependencia propios de los adultos para realizar el diagnóstico y/o plantear un plan de actuación para el caso.
- Los problemas asociados más precoces se producen en las áreas escolar y familiar y, posteriormente, aparecen problemas como: accidentes de tráfico, conductas violentas, conductas antisociales y problemas legales.
- A su vez, estos problemas escolares, familiares, de relación interpersonal, están influyendo en el desarrollo evolutivo del adolescente.
- A la hora de realizar un diagnóstico concreto, es aconsejable utilizar los instrumentos de evaluación diseñados para adolescentes.
- Se desconoce qué jóvenes continuarán abusando del alcohol en la edad adulta o abandonarán el consumo con o sin intervención.

Todas estas circunstancias deben hacernos considerar la inconveniencia de abordar el problema del alcohol en la adolescencia desde una perspectiva reduccionista considerando, por el contrario, cualquier intervención desde un enfoque global e integrador.

6.3.1. Epidemiología. Patrones de consumo.

Según la última encuesta domiciliaria del observatorio español para las drogodependencias (OED, 2003), el alcohol es la sustancia legal más consumida en España: un 63,8% de los españoles

han consumido alcohol al menos una vez en el último mes, y un 15,3% lo consumen a diario. Además, esta prevalencia muestra una tendencia ascendente desde 1995 (OED, 2003).

El consumo se ha incrementado sobre todo en la población joven, asociándose al ocio durante el fin de semana. La normalización del consumo entre los jóvenes, a pesar de los graves problemas que acarrea su uso generalizado (accidentes de tráfico, laborales, etc.), ha generado un intenso debate social.

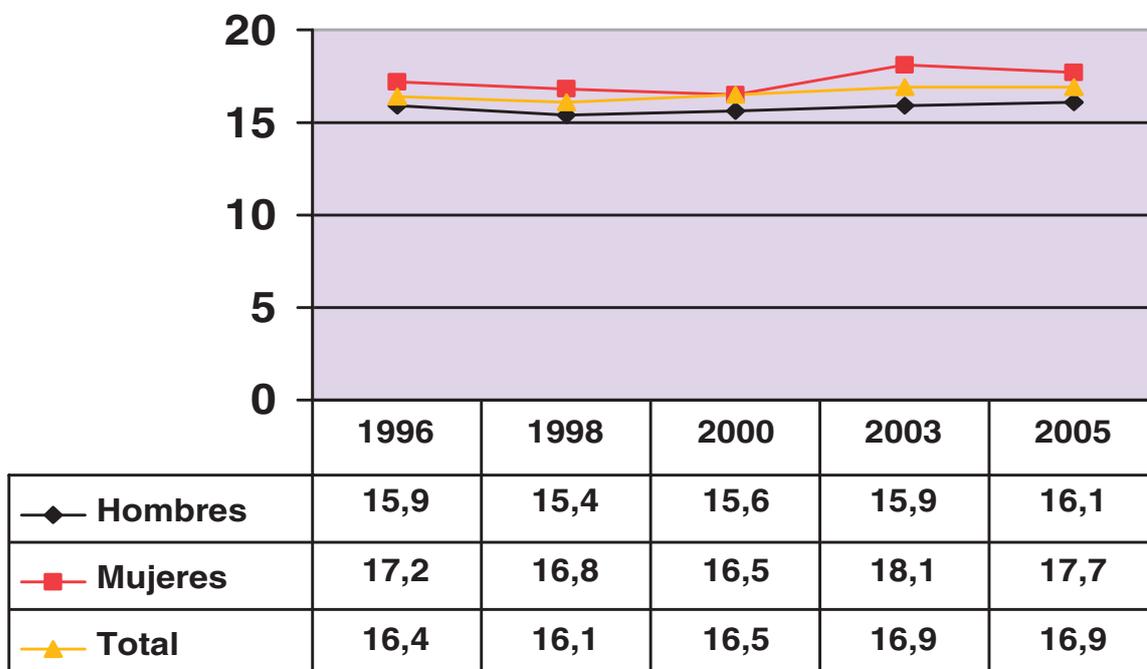
En Andalucía, donde vamos a centrar en este caso nuestra mirada, disponemos de datos de prevalencia desde 1987 (EDIS I a IX). Los últimos datos publicados correspondientes a 2005 (EDIS IX, 2006), indican que un 63,0% de andaluces entre 15 y 64 años han consumido alcohol en el último mes, aunque aparecen indicios de que el consumo podría estar moderándose.

Edad de inicio

En cuanto a la edad media de inicio en el consumo, se observa (figura 1) que los hombres, en términos generales, comienzan a consumir casi dos años antes que las mujeres, dato éste que supone una diferencia significativa.

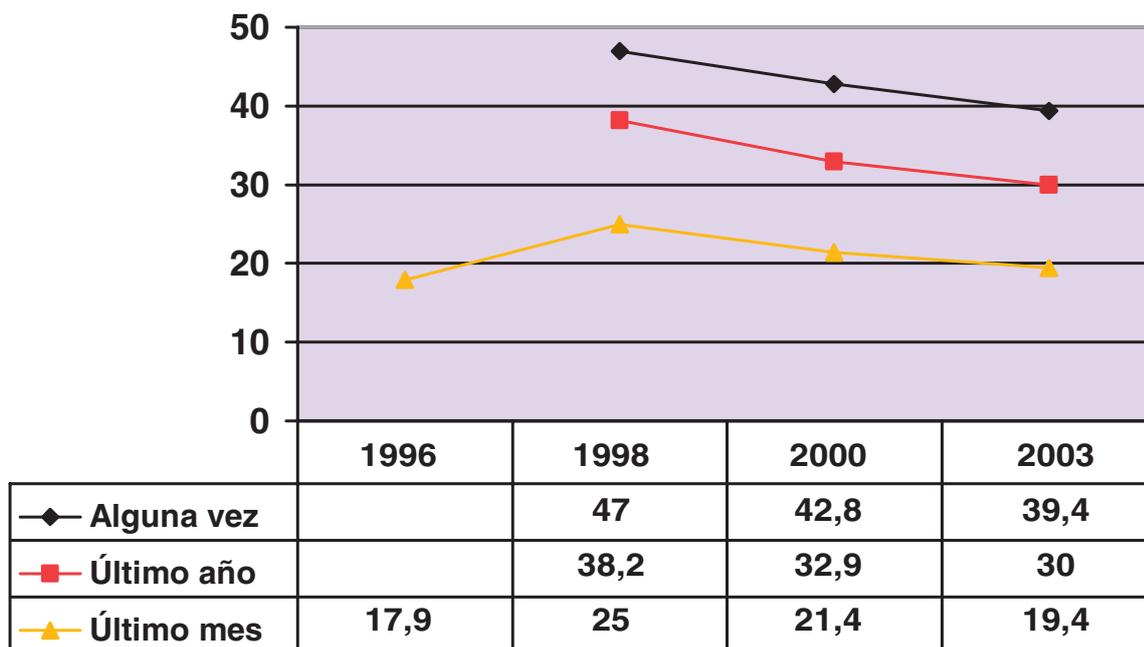
En cuanto a la serie histórica, se observa que mientras en los hombres la media de edad de inicio se mantiene más o menos estable, en las mujeres tiende a decrecer con una inversión de tendencia en 2003 que el último estudio parece no mantener (EDIS IX).

Evolución de la edad de inicio del consumo de alcohol



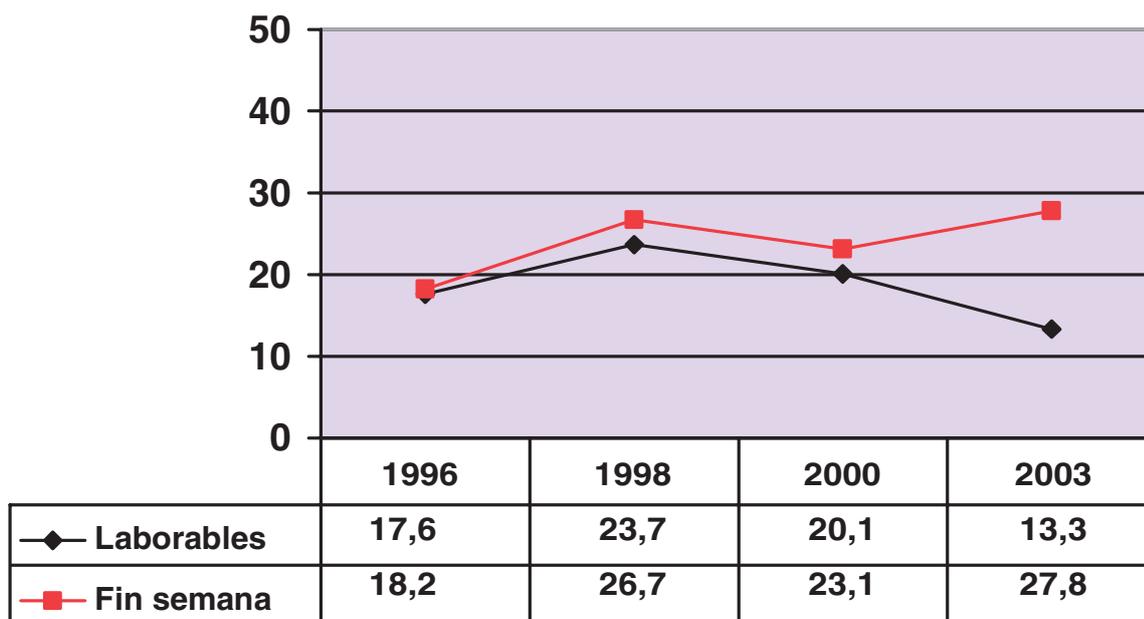
En el grupo etario más joven (12-15 años) los datos de la serie histórica nos indican que el número de jóvenes que consumen alcohol viene reduciéndose en los últimos cinco años, aunque los datos más recientes no alcanzan los de la prevalencia más baja de la serie (1996).

