



Hospital Universitario
12 de Octubre



MANUAL CLÍNICO SOBRE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL

El programa de alcohol del Hospital 12 de Octubre

Francisco Arias, Gabriel Rubio (Eds.)

MANUAL CLÍNICO SOBRE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL

El programa de alcohol del Hospital 12 de Octubre

Francisco Arias, Gabriel Rubio (Eds.)



SaludMadrid

**Hospital Universitario
12 de Octubre**

ÍNDICE DE AUTORES

FRANCISCO ARIAS

Jefe de sección de psiquiatría de interconsulta y enlace. Responsable del programa de alcohol. Servicio de psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Profesor asociado de psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid.

MÓNICA BARREALES

Médico especialista en aparato digestivo. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

AGUSTÍN BLANCO-ECHEVARRIA

Médico Internista. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

YOLANDA GUERRERO

Servicio de psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

ROSA JURADO

Psicóloga. Departamento de psicología. CEU. Madrid.

JOSÉ RAMÓN LÓPEZ-TRABADA

Psiquiatra. Unidad de Transición Hospitalaria. Servicio de psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

MARTA MARÍN

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Usera. Madrid. Profesor asociado de psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid.

BEATRIZ MESÍAS

Subdirectora General de Adicciones. Madrid Salud.

PILAR NOTARIO

Directora del C.A.D. de Latina. Madrid.

GERARDO PACHECO

Adjunto a Sección C.A.D. de Villaverde. Madrid.

RAQUEL PRIETO

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Carabanchel. Madrid.

ANTONIO MIGUEL VILLALBA

Enfermero. Centro de Salud Mental de Carabanchel. Madrid.

MACARENA TRUJILLO

Enfermera. Centro de Salud Mental de Usera. Madrid.

GABRIEL RUBIO

Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre Catedrático de Psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid.

ENRIQUE RUBIO

Psicólogo de InRecovery.

NAZARET SAIZ

Enfermera. Unidad de Transición Hospitalaria. Servicio de psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

SARA SOLERA

Psicóloga. Experta en Neuropsicología. Servicio de psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

ÍNDICE

PRÓLOGO	11
Joan Ramon Villalbí	
1. EL PROGRAMA DE ALCOHOL DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15
Francisco Arias, Gabriel Rubio	
2. CONCEPTO DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL	31
Gabriel Rubio	
3. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL	45
Francisco Arias	
4. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA	75
Sara Solera	
5. COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN EL TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL	99
Marta Marín	
6. ENFERMEDAD HEPÁTICA RELACIONADA CON ALCOHOL (EHA). MANEJO EN LA CONSULTA DE HEPATOLOGÍA	117
Mónica Barreales	
7. MANEJO DEL PACIENTE DEPENDIENTE DE ALCOHOL INGRESADO EN EL HOSPITAL GENERAL	127
Francisco Arias	
8. FASE DE DESINTOXICACIÓN Y ACOGIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOL	133
José Ramón López-Trabada, Nazaret Saiz	
9. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DESHABITUACIÓN EN LOS TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL	141
Marta Marín	
10. DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA	161
Agustín Blanco-Echevarria	
11. TERAPIA DE GRUPO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	165
Francisco Arias, Sara Solera, Rosa Jurado, Gabriel Rubio	
12. TERAPIA GRUPAL DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	185
Sara Solera, Gabriel Rubio	

13. PROGRAMA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON DEPENDENCIA ALCOHÓLICA	221
José Ramón López-Trabada, Nazaret Saiz	
14. ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN MUJERES	231
Raquel Prieto	
15. DISMINUCIÓN DE CONSUMO Y DISMINUCIÓN DE DAÑOS EN LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL	243
Francisco Arias, Rosa Jurado	
16. PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN PARA PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO POR CIRROSIS ALCOHÓLICA	255
Francisco Arias	
17. PROGRAMA DE LUDOPATÍA DE LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS	267
José Ramón López-Trabada	
18. LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN EL ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES: PASADO, PRESENTE Y FUTURO	299
Enrique Rubio, Gabriel Rubio	
19. PROGRAMA DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL: ENFERMERÍA EN LA DESINTOXICACIÓN	321
Nazaret Saiz	
20. PROGRAMA DE ENFERMERÍA EN LA DESHABITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	345
Yolanda Guerrero	
21. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOL EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL	353
Antonio Miguel Villalba, Macarena Trujillo	
22. PROGRAMA PSICOSIS-DROGAS-CAD DE VILLAVERDE-12 DE OCTUBRE	371
Francisco Arias, Gerardo Pacheco, Pilar Notario, Beatriz Mesías, Gabriel Rubio Colaboraciones: Mayte Pérez (ExConsejera Técnica Instituto de Adicciones), Lola Escarpa (ExTécnico Unidad Técnica de Formación e Investigación Instituto de Adiccio- nes), Tomás Migallón (ExAuxiliar Administrativo Instituto de Adicciones).	
23. PROGRAMA DE FORMACIÓN DE MODERADORES	387
Enrique Rubio, Gabriel Rubio	

PRÓLOGO

El alcohol es la sustancia psicoactiva con potencial adictivo consumida por un mayor número de personas en nuestro país. El sufrimiento y la mortalidad que causa son sólo inferiores a los que causa el tabaco y, por supuesto, son mayores que los causados por las drogas ilícitas (cuya disponibilidad y prevalencia de consumo son muy inferiores debido, precisamente, a su distinta situación legal). En cambio, el alcohol es muy barato, está ampliamente disponible, su consumo es fomentado activamente por la industria y, como consecuencia, la mayoría de la población de nuestro país lo consume. Es así como una proporción nada despreciable de los consumidores frecuentes desarrollan un trastorno por uso de alcohol que, en muchos casos, desemboca en una dependencia grave.

La atención a la adicción al alcohol requiere de un abordaje profesional, sistemático y pautado. En el ámbito hospitalario se espera que ésta sea abordada de manera habitual por los servicios de psiquiatría, que responden a las necesidades de los numerosos pacientes con patologías vinculadas al consumo de alcohol. La realidad es que hay variaciones en el grado de asunción de esta tarea. En este contexto, el Servicio de Psiquiatría del Hospital Doce de Octubre de Madrid viene desarrollando desde hace años una labor extraordinaria mediante su programa de atención al alcohol. Un esfuerzo explícito y estructurado, con vínculos estrechos con los centros de salud mental y de atención a las drogodependencias de su área de influencia, así como con la comunidad. A ello se añade la integración de las asociaciones de ayuda mutua en el itinerario establecido por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Doce de Octubre para la recuperación de sus pacientes.

Que los procedimientos de trabajo estén documentados es un principio fundamental en los esfuerzos de mejora de la calidad asistencial, y sin embargo no siempre lo están. Es por ello que este Manual es una aportación relevante para los profesionales del Hospital Doce de Octubre, además de una expresión de su aspiración a la excelencia. Pero al hacerlo público, se convierte en un regalo, que sus autores hacen a todos los que trabajan en el ámbito del alcohol, especialmente en el contexto hospitalario. Ojalá en nuestro país programas como éste llegaran a cubrir toda la red hospitalaria. La generosidad con la que el Servicio de Psiquiatría del Hospital Doce de Octubre pone este Manual a disposición de todas las personas interesadas puede contribuir a este fin.

Me resulta especialmente grato expresar, mediante este prólogo, mi agradecimiento por este buen trabajo. Desde siempre el alcohol y los trastornos asociados a su consumo han estado contemplados en las estrategias y planes de acción del Plan Nacional sobre Drogas, siendo su prevalencias y patrones de consumo objeto de exploración y medición en las encuestas e indicadores impulsados por la Delegación del Gobierno y monitorizados por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. En el Ministerio de Sanidad es el objetivo común de la Delegación del

Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Dirección General de Salud Pública disminuir el daño que el alcohol causa en nuestra sociedad, que nos aboca a trabajar conjuntamente en la evaluación de la situación, la generación de información y documentación y la búsqueda de respuestas en prevención, en detección e intervención precoz desde la atención primaria, y con la asistencia especializada y reinserción de las personas con trastornos graves. Es una tarea a la que contribuimos desde la Administración General del Estado, conjuntamente con las Comunidades Autónomas, que son las que tienen competencias asistenciales y, cada vez con mayor frecuencia, con los gobiernos locales comprometidos y con las entidades del tercer sector social más implicadas.

No quiero cerrar este prólogo sin felicitar al Servicio de Psiquiatría del Hospital Doce de Octubre y a la diversidad de autores que desbordan sus límites. Enhorabuena y muchas gracias por el buen trabajo, y felicidades por esta aportación a la mejora de la buena praxis profesional, que difundiremos activamente por nuestros canales.

Joan Ramon Villalbí

Delegado del Gobierno
para el Plan Nacional sobre Drogas



EL PROGRAMA DE ALCOHOL DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Francisco Arias, Gabriel Rubio

1. INTRODUCCIÓN

El programa de alcohol del Hospital 12 de Octubre tiene una larga trayectoria de funcionamiento, con una elevada actividad asistencial, docente e investigadora. Es un programa de referencia nacional, como lo demuestra el alto número de rotantes externos de otros servicios de psiquiatría de nuestro país, así como residentes y facultativos de otros países, principalmente sudamericanos. El área sanitaria correspondiente a este hospital se caracteriza por presentar unas condiciones sociales y laborales bastante desfavorables lo que favorece una mayor demanda y una mayor complejidad terapéutica y, posiblemente, una mayor prevalencia de problemas asociados al consumo de alcohol. El hecho de que un alto porcentaje de pacientes estén en situación de desempleo favorece la posibilidad de asistencia al programa pero implica dificultades en la recuperación.

El programa está integrado por el equipo de personal del hospital donde se incluye el hospital de día y el servicio de interconsulta y los equipos de los tres centros de salud mental (CSM) del área. En cada CSM hay un psiquiatra y una enfermera encargados del programa, existiendo posibilidades de desintoxicación ambulatoria y terapia grupal en estos centros.

El equipo del hospital realiza el programa ambulatorio estructurado con un enfoque de tratamiento a largo plazo, de unos dos años, y el programa de interconsulta. En este último, se valoran los pacientes con dependencia de alcohol que ingresan en otros servicios del hospital con los objetivos de colaborar en la desintoxicación e intentar motivar para iniciar la deshabituación en el programa ambulatorio.

Se lleva a cabo una desintoxicación que, generalmente, es ambulatoria y se desarrolla en la Unidad de Transición Hospitalaria (UTH). Si hay pacientes con una alta probabilidad de desarrollar un síndrome de abstinencia complicado, pueden ingresar en el hospital para llevar a cabo la desintoxicación. A su vez, en esta primera fase realizada en la UTH, se busca motivar al paciente para que mantenga la abstinencia realizando intervenciones grupales abiertas, lo que sería el *Grupo de Acogida*, de frecuencia semanal y con una duración estimada entre 2-3 meses.

Una vez alcanzada la abstinencia, se realiza la segunda fase de tratamiento de forma ambulatoria en la unidad de interconsulta, continuando con intervenciones grupales. Se trabajan modificaciones cognitivo conductuales y la adquisición de hábitos y rutinas saludables enfocadas a la prevención de recaídas y el mantenimiento de la abstinencia. Este segundo nivel de tratamiento se suele iniciar en torno a los 2-3 meses de abstinencia y constituye el *Grupo de Prevención de Recaídas* de 4 meses de duración.

Una vez finalizado, se comienza el *Grupo de Habilidades Sociales*. Considerando los conocimientos abordados en grupos previos, se busca que los pacientes puedan desarrollar sus habilidades sociales básicas, mejora de la asertividad y manejo de estados emocionales negativos. A su vez, se consolidan los nuevos hábitos y se promueve que comiencen a utilizar otros recursos disponibles dentro de la comunidad como los grupos de ayuda mutua. Este grupo dura 3 meses.

Por último, se lleva a cabo el *Grupo de Preparación al Alta*. Su duración es de un año aproximadamente. Se van consolidando los conocimientos que se han proporcionado durante las intervenciones previas, tanto grupales como individuales, y las herramientas o estrategias que utilizan en su vida cotidiana para mantenerse en abstinencia y llevar a cabo una vida más funcional y saludable.

Todos los pacientes, a su vez, tienen un seguimiento estrecho por parte de enfermería y psiquiatría, inicialmente varias veces por semana y según la evolución del paciente se van espaciando las consultas, para controles de alcohol espirado, manejo de las dificultades que surjan en el tratamiento, estrategias motivacionales y de prevención de recaídas de forma individual, valoración y manejo de comorbilidad psiquiátrica. También puede haber sesiones individuales a demanda del paciente ante riesgo de recaída o tras esta.

Un papel importante de la enfermería es el contacto con aquellos pacientes que dejan de acudir a los grupos y no han avisado con la finalidad de la detección precoz de posibles recaídas.

Además de la intervención grupal, otro elemento relevante es la intervención farmacológica, sobre todo en el inicio del tratamiento. Se intenta promover la toma de interdictores como el disulfiram con la intención de que los pacientes tengan mayores recursos para mantenerse en abstinencia.

Se intenta desde el inicio implicar a la familia en el programa, existiendo un contacto con los familiares de forma ambulatoria.

Además de los grupos mencionados, hay otros grupos específicos:

- Grupos de pacientes con hepatopatía candidatos a trasplante hepático o ya trasplantados.
- Grupo de mujeres, una vez estabilizada la abstinencia.
- Grupos de familias.

Además existe un grupo de formación de terapeutas dirigido a aquellos pacientes con abstinencia prolongada y que han demostrado habilidades destacadas (conocimientos sobre la adicción y con habilidades motivacionales) que después van a colaborar en algunos de los grupos terapéuticos.

Existe una estrecha coordinación con la consulta de hepatopatía alcohólica para el manejo conjunto de los pacientes y con medicina interna para la posibilidad de ingreso para la desintoxicación.

Muchos pacientes son reticentes a la terapia grupal, por lo que se realiza un seguimiento ambulatorio de estos. Otros pacientes no se plantean la abstinencia inicial y se realizan estrategias para disminuir el consumo o de consumo controlado para intentar orientar a la abstinencia posteriormente.

El tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica es concomitante con el de la dependencia de alcohol y se realiza por los mismos profesionales. Los pacientes con tentativas suicidas recientes y graves realizan el programa de suicidio específico de forma simultánea. La comorbilidad psiquiátrica, en general, no excluye de la terapia grupal. Si existe comorbilidad grave se ingresa en la unidad de hospitalización o en el programa ambulatorio de trastorno mental grave.

Dado que la procedencia de pacientes mayoritaria es de consultas de especialidades del hospital o tras ingresos en otros servicios del hospital, los pacientes suelen presentar una elevada comorbilidad médica, fundamentalmente hepatopatías, pancreatopatías o cardiopatías.

Una parte relevante del programa es la colaboración estrecha con las asociaciones de mutua ayuda. El programa ayúdate ayúdanos disponible en la página web de Facoma es fruto del trabajo conjunto con estas asociaciones.

El programa tiene una elevada actividad asistencial. Más de 300 pacientes anuales comienzan el tratamiento ambulatorio del programa de alcohol en el hospital. Además de más de 300 pacientes anuales son valorados en la interconsulta hospitalaria y un número importante en la consulta ambulatoria de los distintos CSMs.

Todos los residentes de psiquiatría del hospital tienen una rotación de 3 meses por el programa, existiendo una guía de rotación específica.

Además el programa colabora en la docencia del grado de psicología y medicina, del master de psicofarmacología y drogas de abuso de la Universidad Complutense o el master de Investigación en Salud Mental organizado por el Cibersam, rotando por el programa alumnos de ambos master y con la realización de un elevado número de trabajos de fin de máster (TFM).

Se podrían destacar como características del programa:

- La respuesta rápida en la atención al paciente, se cita en una semana tras la demanda.
- La facilidad de acceso, se puede acceder por distintas vías, incluido email específico para citas preferentes.
- Seguimiento estrecho de los pacientes.
- Fácil accesibilidad ante consumos, recaídas u otras cuestiones, con facilidad de contacto telefónico o presencial.
- Relevancia de terapia grupal.
- Uso habitual de aversivos supervisados.
- Seguimiento por enfermería y psiquiatría.
- Posibilidad de evaluación neuropsicológica detallada.
- Seguimiento a largo plazo, mínimo de dos años.
- Tratamiento concomitante de la comorbilidad psiquiátrica.
- Consulta de hepatopatía alcohólica.
- Ingresos en medicina interna para desintoxicación si es necesario, con implicación importante de estos profesionales.
- Coordinación con el equipo de trasplantes.
- Equipo amplio con equipos en cada CSM.

1. EL PROGRAMA DE ALCOHOL DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

- Intensa actividad docente e investigadora.
- Coordinación con el Centro de Atención al Drogodependiente (CAD) de Villaverde y con el Centro de Atención Integral al Drogodependiente de Usera.
- Reuniones periódicas de los profesionales implicados en el programa.
- Papel del paciente experto.

Limitaciones del programa:

- Pocos recursos sociales y dificultad en el acceso a comunidades terapéuticas o recursos de deshabituación a largo plazo.
- Mala situación laboral de los pacientes con necesidad de orientación en este sentido.
- Ausencia de recursos para pacientes con deterioro cognitivo, en situación de calle o escasos recursos económicos.

Uno de los pocos programas similares al nuestro de los que se pueden obtener resultados de efectividad es del programa OLITA. Este se define como una terapia intensiva a largo plazo en formato ambulatorio. Desde el enfoque biopsicosocial, su objetivo es la atención médica al paciente y la reintegración social dentro de un entorno protegido durante un plazo de dos años (Krampe, Stawicki, Hoehe y Ehrenreich, 2007). Tras finalizar la terapia, los pacientes continúan en seguimiento semanal o trimestral, pudiendo recurrir al recurso en caso de emergencia. En la fase inicial, se produce la desintoxicación y deshabituación donde el seguimiento es diario y conforme avanza el tratamiento, la frecuencia de sesiones se reduce. Se utilizan los interdictores como el disulfiram, siendo su ingesta supervisada por el equipo técnico. La mayoría de las sesiones individuales tienen una duración entre 15-30 minutos y también se dispone de sesiones grupales en fases avanzadas del programa. Los resultados del estudio de Krampe et al. (2007) en relación a la efectividad del programa encontraron un porcentaje de abstinencia del 50% de los pacientes durante los 9 años siguientes. Además, el 60% encontraron empleo y se encontraron mejoras importantes en las patologías comórbidas como la depresión, la ansiedad o problemas físicos provocados por el consumo.

2. EL PROGRAMA AYÚDATE-AYÚDANOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE COMO MODELO DE RECUPERACIÓN

El programa del Hospital está basado en el nuevo paradigma de la recuperación, de ahí que, en primer lugar, abordemos el concepto de recuperación y posteriormente nos centremos en el propio programa, implementado en 2010 y evaluado recientemente.

Al igual que en otras patologías crónicas, en el área de la adicción tampoco hay un concepto claro y compartido por los diferentes profesionales de lo que significa la recuperación. Hasta ahora se ha considerado la existencia de tres principales categorías de recuperación. Por *recuperación clínica* se entiende la remisión de los síntomas de la adicción durante más de 2 años y la vuelta al funcionamiento habitual. En *investigación*, la recuperación se ha operativizado como la consecución de la abstinencia durante al menos 2 años. Finalmente, la *recuperación individual* es descrita como un proceso a lo largo del cual el sujeto adquiere esperanza, respeto y empoderamiento (NASEM, 2016).

Hace más de una década la Fundación Betty Ford Institute reunió a un grupo de profesionales para elaborar una propuesta sobre lo que debía suponer el proceso de recuperación (The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007) y concluyeron que esta debía incluir: alcanzar la sobriedad, el bienestar en la salud personal (física y psicológica) y una mayor implicación con la ciudadanía. Unos años más tarde se hizo pública The Affordable Care Act (Congressional Budget Office, 2010), que aunque

no entraba en el concepto de recuperación, si marcaba un cambio de paradigma en el tratamiento de las patologías crónicas: se ponía el foco en el bienestar alcanzado más que en los síntomas y aconsejaba dar el salto desde los modelos de tratamiento agudos a los de continuidad de cuidados.

La administración americana (Substance Abuse and Mental Health Services Administration-SAMHSA-, 2011) ha realizado una propuesta sobre las 4 áreas que deben incluirse en el concepto de recuperación: salud (abstinencia y capacidad de tomar decisiones que apoyen el bienestar físico y emocional), hogar (lugar estable y seguro donde vivir), propósito (actividades diarias significativas y ser capaz de participar en sociedad) y comunidad (participar en redes sociales y tener relaciones que brinden apoyo) (NASEM, 2016). Según los autores del documento, la recuperación está impulsada por el propio sujeto, emerge de la esperanza, se lleva a cabo a través de diferentes vías, es holística, está apoyada por compañeros y aliados así como por redes sociales, tiene una influencia cultural, durante la misma se aborda el problema del trauma e involucra fortalezas y responsabilidades individuales, familiares y comunitarias.

Cuando se estudia la recuperación como proceso que ocurre a lo largo de la vida, suele distinguirse entre *recuperación natural*, la debida a determinantes madurativos (*maturing-out*) y el *capital de recuperación*. La primera se debe a la mejoría experimentada sin intervención o ayuda alguna. Todos conocemos a personas que dejaron de beber un buen día y no volvieron a hacerlo en su vida, sin recurrir a ningún profesional. La segunda es la que acontece como consecuencia de determinados procesos evolutivos como el paso de la adolescencia a la edad adulta temprana o cuando el sujeto afronta determinadas demandas ambientales que le llevan a reconducir su patrón de consumo. Algunos de los amigos de nuestra adolescencia bebían y consumían otras sustancias más que ningún otro de la pandilla. Nadie podía suponer que, tras conseguir su primer trabajo o salir con una pareja, se pudiera obrar el milagro pero, la realidad nos demuestra, en cientos de casos parecidos, que esos acontecimientos provocan cambios conductuales y la moderación en el consumo de alcohol o de otras sustancias. Recientemente se ha propuesto el concepto de capital de recuperación para designar a los recursos que las personas pueden utilizar para hacer frente a los estresores y mantener la recuperación.

La mayor parte de documentos y guías sobre recuperación hacen hincapié en incluir la *experiencia personal* de dicho proceso (The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; SAMHSA, 2011; Rubio, 2021). Uno de los trabajos que han abordado este aspecto es el realizado por el grupo de Kaskutas (Kaskutas et al., 2014). Ellos realizaron una encuesta a 9.328 personas que estaban recibiendo atención en diferentes programas terapéuticos para diferentes adicciones a drogas. De los más de 130 ítems de los que constaba la encuesta se extrajeron 4 factores: *Abstinencia, elementos imprescindibles* (ser honesto consigo mismo, manejar emociones negativas sin recurrir al uso de drogas, ser capaz de disfrutar de la vida sin consumir sustancias de abuso), *maduración personal* (crecimiento y desarrollo personal, reacciones a los vaivenes de la vida sin utilizar las drogas, asumir responsabilidades) y *espiritualidad*. Se describieron varias tipologías de recuperación pero los cuatro ítems más frecuentemente señalados por el 95% de los pacientes en recuperación fueron: ser honesto consigo mismo, manejo de emociones negativas sin recurrir a sustancias, ser capaz de disfrutar de la vida sin usar drogas, proceso de crecimiento y desarrollo personal (Kaskutas et al., 2014, Witbrodt et al., 2015).

Estas elaboraciones en torno al concepto de recuperación en adicciones coinciden con los planteamientos desarrollados en el ámbito de la salud mental general (Slade, 2012), donde se considera que la recuperación es un proceso individual y gradual que se construye sobre 5 procesos

básicos: *conexión con otras personas, esperanza y optimismo en el futuro, sentido positivo de la identidad, propósito en la vida y empoderamiento.*

3. ¿EN QUÉ CONSISTE EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE?

En 2016 se implantó el programa de tratamiento en nuestra área de influencia donde residen casi 700.000 habitantes, repartidos en tres distritos con nivel socioeconómico medio-bajo. Los recursos asistenciales de atención especializada incluyen 4 centros ambulatorios de diferentes especialidades médico-quirúrgicas, 3 centros de salud mental y diez centros de atención primaria junto al Hospital Universitario 12 de Octubre.

Los objetivos de dicho programa son:

Asistenciales:

- Promover la *detección precoz* de problemas relacionados con el alcohol en los dispositivos asistenciales tanto de Atención Primaria como de Especializada.
- Ofrecer un tratamiento de *calidad* que incluya las técnicas con el mayor nivel de evidencia científica posible, que se adecue a las *necesidades de cada paciente* para evitar su progresión y que asegure la *continuidad de cuidados* a lo largo de los dispositivos de Primaria y especializada.

Formativos:

- Favorecer la formación y coordinación de los diferentes profesionales implicados en el tratamiento de estos pacientes para mantener un grado de eficiencia que asegure los objetivos asistenciales.
- Integrar a los residentes de psiquiatría, de psicología o de enfermería que lleven a cabo sus rotaciones del Programa de Alcohol con el resto de residentes de la interconsulta de forma que lleven a cabo las tareas de enlace durante este periodo formativo.
- Favorecer la integración de los dispositivos de la Red de Atención al Drogodependiente- ubicados en el área de influencia del Hospital 12 de Octubre- en el circuito de formación de residentes de psiquiatría, psicología y enfermeras especialistas en salud mental.

Investigación:

- Favorecer la investigación que implique una mejora en los programas de tratamiento de pacientes con problemas relacionados con el alcohol.
- Integrar en los grupos de investigación a profesionales de los Centros de Salud Mental, profesionales no psiquiatras de Atención especializada que intervengan en el Programa de alcohol y a profesionales de Atención Primaria.

El programa de tratamiento de la dependencia alcohólica en nuestro Área abarca tres niveles diferentes de intervención, en función de la motivación y del grado de complicaciones. La mayor parte de Guías coinciden en señalar que los cambios de conducta que debe llevar a cabo un paciente se deberían realizar en los primeros meses de tratamiento y consolidar en los 6-12 meses siguientes. De forma que las exigencias mínimas de un programa de tratamiento están entre los 12-24 meses, con diferente grado de supervisión clínica.

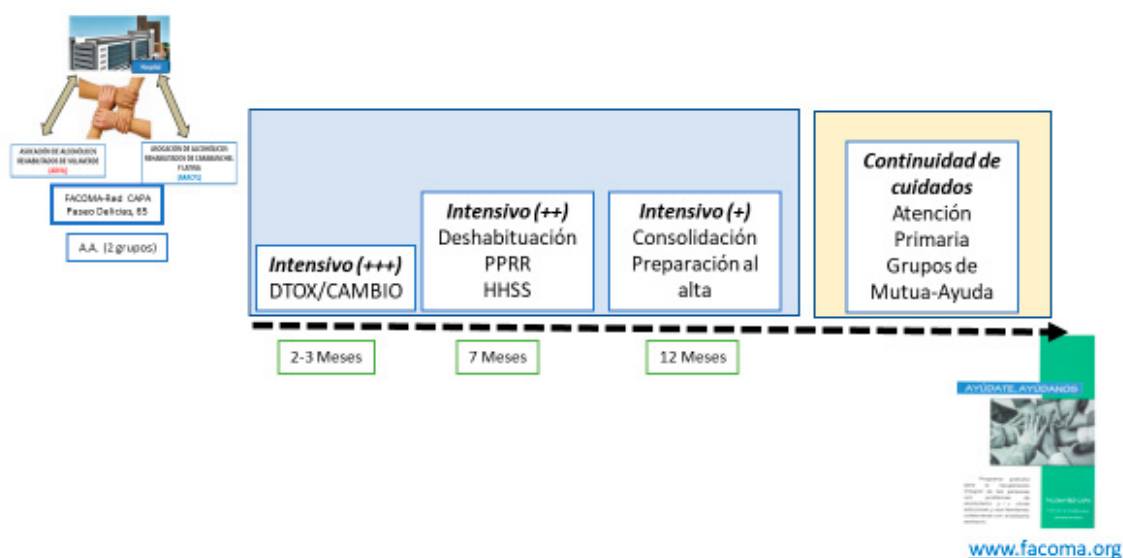
Las estrategias psicoterapéuticas a realizar durante el **primer nivel** están dirigidas a motivar al paciente a la consecución de la abstinencia. Suelen utilizarse intervenciones grupales abiertas como los grupos de acogida o programas psicoeducativos. Una vez alcanzada la abstinencia, en el **segundo nivel**, los pacientes suelen beneficiarse de intervenciones con formato grupal y de orientación cognitivo conductual que les ayuden en la prevención de recaídas y en la mejora de sus habilidades sociales. Trascurridos 6–9 meses de abstinencia, en el **tercer nivel**, los pacientes necesitan consolidar los nuevos hábitos y el nuevo patrón de refuerzos, por lo que se promoverá, de forma insistente, la utilización de los recursos disponibles en la Comunidad y de la asistencia a las Asociaciones de ex alcohólicos para conseguir dichos objetivos.

Una vez finalizado el programa de intervención (es aconsejable que el paciente lleve al menos 2 años en abstinencia) los pacientes son derivados a sus equipos de atención primaria, donde, en colaboración con las asociaciones de los grupos de ayuda mutua, se lleva a cabo el **programa de continuidad de cuidados**.

Hemos considerado el periodo de 2 años como el tiempo aconsejable de tratamiento en los dispositivos de Salud Mental, durante ese tiempo el paciente habrá alcanzado una abstinencia prolongada y habrá sido tratado con las intervenciones técnicas necesarias. No obstante cada profesional flexibilizará este periodo a cada caso particular. Estas recomendaciones temporales han sido recomendadas por otros grupos de trabajo de nuestra Comunidad (Cuadrado et al., 1990).

Básicamente lo que hemos conseguido a lo largo de estos años es la siguiente secuencia de tratamiento (figura 1): una inicial de tratamiento agudo donde se lleva a cabo la desintoxicación y se ponen en marcha estrategias motivacionales orientadas a la abstinencia; un segunda fase de deshabituación (Fase de deshabituación) realizadas en un formato intensivo de hospital de día

Figura 1.



de casi dos años de duración y tras el alta, una fase de continuidad de cuidados llevada a cabo en Atención Primaria con una duración de 5 años. En ambas fases nuestro empeño porque asistan a las asociaciones de ayuda mutua implantadas en el área es constante (aunque solemos encontrar bastantes resistencias).

Los *resultados del programa* de tratamiento han sido publicados en diferentes revistas y pueden resumirse en los siguientes:

- A lo largo de estos años, nuestro modelo de tratamiento consistente en la integración de Asociaciones de pacientes ha generado una disminución de las recaídas de nuestros pacientes en torno al 15% (Rubio et al., 2018 y 2020).
- También los familiares de estos pacientes han referido significativas mejoras en diferentes áreas de su calidad de vida: ansiedad, desesperanza y tristeza (Rubio et al., 2013).
- Como se puede observar en la figura 1, el programa permite la continuidad de cuidados de los pacientes más graves y consigue disponer de los elementos básicos de los programas de refuerzo comunitario (Rubio et al., 2020).
- La evaluación del programa con los datos de 2015-16 son demostrativos de que se ha conseguido la disminución de la mortalidad y se ha favorecido la adherencia de los pacientes a las consultas de nuestro programa y del resto de especialistas (Bernal et al., 2023).
- Se ha creado y facilitado el acceso libre a una web (asisstete.es) para el diagnóstico temprano de adicciones moderadas, con la posibilidad de realizar un tratamiento de intervención breve online o de reorientar hacia un tratamiento especializado de mayor intensidad.
- Se han puesto en marcha los programas asistenciales de continuidad de cuidados para pacientes candidatos a trasplante hepático (a nivel nacional y mediante un módulo asistencial supervisado).
- Se ha consolidado la transición desde un modelo en el cual el paciente tenía un papel “pasivo” en el centro del sistema sanitario a otro en el que el paciente, desde sus asociaciones de mutua-ayuda, se corresponsabiliza “activamente” de sus cuidados y “él se vive” como centro efectivo del sistema.

4. ¿QUÉ MODELO DE RECUPERACIÓN SE DERIVA DE NUESTRO PROGRAMA DE TRATAMIENTO?

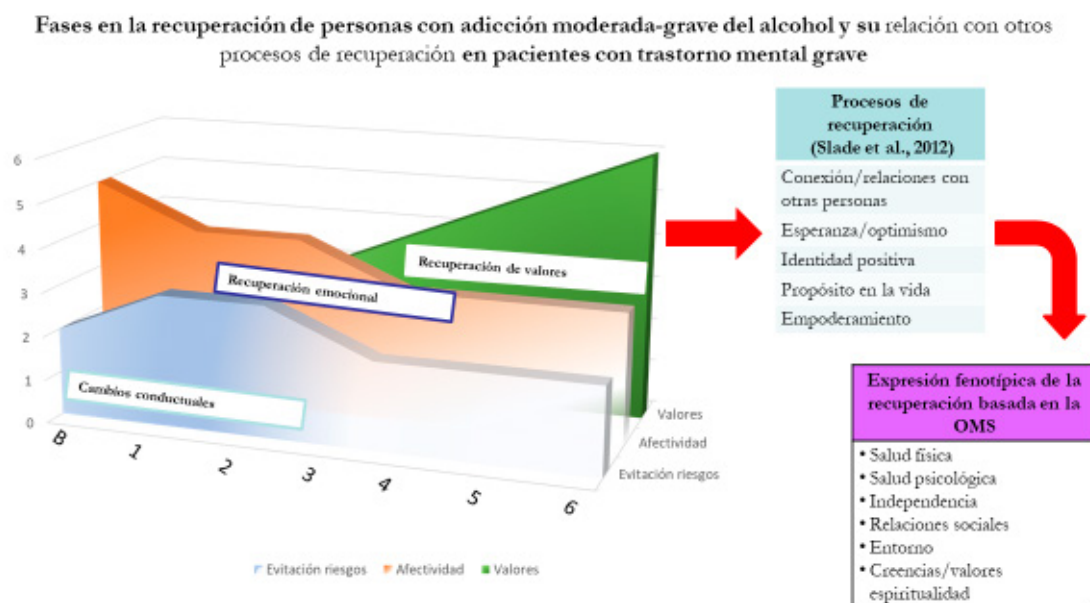
Como hemos señalado anteriormente, nuestra propuesta está basada en los resultados del estudio de seguimiento realizado hace unos años en el contexto de un programa de tratamiento del alcoholismo para pacientes graves, con importantes complicaciones médicas, psicológicas y sociales (Rubio et al., 2018, Arias et al., 2023). Además hemos integrado a los grupos de ayuda-mutua de nuestra área de influencia que incluye tres asociaciones de la Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA-Red CAPA) y a dos grupos de Alcohólicos Anónimos.