Evolución de las prevalencias de consumo de alcohol (12-15 años)



Finalmente, si se examina el día de la semana en que se produce el consumo de alcohol en este grupo etario (12-15 años), observamos que hasta el 2000, el consumo en días laborables y fines de semana evoluciona de forma paralela, pero en el 2003 se produce un importante crecimiento del consumo en fines de semana al tiempo que se reduce en días laborables.

Patrón de consumo semanal (12-15 años)



Todos estos datos nos hacen observar una pauta específica en el consumo de alcohol de los jóvenes que ha adquirido características propias diferentes al patrón adulto:

- Los adolescentes consumen, sobre todo, en fin de semana y festivos (patrón que se asemeja al modelo anglosajón de consumo) con un patrón más compulsivo en el que se buscan los efectos embriagantes del alcohol.

- El lugar de consumo utilizado es la calle, en lugares de diversión, en el ámbito grupal, fuera del ámbito del hogar.

- Las bebidas habitualmente utilizadas son la cerveza y los combinados de alta graduación (los adultos consumen más vino).

- Conforme aumenta la edad, también lo hace la cantidad de alcohol que ingieren, de forma que entre 12 y 20 años, el 5,6% de jóvenes son bebedores abusivos (EDIS IX, 2006).

- En muchos casos, el consumo de alcohol en jóvenes se asocia al de otras drogas como tabaco, cannabis, cocaína, heroína o sustancias sintéticas.

6.3.2. Factores relacionados con el consumo

Como en cualquier otro proceso multicausal, será la interrelación de estos factores el elemento que pueda propiciar el inicio, mantenimiento y posterior desarrollo de problemas relacionados con el alcohol en este grupo de edad.

Familiares

- Genéticos: se han tratado ampliamente en otros capítulos de la Guía.
- Modelo parental: tanto las actitudes como los hábitos de consumo de los padres, influyen en el consumo de alcohol en adolescentes

- Modelo educacional: las actitudes extremas, tanto las muy permisivas como las autoritarias, contribuyen a fomentar el consumo de alcohol en adolescentes.

- Apoyo familiar: la existencia de un buen apoyo familiar es un mecanismo "protector" en relación con el consumo de alcohol y otras drogas.

Sociales

- Influencia grupal: aunque inicialmente sean los padres los que influyan en el inicio del consumo, rápidamente será el grupo de pertenencia del adolescente el que impondrá su modelo de relación con el alcohol y otras drogas.

- Modelaje: la imitación por el adolescente del comportamiento adulto es un importante factor de contribución al consumo de alcohol.

- Socialización: en su preocupación por la integración grupal, despertar sexual, etc., el alcohol actúa como un factor desinhibidor.

- Otros: tienen relación con condicionantes geográfico-culturales (los países latinos tienden a ensalzar los valores positivos del alcohol), legales (regulación de la edad mínima de consumo, limitación/prohibición de la venta), económicos (control del precio de venta).

Psicológicos

- Características psicológicas y rasgos de personalidad propios de la adolescencia los hacen más influenciados: búsqueda de la novedad, deficiente control emocional, baja autoestima, impulsividad.

- Transacciones interpersonales: la necesidad del adolescente de ser aceptado por el grupo, su dificultad en el contacto con el sexo opuesto, son factores que pueden propiciar el

consumo de alcohol.

- Trastornos psiquiátricos: sobre todo aquellos que tienen su inicio en la infancia (trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo, ansiedad) pueden conducir al consumo de alcohol.

6.3.3. Problemas relacionados con el consumo

Ni siquiera existe acuerdo en la conceptualización de lo que constituye un adolescente con problemas por uso de alcohol. En el adolescente, el menor tiempo de consumo de alcohol lleva aparejado que fenómenos como la dependencia, tolerancia, deseo irrefrenable de consumir o síntomas de abstinencia se muestren, en la mayoría de los casos, como de menor gravedad, así como los efectos físicos a largo plazo.

En términos generales, los problemas más frecuentes relacionados con el consumo de alcohol en la adolescencia se centran en:

- Intoxicación aguda (ya analizada en otro capítulo de esta Guía)
- Accidentes de tráfico: constituyen una de las causas más frecuentes de mortalidad en el grupo de edad 15-24 años. Los datos de la DGT evidencian que un tercio de los fallecidos en accidentes de tráfico son menores de 25 años. La relación alcohol-accidente de tráfico es tan evidente que la accidentalidad aumenta de manera proporcional a los niveles de alcoholemia, e incluso los conductores jóvenes presentan mayor riesgo de lesiones que los conductores mayores, en cualquier nivel de alcoholemia que se considere.
- Dificultades escolares: diversos estudios han demostrado que el fracaso escolar se asocia a un mayor consumo de alcohol.
- Problemas legales: tanto el consumo de alcohol mantenido como la intoxicación aguda se asocian a conductas violentas y delictivas. Aumentan la frecuencia de conducta antisocial, heteroagresividad, impulsividad, incidentes con la policía, estancias en centros de acogida de menores, transgresión normativa y legal.
- Otras drogas: cuanto más baja es la edad de inicio en el consumo, más drogas se usarán después, tanto legales como ilegales. El policonsumo de sustancias es más frecuente en jóvenes que en otros grupos de edad. El tabaco es la sustancia que más se asocia al consumo de alcohol.

6.3.4. Diagnóstico del consumo de alcohol en la adolescencia

Por lo general, el adolescente no demandará por propia voluntad una valoración de su problema dado que no reconocerá la existencia de gravedad en su conducta y que, además, no suelen existir alteraciones somáticas graves que requieran un contacto con los servicios de salud.

Serán generalmente presiones familiares o legales las que propicien la valoración de la conducta de consumo de alcohol.

Como en otros casos, el método más fiable para valorar el consumo de alcohol de un adolescente, será la historia clínica (que requiere un entrevistador empático, receptivo, con capacidad de compromiso) que nos permitirá explorar áreas como:

- Historia de consumo: frecuencia, cantidad, tipo de bebida, duración del consumo.

- Existencia o no de síndrome de dependencia. En adolescentes es raro, pero debemos explorar la presencia de síntomas de abstinencia, tolerancia, pérdida de control. Los criterios para el diagnóstico son los mismos que los expuestos para adultos (DSM-IV-TR, CIE-10).
 - Estado físico
 - Trastornos psiquiátricos asociados
 - Problemática asociada: familiar, social, escolar, laboral, legal.
 - Habilidades presentes: HHSS, asertividad, resolución de conflictos.

Como elemento de apoyo se pueden usar diversos cuestionarios específicamente diseñados para población juvenil como:

- Adolescent Drinking Index (ADI) (Harrel y Wirt, 1989): consta de 24 ítems dispuestos en 4 áreas: pérdida de control, indicadores sociales, indicadores psicológicos, indicadores físicos. Se obtiene una puntuación con un rango entre 0-62, de forma que para 16 o más puntos, obliga a una evaluación exhaustiva. Valora adolescentes entre 12-17 años.
- Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS) (Mayer y Filstead, 1979): consta de 14 ítems con los que se obtiene una puntuación de 0-84 puntos; 42 o más puntos obligan a una evaluación más exhaustiva.
- Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ) (Winter, 1992)
- Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) (Friedman y Utada, 1989)

6.3.5. Tratamiento

La tendencia en el tratamiento de los problemas derivados del consumo de alcohol en adolescentes ha sido la de aplicar los mismos programas que en adultos. Sin embargo, como hemos venido viendo, el consumo de alcohol en adolescentes presenta características peculiares que es preciso tener en cuenta al implementar cualquier estrategia terapéutica:

- El adolescente, generalmente, niega la existencia de algún problema, lo que origina una dificultad en la adherencia a cualquier tratamiento. Por tanto, el aspecto motivacional es muy importante, sobre todo en las primeras fases del tratamiento para conseguir un cambio de actitud en el adolescente
 - Además, es importante, sobre todo en los primeros momentos, proporcionar información correcta sobre el alcohol y desmontar mitos en torno a sus efectos beneficiosos (estimulante sexual y comunicacional, efectos positivos sobre la conducción...), destacando los efectos beneficiosos de la abstinencia
 - En determinados jóvenes (con buen apoyo sociofamiliar, sin enfermedades médicas importantes, historia corta de consumo, que rechazan la abstinencia total) se han aplicado programas basados en el consumo moderado o de bebida controlada y no problemática, mediante técnicas conductuales regladas.
 - Cualquier programa terapéutico para adolescentes debe abarcar también:
 - Entrenamiento en HHSS y solución de problemas
 - Programas de mejora de la asertividad y autoestima
 - Control de la ansiedad
 - Programas de ocio-tiempo libre y de orientación educativo-laboral.
 - Terapia familiar