A lo largo de los meses de tratamiento observábamos cómo el grupo que se mantenía en abstinencia conseguía rebajar sus puntuaciones en las escalas de ansiedad, depresión e impulsividad y que eran precisamente quienes evitaban las situaciones de riesgo de forma activa los que conseguían porcentajes de días de abstinencia más significativos. Éramos sabedores de la relación entre la mejoría de esas variables con la consecución de la abstinencia, y nos preguntamos si el peso de esas variables, para el mantenimiento de la abstinencia se mantenía de forma constante a lo largo del tiempo o si habría variables que fuesen más determinantes en una etapa y menos en otra.

Entonces decidimos llevar a cabo varios modelos predictivos con la misma variable dependiente (abstinencia a los 4 años post-alta) pero en diferentes momentos: al inicio del tratamiento, al alta del tratamiento y a los dos años del alta. Los resultados de esos modelos indicaban que no eran las mismas variables las que predecían la abstinencia a largo plazo. Basalmente, las variables que influían en la abstinencia a largo plazo fueron las puntuaciones en impulsividad y en la capacidad del sujeto para evitar situaciones de riesgo (coping evitativo). Dos años después, en la evaluación realizada previa al alta del programa, las variables que predecían la abstinencia a largo plazo eran la estrategia basada en la evitación, las puntuaciones en la Escala de sentido en la vida y en el número de sesiones de grupos de ayuda-mutua a las que habían acudido. Por último, a los dos años de seguimiento tras el alta, las variables que predecían la abstinencia posterior fueron las puntuaciones en la Escala de sentido en la vida, en evitación de las situaciones de riesgo y las puntuaciones bajas en depresión.

Esta perspectiva de la relación de las diferentes variables psicológicas a lo largo del proceso de recuperación nos indicaba una dinámica que estaba guiada por las estrategias de afrontamiento de carácter evitativo y por el crecimiento en propósito en la vida (puntuaciones en la Escala de sentido en la vida). La figura 2 describe visualmente esta dinámica de recuperación conductual-emocional y en valores.

Los resultados eran consistentes en mostrarnos que la estrategia utilizada por estos pacientes no era la de exposición con prevención de respuesta (como muchos profesionales aconsejan), sino la de refuerzo discriminante de otras conductas diferentes a las que realizaban previamente. Es decir, cuando los pacientes intentaban mantenerse abstinentes habiendo hecho escasos cambios en sus antiguos hábitos, se producían recaídas más pronto que tarde. Sin embargo, evitar situaciones de riesgo les llevaba a buscar conductas reforzantes alternativas al consumo, lo que con el tiempo contribuía a un estilo de vida diferente del que llevaban cuando bebían. Esta estrategia se mantenía de forma consistente a lo largo del tratamiento y del seguimiento y favorecía la abstinencia y la recuperación de las otras variables psicológicas. Ahora bien, a partir de los 2 años del alta (es decir tras cuatro años de haber iniciado el tratamiento), era la adquisición de valores (en este caso propósito en la vida) la que mediaba entre la evitación y la abstinencia. Este hallazgo se explicaba, o al menos así lo interpretamos nosotros, por el hecho de que las motivaciones externas eran las que facilitaban



los primeros cambios conductuales (la evitación), y la eficacia de esa estrategia se veía mantenida por los resultados positivos de su conducta (abstinencia, reducción de emociones negativas como la impulsividad, depresión y ansiedad). Sin embargo, con los años, eran las motivaciones internas, en nuestro caso el propósito en la vida, las que adquirirían un mayor peso.

4.1. ¿Por qué la autoeficacia era tan importante en nuestros pacientes?

Nuestra hipótesis es que, al menos en pacientes con adicción grave, este constructo, la autoeficacia (AE) es el mecanismo de la conducta de cambio y del mantenimiento de esa conducta. La relación entre AE y el pronóstico de la abstinencia en pacientes con trastornos por uso de alcohol procede de varios tipos de estudios. Algunos señalan que la AE es un buen predictor de disminución del consumo de alcohol en periodos de oscilan entre los 3 meses y los 16 años (Adamson et al., 2009, Crouch et al., 2015, Dolan et al., 2008; Litt et al., 2018; Maisto et al., 2008; Moos y Moos 2007; Müller et al., 2019). Sin embargo, parece lógico pensar que pueda deberse al efecto del tratamiento psicoterapéutico sobre la AE. Existe consenso con respecto a que la AE mejora tras intervenciones que ponen el foco en diferentes aspectos. Posiblemente el trabajo de DiClemente et al. (2001) fue el primero en señalar este hecho, al analizar los pacientes incluidos en el proyecto MATCH y concluir que los sujetos tratados en la rama cognitivo-conductual tuvieron aumentos significativos en las puntuaciones en AE, frente a los tratados en la rama de terapia motivacional. Otros trabajos, sin embargo, han encontrado mejoras en AE tras tratamientos con técnicas motivacionales (LaChance et al., 2009, Kuerbis 2019). Las intervenciones basadas en la promoción de una mejor red de apoyo social también han evidenciado su relación con la AE (Litt et al., 2018). Las intervenciones basadas en el establecimiento de metas (Stephens et al., 1995), entrenamiento en habilidades (Kadden et al., 2007, Majer et al., 2003, McKellar et al., 2008) y los programas de los 12 pasos (Finney, 1998) también han obtenido similares resultados. Una explicación alternativa, que no excluye a la anterior, consiste en señalar que la AE puede ejercer de mediador de la eficacia del tratamiento. Diferentes estudios muestran que la AE es el más claro mediador de la conducta de abstinencia, tanto en estudiantes con problemas de alcohol tratados con técnica motivacionales y seguidos durante 6 meses (LaChance et al., 2009) como en pacientes dependientes del alcohol tratados con estrategias basadas en los 12 pasos (Litt et al., 2009). Lo mismo ha ocurrido cuando se trataba de pacientes con comorbilidad psiquiátrica (Aase et al., 2008). Sin embargo, no todos los trabajos han podido demostrar dicho efecto mediador (Lozano et al., 2010, Maisto et al., 2000).

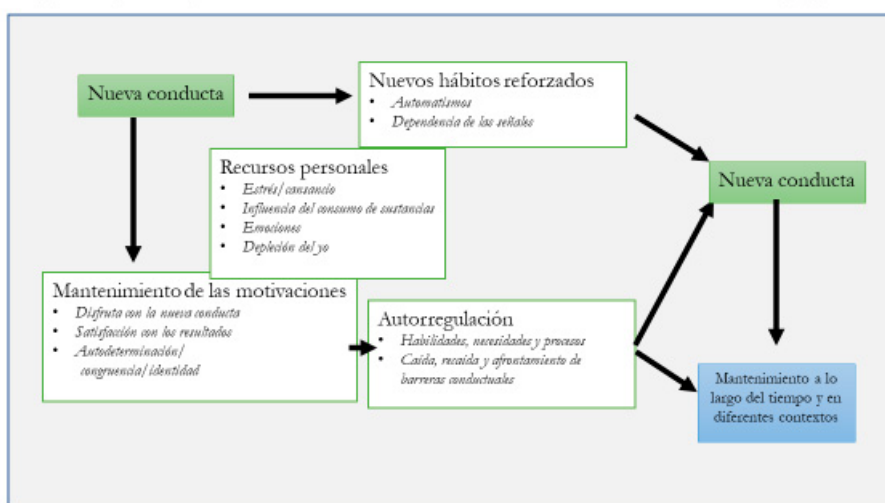
4.2. ¿Puede ser que la AE se encuentre formando parte de una cadena causal que sirva para el mantenimiento de la abstinencia?

Son muy pocos los estudios que han abordado qué cadenas causales están implicadas en la relación de la AE con el mantenimiento de la abstinencia. Suele admitirse que el sujeto aprende habilidades, las pone en marcha y por *ensayo-error* va adquiriendo autoeficacia. Sin embargo, McKellar et al., (2008) tras revisar diferentes estudios señalaron que la AE aumentaba con la *normalización de una serie de variables clínicas* como el consumo de alcohol, impulsividad o depresión. De forma implícita se asumía una bidireccionalidad entre abstinencia y AE (Hallgren et al., 2019). Los resultados de Crouch et al., (2015), analizando los datos del proyecto MATCH, ponían el acento en que la asociación entre AE y abstinencia era muy robusta en el caso de los pacientes que tenían *niveles bajos de procesos conductuales de cambio* (manejo de refuerzos, control de estímulos o búsqueda de ayuda). De forma más general, autores como Marlatt (1985) indicaban que la AE determina la calidad de los esfuerzos del sujeto que le llevan a afrontar situaciones de riesgo, lo que enfatiza la

relación entre afrontamiento y AE. También Schwarzer (2011) alude a que la AE está presente en todo el proceso de la conducta de cambio: inicialmente promovido por las motivaciones externas y posteriormente por las internas. En la misma línea, William y Rhodes (2016) subdividen la AE en diferentes apartados según se utilice para afrontar las situaciones de riesgo, para llevar a cabo el tratamiento, recuperarse de un consumo, mantener el control en situaciones desafiantes o para mantenerse abstinente ante la presencia de estímulos condicionados.

Figura 3.

Propuesta para explicar la relación de la autoeficacia con la abstinencia a largo plazo



Adaptada de Kwasnicka et al. 2016

Es decir, los trabajos señalados en los párrafos anteriores coinciden con nuestros resultados, en la línea de que la AE es el principal determinante del pronóstico en los primeros meses de tratamiento y que posteriormente, facilita los procesos de regulación emocional (mejora de las puntuaciones en impulsividad, depresión y ansiedad) para dar paso a un crecimiento personal, a valorar lo conseguido, con trabajo, a tener un nuevo propósito de vida que como motivación interna asegura el proceso de recuperación. La figura 3 permite visualizar nuestra hipótesis.

5. CONCLUSIONES

El concepto de recuperación en la adicción al alcohol va más allá de la abstinencia de alcohol, se considera un proceso individual en el que se incluyen cuatro áreas de funcionamiento: salud física-psicológica, hogar/residencia, propósito vital e integración en la comunidad.

El Proyecto “Ayúdate-Ayúdanos” ha conseguido poner el foco de la atención en la continuidad de cuidados y sus resultados han demostrado la eficacia y la eficiencia de sus intervenciones asistenciales.

Nuestro modelo establece tres fases de recuperación: conductual, emocional y la recuperación de valores, que se alinea con otros modelos de recuperación.

Es importante que otros profesionales puedan implantar o adaptar este modelo para consolidarlo en otros contextos y poder analizar sus niveles de eficacia y eficiencia en ellos.

6. BIBLIOGRAFIA

- Aase, D. M., Jason, L. A., & Robinson, W. L. (2008). 12-Step participation among dually diagnosed individuals: A review of individual and contextual factors. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1235–1248.
- Adamson SJ, Sellman JD, Frampton CM. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 75–86.
- Arias F, Sion A, Espinosa R, Jurado-Barba R, Marin M, Martínez Maldonado A, Rubio G. (2023). Psychological recovery stages of alcohol dependent patients after an intensive outpatient treatment: A 4-year follow-up study. *Adicciones*, 35 (1), 21–32. doi: 10.20882/adicciones.1575.
- Bernal-Sobrino, J. L.; Arias-Horcajadas, F.; Varela-Rodriguez, C.; Losada-Pérez, C.; Blanco-Echevarria, A.; del Yerro, M.J.; Martín-Mayor, M.; Rubio, G. (2023). A 3-Year Retrospective Study of the Impact of Integrating an Addiction Liaison Team into an Outpatient Alcoholism Treatment Programme. *Alcohol and Alcoholism*, 58 (5), 515–522.
- Congressional Budget Office. (2010). Selected CBO Publications Related to Health Care Legislation, 2009–2010. Archived by WebCite at [http:// www.webcitation.org/6Npes0ITg](http://www.webcitation.org/6Npes0ITg).
- Crouch TB, DiClemente Pitts SC. (2015). End-of-Treatment Abstinence Self-Efficacy, Behavioral Processes of Change, and Posttreatment Drinking Outcomes in Project MATCH. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29 (3), 706–715.
- Cuadrado P, Jiménez JA, Poyo F, Martínez JM. (1990). Problemas Relacionados con el Alcohol. Informe Técnico para centros de salud mental. Consejería de salud de Madrid.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Daniels, J. W. (2001). In R. Longabaugh, & P. W. Wirtz (Eds.). Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses (pp. 239–257). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIH Publication No. 01-4238].
- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33(5), 675–688.
- FACOMA (2016). Ayúdate-Ayúdanos. Programa para pacientes y familiares de personas con problemas por el alcohol u otras drogas. Ediciones MAPA, Madrid (www.facoma.org).
- Finney, J. W., Noyes, C. A., Coutts, A. I., & Moos, R. H. (1998). Evaluating substance abuse treatment process models: I. Changes on proximal outcome variables during 12-step and cognitive-behavioral treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 371–380.
- Hallgren KA, Epstein EE, McCrady BS. (2019). Changes in Hypothesized Mechanisms of Change Before and After Initiating Abstinence in Cognitive-Behavioral Therapy for Women With Alcohol Use Disorder. *Behavior Therapy*, 56, 1030–1041.
- Kadden, RM., Litt, MD., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors*, 32, 1220–1236.
- Kaskutas LA, Borkman TJ, Laudet A. (2014) Elements that define recovery: The experimental perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75, 999–1010.

- Krampe H, Stawicki S, Hoehe MR, Ehrenreich H. (2007). Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA): a successful biopsychosocial approach to the treatment of alcoholism. *Dialogues Clinical Neurosciences*; 9(4), 399–412.
- Kuerbis A, Lynch KG, Shao J, Morgenstern J. (2019). Examining motivational interviewing's effect on confidence and commitment using daily data. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 107472.
- LaChance, H., Ewing, S.W. F., Bryan, A. D., & Hutchison, K. E. (2009). What makes group MET work? A randomized controlled trial of college student drinkers in mandated alcohol diversion. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 598–612.
- Litt MD, Kadden RM, Tennen H. (2018). Treatment response and non-response in CBT and Network Support for alcohol disorders: targeted mechanisms and common factors. *Addiction*, 113: 1407–1417.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2009). Changing network support for drinking: Network Support Project 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 229–242.
- Lozano, B. E., & Stephens, R. S. (2010). Comparison of participatively set and assigned goals in the reduction of alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 581–591.
- Maisto SA, Clifford PR, Stout RL, Davis CM. (2008). Factors mediating the association between drinking in the first year after alcohol treatment and drinking at three years. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(5), 728–37.
- Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W. H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 257–266.
- Majer, J. M., Jason, L. A., Ferrari, J. R., Olson, B. D., & North, C. S. (2003). Is self-mastery always a helpful resource? Coping with paradoxical findings in relation to optimism and abstinence self-efficacy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 385–399.
- Marlatt G. A. (1985). Situational determinants of relapse and skilltraining interventions. In: Marlatt G. A., Gordon J. R., editors. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press; 1985, pp. 71–127.
- McKellar, J., Ilgen, M., Moos, B. S., & Moos, R. (2008). Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 148–155.
- Moos RH, Moos BS. (2007). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1): 46–54.
- Müller A, Znoj H, Moggi F. (2019). How Are Self-Efficacy and Motivation Related to Drinking Five Years after Residential Treatment? A Longitudinal Multicenter Study. *European Addiction Research*, 25, 213–223.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Measuring Recovery from Substance Use or Mental Disorders: Workshop Summary*. K. Marton, Rapporteur. Committee on National Statistics and Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Board on Health Sciences Policy, Health and Medicine Division. Washington, DC: The National Academies Press.
- Rubio G, Martínez-Gras I, Ponce G, Quinto R, Jurado R, Jiménez-Arriero MA. (2013) Integration of self-guidance groups for relatives in a public program of alcoholism treatment. *Adicciones*, 25: 37–44.
- Rubio G, Marín M, Arias F, López-Trabada JR, Iribarren M, Alfonso S, Prieto R, Blanco A, Urosa B, Montes V, Jurado R, Jiménez-Arriero MÁ, de Fonseca FR (2018). Inclusion of Alcoholic Associations Into a Public Treatment Programme for Alcoholism Improves Outcomes During the Treatment and Continuing Care Period: A 6-Year Experience. *Alcohol and Alcoholism*, 53, 78–88.

- Rubio G, Marín M, López-Trabada JR, Arias F. (2020). Efectos de la integración de grupos de ayuda-mutua sobre la adherencia al programa de continuidad de cuidados de pacientes con dependencia del alcohol realizado en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 52(8), 555-562.
- Rubio G. (2021). (Ed). Del tratamiento de alcoholismo y de su recuperación: Una Guía para profesionales de la sanidad. Alicante. Editorial Círculo Rojo.
- Schwarzer R (2011). Health behavior change. In: HS Friedman (Ed) Oxford handbook of health psychology. New York: Oxford University Press. Pp 591-611.
- Slade M. (2012). Everyday solutions for everyday problems: how mental health systems can support recovery. *Psychiatric Services*, 63:702-4.
- Stephens, R. S., Wertz, J. S., & Roffman, R. A. (1995). Self-efficacy and marijuana cessation: A construct validity analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1022-1031.
- Substance Abuse and Mental Services Administration (2011). SAMHSA Announces a Working Definition of "recovery" from mental disorders and substance use disorders (<http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1112223420.aspx>).
- The Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 33, 221-228.
- William D, Rhodes RE. (2016). The Confounded Self-Efficacy Construct: Review, Conceptual Analysis, and Recommendations for Future Research *Health Psychology Review*, 10(2): 113-128.
- Witbrodt J., Kaskutas LA, Grella ChE. (2015). How do recovery definitions distinguish recovering individuals? Five typologies. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 109-117.

2

CONCEPTO DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL

Gabriel Rubio

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población mundial, y su disminución es uno de los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible establecida por las Naciones Unidas (ONU, 2015). En 2016, el consumo perjudicial de alcohol causó alrededor de 3 millones de muertes (5,3% de todas las muertes) en todo el mundo y 132,6 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (5,1% de todos los AVAD de ese año) (GBD, 2016).

El trastorno por uso de alcohol es uno de los trastornos adictivos más comunes y con mayor impacto sanitario y socioeconómico (GBD, 2016). Está definido en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) como una condición clínica, crónica y recidivante (APA, 2013). La prevalencia de este trastorno varía entre el 13% y el 30% (10% en mujeres y 20% en hombres) en la mayoría de los países occidentales (Grant et al., 2015; WHO, 2018).

2. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR DEPENDENCIA ALCOHÓLICA?

La tabla 1 incluye los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013) para el diagnóstico de trastorno por uso de alcohol. De esta forma, si la persona que acude a su médico tuviese dos o más criterios en los últimos 12 meses se podría realizar el diagnóstico de dependencia del alcohol.

A la vista de estos criterios, el diagnóstico de adicción al alcohol incluye un espectro de condiciones clínicas clasificadas por su gravedad en: leves, moderadas y graves. Los criterios se han agrupado de forma que, como se observa en la tabla, los dos primeros apartados están claramente relacionados con el proceso de neuroadaptación provocado por la sustancia (toleración, presencia del síndrome de abstinencia y dificultad de control) y los dos últimos con las consecuencias sociales y con las situaciones de riesgo ocasionadas por el uso del alcohol. Leídos con atención, queda claro, de un lado, que se puede hacer el diagnóstico de dependencia tanto en sujetos que luchan y sufren por controlar el progreso de la neuroadaptación (constructos 1 y 2 de la tabla), como en quienes refieren exclusivamente problemas sociales o de riesgo derivados de la ingesta etílica. Lo que pone de manifiesto la enorme heterogeneidad de los pacientes incluidos en esta categoría diagnóstica.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de dependencia alcohólica según la APA (2013)

Constructos	Criterios
Farmacológicos	<i>Tolerancia</i> definida por alguna de las siguientes manifestaciones: a) una necesidad de ingerir cantidades crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b) una disminución notable del efecto tras el uso continuado del alcohol. <i>Abstinencia</i>, definida por algunos de los siguientes criterios: a) síndrome de abstinencia característico del alcohol. b) se ingiere el alcohol para aliviar o evitar el síndrome de abstinencia.
Deterioro de la capacidad de control	El alcohol es tomado con frecuencia en <i>cantidades mayores</i> o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía. Existe un <i>deseo persistente</i> o esfuerzos infructuosos de controlar o <i>interrumpir el consumo</i> del alcohol. Se <i>emplea mucho tiempo</i> en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, o en la recuperación de sus efectos. <i>Deseo</i> de consumir alcohol.
Deterioro social	<i>Problemas para cumplir con las obligaciones</i> laborales, escolares o domésticas, debido al uso del alcohol. Se continúa con el consumo del alcohol <i>a pesar de los problemas</i> sociales o interpersonales, que parecen causados o exacerbados por el alcohol. <i>Reducción</i> de importantes <i>actividades</i> sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol.
Uso de riesgo	Uso recurrente del alcohol en <i>situaciones de riesgo</i>. Se continúa con el uso del alcohol <i>a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos</i> recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el alcohol.
<i>Se considera la dependencia del alcohol como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, que se manifiesta por más de 2 de los siguientes criterios y que aparecen en algún momento de un mismo periodo de 12 meses</i>	

Veamos el siguiente ejemplo. Manuel es varón de 38 años que en los últimos 12 meses ha sido multado en dos ocasiones por conducir bebido, y a pesar de eso, sigue cogiendo el coche cada noche que sale con los amigos. Como consecuencia de las fiestas de fin de semana, ha faltado cuatro lunes a su puesto de trabajo lo que le ha acarreado varias advertencias de su jefe directo. Además, en las dos últimas revisiones médicas los valores de las transaminasas hepáticas eran elevados y el médico le aconsejó que moderara su consumo de alcohol. Con estos datos, Manuel puede ser diagnosticado de dependencia leve del alcohol.

Ángela, de 45 años de edad, lleva dos años desempleada y durante ese tiempo su consumo de alcohol ha aumentado de 2 unidades de bebida estándar (UBEs) (una o dos cañas de cerveza al día) hasta 6 UBEs (6 cañas de cerveza diarias). También el médico le ha comunicado que sus transaminasas hepáticas están elevadas y aunque ha realizado dos intentos por dejar de beber temporalmente, no lo ha conseguido. Está preocupada porque cada vez empieza a beber antes y porque su nerviosismo va en aumento.

Muchos clínicos entenderían que Ángela siguiese bebiendo para evitar el malestar físico y psicológico, pero muy pocos empatizarían con la conducta de Manuel. El hecho de que Manuel se exponga a coger el coche bajo los efectos del alcohol, sin que medie un síndrome de abstinencia, genera nula empatía hacia su conducta. Es muy probable que a los individuos como Manuel, se les tache de negligentes, egoístas e irresponsables. En resumen, los criterios clasificatorios expresados tal y como aparecen en la clasificación americana (APA, 2013) ponen el acento en el fallo del individuo, bien sea por no controlar el consumo o por llevar a cabo conductas socialmente reprobables. Todo ello puede contribuir a la radicalización de dos perspectivas: se trata de una enfermedad que disminuye la capacidad de elegir libremente (sería el caso de Ángela) o bien, el sujeto es quien decide en todo momento lo que considera más beneficioso para sí mismo (es el caso de Manuel).

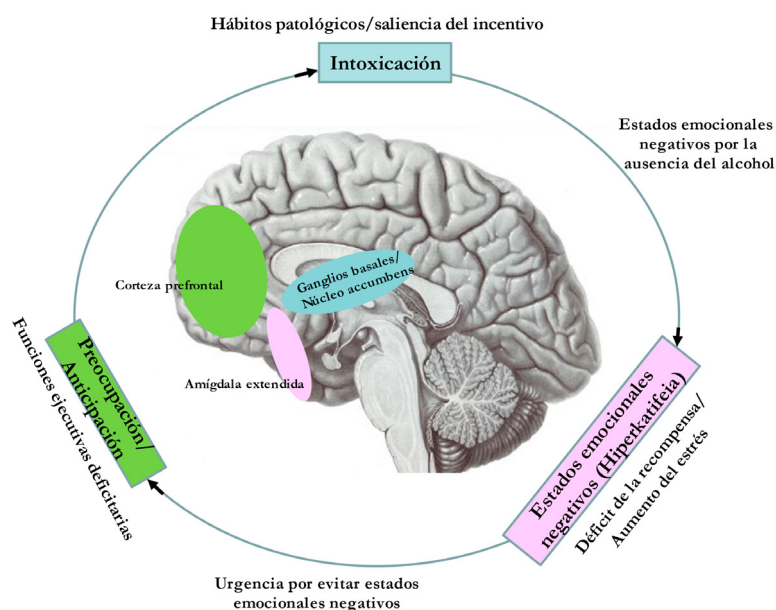
Las expresiones de estos extremos las observamos en quienes entienden la adicción como una enfermedad del cerebro (Koob y Le Moal, 2008, NIDA, 2010) o entre quienes consideran que el sujeto es libre de beber o no beber y que en cada momento intenta maximizar su elección (Ainslie et al., 2011; Lewis 2015).

La intersección de estos modelos la podemos encontrar en el modelo biopsicosocial, que integra variables de los contextos, biológico, psicológico y social y que constituye lo que conocemos como modelo médico.

3. ESTADIOS DE LA DEPENDENCIA Y SUS CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS

En el proceso de la adicción se han diferenciado tres estadios: intoxicación/consumo en atracón, presencia de sintomatología de abstinencia o de estados emocionales negativos y la preocupación por el consumo (figura 2.1). Inicialmente los sujetos inician su consumo por el impulso de experimentar, por refuerzo social o por buscar cierta desinhibición conductual. En esos primeros momentos se producen estados de intoxicación, generalmente provocados por la forma de beber

Figura 1.



(en atracones o binge drinking), durante los cuales el sujeto tenía las expectativas de encontrar un estado emocional positivo (consumo por refuerzo positivo). Tras múltiples episodios de intoxicación el sujeto puede experimentar una amplia gama de estados emocionales negativos (ansiedad, tristeza, irritabilidad, cansancio), de forma que tras meses, e incluso años de consumo, el individuo aprende a relacionar los efectos del alcohol con los estados emocionales positivos y con los negativos, así como con los lugares donde acostumbra a beber y con las compañías. De esa forma, el consumo de alcohol llega a convertirse en un hábito, que se pone en marcha de forma automática sin que necesite de una gran reflexión por parte del sujeto. El circuito de la recompensa cerebral (CRC: Área tegmental ventral, núcleo accumbens y corteza prefrontal) es el responsable de integrar estos aprendizajes. La habituación a los efectos favorece que el sujeto tolere cantidades mayores, ya que la capacidad reforzante del alcohol disminuye con el tiempo. La línea roja de la adicción comienza a cruzarse cuando se recurre a beber alcohol para aliviar un estado emocional negativo, también denominado hiperkatifeia (término derivado del griego katafeia que significa abatimiento o estado emocional negativo) o por la anticipación del mismo (por ejemplo, cuando el sujeto anticipa que la tarde noche del viernes será muy aburrida si no consume alcohol) (figura 1). En esta forma de beber, por refuerzo negativo, interviene no sólo el CRC, sino también estructuras como la amígdala extendida. Así, las conductas de aproximación al alcohol o a los estímulos condicionados con él (bares, cafeterías, amigos, etc.) estarán guiadas, no tanto por alcanzar un determinado estado de placer, sino por la influencia de la amígdala, para evitar el malestar generado por la falta de alcohol o por la anticipación de ese estado emocional. En este periodo es típica la preocupación por la disponibilidad o no del alcohol para un evento determinado (como ocurre en los llamados “dependientes de fin de semana”) o para poder funcionar en el día a día. Estas personas ya no “disfrutan cuando beben” sino que beben para poder funcionar normalmente. A lo largo de estas tres etapas se han sensibilizado los circuitos cerebrales implicados en la adicción y también se ha perdido la homeostasis del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (Koob et al., 2014). Es decir, en la persona con dependencia, todas aquellas señales externas e internas, condicionadas con el uso del alcohol, captan la atención de los recursos atencionales (sesgo atencional) de forma que, junto al estado de estrés, ponen en marcha los mecanismos motivacionales para un nuevo consumo de alcohol y dificultan las conductas de inhibición o evitación del mismo (Everitt y Robbins, 2016).

4. ¿CÓMO SE HACE PATOLÓGICO EL HÁBITO DE CONSUMIR DE ALCOHOL?

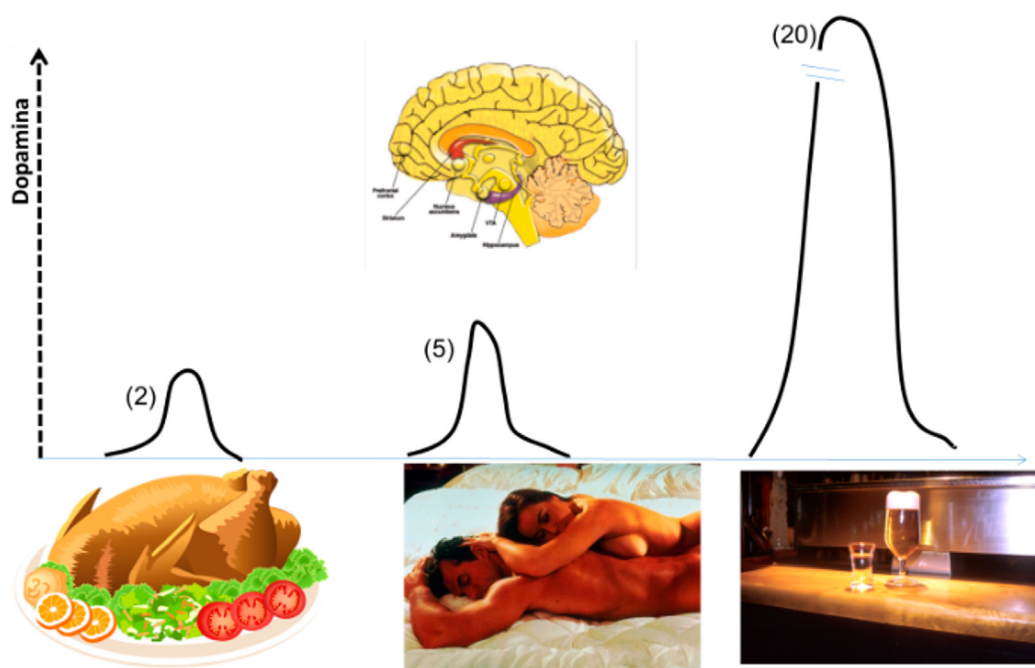
Según las teorías del aprendizaje, cuando una conducta se repite con cierta regularidad puede convertirse en un hábito, este proceso supone un ahorro en la energía inherente a la toma de decisiones y la posibilidad de dedicar esos recursos a otras actividades. De esa forma, la decisión de beber surge de forma casi automática cuando el contexto es el apropiado. El individuo no repara en tomar la decisión de qué hacer en cada una de esas conductas. Pasa lo mismo que cuando hemos aprendido a conducir y nos trasladamos en coche a nuestro lugar habitual de trabajo. No estamos pendientes de si aceleramos, frenamos o embragamos, o de en qué calle hay que torcer. Vamos conduciendo y escuchando las noticias por la radio, o pensando en la tarea que nos espera al llegar al trabajo. Esta “automatización” de la conducta, en el caso de la bebida, se origina porque el CRC, tras años de consumo, ha fortalecido sus conexiones cerebrales con el lóbulo frontal cerebral, que es quien se encarga de planificar nuestras conductas. La otra cosa que el bebedor ha aprendido excepcionalmente bien es que el alcohol es la sustancia más eficiente para aliviar los estados emocionales desagradables que pueden surgir como consecuencia del estrés: ansiedad, tedio, irritabilidad. Estos estados emocionales negativos suponen un aumento de la intensidad de

los signos y síntomas emocionales o motivacionales negativos provocados por la disminución de los niveles de alcohol o por la ausencia de alcohol voluntaria o involuntaria.

El CRC es, y ha sido, fundamental para la supervivencia de nuestra especie. Conductas como las de comer, beber o copular no necesitan ser aprendidas por ensayo-error porque están biológicamente inscritas en ese circuito. Se trata de las llamadas recompensas naturales. Durante el desarrollo de la adicción, el alcohol y las señales relacionadas con esta sustancia pasan a competir con esas recompensas, pero a diferencia de ellas, los estímulos condicionados con el alcohol (bares, botellas, personas) son capaces de liberar dopamina en el núcleo accumbens hasta 10 veces más que el alimento más apetecible (figura 2). Esta es una realidad difícil de entender para el individuo con adicción. De un lado, los estados emocionales negativos, como por ejemplo, ansiedad, aburrimiento, tristeza, vergüenza y culpa, ponen en marcha de forma automática la conducta de aproximación al alcohol, el sujeto experimenta una importante necesidad de aliviarlos utilizando el alcohol y la capacidad para resistir esta urgencia se ve deteriorada. De otro lado, esos estímulos han adquirido valor de supervivencia para su cerebro límbico (en concreto para el CRC y la amígdala), compitiendo con otras conductas alternativas, como las relaciones familiares, la actividad física, los deportes o las actividades de ocio.

Es difícil comprender por qué una persona con dependencia alcohólica vuelve a beber si lo que se obtiene de ese consumo no compensa las consecuencias negativas del mismo. Pero hemos de tener en cuenta que para su cerebro límbico el alcohol ha adquirido valor de supervivencia por lo que el cerebro racional intentará buscar la forma de justificar el consumo. Una de estas justificaciones se conoce como ilusión de control: "si antes pude beber y controlar, ahora creo que podré hacer lo mismo. Beberé una copa nada más, porque con una no hay riesgo de que se me vaya de las manos el alcohol".

Figura 2.