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alonso-Fernández F. Los secretos del alcoholismo. Ediciones Libertarias. Madrid, 1998.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. (DSM-IV-TR). 1ª edición. Masson. Barcelona, 2002.
- Blázquez A, Rubio G. Adolescencia y alcohol. En: Rubio G, Santo-Domingo J. (dirs.). Guía práctica de intervención en el alcoholismo. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. Madrid, 2000.
- Cuadrado P, Martínez J, Picatoste J. El profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol. PNSD. Madrid, 1994.
- Informe evolutivo 2000-2003. Comisionado para las Drogodependencias. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Sevilla, 2004.
- Kaplan H, Sadock B. (dirs.) Abuso de sustancias en la adolescencia. En: Sinopsis de Psiquiatría. 8ª edición. Ed. Panamericana. Madrid, 2000.
- Navarro Botella J. (dir.) EDIS VIII. Los andaluces ante las drogas. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía. Sevilla, 2003.
- Navarro Botella J. (dir.) EDIS IX. Los andaluces ante las drogas. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía. Sevilla, 2005.
- Ortiz P, Palanca I. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas. En: Gutiérrez JR, Rey F. (dirs.) Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. ENE. Madrid, 2000.
- Pérez de los Cobos J, Guardia J. Alcoholismo. En: Vallejo Ruiloba J. (dir.) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4ª edición. Masson. Barcelona, 2000.
- Reina FL, Muñoz MJ, Girón S, Martínez-Delgado JM. Guía de actuación en Atención Primaria. Problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas. I.M & C. Madrid, 1999.
- Rubio G, Jiménez MA, Ponce G, Santo-Domingo J. Evaluación de los trastornos por consumo de alcohol. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M (dirs.) Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Ars Médica. Barcelona, 2002.
- Santo-Domingo J, Jiménez-Arriero MA (dirs.) Aspectos generales del diagnóstico y del tratamiento de los trastornos por uso de sustancias psicótropas. En: Consenso de la SEP sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Euromédice. Barcelona, 2003.
- Utges M. Trastornos por uso de alcohol en poblaciones especiales: adolescentes, mujeres, ancianos. En: Rubio G, Santo-Domingo J. Curso de Especialización en Alcoholismo. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, 2002.
- World Health Organization. Clasificación Internacional de las Enfermedades (Décima Edición). 1ª edición. Meditor. Madrid, 1992.

6.4.- COMORBILIDAD ENTRE ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

INTRODUCCIÓN

En los ambientes clínicos resulta bien conocida la coexistencia de determinadas patologías mentales con los problemas de abuso y dependencia de alcohol. Los problemas potenciales en el proceso de diagnóstico se incrementan de forma notable cuando ambos tipos de trastornos se presentan conjuntamente en una persona. El doble diagnóstico puede reflejar, al menos, cuatro situaciones diferenciadas:

1. El trastorno mental y el de abuso de alcohol y drogas, pueden ser dos condiciones independientes, cada una de las cuales puede progresar de forma distinta según el curso clínico habitual de cada trastorno. En estos casos la combinación de ambos trastornos en una persona podría representar una coincidencia epidemiológica (por la prevalencia que cada trastorno tiene en la población) o bien por ser ambos consecuencia de similares factores predisponentes (por ejemplo, estrés, personalidad, ambiente de crianza en la infancia, influencias genéticas, etc.) que incrementan el riesgo para la expresión de diversos tipos de trastorno.

2. Un trastorno primario (mental o por abuso de alcohol o drogas) puede influir en el desarrollo del segundo trastorno de tal forma que finalmente, el trastorno inducido tenga su propio curso y desarrollo. Por ejemplo, una persona con un trastorno bipolar en situación de manía puede desarrollar un trastorno por dependencia de alcohol y, una vez tratado y compensado su trastorno afectivo, va a persistir la evolución de su dependencia al alcohol.

3. El trastorno por uso de alcohol o sustancias puede ser secundario a los esfuerzos de la persona por aliviar o disminuir los síntomas o el sufrimiento asociado a un trastorno mental primario. Por ejemplo, una persona puede incrementar su consumo de alcohol en un intento de paliar sentimientos de depresión o de ansiedad. En estos casos el tratamiento adecuado del trastorno primario debería traducirse en la remisión del trastorno por consumo de alcohol.

4. Por último, el trastorno por consumo de alcohol puede inducir la aparición de cuadros psiquiátricos asociados bien a la intoxicación, bien a la abstinencia. Serían síndromes o trastornos psiquiátricos inducidos por el abuso o la dependencia del alcohol.

Diferenciar estos tipos de comorbilidad tiene importantes consecuencias: las etiologías pueden ser diferentes, y las respuestas a los tratamientos y las evoluciones de dichos cuadros pueden ser distintas.

Dejando al margen la importante discusión sobre el significado clínico de la asociación de ambos tipos de patología en una misma persona (alcohol-causa; alcohol-consecuencia; o no interdependencia), lo cierto es que los clínicos se enfrentan al problema de cómo proporcionar el mejor tratamiento posible para ambas condiciones.

En efecto, la presencia conjunta en un mismo sujeto de problemas derivados del consumo de alcohol y trastornos mentales, determina una mayor probabilidad de aparición de problemas psicosociales e interpersonales, un peor cumplimiento terapéutico, un mayor riesgo de recaídas e igualmente un mayor riesgo de suicidio (Kranzler y otros., 1998). Además, la comorbilidad se asocia con mayor cronicidad, tanto de los trastornos por uso de sustancias como de los otros trastornos psiquiátricos (Kranzler y otros 1996).

Esta problemática sugiere la necesidad de realizar una correcta evaluación diagnóstica que ayudará notablemente al diseño de la estrategia terapéutica más idónea. La importancia de poder detectar y actuar en esta situación radica en la influencia mutua que puede ejercer sobre el pronóstico el hecho de que no se aborden adecuadamente los dos tipos de trastornos concomitantes.

A pesar del creciente interés en los problemas etiológicos, clínicos y terapéuticos relacionados con la patología dual hay relativamente pocos estudios clínicos que hayan ensayado tratamientos para esta población de pacientes (Petrakis y cols. 2002).

EPIDEMIOLOGÍA

En la búsqueda bibliográfica realizada para conocer la incidencia y la prevalencia de la comorbilidad entre trastornos por consumo de alcohol y trastornos psiquiátricos se han encontrado pocos estudios epidemiológicos poblacionales. Los dos primeros de los que tenemos constancia se han realizado en Estados Unidos: el Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study (Regier y cols 1990) y el National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler y cols. 1996). También han sido publicados otros estudios en población general: el Ontario Health Survey (Ross 1995) realizado en esa zona de Canadá; el British Psychiatric Morbidity Survey (Farrel y cols. 1998), encuesta efectuada sobre una muestra poblacional de Gran Bretaña (entre 1993 y 1994) y por último el Nacional Survey of Mental Health and Well Being (Burns y cols. 2001), que se llevó a cabo en Australia en 1997.

Seguidamente se resumen los datos mas importantes obtenidos en estos estudios.

Estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA)

- Realizado entre los años 1980-1984
- Muestra: 20.291 individuos, reclutados en población comunitaria e instituciones residenciales (prisión, otros tipos de recursos residenciales)
- Edad: A partir de 18 años
- Ambito de realización: Estados Unidos
- Criterios Diagnósticos: D.S.M.-III
- Entrevista: Diagnostic Interview Schedule
- Principales resultados con respecto a los trastornos por consumo de alcohol: ver tablas

Comorbilidad de personas con un diagnóstico primario de trastorno por Alcohol en el estudio ECA

TRASTORNO	PREVALENCIA EN LOS A LO LARGO DE LA VIDA %	Odds Ratio*
Cualquier Trastorno mental	36,6	2,3
Cualquier trastorno por sustancias	21,5	7,1
Ambos Trastornos (Mental o Sustancias)	45,0	2,9

*Odds ratio tomada entre las proporciones de personas que presentan el trastorno frente a las que no están expuestas

Comorbilidad de personas con un diagnóstico primario de cualquier Trastorno Mental en el estudio ECA

TRASTORNO	PREVALENCIA EN LOS A LO LARGO DE LA VIDA %	Odds Ratio
Cualquier Trastorno de Sustancias (excepto alcohol)	14,7	4,5
Cualquier trastorno por Alcohol	22,3	2,3
Ambos Trastornos (Alcohol o Sustancias)	28,9	2,7

*Odds ratio tomada entre las proporciones de personas que presentan el trastorno frente a las que no están expuestas

Comorbilidad con Trastornos Mentales Específicos en el estudio ECA

TRASTORNO	PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA %	PROBLEMAS CON ALCOHOL		Odds Ratio*
		Abuso %	Dependencia	
Esquizofrenia y T. esquizofreniforme	1,5	9,7	24,0	3,3
T. Antisocial de la Personalidad	2,6	22,1	51,5	21
Trastornos de Ansiedad	14,6	5,8	12,2	1,5
Trastornos Bipolares	1,3	16,1	27,6	5,1
Depresión Mayor	5,9	5	11,6	1,5
Distimia	3,3	4,8	16,1	1,7

*Odds ratio tomada entre las proporciones de personas que presentan el trastorno frente a las que no están expuestas.