El alcohol, para quien sufre la adicción, orienta su conducta y tiene valor de supervivencia. Los números reflejan la cantidad de dopamina cerebral que se libera ante la presencia de recompensas naturales y ante un estímulo condicionado al alcohol en una persona con dependencia alcohólica.

5. MODELOS CIENTÍFICOS EXPLICATIVOS DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

Los tres modelos científicos más ampliamente extendidos en los textos científicos son los que se recogen en la tabla 2 (para una revisión del tema ver Rubio, 2021). El modelo basado en la *libre elección* considera que el hecho de que el sujeto beba o interrumpa su consumo se debe exclusivamente a un balance entre los beneficios y las consecuencias negativas del consumo, y se entiende que el individuo es libre para acceder al consumo y para decidir abandonarlo. El modelo biológico de *enfermedad cerebral* considera que el circuito de la recompensa se ve “jaqueado por el alcohol” de forma que el alcohol y las señales asociadas a él adquieren valor de supervivencia de forma crónica. El tercer modelo, *modelo afectivo*, se basa en que tras el uso continuado del alcohol se producen una serie de cambios funcionales en el sistema de recompensa y una modificación estable de las preferencias del individuo hacia el consumo. Como suele ocurrir con los modelos, es muy probable que haya sujetos, que a pesar de cumplir criterios diagnósticos de dependencia, encajen mejor en un modelo que en otro, de manera que lo que se observa en las personas más graves puede ser explicado mucho mejor por el modelo afectivo y por el biológico. En nuestra experiencia, durante los primeros años de consumo, los sujetos que no han desarrollado la adicción o los casos de dependencia leve- pero que tienen algunas complicaciones derivadas del uso- podrían encajar en el modelo de libre elección. Sin embargo, cuando la dependencia es moderada, el modelo afectivo podría explicar mejor las alteraciones conductuales de estas personas. Por el contrario, el modelo biológico de enfermedad cerebral serviría para ejemplificar mejor lo que ocurre en los casos graves.

Tabla 2. Diferencias entre los tres modelos científicos sobre la adicción al alcohol

	Modelo de libre elección	Modelo basado en los estados afectivos	Modelo biológico de enfermedad cerebral
Modificación del circuito de recompensa cerebral	El circuito de recompensa se comporta de forma normal	El circuito de recompensa está funcionalmente afectado	“Jaqueo” del circuito
Posición de la persona con adicción	Persona libre	Responsable	Víctima del alcohol
¿En qué consiste la adicción?	No hay enfermedad alguna	Se modifican las preferencias por el alcohol de forma estable	Es una enfermedad crónica del cerebro
Papel del alcohol	Ninguno en especial	Cambia las preferencias a corto plazo	Adquiere el control de la conducta del sujeto
Responsabilidad del individuo en el desarrollo de la adicción	Toda	Atenuada dado que están modificadas la toma de decisiones, las cogniciones y se encuentran favorecidas las distorsiones cognitivas	Disminuida pero no abolida
Responsabilidad del sujeto en la recuperación	Plena	Alta	Alta

6. EL MODELO MÉDICO DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

Bastantes autores, que desde luego no son médicos, confunden, o intentan confundir a los lectores al equiparar el modelo médico del alcoholismo con el modelo biológico o el farmacológico. Es lo que ocurre cuando no se ha practicado la Medicina. No obstante, lo que entendemos por modelo médico, al igual que en otras patologías, es en realidad un modelo bio-psico-social, del que pasamos a explicar sus respectivos elementos.

6.1. ¿Se hereda la dependencia del alcohol?

Si entendemos la herencia de las enfermedades como la heredabilidad que ocurre con el color de nuestros ojos, debemos decir que la dependencia del alcohol no se hereda, aunque es innegable la transmisión hereditaria de esta enfermedad.

Los estudios desarrollados a lo largo del siglo XIX permitieron consolidar la transmisión familiar del alcoholismo. No obstante, sigue siendo muy complicado determinar si el patrón de uso de alcohol que observamos en las personas con adicción se debe a factores ambientales propios de la familia (como el aprendizaje), a la presencia de factores genéticos que determinen lo agradable o desagradable del alcohol para los hijos de personas adictas al alcohol, o a la interacción de factores genéticos y ambientales. Los estudios gemelares y de adopción han señalado que los factores genéticos tienen más peso que los ambientales en la heredabilidad del alcoholismo (50%). Sin embargo, los estudios de asociación utilizando todo el genoma señalan tasas de heredabilidad del 8% (Sullivan et al., 2018).

Pero la pregunta no resuelta es qué es lo que se trasmite genéticamente que puede provocar la adicción. Los estudios realizados hasta ahora permiten señalar que el grado en el que el alcohol afecta a los neurotransmisores cerebrales parece estar determinado en parte genéticamente (Tabakoff y Hoffman, 2013). También el alcohol, en algunas personas, puede reducir la ansiedad de forma importante, mientras que en otros provoca mayores efectos reforzantes (Berridge, 2007). Otra reacción determinada genéticamente es la llamada “sonrojo oriental”, provocada por la deficiencia de un sustrato encargado del metabolizar el alcohol, lo que hace que el sujeto experimente una sensación desagradable acompañada de enrojecimiento facial cuando se ingiere una bebida alcohólica (Dickson et al., 2006).

Teniendo en cuenta esta enorme variabilidad hereditaria, no es de extrañar que algunos individuos con poca vulnerabilidad genética desarrollen la adicción (Kendler et al., 2018) y otros con mayor vulnerabilidad genética no lo hagan (Kendler et al., 2020).

Curiosamente, esta vulnerabilidad genética no parece estar relacionada en gran medida con la sustancia, sino más bien con el control social (Kendler et al., 2003). Cuando la sociedad ejerce su control de forma efectiva, es menos probable que violemos sus normas. Por lo tanto, es un error pensar que hay genes distintos para las adicciones (Dick, 2018). Más bien, hay cientos de genes que alteran nuestra vulnerabilidad al alterar la forma en que las normas sociales nos influyen. Tal y como señalan algunos autores: “La vulnerabilidad genética puede reducirse de forma sencilla aumentando la eficacia de las normas sociales” (Lamb et al., 2021).

6.2. ¿Existe la personalidad alcohólica?

No, definitivamente no hay una personalidad alcohólica. Sin embargo, la mayor parte de estudios apoyan la relación de una serie de rasgos de personalidad con la vulnerabilidad para el desarrollo de la adicción.

Una de las características de personalidad más estudiada en las personas con dependencia por el alcohol es la *impulsividad* (Aragües et al. 2011), seguida del papel de la emocionalidad negativa (Mikheeva y Tragesser, 2016). Las personas impulsivas tienden a ponderar los efectos reforzantes de valencia positiva, mientras que las que se caracterizan por tener niveles altos de *ansiedad* valoran más la capacidad del alcohol para aliviar dichos estados emocionales desagradables (Mikheeva y Tragesser, 2016).

Otro aspecto que influye en la evaluación de los efectos del consumo es si existen otros incentivos o *metas* que el sujeto tenga o persiga en su vida. El uso continuado del alcohol facilita que el individuo priorice el uso de alcohol sobre lo demás, con lo que se corre el riesgo de que otras fuentes de placer, diferentes a la bebida, se vean abandonadas, ya que no son capaces de generar de forma tan rápida los efectos reforzantes que provoca el alcohol. Se ha demostrado que en tanto en cuanto el acceso a otros incentivos (deporte, ocio) disminuye, la motivación por el uso de alcohol aumenta (Vuchinich y Tucker, 1998).

También se sabe que las personas que tienen problemas con la bebida son capaces de resolverlos si tienen una vida satisfactoria y los recursos necesarios para *afrentar las frustraciones* (Cox et al., 2002; Moos y Moos 2007). Es decir, estas personas suelen ser capaces de resolverlos si perciben que tienen acceso a actividades deportivas, ocio saludable que no esté mediado por el uso de alcohol, cine, teatro, u otros incentivos que compitan con los de la bebida.

6.3. ¿Influye el ambiente en el riesgo de adicción al alcohol?

El valor que una persona atribuye al uso del alcohol está fuertemente determinado por la sociedad en la que se vive (Room, 2013). La sociedad influye para conocer las circunstancias en las cuales se puede o no beber o la cantidad de alcohol recomendable. Los sujetos verán sus conductas explícitamente o implícitamente reforzadas o censuradas cuando sus patrones de bebida se correspondan, o no, con las normas sociales. Estas reacciones sociales hacia la forma de beber de un sujeto contribuyen a consolidar el valor que cada persona otorga al alcohol (Cox et al., 2017).

Numerosos estudios se han dedicado a dilucidar la importancia de determinados factores *sociales-culturales* en el desarrollo de la adicción al alcohol. Por ejemplo, es conocido que el patrón de consumo de alcohol de los universitarios europeos difiere claramente entre los que residen en los países del norte y del sur de Europa (Dantzer et al., 2006). Los del norte tienen un patrón de consumo episódico, durante el cual alcanzan importantes niveles de intoxicación, hecho éste que es menos frecuente entre los del sur del continente. Algo similar ocurre con los adolescentes. En un estudio realizado en 13 países europeos se observó que los jóvenes del sur de Europa bebían más frecuentemente que los del norte, sin embargo, estos últimos referían episodios de intoxicación en mayor porcentaje (Kuntsche et al., 2015). Otro aspecto que también ha sido estudiado es el papel del *precio y de la disponibilidad* como factores de riesgo, observándose que cuando se elevan los precios del alcohol disminuyen los episodios de ingesta de alcohol episódica (binge drinking) así como las complicaciones médicas asociadas a la ingesta etílica (Staras et al., 2015), mientras que la reducción de la tasas al alcohol provocaba el efecto contrario, incluido el incremento de la mortalidad.

Durante años, las compañías de bebidas consideraban que la publicidad del alcohol no influía en la decisión de consumir las bebidas alcohólicas. Se argumentaba que la publicidad servía para que el sujeto se decantara por una u otra marca, pero se negaba su influencia para aumentar el consumo o para que los más jóvenes comenzaran antes a beber. Sin embargo, una reciente revisión realizada por Sargent y Babor (2020) desmontaba los argumentos de las compañías alcohólicas. Los autores analizaron once estudios de revisión sistemática y concluyeron que había una clara relación causal entre la publicidad de las bebidas alcohólicas y el inicio del consumo en jóvenes. Para los autores, esta causalidad debería tener implicaciones en las políticas de prevención de cada país.

En definitiva, aunque el peso de los factores biológicos podría ser más relevante para entender el desarrollo de la adicción al alcohol, sin embargo, el de los factores psicosociales lo es para explicar el inicio del consumo y del abuso del alcohol (Cox et al., 2017).

7. DEPENDENCIA ALCOHÓLICA: ¿VICIO O ENFERMEDAD?

La respuesta que podemos dar, de forma categórica, es que la dependencia del alcohol puede ser *considerada una enfermedad* en el sentido clásico del término (hay ausencia de salud). Es cierto que, a lo largo de la historia, los criterios diagnósticos de la dependencia o adicción al alcohol han sufrido cambios considerables, pero en todos ellos, las personas diagnosticadas cumplían con los elementos sustanciales sugeridos por algunos de los teóricos más relevantes en lo que se refiere al concepto moderno de enfermedad: disfunción biológica y daño o perjuicio (ver revisión en Rubio, 2021).

En las personas con dependencia del alcohol, al menos las graves, coinciden la disfunción biológica provocada por el efecto de la sustancia sobre el CRC y el daño o perjuicio que el sujeto experimenta: dificultad para controlar la ingesta de alcohol y sus consecuencias en diferentes ámbitos de su conducta como se recogen en la tabla 1 (Powell y Scarffe, 2019; Wakefield y Conrad, 2020).

De hecho, hasta producirse los cambios propios de la dependencia en el circuito de la recompensa y en el lóbulo frontal, suelen, inicialmente, experimentarse algunas consecuencias dañinas, que con el tiempo se agravarán—como algunas complicaciones legales o médicas—. Parece lógico que algunas personas no deban ser diagnosticadas de adicción al alcohol exclusivamente por tener elevadas sus transaminasas hepáticas o por haber dado positivo en un control de alcoholemia. Los daños y las consecuencias del alcohol están presentes en ambos casos, pero no se encuentra la disfunción del CRC. De ahí que durante algún tiempo el sujeto atraviese las siguientes etapas: a) consumo de alcohol sin ninguna consecuencia (no disfunción—no perjuicio conductual); b) consumo de alcohol y presencia de consecuencias derivadas de la interacción entre el alcohol y los factores culturales (presión social por beber, patrón de consumo, intoxicaciones, botellón) o por el daño en determinados órganos como el hígado; c) consumo de alcohol con características de dependencia (disfunción del CRC y perjuicio conductual); d) estar en abstinencia y tener malestar psicológico durante la recuperación temprana (disfunción del CRC y perjuicio conductual). Es un error considerar que la dependencia esté presente en todos esos periodos, pero desde luego supone un problema ético considerar que en ningún caso existe la enfermedad, como ha sido sugerido por algunos autores (Lewis 2015).

Otro asunto diferente es el de la *responsabilidad* del individuo en el desarrollo de la enfermedad y en su recuperación. En esta, al igual que en otras enfermedades, la responsabilidad del sujeto es importante, pero no es el culpable de su enfermedad. Nadie quiere desarrollar la adicción, nadie empieza a beber con la intención de “ser alcohólico”.

Se ha argumentado que la *consideración de enfermo* lleva implícita una actitud de pasividad, de falta de implicación en el proceso de recuperación, pero ese asunto, al igual que muchos otros en el ámbito de la Medicina, requiere de información y pedagogía por parte de los profesionales. De hecho, la actitud de los ciudadanos hacia sus enfermedades y hacia los profesionales sanitarios también se ha modificado con el paso del tiempo, en el sentido de un mayor empoderamiento y responsabilidad en el manejo de las enfermedades.

En nuestra práctica clínica, la consideración de enfermedad desculpabiliza al paciente y a la familia, lo que facilita la interacción con los equipos de tratamiento, permite abordar los sentimientos de vergüenza y culpa y facilita la transición a lo largo de la recuperación. Poner el acento en que el sujeto tiene la “absoluta responsabilidad” de la enfermedad y de la recuperación es otro error, ya que nadie puede tener la absoluta responsabilidad de todos los actos de su vida. Es obvio que no podemos pararnos a reflexionar concienzudamente en todas y cada una de las cientos de decisiones que tomamos en un único día. Nuestra responsabilidad en cada una de esas decisiones tiene grados y efectivamente, en ningún caso la responsabilidad es nula (salvo en personas con demencia alcohólica). El profesor Michael Sandel (*La tiranía del mérito*, 2020) explica que la exaltación de la responsabilidad individual es gratificante cuando las cosas van bien, pero desmoraliza cuando van mal y puede ser claramente injusta.

8. BIBLIOGRAFIA

- Ainslie, G. (2011). Free will as recursive selfprediction: Does a deterministic mechanism reduce responsibility? In J. Poland & G. Graham (Eds.), *Addiction and Responsibility* (pp. 55–87). Cambridge, MA: MIT Press.
- A.P.A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). 2013.
- Aragues, M., Jurado, R., Quinto, R & Rubio, G. (2011). Laboratory paradigms of impulsivity and alcohol dependence: a review. *European Addiction Research*, 17, 64–71.
- Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S. & Mayer, C. (2008). Evaluation of a telephone-based stepped care intervention for alcohol related disorders: a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 244–51.
- Bechara, A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience*. 8, 1458–1463.
- Berridge, K. C. (2007). The debate over dopamine's role in reward: The case for incentive salience. *Psychopharmacology*, 191, 391–431.
- Cox, W.M., Klinger, E & Fadardi, J.S. (2017). Free will in addictive behaviors: A matter of definition. *Addictive Behavior Report*, 16, 94–103.
- Cox, W. M., Schippers, G. M., Klinger, E.. (2002). Motivational structure and alcohol use of university students with consistency across four nations. *Journal of Studies on Alcohol*, 63,280–285.
- Dantzer, C., Wardle, J., Fuller, R., Pampalone, S. Z. & Steptoe, A. (2006). International study of heavy drinking: Attitudes and sociodemographic factors in university students. *Journal of American College Health*, 55, 83–89.
- Dennis, M.L., Scott, C.K. & Funk, R. (2003). An experimental evaluation of recovery management checkups (RMC) for people with chronic substance use disorders. *Evaluation and Program Planning*, 26, 339–352.
- Dickson, P. A., James, M. R., Heath, A. C., et al. (2006). Effects of variation at the ALDH2 locus on alcohol metabolism, sensitivity, consumption, and dependence in Europeans. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 1093–1100.

- Durazzo, T.C. & Meyerhoff, D.J. (2017). Psychiatric, Demographic, and Brain Morphological Predictors of Relapse After Treatment for an Alcohol Use Disorder. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 41:107–116.
- Durazzo, T.C., Gazdzinski, S., Yeh, P.H., Meyerhoff, D.J. (2008). Combined neuroimaging, neurocognitive and psychiatric factors to predict alcohol consumption following treatment for alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism*, 43(6), 683–91.
- Durazzo, T.C., Pennington, D.L., Schmidt, T.P., Meyerhoff, D.J. (2014). Effects of cigarette smoking history on neurocognitive recovery over 8 months of abstinence in alcohol-dependent individuals. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 38(11), 2816–25.
- Durazzo, T.C., Mon, A., Gazdzinski, S., Yeh, P.H., Meyerhoff, D.J. (2015). Serial longitudinal magnetic resonance imaging data indicate non-linear regional gray matter volume recovery in abstinent alcohol-dependent individuals. *Addictive Biology*, 20(5), 956–67.
- Everitt, B.J. & Robbins, T.W. (2016). Drug Addiction: Updating Actions to Habits to Compulsions Ten Years On. *Annual Review Psychology*, 67, 23–50.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 6736, 31310–2.
- Grant, B.F., Goldstein, R.B., Saha, T.D., Chou, S.P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R.P., Ruan, W.J., Smith, S.M., Huang, B. & Hasin, D.S. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757–66.
- Helzer, J.E., Badger, G.J., Rose, G.L., Mongeon, J.A., Searles, J.S. (2002). Decline in alcohol consumption during two years of daily reporting. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(5), 551–8.
- Johnson, B.A., Ait-Daoud, N., Bowden, C.L., DiClemente, C.C., Roache, J.D., Lawson, K., Javors, M.A. & Ma, J.Z. (2003). Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet*, 361, 1677–1685.
- Johnson, B.A., Rosenthal, N., Capece, J.A., Wiegand, F., Mao, L., Beyers, K., McKay, A., Ait-Daoud, N., Anton, R.F., Ciraulo, D.A. & Kranzler, H.R. (2007). Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*, 298, 1641–1651.
- Kirshenbaum, A.P., Olsen, D.M. and Bickel, W.K. (2009). A quantitative review of the ubiquitous relapse curve. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 8–17.
- Klemperer, E.M., Hughes, J.R. & Naud, S. (2018). Study characteristics influence the efficacy of substance abuse treatments: A meta-analysis of medications for alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 229–234.
- Knapp, C.M., Sarid-Segal, O., Richardson, M.A., Colaneri, L.S., Afshar, M., Devine, E., Streeter, C.C., Piechniczek-Buczek, J. & Ciraulo, D.A. (2010) Open label trial of the tolerability and efficacy of zonisamide in the treatment of alcohol dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 102–105.
- Koob, G.F., Buck, C.L., Cohen, A., Edwards, S., Park, P.E., Schlosburg, J.E., Schmeichel, B., Vendruscolo, L.F., Wade, C.L., Whitfield, T.W. Jr. & George, O. (2014). Addiction as a stress surfeit disorder. *Neuropharmacology*, 76 Pt B(0 0):370–82.
- Koob, G., & Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B. Biological Sciences*, 363(1507), 3113–3123.
- Krampe, H., Stawicki, S., Hoehe, M.R. & Ehrenreich, H. (2007). Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA): a successful biopsychosocial approach to the treatment of alcoholism. *Dialogues on Clinical Neurosciences*, 9(4), 399–412.

- Kuntsche, E., Wicki, M., Windlin, B., Roberts, C., Gabhainn, S.N., Van der Sluijs, W., Aasvee, K., Gaspar de Matos, M., Dankulincová, Z., Hublet, A., Tynjälä, J., Välimaa, R., Bendtsen, P., Vieno, A., Mazur, J., Farkas, J. & Demetrovics, Z. (2015). Drinking motives mediate cultural differences but not gender differences in adolescent alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 323–9.
- Lash, S.J., Stephens, R.S., Burden, J.L., Grambow, S.C., DeMarce, J.M., Jones, M.E., Lozano, B.E., Jeffreys, A.S., Fearer, S.A., Horner, R.D. (2007). Contracting, prompting, and reinforcing substance use disorder continuing care: a randomized clinical trial. *Psychology of Addictive Behavior*, 21(3), 387–97.
- Lenaerts, E., Matheï, C., Matthys, F., Zeeuws, D., Pas, L., Anderson, P., Aertgeerts, B. (2014). Continuing care for patients with alcohol use disorders: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 135,9–21
- Lieber, C.S., Weiss, D.G., Groszmann, R., Paronetto, F., Schenker, S. (2003). Veterans Affairs Cooperative Study 391 Group. I. Veterans Affairs Cooperative Study of polyenylphosphatidylcholine in alcoholic liver disease: effects on drinking behavior by nurse/physician teams. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 27(11), 1757–64.
- Lewis M. (2015). The biology of desire: why addiction is not a disease. New York: Perseus Books Group.
- Maisto, S.A., Clifford, P.R., Stout, R.L. & Davis, C.M. (2006–a). Drinking in the year after treatment as a predictor of three-year drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(6), 823–32.
- Maisto, S.A., Zywiak, W.H. and Connors, G.J. (2006–b). Course of functioning 1 year following admission for treatment of alcohol use disorders. *Addictive Behavior*, 31(1), 69–79.
- McKay, J.R., Foltz, C. and Leahy, P. (2004). Step down continuing care in the treatment of substance abuse: correlates of participation and outcome effects. *Evaluation and Program Planning*. 27, 321–331.
- McKay, J.R. (2009–a). Continuing care research: What we have learned and where are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 131–145.
- McKay, J.R. (2009–b). Treating substance use disorders with adaptive continuing Care, ed. A.P. Association. Washington DC.
- MATCH (1997)–Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Mikheeva, O. V. & Tragesser, S. L. (2016). Personality features, disordered eating, and alcohol use among college students: A latent profile analysis. *Personality and Individual Differences*, 94, 360–365.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (2007). Treated and untreated alcohol–use disorders: Course and predictors of remission and relapse. *Evaluation Review*, 31(6), 564–584.
- National Institute on Drug Abuse (2010). Drugs, brains and behaviour: The science of addiction. NIH Pub No. 10–5605.
- Navarrete, F., Rubio, G. & Manzanares, J. (2020). Guía de intervención clínica para el manejo del trastorno por uso de alcohol. Alicante. Universitas Miguel Hernández, 2020.
- ONU (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: Salud. Organización de Naciones Unidas. 2015; Available from:<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
- Palpacuer, C., Duprez, R., Huneau, A., Locher, C., Bousageon, R., Laviolle, B. & Naudet, F. (2018). Pharmacologically controlled drinking in the treatment of alcohol dependence or alcohol use. Meta disorders: a systematic review with direct and network –analyses on nalmefene, naltrexone, acamprosate, baclofen and topiramate. *Addiction*, 113, 220–237.
- Powell, R. & Scarffe, E. (2019). ‘Rethinking “Disease”: a fresh diagnosis and a new philosophical treatment’. *Journal of Medical Ethics*, 45(9), 579–588.

- Ray, L.A., Bujarski, S., Grodin, E., et al., (2019) State-of-the-art behavioral and pharmacological treatments for alcohol use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 45,2, 124-140.
- Room, R. (2013). Sociocultural aspects of alcohol consumption. In P. Boyle, P. Boffetta, A. B. Lowenfels, H. Burns, O. Brawley, W. Zatonski, & J. Rehm (Eds.), *Alcohol: Science, policy, and public health* (pp. 38-45). New York, NY: Oxford University Press.
- Rösner, S., Leucht, S., Leher, P., Soyka, M. (2008). Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *Journal of Psychopharmacology*, 22(1), 11-23.
- Rubio, G., Ponce, G., Rodriguez, R., Jiménez-Arriero, M.A. & Palomo, T. (2005). Clinical Predictors of response to naltrexone in alcoholic patients: Who benefits most from treatment with naltrexone? *Alcohol and Alcoholism*, 26, 227-233.
- Rubio, G., Martínez-Gras, I. & Manzanares, J. (2009). Modulation of impulsivity by topiramate: implications for the treatment of alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29(6), 584-9.
- Rubio, G., López-Muñoz, F., Ferre, F., Martínez-Gras, I., Ponce, G., Pascual, J.M., Jiménez-Arriero, M.A. & Alamo, C. (2010). Effects of zonisamide in the treatment of alcohol dependence. *Clinical Neuropharmacology*, 33,250-253.
- Rubio, G., Marín, M., Arias, F., López-Trabada, J.R., Iribarren, M., Alfonso, S., Prieto, R., Blanco, A., Urosa, B., Montes, V., Jurado, R., Jiménez-Arriero, M.Á., de Fonseca, F.R. (2018). Inclusion of Alcoholic Associations Into a Public Treatment Programme for Alcoholism Improves Outcomes During the Treatment and Continuing Care Period: A 6-Year Experience. *Alcohol and Alcoholism*, 53,78-88.
- Rubio, G., Marín, M., López-Trabada, J.R. & Arias, F. (2020). Efectos de la integración de grupos de ayuda mutua sobre la adherencia al programa de continuidad en el cuidado a pacientes con dependencia del alcohol realizado en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 52, 555-562.
- Rubio, G. (2021). *Alcohol, Alcoholismo y Emociones sociales*. Ed: Delta publicaciones Universitarias SL, Madrid.
- Sandel, M. J. (2020). *La tiranía del mérito ¿Qué ha sido del bien común?* Penguin Random House Grupo Editorial SAU, Barcelona.
- Sargent, J.D. & Babor, T.F. (2020). The Relationship Between Exposure to Alcohol Marketing and Underage Drinking Is Causal. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Suppl 19, 113-124.
- Skinner, M.D., Lahmek, P., Pham, H. & Aubin, H.J. (2014). Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *PLoS One*, 10;9(2), e87366.
- Staras, S. A. S., Livingston, M. D., Christou, A. M., Jernigan, D. H. & Wagenaar, A. C. (2014). Heterogeneous population effects of an alcohol excise tax increase on sexually transmitted infections morbidity. *Addiction*, 109(6), 904-912.
- Tabakoff, B. & Hoffman, P. L. (2013). The neurobiology of alcohol consumption and alcoholism: An integrative history. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 113, 20-37.
- Vuchinich, R. E. & Tucker, J. A. (1998). Choice, behavioral economics, and addictive behavior patterns. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 93-104) (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Wakefield, J.C. & Conrad, J.A. (2020). Harm as a Necessary Component of the Concept of Medical Disorder: Reply to Muckler and Taylor. *Journal of Medicine and Philosophy*, 21, 45(3), 350-370
- WHO (2018) *Global Status Report on Alcohol and Health*. 2018.
- Witkiewitz, K., (2011). Predictors of heavy drinking during and following treatment. *Psychology of Addictive Behavior*, 25(3), 426-38.

3

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL

Francisco Arias

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación es el proceso a través del cual el clínico obtiene una información relevante para el diagnóstico y tratamiento de un caso. El diagnóstico del trastorno por uso de alcohol (TUA) es fundamentalmente clínico, siendo la historia clínica el mejor instrumento de evaluación del mismo.

En la historia clínica deben de estar incluidos aquellos hechos que permitan establecer el adecuado diagnóstico, los factores que han podido contribuir a dicha patología, las complicaciones y aquellos elementos relevantes para el plan terapéutico.

A continuación, se señalan los aspectos que deben de estar presentes en la historia clínica:

- La *situación social, laboral y legal* del paciente son elementos que condicionan los planes terapéuticos. Hay que valorar el apoyo sociofamiliar, historia de adversidad social y el funcionamiento psicosocial del individuo.
- Los *antecedentes personales* del paciente, psicopatológicos y médicos permitirán comprender el contexto de la dependencia. Los antecedentes psiquiátricos familiares pueden ayudar a entender el papel etiopatogénico de dichos factores en el desarrollo de los trastornos por uso de sustancias.
- *Factores de riesgo y protección*. Recoger información sobre la historia familiar es relevante para valorar hasta qué punto la situación familiar pudo ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo del trastorno. Una actitud positiva de los padres ante el consumo, conflictiva familiar o la presencia de un trastorno por uso de drogas en alguno de los progenitores o hermanos, pueden ayudar a entender variables que pudieron influir en el consumo.
- *Historia natural de la enfermedad*. Valorar el *patrón de consumo actual* (cantidad, frecuencia, duración, consumo solitario o social, lugares de consumo, consumo continuado o en atracón) y los cambios que dicho patrón haya tenido (por ej. El paso del consumo social a solitario). Es importante señalar el inicio de la problemática. Es habitual el inicio del consumo de forma social para ir progresivamente evolucionando a un consumo problemático.

El paso a la dependencia suele ser lentamente progresivo y poco perceptible para el sujeto y las personas cercanas hasta que aparecen las consecuencias negativas (ingreso por hepatopatías, pancreatitis, detención por conducir intoxicado, despidos laborales), momento en el cuál suelen solicitar tratamiento. En ocasiones, un acontecimiento adverso puede precipitar el paso de un consumo moderado a una dependencia (fallecimientos, despidos laborales, problemas psicopatológicos). La edad de inicio habitual de consumo es en la adolescencia y el desarrollo del consumo habitual y con criterios de dependencia es entre los 20-40 años, apareciendo las complicaciones y la necesidad de tratamiento entre los 30-50 años, aunque un porcentaje importante de sujetos tienen ya complicaciones entre los 20 y 30 años. La evolución habitual de los sujetos que solicitan tratamiento es la alternancia de periodos de abstinencia con las recaídas. La recaída debe considerarse como un fenómeno propio del proceso adictivo, al igual que ocurre con muchas otras enfermedades crónicas y no debe comprometer el acceso al tratamiento. Los pacientes con frecuencia preguntan sobre el momento en que podrían consumir sin problemas y esto no suele ocurrir en el curso de trastorno.

Un elemento relevante es la evolución de los problemas relacionados por el consumo. Es útil preguntar en qué momento se dio cuenta que tenía un problema con el consumo, cuándo comenzó a notar la sensación de pérdida de control y cuándo aparecieron síntomas de abstinencia. Es importante evaluar si hubo algún momento en que intentó abandonar el consumo, la duración de la abstinencia y la forma en que lo consiguió o el motivo por el que fracasó. En caso de haber conseguido la abstinencia durante un tiempo y haber padecido recaídas, es relevante valorar factores que pudieron contribuir a dicha recaída.

- ➔ *Los signos y síntomas del trastorno por uso de alcohol.* Valorar los criterios de dependencia de alcohol y las múltiples manifestaciones clínicas (alteraciones psicopatológicas primarias relacionadas con la dependencia y los cambios emocionales, cognitivos y conductuales relacionados con el consumo, así como manifestaciones físicas).
- ➔ Explorar el amplio número de posibles *consecuencias del consumo*, sociofamiliares, médicas y psicopatológicas:
 - ◊ Complicaciones laborales: pérdidas de trabajo o menor rendimiento laboral o académico, menos ingresos económicos.
 - ◊ Legales: más problemas por violencia en el ámbito doméstico o fuera de este, otras conductas delictivas o detención por conducir intoxicado.
 - ◊ Problemas en las relaciones interpersonales.
 - ◊ Problemas familiares: ruptura familiar, negligencia en el cuidado de los hijos, violencia en el ámbito familiar.
 - ◊ Problemas económicos: incremento de costes directos (cuidados sanitarios, servicios sociales) o indirectos (pérdida de productividad, absentismo).
 - ◊ Problemas relacionados con la conducción: aumento de accidentes con incremento de lesiones y de mortalidad.
 - ◊ Problemas médicos: elevada comorbilidad médica, múltiples enfermedades desencadenadas o agravadas por el consumo. El consumo de alcohol se asocia con un amplio abanico de complicaciones médicas: Patología digestiva, cardiovascular, neurológica, oncológica (Tabla 1).

Tabla 1. Patologías asociadas al consumo de alcohol.

Categoría	Problemas iniciales	Consecuencias tardías
Patología hepática	↑ enzimas hepáticas	Esteatosis hepática, hepatitis alcohólica, cirrosis
Patología pancreática	Pancreatitis aguda	Pancreatitis crónica
Patología gastrointestinal	Gastritis, reflujo gastroesofágico, úlcera péptica, diarrea crónica	Varices esofágicas, síndrome de Mallory-Weiss, síndrome de Boerhave, síndrome de Barret
Patología hematológica	↑ VCM	Macrocitosis, anemia ferropénica y megaloblásticas, neutropenia, plaquetopenia
Patología cardiovascular	Hipertensión arterial	Miocardiopatía dilatada, insuficiencia cardíaca, arritmias, accidente cerebrovascular
Patología neurológica	Cefalea, blackouts, polineuropatía	Convulsiones, ataxia, déficit cognitivo, síndrome de Wernicke-Korsakoff, demencia alcohólica
Patología genitorreproductora	Efectos en el feto. Síndrome Alcohólico Fetal	Disfunción sexual, amenorrea, menopausia precoz, abortos
Cáncer		Hígado, cabeza y cuello, laringe, esófago y faringe, mama

- La *exploración del estado mental* del paciente será exhaustiva, con especial atención a la existencia de trastornos mentales asociados al uso de sustancias.
- Comorbilidad adictiva (es frecuente la comorbilidad con otros trastornos adictivos con y sin sustancia, como la ludopatía).
- Existe una elevada comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y el trastorno por consumo de alcohol. Estos pacientes comórbidos tienen un mayor riesgo de recaída en el consumo, una peor evolución de ambos trastornos y una mayor resistencia al tratamiento. Los más frecuentes son:
 - ◇ Trastornos afectivos: los más frecuentes, en el 30-50% de los dependientes de alcohol. Por su parte, más de una cuarta parte de los pacientes con trastorno bipolar tienen una dependencia de alcohol.
 - ◇ Trastornos de ansiedad: Se dan en más de un tercio de los pacientes. Se presentan todos los tipos de trastornos de ansiedad. También el insomnio está estrechamente relacionado con el TUA, de modo que más de la mitad de los dependientes lo padecen.
 - ◇ Trastornos psicóticos: El consumo de alcohol es tres veces más prevalente entre los pacientes con esquizofrenia que entre la población general. Pero, además, el consumo crónico de alcohol se ha relacionado con trastornos psicóticos específicos (alucinosis alcohólica, psicosis inducidas y celotipia).
 - ◇ Trastornos de la personalidad: Casi un tercio de los pacientes consumidores de alcohol tienen un trastorno de la personalidad comórbido. Los que más se han relacionado son el trastorno antisocial y el trastorno límite de personalidad. Otros trastornos de la personalidad frecuentes son el histriónico y dependiente.
 - ◇ Otras comorbilidades psiquiátricas: Los TUA también se han relacionado con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y el riesgo de suicidio. El consumo de alcohol está presente en un elevado porcentaje de conductas suicidas y suicidios consumados y un alto porcentaje de dependientes del alcohol se suicidan.
- Los *factores de conciencia de la enfermedad, estadio de cambio y de motivación* del paciente servirán para determinar el tipo de percepción que tiene de sus problemas y el compromiso al que se puede llegar en el proceso terapéutico.