Estudio Nacional Comorbidity Survey (NCS)

- Realizado entre los años 1990-1992
- Muestra: 8098 individuos seleccionados y entrevistados en sus domicilios
- Edad: entre 15 y 54 años
- Ambito de realización: Estados Unidos
- Criterios diagnósticos: D.S.M.-III-R
- Entrevista: Composite Internacional Diagnostic Interview
- Principales resultados con respecto a los trastornos relacionados con el consumo de alcohol:

Prevalencia de Trastornos Mentales en personas con trastornos por consumo de alcohol en el estudio NCS

TRASTORNO	PROBLEMAS CON ALCOHOL DURANTE EL ÚLTIMO AÑO			
	Abuso		Dependencia	
	%	O.R.*	%	O.R.*
T. Antisocial de la Personalidad			16,9	8,3*
Trastornos de Ansiedad (totales)	29,1	1,7	36,9	2,6*
Trastorno De Ansiedad Generalizada	1,4	0,4	11,6	4,6*
Trastorno de Pánico	1,3	0,5	3,9	1,7
Trastorno de Estrés Postraumático	5,6	1,5	7,7	2,2*
Trastornos Afectivos (totales)	12,3	1,1	29,2	3,6*
Trastorno Depresivo Mayor	11,3	1,1	27,9	3,9*
Trastornos Bipolares	0,3	0,7	1,9	6,3*

*Odds ratio tomada entre las proporciones de personas que presentan el trastorno frente a las que no están expuestas

Ontario Health Survey

- Realizado entre los años 1990 y 1991
- Muestra: 9953 individuos
- Edad: mas de 15 años
- Ambito de realización: Ontario, Canadá
- Criterios Diagnósticos: D.S.M.-III-R y C.I.E.-10.
- Entrevista: Composite Internacional Diagnostic Interview
- Principales resultados con respecto a trastornos relacionados con el consumo de alcohol:

- Mas de la mitad (55%) de todos los individuos con un trastorno relacionado con el consumo de alcohol tiene un trastorno comórbido a lo largo de su vida, siendo la comorbilidad mas común entre mujeres que entre hombres con problemas de alcohol.

- La probabilidad de tener otros trastornos por uso de drogas y trastorno antisocial de personalidad es muy alta en sujetos con un trastorno por consumo de alcohol, comparado con sujetos que no lo tienen.

- Los sujetos dependientes del alcohol, pero no abusadores, tienen un significativo incremento de riesgo para padecer trastornos afectivos y de ansiedad, comparados con los individuos sin trastornos por alcohol.

- Igualmente se describe que padecer trastornos de ansiedad primarios y trastornos por consumo de drogas son factores de riesgo para presentar posteriormente problemas por consumo de alcohol.

British Psychiatric Morbidity Survey

- Realizado entre los años 1993 y 1994
- Muestra: 10108 individuos
- Edad: entre 16 y 64 años

- Ambito de realización: Reino Unido
- Criterios Diagnosticos: C.I.E.-10
- Entrevista: Diagnostic Interview Schedule
- Principales resultados:

- La encuesta informa que los trastornos relacionados con el consumo de sustancias son los trastornos mas comunes en el ámbito comunitario con un 5 % de sujetos alcohol-dependientes en la muestra poblacional, un 7 % de alcohol dependientes en la muestra institucional y sobre un 21 % de alcohol dependientes en la muestra de “sin techo”

-Tabaco, alcohol y consumo de otras sustancias eran significativamente mas altos en la submuestra de los “sin techo” que en las otras dos submuestras.

-El uso de drogas estaba asociado a altas tasas de morbilidad psicológica

National Survey of Mental Health and Well Being

- Realizado en el año 1997
- Muestra: 10641 individuos
- Edad: mayores de 18 años
- Ámbito de realización: Australia
- Criterios diagnósticos: D.S.M.-IV.
- Entrevista: Composite Internacional Diagnostic Interview
- Principales resultados:

- Aproximadamente una tercera parte de los entrevistados con un trastorno por consumo de alcohol (abuso o dependencia) reunían criterios para al menos un trastorno mental comorbido durante el año anterior a la entrevista:

- Tenían 10 veces mas probabilidad de tener un trastorno por uso de drogas
- Cuatro veces mas probabilidad de tener un trastorno afectivo
- Y tres veces mas probabilidad tener un trastorno de ansiedad.

- El trastorno mental comórbido mas frecuente entre los alcohólicos era el de depresión (16,8%, O.R.=3,4) seguido del trastorno por consumo de cannabis (13,8 %; O.R.=10,5), el trastorno de ansiedad generalizada (7,1 % O.R.=3,3) el trastorno de estrés postraumático (5,4 %; O.R.=3,2) el trastorno por uso de estimulantes (3,6 %; O.R.=26,1) y el trastorno de pánico (3,5 %; O.R.=3,9).

- Los entrevistados que tenían un trastorno por consumo de alcohol y un trastorno mental comórbido estaban mas incapacitados y utilizaban de forma significativamente mas intensiva los servicios de salud que los entrevistados alcohólicos pero sin trastorno mental comórbido.

EVALUACIÓN CLÍNICA

Dentro de la evaluación clínica inicial del paciente con Trastorno Relacionado o por Dependencia del Alcohol sería conveniente incluir información relativa a la posibilidad de que coexista un trastorno mental. Resulta relativamente frecuente que se asocien trastornos depresivos o ansiosos, pero igualmente podemos encontrar trastornos de personalidad que condicionen el éxito de la intervención. Todos los pacientes deberían ser interrogados sobre la presencia de síntomas psiquiátricos y la existencia de un patrón de uso de sustancias.

Las dificultades para el diagnóstico diferencial son importantes y se deben a las diferentes causas implicadas en los síntomas psiquiátricos: estos pueden ser debidos a los efectos de las sustancias; al trastorno psiquiátrico; a problemas médicos; o a la interacción de todos ellos, además de a los factores que pueden estar presentes en el momento de la entrevista de evaluación.

Los efectos de las sustancias pueden provocar cuadros difícilmente distinguibles de determinados trastornos psiquiátricos, como los trastornos depresivos, ansiosos o psicóticos.

La mayor parte de los trastornos psiquiátricos son síndromes, es decir, un grupo de signos y síntomas de etiología multicausal, de los que no suelen conocerse las variables relacionadas con el curso y con la eficacia del tratamiento (Consenso S.E.P. sobre Patología Dual, 2004).

Las dificultades mas habituales que habrá que tener presente en el momento de la evaluación diagnóstica vienen señaladas en el cuadro 1.

Un primer desafío para el clínico será establecer si el cuadro clínico psiquiátrico presente en un individuo con antecedentes por consumo de alcohol está inducido o asociado a la intoxicación o a la abstinencia de alcohol. Para lo cual deberá sustentar su investigación clínica en los siguientes puntos:

1. Tipo de relación temporal entre el trastorno psicopatológico y el consumo de alcohol
2. Asociación de los síntomas presentes en el momento de la exploración a la intoxicación o a la abstinencia de alcohol
3. Exploraciones complementarias: repercusión de la intoxicación o la abstinencia en el funcionamiento orgánico: niveles de alcohol en sangre; otros marcadores de consumo
4. Tener en cuenta que la intensidad de los síntomas psiquiátricos presentes en la intoxicación o en la abstinencia pueden ayudar a establecer una primera hipótesis sobre si se trata de un síndrome inducido o un trastorno independiente del consumo de alcohol
5. Hacer una historia de las manifestaciones clínicas en busca de datos que puedan aclarar la secuencia temporal de aparición de los síntomas: por ejemplo, si puede intuirse que el paciente presentaba clínica depresiva mayor antes de iniciar el consumo abusivo o dependiente de alcohol.
6. Por último considerar que los trastornos inducidos se presentan en el contexto de la intoxicación o la abstinencia.

Dificultades para la Evaluación Diagnóstica

DIFICULTADES PARA LA EVALUACION DIAGNOSTICA
CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS
ENFERMEDADES MEDICAS CONCURRENTES
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS PREVIAS Y CONCURRENTES
MEDICACIONES CONCOMITANTES
FILIACION DE LOS SINTOMAS A AMBOS TRASTORNOS
EXACERBACIONES PSIQUIATRICAS PROVOCADAS POR EL ALCOHOL
TRASTORNO MENTAL PROVOCADO POR EL ALCOHOL

Consumo de otras sustancias

Se trataría de situaciones en las que la patología psiquiátrica podría derivarse del abuso de otras drogas como los derivados del cannabis, anfetaminas u otros estimulantes, alucinógenos o depresores del Sistema Nervioso Central. Dichas sustancias, por sí mismas, pueden producir alteraciones psiquiátricas vinculadas a su intoxicación aguda o crónica o a la abstinencia.

Enfermedades médicas concurrentes

Es conveniente tener presente que algunas enfermedades crónicas cursan con síntomas psiquiátricos y habría que hacer un diagnóstico diferencial y un estudio etiológico que pudiera descartar su presencia.

Enfermedades psiquiátricas ya establecidas y concurrentes

Se trataría de pacientes que habrían descubierto las bondades farmacodinámicas del alcohol para reducir el impacto de trastornos mentales sobre la vida psíquica.

Medicaciones concomitantes

Los depresores del sistema nervioso central, como los analgésicos narcóticos y las benzodiacepinas podrían ver potenciados algunos de sus efectos sobre el rendimiento psíquico y a dosis altas podrían producir confusión mental. Lo mismo ocurre con los anticolinérgicos, que junto al alcohol podrían ser causantes de alteraciones de la memoria, desorientación y confusión

Filiación de los síntomas a ambos trastornos

Tanto los síntomas de intoxicación como los de abstinencia alcohólica pueden ser de naturaleza psiquiátrica y podrían ser filiados, de no existir una dependencia, a otros cuadros de esta naturaleza.

Exacerbaciones psiquiátricas provocadas por el alcohol

Está demostrada la relación del abuso y la dependencia del alcohol con la exacerbación de trastornos psiquiátricos previamente compensados, como la esquizofrenia y las psicosis maniicodepresivas.

Trastorno Mental provocado por el alcohol

Es preciso tener en cuenta la posible presencia de síntomas psicóticos en personas con dependencia al alcohol, tales como la psicosis de Korsakoff, la alucinosis alcohólica o la celotipia, así como trastornos depresivos (y tentativas autolíticas) que estarían directamente vinculados a la propia dependencia y como una complicación o consecuencia de la misma.

Los datos que sugieren que el trastorno psiquiátrico es independiente del consumo de alcohol son:

1. El trastorno comenzó antes que el consumo regular de sustancias
2. En los trastornos no inducidos por el consumo la psicopatología presente suele ser algo diferente de los síntomas que presentarían sujetos con problemas sólo de abuso o dependencia.
 - a. Además, la psicopatología inducida por la sustancia suele remitir conforme se elimina el tóxico del organismo.
3. La permanencia de los síntomas del trastorno psiquiátrico después de un tiempo suficiente de abstinencia y observación (por ejemplo, varias semanas) es posible que signifique que no ha sido inducido (4 semanas puede ser un tiempo suficiente para esta valoración [Consenso S.E.P. sobre Patología Dual])
4. La existencia de antecedentes familiares del trastorno psiquiátrico apuntarían a un origen independiente del consumo de alcohol.
5. La respuesta terapéutica al tratamiento puede utilizarse igualmente como criterio diferenciador: los trastornos psicóticos inducidos por el consumo pueden responder bien inicialmente a antipsicóticos, pero a la larga van a predominar los efectos colaterales indeseables y la retirada de dichos fármacos no supondría la reagudización de la clínica psicótica (Consenso S.E.P. sobre Patología Dual).

PROBLEMAS TERAPÉUTICOS

En la evaluación inicial del paciente con posible diagnóstico dual que se presenta de forma aguda y sobre todo cuando hay dudas razonables sobre su posible filiación, se aconseja no conjeturar sobre cual es el trastorno primario. De hecho, el tratamiento del problema agudo por alcohol o por trastorno mental no es el tratamiento de la dependencia alcohólica ni del problema psicopatológico. Sólo la observación del paciente durante un periodo suficiente en abstinencia de alcohol podrá suministrar la orientación diagnóstica adecuada.

- La ausencia de respuesta para el tratamiento etiológico del síndrome de abstinencia alcohólico nos debería hacer pensar en que el trastorno mental asociado puede ser primario.
- Lo aconsejable es mantener al paciente en observación y en abstinencia de alcohol durante un periodo suficiente de tiempo (a veces basta con unas semanas) para reconocer la presencia de psicopatología asociada.
- Diversos trabajos coinciden en afirmar que los mejores resultados terapéuticos para este tipo de pacientes se consiguen cuando estos permanecen durante un prolongado lapso de tiempo en psicoterapia

Shollar (1996) sugiere que el tratamiento debe constar de dos fases:

A) Una primera de estabilización en la cual los objetivos que se persiguen son

- 1) La remisión de los trastornos agudos derivados de la dependencia alcohólica y de la clínica psiquiátrica,
- 2) La implicación del paciente y de la familia en el proceso terapéutico y
- 3) Discernir y tratar los patrones recurrentes de la disfunción.

B) En una segunda fase que denomina de tratamiento los objetivos serían:

- 1) Dar a conocer al paciente la estructura y factores precipitantes de los síntomas psiquiátricos y de la dependencia del alcohol.
- 2) Proporcionar métodos y recursos adecuados para poder superar las consecuencias de sus recaídas en las etapas iniciales de estos trastornos.
- 3) El tratamiento de este tipo de pacientes debe realizarse en estructuras o servicios especializados, bien en alcoholismo, bien en Salud Mental.

En este sentido, los problemas mas comunes en el tratamiento de estos pacientes son el abandono precoz (del 37 al 75 % según diferentes estudios), el incumplimiento de la medicación y el fracaso en la estabilización.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE COMORBILIDAD CON LOS TRASTORNOS POR ALCOHOL

1.- Trastornos Psicóticos

Para considerar que los síntomas de tipo psicótico presentes en la intoxicación o en la abstinencia de alcohol son diferentes de los síntomas psicóticos inducidos por el consumo se valora la presencia o no del juicio de realidad. La atribución del paciente de sus síntomas psicóticos al consumo o la abstinencia de alcohol nos habla de la presencia conservada del juicio de realidad. En caso de que el paciente no tenga juicio de realidad sobre el origen de los síntomas habrá que pensar en un trastorno psicótico inducido o en un trastorno psicótico comorbido.

Situaciones clínicas diferenciadas

SITUACIÓN CLÍNICA	CRITERIOS PARA EVALUAR
Intoxicación con síntomas perceptivos (alucinaciones)	Desaparecen al eliminar el efecto de la sustancia No pérdida del juicio de realidad
Abstinencia con síntomas perceptivos	Desaparecen al desaparecer los síntomas de abstinencia No pérdida del juicio de realidad
Psicosis Inducida	Perdida del juicio de realidad Persiste mas allá del efecto del alcohol Desaparece al cabo de pocas semanas
Psicosis Orgánica	Perdida del juicio de realidad Persiste mas allá del efecto del alcohol Alteraciones somáticas: neurológicas, analíticas, etc.
Esquizofrenia	Perdida del juicio de realidad Persiste mas allá del efecto del alcohol y queda defecto Alteraciones formales del pensamiento
Trastorno Delirante	Perdida del juicio de realidad Persiste mas allá del efecto del alcohol y queda defecto Delirio estructurado

Tratamiento

- Contexto de intervención hospitalario (Intoxicación o abstinencia + síntomas psicóticos)
- De primera elección los antipsicóticos atípicos
- Mantener el tratamiento hasta que desaparezcan los síntomas psicóticos
- En caso de los síntomas en contexto de intoxicación o abstinencia, seguir las recomendaciones terapéuticas generales además del tratamiento antipsicótico.

2.- Trastornos del Estado de Ánimo

Según los estudios epidemiológicos la coexistencia de trastornos afectivos con trastornos por consumo de alcohol supone la comorbilidad mas frecuente en los contextos terapéuticos.

Los trastornos del estado de ánimo pueden:

- Predisponer al consumo de alcohol en un intento de aliviar o disminuir el sufrimiento asociado – en los casos de depresión – o mantener o aumentar la euforia en los casos de manía
- Ser resultado de las dificultades de adaptación social presentes en los alcohólicos
- Obedecer a los cambios neurofisiológicos producidos por la cronicidad del consumo o por la abstinencia

El suicidio constituye una posible consecuencia grave de los trastornos depresivos en pacientes con trastornos por consumo de alcohol. El abuso y la dependencia de alcohol con frecuencia constituyen un factor de riesgo para facilitar y completar el suicidio.

Tratamiento

Es preciso realizar tratamiento conjunto e integrado de los trastornos del estado de ánimo en pacientes con trastornos por consumo de alcohol. Además de los abordajes psicoterapéuticos, resulta de primera elección la utilización de fármacos antidepresivos, teniendo en cuenta:

- Si el trastorno depresivo es previo al consumo de alcohol el tratamiento antidepresivo va a influir en la evolución clínica y terapéutica de dicho trastorno
- En caso de haber identificado que el trastorno afectivo es secundario al consumo de alcohol, el tratamiento antidepresivo será eficaz si paralelamente se consigue mantener la abstinencia de alcohol
- Si la clínica depresiva es secundaria a las dificultades de adaptación del paciente derivadas de su dependencia de alcohol puede ser suficiente el tratamiento de mantenimiento de la abstinencia para que remita la clínica depresiva. De hecho el cese del consumo de alcohol supone en muchos casos la mejoría de los síntomas depresivos

Una vez identificado el trastorno depresivo en un paciente con abuso o dependencia de alcohol los pasos mas adecuados a seguir para su abordaje terapéutico serían:

1º. Tratar la dependencia: realizar tratamiento de desintoxicación y posteriormente tratamiento de prevención de recaídas

2º. Aunque lo recomendable sería esperar entre 2 y 4 semanas de mantenimiento de abstinencia para valorar la persistencia de la clínica depresiva y la necesidad de instaurar un tratamiento dirigido al trastorno afectivo, es posible considerar empezar el tratamiento de forma mas precoz si:

- Es posible sospechar que el trastorno depresivo es primario, bien por la historia clínica, por haber aparecido en periodos de abstinencia de alcohol, por tener un curso crónico, etc.
- Por los antecedentes familiares de trastorno del estado de ánimo o de ansiedad
- Por persistencia o agravamiento de los síntomas tras un periodo de mantenimiento de abstinencia

Fármacos Antidepresivos

- De primera elección Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina: tienen un menor riesgo de sobredosis que los tricíclicos y presentan un perfil de buena tolerancia con mínima sedación.
- Otra opción frente a resistencia o falta de respuesta son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina
- En última instancia los tricíclicos
- Tener cuidado con Bupropion por su facilidad para inducir convulsiones
- En caso de comorbilidad con trastornos bipolares:
 - En fase maniaca: antipsicóticos atípicos y eutimizantes, preferiblemente distintos al litio debido a que los pacientes con trastornos por uso de sustancias tienen mayor tendencia a episodios mixtos y a ciclación rápida por lo que pueden responder mejor a anticonvulsivantes como el valproato o la carbamazepina y oxcarbazepina, el topiramato, la lamotrigina o la gabapentina.