El consumo se suele cuantificar en Unidades de Bebida Estándar (UBE) (Tabla 2).

Tabla 2. Bebidas y su equivalencia en UBEs.

Tipo de bebida	Volumen	UBEs
Cerveza	1 caña (200 ml)	1
	1 litro	5
Vino	1 vaso (200 ml)	1
	1 litro	10
Licores (jerez, vermut), cava	1 copa	1
	1 litro	20
Destilados (whisky, coñac, ron)	1 combinado (50 ml)	2
	1 litro	40

El diagnóstico a través de la historia clínica es complicado por la siguiente serie de factores:

- Negación del problema.
- Minimización del consumo.
- Justificación y racionalización de su conducta.
- Normalización: “lo que todo el mundo”, “lo normal”, “no me emborracho”.
- No considerarlo enfermedad.
- Estigma de las adicciones.

Por ello, es importante obtener información de otras fuentes como son familiares, otros médicos, historia clínica previa, escalas, analíticas, etc.

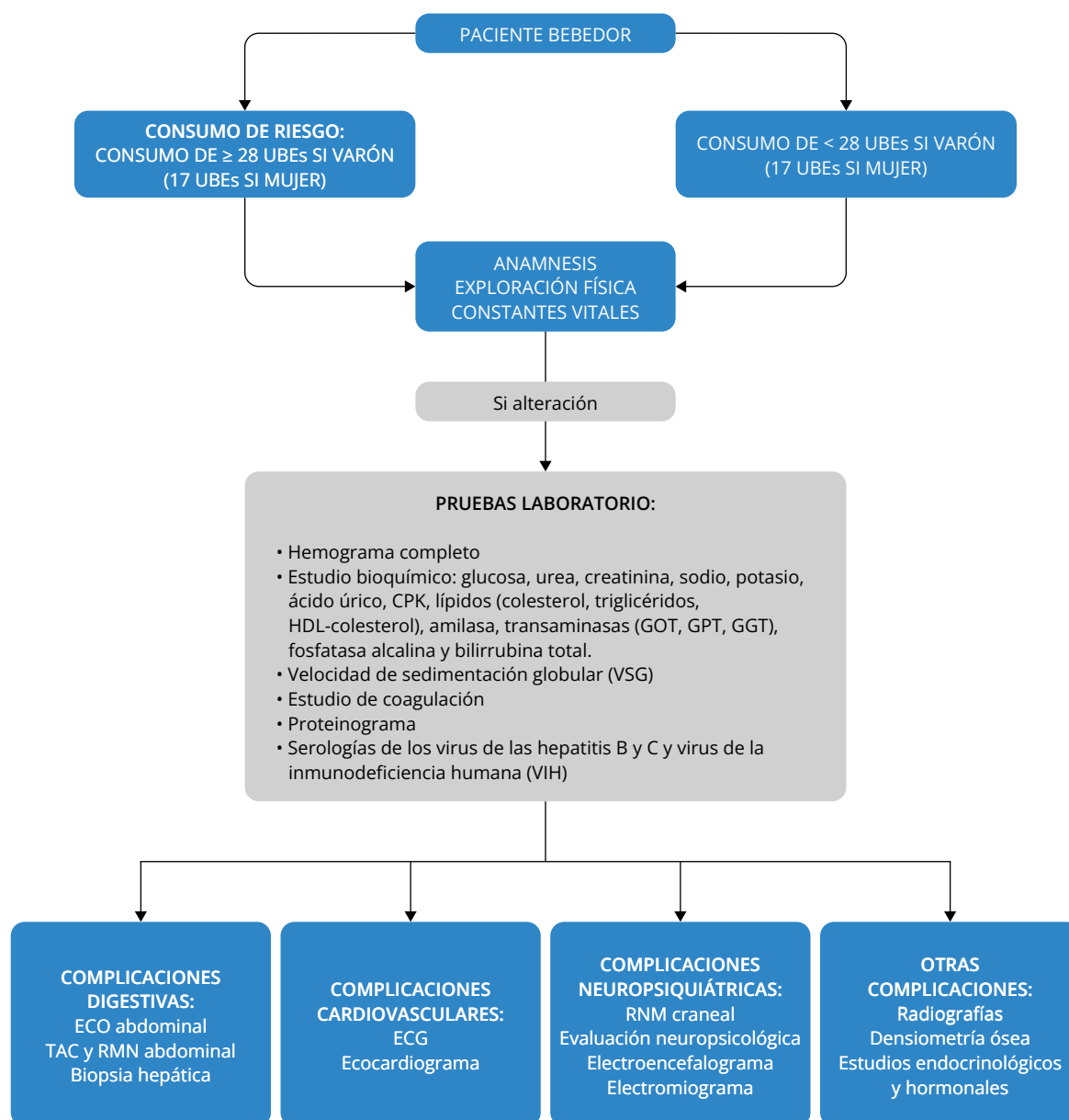
Para completar la evaluación se realizarán las pruebas de laboratorio siguientes:

- Hemograma.
- Estudio bioquímico: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, ácido úrico, CPK, lípidos (colesterol, triglicéridos, HDL-colesterol), amilasa, transaminasas (GOT, GPT, GGT), fosfatasa alcalina y bilirrubina total.
- Velocidad de sedimentación globular (VSG).
- Estudio de coagulación.
- Proteínograma.
- Serologías de los virus de las hepatitis B y C. Serología luética y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En función de los resultados de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, podremos completar el estudio con otras pruebas complementarias (Figura 1), si bien este tipo de pruebas no son solicitadas de manera rutinaria desde psiquiatría, sino que es cada especialista, en función de la sospecha diagnóstica, quien completará el estudio con su solicitud. Entre estas otras pruebas cabe destacar: endoscopias, ecografía de hígado, electrocardiograma y ecocardiograma, TAC y RMN craneal, evaluación neuropsicológica, electroencefalograma, radiografías, densitometría ósea, estudios endocrinológicos y hormonales.

En el seguimiento se recomiendan controles analíticos, incluyendo transferrina deficiente en carbohidratos (CDT), de forma regular para detectar posibles recaídas.

Figura 1. Diagrama de actuación para pacientes con consumo de riesgo de alcohol



Dada la complejidad de las complicaciones crónicas derivadas del consumo de alcohol es necesario la intervención de un equipo multidisciplinar que mantenga una adecuada coordinación y que incluya a personal de Atención Primaria (médicos, enfermería y trabajadores sociales), de psiquiatría (psiquiatra, psicólogo, enfermera) y otros equipos médicos (internistas, médicos del aparato digestivo, cardiólogos, neurólogos, etc.).

También pueden utilizarse instrumentos/escalas para evaluar la dependencia o determinados aspectos como el síndrome de abstinencia, la gravedad de la dependencia o la motivación. No obstante, nunca deben suplir a la historia clínica.

2. SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL

Con frecuencia, en una primera entrevista puede tener que valorarse y manejarse un posible síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia de alcohol (SAA) se caracteriza por un estado de hiperactividad autonómica que se produce como consecuencia de la disminución o la supresión del consumo de alcohol. Los signos y síntomas del SAA pueden agruparse en cinco apartados:

- Hiperactividad autonómica: taquicardia, hipertensión, diaforesis, temblor, fiebre e hiperventilación con alcalosis respiratoria.
- Alteraciones del sueño: Insomnio, aumento de la fase REM y disminución de las fases 3 y 4.
- Alteraciones gastrointestinales: Anorexia, náuseas y vómitos.
- Manifestaciones psicológicas: Ansiedad, agitación, inquietud, irritabilidad, distracción, falta de concentración, alteraciones de la memoria y del juicio y alucinaciones.
- Convulsiones tónico-clónicas.

Se describen tres fases en el SAA (Tabla 3):

- Primera fase. Ocurre a las 4-12 horas después de haber alcanzado la máxima alcoholemia. Dura aproximadamente 24 horas y se caracteriza por el predominio de signos noradrenérgicos, entre ellos, incremento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión sistólica y, algo menos, la diastólica, aumento de la frecuencia respiratoria, diaforesis, ligera hiperreflexia, temblor intencional (más acusado en manos), ansiedad y labilidad emocional.
- Segunda fase. Aparece a las 12-24 horas de haber alcanzado la máxima alcoholemia y se prolonga durante 48-72 horas. Se caracteriza por un agravamiento de la sintomatología noradrenérgica, siendo también frecuentes las manifestaciones digestivas y la aparición de las convulsiones.
- Tercera fase. Esta fase se inicia tras las 72 horas del último pico de alcoholemia. Se caracteriza por un mayor agravamiento de la sintomatología noradrenérgica, aparición de síntomas de disfunción dopaminérgica, como alucinaciones e ideas delirantes y desaparición de las convulsiones.

Tabla 3. Progresión cronológica de los síntomas del SAA.

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Inicio	4-12 horas	12-24 horas	24-72 h
Duración	24 horas	48-72 horas	7-10 días
Síntomas	Predominio de síntomas noradrenérgicos (incremento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria, diaforesis, hiperreflexia leve, temblor intencional, ansiedad y labilidad emocional)	Agravamiento de la sintomatología noradrenérgica, siendo frecuentes también las manifestaciones digestivas (anorexia, náuseas y vómitos, diarrea) y la aparición de convulsiones	Agravamiento de la sintomatología noradrenérgica, con aparición de los síntomas de disfunción dopaminérgica (alucinaciones, ideas delirantes, delirium tremens) y desaparición de las convulsiones

Las complicaciones más graves del SAA son:

- **Crisis convulsivas:** Se dan en el 3% de los SAA y se han relacionado con el predominio de la actividad de neurotransmisores excitadores como el glutamato y la disminución de los inhibidores como el GABA. Cuando aparecen las crisis convulsivas, lo hacen entre las 7-48

horas tras el cese del consumo. Son generalizadas y de características tónico-clónicas. La mortalidad se asocia al desarrollo de delirium tremens y a la aparición de status epiléptico.

- **Delirium tremens:** Sucede en el 5% de los SAA. Se trata de un síndrome confusional que aparece en individuos dependientes del alcohol con una larga historia de consumo. La triada sintomática típica incluye la disminución del nivel de conciencia o confusión (delirium), las alucinaciones y el temblor. También son frecuentes los delirios, la agitación, el insomnio y la hiperactividad autonómica: sudoración, elevación de la frecuencia cardíaca y respiratoria, de la tensión arterial e hiperpirexia. Los síntomas suelen aparecer entre las 72-96 horas desde la última ingesta etílica. Suele durar de 3-5 días pero un alto porcentaje tiene una duración más prolongada. Se trata de una urgencia médica que, de no tratarse, presenta una mortalidad del 20%.

3. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

En el proceso de evaluación clínica debe de establecerse un diagnóstico siguiendo los criterios establecidos para dicho proceso (Tabla 4). En la actualidad, se utilizan dos sistemas de clasificación internacionales para poder diagnosticar los problemas relacionados con el consumo de sustancias: el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM 5, American Psychiatric Association, 2013; DSM-5-TR, 2023) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, World Health Organization, 1992) y la reciente CIE-11 (2019).

La dependencia alcohólica se manifiesta por la presencia de dificultad para controlar el consumo de alcohol y la existencia de otros criterios de neuroadaptación (tolerancia y síndrome de abstinencia) que no tienen que estar necesariamente presentes.

La disminución de la capacidad de controlar el consumo de alcohol, abarca tanto el control del inicio de la ingesta como de la finalización o de la cantidad consumida. Existe la intención de no sobrepasar determinados límites, pero aparece el deseo de consumir y las dificultades para resistirse a él hacen que beba. Una vez que se ha ingerido alcohol, el deseo suele disminuir. Este tipo de deseo se describe como “craving”. Otro aspecto que también se ha relacionado con la pérdida de control, es la vivencia de compulsión por beber tras haber iniciado la ingesta. Esta vivencia aparece tanto en estadios iniciales de bebedores que no consumen a diario, como en sujetos dependientes, que tras haber dejado de beber recaen nuevamente en el consumo. El fenómeno aparece tras la primera o segunda copa y se le ha denominado como “pérdida de control” o “priming”, ya que el consumo provoca una especie de efecto de cebamiento o inducción para otro nuevo consumo. El abandono de las actividades placenteras suele llevar aparejado el hecho de que el sujeto pasa más tiempo en actividades relacionadas con su consumo. Este criterio suele requerir años para su aparición. De hecho algunas personas que van del trabajo al bar y del bar a casa, no perciben una importante modificación de sus hábitos ya que éstos giran en torno al bar. En algunos casos hay que remontarse muchos años atrás para darse cuenta que antes tenía más vida social que en la actualidad.

Para el diagnóstico de dependencia se incluyen 4 grupos de criterios: pérdida de control, problemas sociales o interpersonales relacionados con el consumo, consumo en situaciones de riesgo y fenómenos relacionados con la neuroadaptación a la sustancia (lo denominado previamente como dependencia física: tolerancia y síndrome de abstinencia).

Tabla 4. Criterios de trastorno por uso de sustancias en las clasificaciones actuales

Criterios	CIE-10 y 11	DSM-5-TR
Tolerancia definida por alguna de las siguientes manifestaciones: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b) una disminución notable del efecto tras el uso continuado de la misma.	X	X
Abstinencia, definida por algunos de los siguientes criterios: a) síndrome de abstinencia característico para la sustancia. b) se toma la misma sustancia para aliviar o evitar el síndrome de abstinencia.	X	X
La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de los que inicialmente se pretendía.	X	X
Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.	X	X
Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, o en la recuperación de los efectos de la misma.	X	X
Deseo de consumir la sustancia	X	X
Problemas para cumplir con las obligaciones laborales, escolares o domésticas.	X	X
Se continúa tomando la sustancia a pesar de los problemas sociales o interpersonales, que parecen causados o exacerbados por la sustancia.	X	X
Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia	X	X
Uso recurrente de la sustancia en situaciones de riesgo	X	X
Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por la sustancia.	X	X
Se considera la dependencia de sustancias como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, que se manifiesta por tres o más criterios de los siete siguientes y que aparecen en algún momento de un mismo periodo de 12 meses		

El DSM-5 establece 3 categorías diagnósticas independientemente de cuál sea la sustancia:

1. Trastornos por consumo de la sustancia.
2. Trastornos inducidos por la sustancia:
 - a. Intoxicación.
 - b. Abstinencia.
 - c. Otros trastornos mentales inducidos por sustancia (trastorno psicótico, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, delirium y trastornos neurocognitivos).
3. Trastornos relacionados con la sustancia sin especificar.

Como diferencia fundamental con el DSM-IV, está la distinción que este último hacía entre abuso y dependencia. Se basaba en el concepto de abuso como una fase leve o temprana y dependencia como la manifestación más grave. El DSM-5 combina las categorías abuso y dependencia en un trastorno único, en el que especifica unos niveles de gravedad. El DSM-5 permite clasificar la dependencia en leve (2-3 criterios), moderada (4-5 criterios) y grave (6 o más criterios) (Tabla 5). En lo referente al curso, se podrán considerar dos tipos de remisión: temprana/mantenida y parcial/completa.

Tabla 5. Criterios diagnósticos DSM-5 para el TUA

Se caracteriza por un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta por al menos dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que se provoca un riesgo físico.
9. Se continúa el consumo de alcohol, a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos: a) Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b) Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestado por alguno de los siguientes hechos: a) Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol. b) Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
Especificar la gravedad actual:
Leve: Presencia de 2-3 síntomas.
Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.
Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

La CIE-10 (Tabla 6) incluye trastornos desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial, hasta cuadros psicóticos y de demencia secundarios al consumo. El término dependencia se define como un trastorno caracterizado por un fuerte y persistente deseo de beber a pesar de sus consecuencias adversas, por la incapacidad para controlar el consumo, la mayor prioridad concedida al consumo de alcohol frente a otras actividades, la tolerancia al alcohol y la aparición del síndrome de abstinencia cuando se interrumpe su consumo.