3.- Trastornos de Ansiedad

Al igual que en los trastornos del estado de ánimo, la prevalencia de comorbilidad de los trastornos de ansiedad con los debidos al consumo de alcohol es bastante alta. Ambos trastornos pueden ser primarios, el trastorno de ansiedad puede ser secundario al consumo de alcohol y también al contrario. La posibilidad de hacer un diagnóstico adecuado sobre esta comorbilidad requiere del mantenimiento de un tiempo de abstinencia de alcohol, al menos 4 semanas desde el último consumo (según criterios D.S.M.-IV-T.R.).

Para poder valorar que el trastorno de ansiedad no es inducido por el consumo de alcohol puede tomarse en consideración:

- Que la aparición de los síntomas de ansiedad son anteriores al trastorno por consumo de alcohol
- Que los síntomas persisten a pesar de mantenerse la abstinencia de alcohol durante un tiempo considerable
- Que los síntomas son claramente excesivos en relación a lo esperable con respecto a la cantidad y al tiempo de consumo
- Que los antecedentes clínicos y personales sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente

Los trastornos de ansiedad pueden contribuir al mantenimiento y la recaída en el consumo de alcohol, y el consumo de alcohol crónico o la abstinencia de alcohol inducen síntomas de ansiedad, que terminan por reforzar el consumo.

Tratamiento

Dado que el alcohol puede inducir o potenciar síntomas de ansiedad preexistentes es imprescindible lograr que el paciente mantenga la abstinencia. Para ello habrá que realizar una desintoxicación reglada y esperar entre 2 y 4 semanas para establecer el diagnóstico de trastorno de Ansiedad.

Para el tratamiento del Trastorno de ansiedad se recomienda utilizar fármacos de bajo potencial de abuso.

Además de las estrategias psicoterapéuticas específicas para cada trastorno de ansiedad, se utilizarán tratamientos farmacológicos cuando los trastornos de ansiedad sean primarios o el trastorno de ansiedad sea persistente.

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina son los fármacos de elección en el tratamiento de la ansiedad comórbida con el alcoholismo, por su bajo potencial de abuso, sus escasas interacciones y su bajo riesgo de sobredosis.

Las benzodiacepinas se deben utilizar con precaución por su elevado potencial de abuso, y por sus interacciones con los depresores del sistema nervioso central, como el alcohol. Para el tratamiento de los síntomas de ansiedad no se deben utilizar de forma prolongada. Deben evitarse especialmente las de alta potencia, semivida corta y rápida absorción, como alprazolam.

4.- Trastornos de la Personalidad

Aunque el D.S.M.-IV-T.R. describe 11 trastornos de personalidad diferentes (incluyendo el Trastorno de Personalidad No Especificado), y los concentra en tres grupos (A, B y C), la asociación más frecuente entre trastornos por consumo de alcohol y los de personalidad tienen lugar con los del *cluster* B, particularmente con los trastornos antisocial y límite de la personalidad.

A veces resulta complicado poder dilucidar si un determinado trastorno de conducta es un síntoma del consumo de alcohol o del trastorno de personalidad.

Así, es posible distinguir distintas relaciones de causalidad entre ambos diagnósticos:

- El trastorno de personalidad sería previo y predispondría al trastorno por consumo de alcohol (por ejemplo: impulsividad, inestabilidad emocional, necesidad de transgredir normas sociales, baja tolerancia a la frustración, etc.)
- Los rasgos disfuncionales de la personalidad podrían ser consecuencia del consumo del alcohol
- Ambos trastornos podrían ser debidos a factores causales comunes (vulnerabilidad)
- Ambos trastornos podrían ser independientes

La presencia de un trastorno de personalidad modifica la expresión clínica del cuadro de dependencia ya que estos pacientes han comenzado más precozmente el consumo de alcohol, y las manifestaciones clínicas pueden ser más graves y complejas. Además:

- El Trastorno de Personalidad suele perturbar la relación terapeuta-paciente
- Con frecuencia realizan demandas atípicas
- Plantean frecuentes consultas de urgencia o en situación de crisis
- Tienen peor adherencia al tratamiento
- Los rasgos de personalidad más disfuncionales, en abstinencia del paciente, se convierten en factores de riesgo de recaída en el consumo.

Tratamiento

- No hay ningún tratamiento específico para este tipo de comorbilidad
- El abordaje psicoterapéutico está indicado en todos los casos
- Los psicofármacos presentan una eficacia limitada, aunque se puede recurrir a ellos para abordar determinados síntomas
- Hay que cuidar adecuadamente la relación terapéutica, manejando adecuadamente la transferencia y la contratransferencia
- Las estrategias terapéuticas deberán contemplar:

- Técnicas psicoeducativas dirigidas a la concienciación de los riesgos asociados al consumo
- Entrevistas motivacionales
- Posibilidad de utilizar recursos de internamiento como Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación.

Tratamientos Farmacológicos:

Se utilizan para aliviar o abordar determinados síntomas que pueden interferir con el mantenimiento de la abstinencia de alcohol.

- Antidepresivos:
 - Indicados en la inestabilidad afectiva, en la impulsividad-agresividad y en la ansiedad.
 - Utilizar preferiblemente Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

- Antipsicóticos:
 - Indicados para la desorganización cognitiva y para la impulsividad-agresividad
 - Se están comenzando a ensayar, aunque todavía no hay mucha literatura que lo sustente, antipsicóticos atípicos. Si hay respaldo clínico al uso de haloperidol.

- Eutimizantes:
 - Indicados para la impulsividad, la agresividad y la inestabilidad emocional
 - Están comenzando a aparecer ensayos clínicos con anticonvulsivantes como Topiramato, Lamotrigina, Gabapentina, Oxcarbazepina, Valproato, etc.

- Benzodiacepinas:
 - Su elevado potencial de abuso y dependencia y su limitada eficacia en los trastornos de personalidad hacen su uso desaconsejable en este tipo de comorbilidad.

5.- Otros Trastornos Psiquiátricos comórbidos con trastornos por consumo de alcohol

5.1.- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

- Aunque es un trastorno de comienzo en la infancia, la realidad es que aproximadamente entre un 1 y un 4,5 % de los adultos presentan TDAH.
- Un porcentaje muy alto de adultos con TDAH presentan problemas comórbidos de consumo de alcohol y de sustancias (Sullivan y cols. 2001; Ponce Alfaro y cols. 2000).
- La presencia de TDAH en la infancia se ha asociado con mayor riesgo de desarrollar un trastorno por uso de sustancias en la edad adulta respecto a la población general.
- Entre los pacientes adultos que consultan por problemas de alcohol, la frecuencia de TDAH muestra un rango del 31 al 71 % (Consenso de la S.E.P. sobre patología dual)..

Tratamiento

- No se aconseja la utilización del metilfenidato debido al potencial riesgo de abuso en pacientes con trastornos adictivos (aunque hay trabajos en los que se afirma que su utilización en dependientes de cocaína no incrementa su potencial de abuso ni el consumo de cocaína, los resultados todavía no se pueden generalizar).
- La administración americana (F.D.A.) ha aprobado recientemente la utilización de Atomoxetina, inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina como primer fármaco no estimulante con utilidad en el T.D.A.H. La atomoxetina no presenta riesgo de abuso o dependencia, y tiene efectos secundarios aceptables (ligeros cambios en frecuencia cardíaca y presión arterial) y no parece exacerbar otros trastornos psiquiátricos comórbidos
- El tratamiento psicoterapéutico de tipo cognitivo conductual ha mostrado resultados positivos en estos pacientes.

5.2.- Trastornos del Control de los Impulsos

Se va a tratar en este epígrafe el grupo de trastornos del control de los impulsos no incluidos en los trastornos de personalidad, en el trastorno bipolar o en el trastorno por consumo de sustancias.

- El trastorno de control de los impulsos mas frecuentemente asociado con los trastornos por consumo de alcohol es el Juego Patológico. Se ha descrito que hasta un 30-80 % de pacientes con Juego Patológico presentan un trastorno por uso de sustancias.

- Diversos estudios han mostrado que algunos rasgos del carácter y del temperamento de las personas que tienen trastornos comorbidos por déficit de control de impulsos y consumo de sustancias son compartidos:

- Búsqueda de sensaciones nuevas
- Tendencia a exponerse a situaciones de riesgo
- Además parece posible que compartan algunas alteraciones genéticas

Tratamiento

- No hay datos específicos sobre tratamientos para trastornos del control de los impulsos comórbidos con trastornos por consumo de alcohol
- Se han probado diferentes tipos de tratamiento psicofarmacológicos y técnicas psicoterapéuticas pero no hay evidencias que avalen su eficacia

5.3.- Trastornos del sueño

En general, los pacientes que presentan trastornos por consumo de sustancias, tienen una prevalencia de trastornos del sueño mayor que la población general.

- La incidencia de abuso de alcohol es 2,4 veces mayor en los adultos con insomnio persistente, que los que no lo tienen (Estudio ECA).

- Una tercera parte de alcohólicos que solicitan tratamiento tienen problemas de insomnio importantes.

- Padecer trastornos del sueño es un factor de riesgo para el consumo de sustancias, particularmente depresoras del sistema nervioso central, como el alcohol.

- El alcohol suele disminuir la latencia del sueño, pero empeora su calidad

- El trastorno del sueño afecta a un 18 % de personas con dependencia de alcohol, en comparación con el 10 % de la población general.

- El insomnio y la fragmentación del sueño, que a veces persiste durante meses después de haber logrado la abstinencia, pueden estar relacionados con la posibilidad de recaída. Por tanto, los tratamientos que mejoren la calidad del sueño de los alcohólicos pueden disminuir el riesgo de recaída.

Tratamiento

- La indicación de fármacos inductores del sueño (benzodiazepinas) es controvertida para los pacientes que presentan trastornos por consumo de sustancias (debido a su potencial de abuso)

- Sólo deben utilizarse en la fase de desintoxicación

- En personas que no han utilizado hipnóticos benzodiazepínicos es aconsejable utilizar inductores del sueño no psicoactivos ni reforzadores de la autoadministración como:

- Algunos antihistamínicos (hidroxicina, difenhidramina, doxilamina),
- Determinados eutimizantes (valproato, topiramato) o
- Antagonistas dopaminérgicos (Tiaprida, tioridazina, levomepromacina, clotiapina a dosis bajas o los antipsicóticos atípicos como Olanzapina y la quetiapina)
- Los Antidepresivos que poseen un componente sedativo, como la trazodona o la mirtazapina, al prolongar la latencia del sueño REM pueden mejorar el trastorno del sueño.

- Seguir las normas básicas de la higiene del sueño

5.4.- Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria se asocian frecuentemente a los trastornos por consumo de sustancias. En el caso concreto del abuso o la dependencia de alcohol se ha podido constatar que el trastorno alimentario aparece previamente al trastorno por consumo de alcohol y que cuando se consigue la abstinencia de alcohol suele reaparecer la sintomatología bulímica.

- Se ha detectado alcoholismo y abuso de sustancias en un alto porcentaje de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Wiseman y cols. 1999).
- La bulimia nerviosa y el subtipo de anorexia-bulimia purgativa se asocian a alcoholismo con mayor frecuencia que el subtipo de anorexia nerviosa restrictiva.
- El inicio de la bulimia nerviosa generalmente antecede al comienzo de la dependencia al alcohol.
- Entre mujeres que presentan dependencia de alcohol se ha observado mayor prevalencia de bulimia nerviosa que de anorexia nerviosa.

Tratamiento

- No hay utilidad demostrada de los antagonistas opioides en los trastornos de la conducta alimentaria
- Los fármacos más utilizados para la bulimia nerviosa son los I.S.R.S. a dosis elevadas (equivalentes a 60 mg de Fluoxetina/día). Dada su utilidad también como fármacos “*anticraving*” para el mantenimiento de la abstinencia de alcohol, podrían ser de eficaces en este tipo de comorbilidad.
- No hay datos de evidencia sobre cual es la mejor intervención de tipo psicoterapéutico en la comorbilidad alcohol-trastornos de la alimentación, pero hay descripciones del uso de la terapia cognitivo conductual, la terapia conductual dialéctica y las intervenciones motivacionales.

5.5.- Trastornos por consumo de alcohol y comorbilidad con otros trastornos por consumo de sustancias.

Cada vez con mayor frecuencia el alcoholismo aparece asociado al abuso o dependencia de otras drogas.

- En la población general de Estados Unidos, las personas con dependencia de alcohol tienen 5 veces más probabilidad de tener alguna otra drogodependencia asociada (18% frente al 3,5 %).
- La prevalencia de alcoholismo entre dependientes de cocaína podría llegar hasta el 84 % y entre dependientes de opiáceos al 65 % (Regier y cols 1990).
- Los pacientes alcohólicos presentan un mayor riesgo de dependencia de cocaína, hipnosedantes, opiáceos, estimulantes y cannabis, siendo la dependencia de benzodiacepinas y de nicotina significativamente superior a la de la población general.
- El consumo de otras sustancias incide negativamente en:
 - Complicar el curso de la abstinencia del alcohol al poder aparecer síntomas correspondientes a la abstinencia de las diferentes sustancias
 - Aumentar el riesgo de recaída, si la persona se encuentra en un programa de rehabilitación de alcohol
 - Infravalorar la importancia de los consumos de otras sustancias en el proceso de tratamiento de la dependencia de alcohol

Tratamiento

- Dificultado por el hecho de que el paciente suele centrar su solicitud de tratamiento sobre una sustancia
- Necesidad de realizar un abordaje motivacional con el objetivo de que alcance estadios de cambio que le permitan abordar sus otras dependencias
- En caso de tener que decidir una desintoxicación estaría indicado el régimen de internamiento
- Antes de la desintoxicación podrían pactarse cambios en los estilos y formas de consumo con el objetivo de disminuir daños (dejar la vía endovenosa, proponer programas de sustitución de opiáceos, cambiar benzodiacepinas de vida media corta por otras de vida media larga, antes de pasar al uso de anticomiciales, etc.)
- Evitar la prescripción de fármacos potencialmente letales si se combinan con alcohol u otras sustancias
- Realizar determinaciones periódicas de drogas en orina para monitorizar la evolución del consumo de los otros tóxicos
- Pautar programas de tratamiento específicos (tanto psico como farmacoterapéuticos, para cada tipo de vinculación adictiva: grupos de autoayuda, interdictores, terapias individuales y familiares, etc.)

CUESTIONES DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A ESTOS PACIENTES

Los principios generales de la atención a los pacientes con trastornos comorbidos deben contemplar que (Senay, 2000):

1. El diagnóstico dual debe ser esperado, no una excepción.
2. En pacientes con trastornos duales, ambos diagnósticos son primarios y se requiere tratamiento simultáneo.

3. La enfermedad mental grave y la dependencia de una sustancia son ambas enfermedades mentales primarias, crónicas, biológicas que deben contemplarse con el mismo modelo de enfermedad y de atención terapéutica.

4. No hay un tipo o modelo de programa para pacientes con trastornos duales.

5. En cualquier momento, el tratamiento apropiado depende del subtipo de diagnóstico dual, del diagnóstico específico de que se trate, de la fase de recuperación en que se encuentre el paciente, y del nivel de agudeza del trastorno, de su gravedad y de la motivación del paciente para el tratamiento de cada trastorno.

6. El tratamiento de la adicción en poblaciones psiquiátricas es básicamente similar al tratamiento de la adicción en poblaciones no psiquiátricas.

7. El tratamiento de la dependencia requiere ser modificado para adaptarlo a los pacientes con incapacidades y trastornos psiquiátricos.

8. El predictor más significativo del éxito terapéutico es la presencia de una relación empática, esperanzada y continuada, en la cual el tratamiento integrado y la coordinación de las atenciones y cuidados puedan tener lugar en los esperables múltiples episodios de tratamiento.

Circunstancias de tipo sociopolítica y de especificidad de la patología adictiva han determinado la creación y mantenimiento de un sistema específico de atención a las patologías adictivas diferenciado, organizativamente, del sistema de salud mental. Esta situación genera a nuestro juicio dos problemas importantes:

- a) Por un lado, un problema de toma de decisiones sobre cual puede ser la red de servicios adecuada o indicada para tratar a pacientes con patología dual y
- b) Por otro, una tendencia a enfocar el tratamiento hacia los trastornos con los que un servicio está más familiarizado.

La cuestión, sin embargo, no reside en si un paciente necesita diferentes tratamientos para sus distintos diagnósticos, sino en entender la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y el de consumo de sustancias, en asumir en qué aspectos se debe incidir inicialmente y cuales hay que demorar hasta un segundo tiempo (Arias y cols. 2001).

Miller (citado por Gonzalez Saiz, 1997) analiza los diferentes modelos de atención que, a su juicio, se vienen planteando. Encuentra tres tipos de abordajes:

- 1) Uno secuencial, en el que el paciente es tratado inicialmente en el recurso al que accede, para una vez estabilizado ser derivado al otro.
- 2) Un modelo en paralelo, en que el paciente es tratado simultáneamente por los dos servicios, interviniendo cada uno sobre el trastorno correspondiente.
- 3) Un modelo de intervención integrada en la que un mismo profesional o equipo de profesionales aborda de forma conjunta ambos trastornos.

A la vista de las dificultades del tratamiento paralelo (problemas de coordinación interequipes; mensajes contradictorios que pueden recibir los pacientes) o secuencial (ignorar la influencia que un trastorno no tratado puede tener sobre la evolución y la respuesta terapéutica del tratado), en algunos países se ha venido optando por el tratamiento conjunto de los trastornos comórbidos en programas integrados. Aunque los estudios sobre tratamientos integrados no han evaluado largos periodos de tiempo, la mayor parte de los autores y profesionales que trabajan en este campo se muestran partidarios de este tipo de tratamientos.

Nuestra realidad asistencial, sin embargo, viene determinada como se mencionaba al principio, por la existencia de dos redes diferenciadas: la de Drogodependencias y la de Salud Mental, cada una con recursos y dispositivos específicos y especializados. Ambas redes suelen funcionar en la mayoría de las ocasiones con insuficiente coordinación y adolecen de criterios consensuados de tratamiento de estos trastornos.

Siacca (1991) propone que la toma de decisiones sobre los recursos donde tratar a estos pacientes debe considerar que hay dos grupos con diagnóstico dual:

- Un primer grupo en el que el paciente tendría un doble diagnóstico en el Eje I (según los criterios del D.S.M.III-R): enfermedad mental grave y persistente más dependencia a una sustancia
- Un segundo grupo con Dependencia grave a una sustancia y enfermedad mental no grave: dependencia a una sustancia en el Eje I y un trastorno de personalidad en el Eje II, por ejemplo.

Este autor recomienda

- Incluir a los pacientes del primer grupo en programas de salud mental,
- Los del segundo grupo requerirían programas más intensivos y confrontacionales, como los de drogodependencias.

Por último, otro autor, Richard K. Ries (Ries, 1992) ha postulado un tipología bidimensional de los pacientes con trastornos comórbidos, basada en la severidad y en el curso del trastorno psiquiátrico y del consumo de sustancias y que puede ser útil para tomar la decisión más adecuada sobre en qué recurso terapéutico debe ser atendido un paciente con trastorno comórbido. Esta tipología reconoce cuatro situaciones diferenciadas:

1. Dependencia química complicada (leve psicopatología/dependencia grave). Esta categoría abarca a pacientes con dependencia de sustancias acompañada por trastornos psiquiátricos que son ni severos ni persistentes. Este tipo incluye los trastornos inducidos o exacerbados por el consumo. Síndromes psiquiátricos considerados en esta categoría son: ansiedad o se trastornos de pánico, depresión o hipomanía, psicosis o confusión, síntomas de trastorno de estrés postraumático, tentativa de suicidio, violencia, síntomas ligados al mal uso de medicaciones prescritas, y los rasgos y trastornos de la personalidad.

2. Enfermo mental abusador de sustancias (grave psicopatología/dependencia leve). Esta categoría incluye esquizofrenia, trastorno afectivo mayor con psicosis, y Trastorno de estrés postraumático severo. El paciente puede o no tener conciencia del consumo de la sustancia como problema.

3. Enfermo mental dependiente de sustancias (grave psicopatología/dependencia grave). Estos pacientes requieren el tratamiento para ambas clases de trastornos y deben contemplar la abstinencia como factor imprescindible para la mejoría del trastorno psiquiátrico.

4. Abuso de sustancias y leve psicopatología (Psicopatología leve, dependencia leve). Esta categoría incluye típicamente a pacientes en contextos terapéuticos ambulatorios y que se presentan con combinaciones de síntomas tales como depresión o conflicto en el ámbito familiar en presencia de abuso o dependencia no grave de drogas o alcohol.

En función de estos cuatro tipos de pacientes duales y de los dispositivos asistenciales que existen en nuestro ámbito de actuación el “Protocolo de Actuación Conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias” de Andalucía propone:

Asignación de pacientes duales a redes asistenciales en función a la Tipología de Ries

TIPOLOGÍA	RECURSO ASISTENCIAL
Dependencia química complicada (leve psicopatología/ dependencia grave)	Red de Drogodependencias
Enfermo mental abusador de sustancias (grave psicopatología/ dependencia leve)	Red de Salud Mental
Enfermo mental dependiente de sustancias (grave psicopatología/ dependencia grave)	Ambas Redes
Abuso de sustancias y leve psicopatología (Psicopatología leve/ dependencia leve)	Atención Primaria

Suscribimos para finalizar, lo referido por Martínez Delgado y cols (2005) sobre la necesidad de coordinación entre las redes de Salud mental y Drogodependencias:

“Tanto Salud Mental como Drogodependencias tienen unas características estructurales que les son definitorias; pero también existen una serie de caracteres funcionales y técnicos que les son comunes y pueden facilitar la coordinación... Con esta perspectiva es posible crear espacios intermedios entre las dos redes, desde la voluntad e implicación de las mismas, dedicados al abordaje de esa intersección real que existe entre el campo de la Salud Mental y el de las Adicciones”.

Para profundizar en esta cuestión remitimos al lector al “Protocolo de Actuación Conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias”, disponible en la siguiente dirección web: www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/UpLoad/Publicaciones/486_protocolo.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Arias F., Rubio G., López-Muñoz F., Ferre F. (2001): Introducción al Tratamiento de la Patología Dual: Aspectos Asistenciales y Terapéuticos. En Rubio G., López-Muñoz F., Álamo C., Santo-Domingo J. Editores: Trastornos Psiquiátricos y Abuso de Sustancias. Editorial Médica Panamericana, pp: 259-272.
- Bischof G., Rumpf H.J., Meyer C., Hapke U., John U. (2005) Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*, 100: 405-413.
- Burns L., Teeson M. (2002): Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Dependence*: 68: 299-307.
- Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Patología Dual. Coordinador: Luis San Molina. Editado por la Sociedad Española de Psiquiatría, Ars Médica y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2004.
- Cornelius, J.R., Bukstein O., Salloum I., Clark D. (2003) Alcohol and Psychiatric Comorbidity. *Recent. Dev. Alcohol*, 16:361-74.
- Farrell M., Howes S., Taylor C., Lewis G., Jenkins R., Bebbington P., Jarvis M., Brugha T., Gill B., Meltzer

- H. (1998): Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the O.P.C.S. National Psychiatric Morbidity Survey. *Addictive Behavior*, 23: 909-918.
- González Saiz, F. (1997): Patología Dual: Entre la Integración y la Complementariedad." *Revista Proyecto* (Revista de la Asociación Proyecto Hombre), n1, 24, Diciembre, pp.: 9-13.
 - Kranzler H.R., Mason B., Modesto-Lowe V. (1998). Prevalence, Diagnosis and treatment of comorbid mood disorders and alcoholism. En H.R. Kranzler y B. Rounsaville (Eds.), *Dual Diagnosis and treatment* (pp 107-136). New York: Marcel Dekker Inc.
 - Kranzler H.R., Del Boca F.K., Rounsaville B.J. (1996) Comorbid psychiatric diagnosis predict three-year outcomes in alcoholics: a posttreatment natural history study. *J. Stud. Alcohol*, 57:619-626.
 - Kessler R.C.: Nelson C.B., McGonagle K.A. Edlund M.J., Frank R.G., Leaf P.J. (1996) Epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (1): 17-31.
 - Martínez Delgado M., Ramírez López J., Molina Molina B., Araque Serrano F. (2005): Presentaciones Especiales. Patología Dual. En: *Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la Adicción a Opiáceos*. Editada por la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. Pp: 206-231.
 - Petrakis I.L., Gonzalez G., Rosenheck R., Cristal J.H. (2002). Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorders. An Overview. *Alcohol, Research and Health* 26 (2): 81-89.
 - Ponce Alfaro G., Rodríguez-Jiménez Caumel R., Pérez Rojo J.A., Monasor Sánchez R., Rubio Valladolid G., Jiménez Arriero M.A., Palomo Álvarez T. (2000) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y vulnerabilidad al desarrollo de alcoholismo: empleo de la Wender-Utah Rating Scale (WURS) para el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia de pacientes alcohólicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*. Nov-Dic; 28 (6): 357-66.
 - Protocolo de Actuación Conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias", Editada por la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía
www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/UpLoad/Publicaciones/486_protocolo.pdf
 - Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K. (1990) Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. *JAMA*, 264(19): 2511-2518.
 - Ries R.K. (1992): Serial, parallel and integrated models of dual-diagnosis treatment. *J. Health care Poor Underserved*. 3: 173-180.
 - Ross H.E. (1995): D.S.M.-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from de Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug Alcohol Dependence* 39:111-128
 - Schollar E. (1996) Tratamiento a largo plazo del paciente con diagnóstico dual. En Solomon J., Zimberg E., Shollar E., (Eds) *Diagnóstico Dual*. Ediciones en Neurociencias, Edición en Castellano, Barcelona. 1996.
 - Schuckit M.A. (2006): Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101 (suppl): 76-88.
 - Sciacca, K. (1991) An Integrated treatment approach for severely mentally ill individuals with substance disorders. *New Directions for Mental Health Services*, 50, pp; 69-84.
 - Senay E.C. (2000): Dual Diagnosis: Advanced Clinical Applications. (Conferencia) American Psychiatric Association 153rd annual meeting.
 - Sullivan M.A., Rudnik-Levin F. (2001) Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Jun;931:251-70*.
 - Wiseman C.V., Sunday S.R., Halligan P., Korn S., Brown C., Halmi K.A. (1999): Substance dependence and eating disorders: impact of sequence on comorbidity. *Compr. Psychiatry*, 40: 332-336.