Tabla 6. Criterios diagnósticos CIE-10

Dependencia de una sustancia
En algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:
a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Dependencia de una sustancia

- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Consumo perjudicial de una sustancia

Forma de consumo que está afectando ya a la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

El consumo perjudicial es una categoría utilizada en la CIE-10 para diagnosticar a sujetos que están utilizando una sustancia con un patrón de consumo desadaptativo y que cumple los siguientes criterios: a) Evidencia de que el consumo de una sustancia ha causado al individuo un daño somático o alteraciones psicológicas incluyendo alteración del juicio o de la conducta, que podrían llevar a la discapacidad o a tener consecuencias para las relaciones interpersonales; b) La naturaleza del daño debe ser claramente identificable; c) La forma de consumo ha persistido durante al menos un mes o se ha reiterado varias veces a lo largo de un periodo de 12 meses; d) El trastorno no satisface criterios para dependencia. En la CIE-11 se utiliza el término patrón nocivo de consumo. Se trata de un patrón de consumo de alcohol que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha tenido como resultado un comportamiento que puede dañar la salud de otras personas. El patrón de consumo de alcohol es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico o al menos un mes si es continuo.

En la CIE-11 (Tabla 7), la dependencia del alcohol (6C40.2) se define como un trastorno de la regulación del consumo del alcohol que surge del consumo repetido o continuo del alcohol. El rasgo característico es un fuerte impulso interno para consumir alcohol, que se manifiesta como una incapacidad de controlar el consumo, aumentando la prioridad otorgada al consumo sobre otras actividades y la persistencia del consumo a pesar del daño o las consecuencias negativas. Estas experiencias suelen ir acompañadas de una sensación subjetiva de necesidad o deseo de consumir alcohol. Las características fisiológicas de la dependencia también pueden estar presentes, incluida la tolerancia a los efectos del alcohol, los síntomas de abstinencia después del cese o la reducción en el consumo de alcohol, o el consumo repetido de alcohol o sustancias farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia. Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico puede realizarse si el consumo de alcohol es continuo (diario o casi diario) durante al menos 3 meses. La CIE-11 en la categoría de trastornos debidos al consumo de alcohol (6C40) incluye varios trastornos mentales inducidos por el alcohol (por ej., Trastorno psicótico inducido por alcohol, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo) y formas de deterioro neurocognitivo relacionadas con el alcohol (por ej., Demencia debida al consumo de alcohol).

Tabla 7. Trastornos debidos al consumo de alcohol en la CIE-11 (CIE-116C40)

6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol
6C40.2 Dependencia del alcohol
6C40.20 Dependencia del alcohol, consumo actual, continuo
6C40.21 Dependencia del alcohol, consumo actual, episódico
6C40.22 Dependencia del alcohol, remisión completa temprana
6C40.23 Dependencia del alcohol, remisión parcial prolongada
6C40.24 Dependencia del alcohol, remisión completa prolongada
6C40.2Z Dependencia del alcohol, sin especificación
6C40.3 Intoxicación por alcohol
6C40.4 Síndrome de abstinencia del alcohol
6C40.5 Delirium inducido por el consumo de alcohol
6C40.6 Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol
6C40.7 Ciertos trastornos mentales o del comportamiento especificados inducidos por el alcohol
6C40.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de alcohol
6C40.Z Trastornos debidos al consumo de alcohol, sin especificación
Manifestación
6C40.5 Delirium inducido por el consumo de alcohol
6C40.6 Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol
6C40.60 Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol con alucinaciones
6C40.61 Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol con delirios
6C40.62 Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol con síntomas psicóticos mixtos
6C40.6Z Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol, sin especificación
6C40.7 Ciertos trastornos mentales o del comportamiento especificados inducidos por el alcohol
6C40.70 Trastorno del estado de ánimo inducido por el consumo de alcohol
6C40.71 Trastorno de ansiedad inducido por el consumo de alcohol
6D72.10 Trastorno amnésico debido al consumo de alcohol
6D84.0 Demencia por consumo de alcohol
Asociado con
6C40.3 Intoxicación por alcohol
6C40.4 Síndrome de abstinencia del alcohol
6C40.40 Síndrome de abstinencia del alcohol, sin complicaciones
6C40.41 Síndrome de abstinencia del alcohol, con alteración de la percepción
6C40.42 Síndrome de abstinencia del alcohol con convulsiones

Asociado con

6C40.43 Síndrome de abstinencia del alcohol con alteración de la percepción y convulsiones

6C40.4Z Síndrome de abstinencia del alcohol, sin especificación

En los últimos años han surgido diferentes tipologías que se han construido agrupando distintas variables. Las más conocidas son las de Cloninger y Babor en las que la edad de comienzo de los problemas por el alcohol tiene un importante peso clasificatorio (en ambas los sujetos que presentan manifestaciones clínicas de dependencia a edades tempranas —antes de los 25-30 años— tienen peor pronóstico).

4. EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

La combinación entre los trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos mentales es altamente prevalente, debe ser siempre explorado y presenta con frecuencia importantes dificultades diagnósticas. Las presentaciones posibles y las relaciones entre estos trastornos son múltiples. Con frecuencia muchas manifestaciones psicopatológicas son debidas a la propia adicción y pueden confundirse con otros trastornos mentales, otras veces el consumo de drogas modifica la presentación de otros trastornos mentales. Como posibles relaciones se pueden señalar: a) El uso de sustancias y su abstinencia puede dar lugar a manifestaciones clínicas que imitan a los trastornos mentales primarios; b) Un trastorno mental puede ser originado o agravado por el uso de sustancias; c) El uso de sustancias puede utilizarse para automedicar algunos trastornos mentales y enmascarar algunos síntomas de estos; e) Los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales pueden coexistir de manera independiente, y; f) Los trastornos mentales pueden imitar las manifestaciones clínicas de los trastornos por uso de sustancias.

En este contexto, el proceso diagnóstico puede ser un desafío, pues es frecuente que las alteraciones psicopatológicas se solapan con los efectos que produce el consumo de sustancias, como la ansiedad, impulsividad, tristeza, apatía, disforia, etc. Con frecuencia el diagnóstico definitivo se establece tras un periodo de abstinencia de la sustancia pero mientras tanto hay que tomar decisiones terapéuticas como pautar antidepresivos o antipsicóticos que habrá que reevaluar longitudinalmente.

Habrà que intentar realizar la determinación del carácter primario o secundario de los trastornos asociados pues esto tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas, pero no siempre va a ser posible en un primer momento:

- Trastorno psiquiátrico primario. El trastorno mental se inicia antes que el consumo regular de la sustancia. Si el uso de la sustancia ha sido previo al comienzo del trastorno mental, este trastorno sigue un curso independiente del consumo.
- Trastorno inducido. El trastorno por uso de sustancias existe antes que el comienzo del trastorno mental. Las manifestaciones clínicas del trastorno mental están presentes durante las fases activas del consumo de sustancias o fases iniciales de la abstinencia.
- Trastornos independientes. Ambos trastornos son primarios y llevan cursos independientes, aunque con frecuencia se solapan y uno modifica la presentación y el curso del otro.

Para el diagnóstico diferencial entre un trastorno primario y otro inducido, debe guiarse por:

- a) Establecer la relación entre la psicopatología objetivable en el paciente y su consumo de drogas, valorar si es psicopatología esperable por el consumo; b) Determinar la gravedad psicopatológica y valorar si ésta es más intensa en los períodos de abstinencia o de consumo, y; c) Analizar la secuencia temporal. Sin embargo, no siempre es posible delimitar claramente esta secuencia, siendo frecuente el solapamiento temporal.

Algunos datos procedentes de la patobiografía y anamnesis nos orientarán en uno u otro sentido. La historia previa de ambos trastornos y, posteriormente, la evaluación longitudinal serán claves. Así pues, pensaremos que el trastorno mental es primario cuando (Arias, 2009): a) La enfermedad psiquiátrica haya comenzado antes del consumo de sustancias; b) Las manifestaciones psiquiátricas no se acompañan de síntomas físicos característicos de intoxicación o abstinencia; c) El trastorno mental persiste después de varias semanas de abstinencia (por consenso, se recomienda esperar un mínimo de cuatro semanas de abstinencia absoluta en el consumo de sustancias, para valorar si la persistencia de los síntomas no son debidos a la droga); d) Los síntomas son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo, la cantidad de sustancia utilizada o la duración de su uso; e) Existen antecedentes familiares de tipo psiquiátrico, y; f) El paciente necesita usar dosis altas de fármacos para obtener un alivio de los síntomas.

Por el contrario, nos inclinaremos hacia la posibilidad de que exista un trastorno inducido por sustancias cuando se evidencie una clara relación entre el consumo de sustancias y la aparición del trastorno comórbido o, en ausencia de este dato, si observamos: a) Una rápida respuesta al tratamiento farmacológico o mejoría sin tratamiento farmacológico; b) Excesiva sensibilidad a los fármacos y aparición de efectos secundarios con dosis bajas, y; c) Antecedentes de fracasos terapéuticos cuando el tratamiento se ha dirigido a tratar la sintomatología propia del trastorno psiquiátrico comórbido y no se ha tratado el consumo.

Por otro lado, se ha señalado una tendencia al sobrediagnóstico de trastornos psiquiátricos en personas que consumen sustancias, en contraposición a un mayor infradiagnóstico de los trastornos relacionados con sustancias en pacientes con otras patologías psiquiátricas (Weiss et al., 1998). Los pacientes pueden ocultar su consumo. Por ello, algunos autores proponen una serie de indicios sobre el posible consumo de drogas en pacientes con patología psiquiátrica (Solomon, 1996): a) El fracaso terapéutico constituye un indicador de diagnóstico dual; b) la eficacia y cumplimiento de la toma de medicación, dado que el consumo de sustancias puede anular el efecto de la medicación o, por el contrario, ocasionar un efecto excesivo; c) absentismo del puesto de trabajo; d) conductas incongruentes con el trastorno mental; e) dificultades en la psicoterapia del trastorno mental; f) sucesos vitales diferentes de los habituales.

Aunque la historia clínica es la herramienta fundamental, se disponen de instrumentos orientados a la detección de consumo de sustancias en pacientes psiquiátricos y otras para la detección de comorbilidades psiquiátricas en pacientes con TUS. En general, existen dos tipos de instrumentos, entrevistas diagnósticas estructuradas e instrumentos de cribaje o *screening*, los cuales no conducen directamente al diagnóstico pero orientan hacia la probable existencia de éste. La herramienta más utilizada en población clínica para el diagnóstico de la patología dual es la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV (Torrens et al., 2004), la cual destaca como instrumento específicamente diseñado para el estudio de la comorbilidad entre trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos mentales, facilitando la diferenciación entre síntomas inducidos por el consumo y aquéllos que probablemente aparecen como

expresión de otra condición psicopatológica concomitante. La exhaustividad de la entrevista PRISM y la necesidad de un evaluador experto para su administración hace difícil su utilización en la asistencia diaria. Por ello, se ha realizado la adaptación de una entrevista de cribado de diagnóstico dual, llamada Dual Diagnosis Screening Interview (DDSI) (Entrevista de Cribado para el Diagnóstico Dual – ECDD) (Mestre et al., 2014), que actualmente se está utilizando en la práctica clínica de algunos centros de drogodependencias.

5. MARCADORES BIOLÓGICOS

Los marcadores biológicos son pruebas de laboratorio relativamente inespecíficas que se deben tener en cuenta como información complementaria a la historia clínica y los instrumentos de detección y no como un dato aislado. Considerados aisladamente, son los menos fiables para diagnosticar el TUA, lo que les descarta como pruebas de detección precoz. Pueden ayudar al diagnóstico de sospecha, sobre todo en situaciones en que el paciente no puede colaborar (pérdida de conciencia) o no es fiable la información. Su monitorización periódica puede ayudar a controlar el cumplimiento de la abstinencia.

El consumo reciente de alcohol se analiza determinando la cantidad de etanol en diferentes muestras: sangre, aire espirado, orina, saliva y sudor, con una duración de unas 24 horas. Siendo, por lo tanto, una medida directa, no útil para el consumo crónico. La elevación de la alcoholemia en sangre en ausencia de signos evidentes de intoxicación sugiere una importante tolerancia. El control de alcohol en aire espirado es útil para el seguimiento del paciente en tratamiento.

Los marcadores biológicos nos ayudan a sospechar sobre dicho consumo, los más útiles son los valores de GOT, GPT, GGT, VCM y CDT (transferrina deficiente de carbohidratos). Menos utilizado es el etilglucurónido en orina, que detecta consumo en los últimos días.

Los marcadores indirectos están relacionados con los daños tisulares secundarios al uso del alcohol. Tienen una baja sensibilidad, ya que existen múltiples causas para su elevación y, sin embargo, cuando otras pruebas de laboratorio son normales, la causa más común de su elevación es el alcohol.

- ➔ **VCM:** Tiene una baja sensibilidad y una alta especificidad. Está elevado en el 31-96% de los pacientes alcohólicos y se eleva en el 20-60% de éstos con consumos de alcohol superiores a 60 gramos/día. Se debe al efecto tóxico directo del alcohol sobre los hematíes, a una deficiencia de ácido fólico y a la presencia de hepatopatía asociada. Tarda 3-4 meses en normalizarse después de la abstinencia, por lo que no es útil para monitorizar el tratamiento. Está elevado en otras situaciones como anemias macrocíticas, hepatopatías, hemorragias, enfermedades cardiopulmonares, consumo de tabaco, diversas hemopatías o uso de ciertos fármacos. Valores mayores de 96 fl se consideran indicativos de consumo excesivo de alcohol.
- ➔ **GGT:** Es un marcador con una alta sensibilidad, pero una baja especificidad. Está elevada en el 34-85% de los pacientes alcohólicos. Se eleva con consumos de alcohol superiores a 40-60 gramos/día. Se consideran indicativos valores por encima de 50 U/l. Tarda en normalizarse 6-8 semanas después de la abstinencia. Se eleva con hepatopatías, algunos fármacos y otras enfermedades.
- ➔ **AST (GOT) y ALT (GPT):** Son dos enzimas, la transaminasa glutámico-oxalacética (GOT) y la transaminasa glutámico-pirúvica (GPT). Lo más característicos de las hepatopatías por

alcohol, es la relación GOT/GPT mayor a 2. A diferencia del resto de hepatopatías en las que predomina la elevación de GPT.

- **CDT** (transferrina deficiente en carbohidratos): La transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) se genera por la inhibición de la glicosilación de la transferrina producida por el alcohol, utilizándose como marcador indirecto de consumo del mismo. Generalmente se presenta como porcentaje de CDT respecto el total de transferrina. La CDT tiene una vida media de 2-3 semanas, pero requiere para su detección un consumo previo importante (50-80 g al día durante al menos 1-2 semanas). Es un marcador altamente sensible y específico. Los valores se normalizan a las dos semanas de abstinencia y aumentan tras una semana de consumo de diario mayor de 40 g/día, por lo que es útil para la monitorización del tratamiento y detección de recaídas. No está influida como la GGT por la toma de fármacos u otras hepatopatías, aunque puede estar elevada en la cirrosis biliar primaria y el carcinoma hepatocelular.
- Una pequeña cantidad de alcohol es metabolizado por vía no oxidativa a **etilglucurónido** (EtG) y etilsulfato, excretados por la orina y también encontrados en sangre y pelo, considerándose marcadores directos de consumo de alcohol. No se ven influenciados por la presencia de cirrosis, habiéndose referido una sensibilidad de hasta 89% y una especificidad de hasta 99% para pacientes con cirrosis relacionada con alcohol, siendo la sensibilidad algo menor en pacientes con hepatopatías de origen mixto. El EtG detecta un consumo de alcohol mínimo (< 5 g), con una ventana de 3-5 días (puede prolongarse en caso de fallo renal), siendo un marcador preciso, pero de escasa implantación aún en la clínica.

6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los elementos principales en el proceso evaluador son la detección y el diagnóstico. El objetivo de la detección es la identificación de un caso. Los instrumentos de detección se emplean para identificar casos potenciales y valorar si éstos necesitan una evaluación más exhaustiva. Esta tarea se desempeña fundamentalmente desde Atención Primaria. El proceso diagnóstico implica establecer la presencia o no del trastorno, sus características clínicas, datos sobre la gravedad y la formulación de unas estrategias terapéuticas. También suelen utilizarse instrumentos que miden la gravedad del síndrome de abstinencia y la intensidad de la dependencia, los primeros orientan sobre el tipo de pauta farmacológica a utilizar y los segundos para planificar el tratamiento de deshabituación.

Se considera que un instrumento de evaluación psicométrica debe tener las siguientes características: Ser adecuado al problema de salud que se pretende medir, ser válido (capaz de medir aquellas características que pretenden medir), preciso (con un mínimo de error de medida), sensible (capaz de detectar cambios en distintos individuos así como en la respuesta de un mismo individuo a lo largo del tiempo), basado en los datos generados por los propios pacientes y aceptado por los pacientes y profesionales sanitarios.

6.1. Instrumentos de Detección

Existen numerosos instrumentos de detección del consumo de alcohol, pero a continuación resumiremos aquellos que se emplean con más frecuencia:

CAGE (es el acrónimo en inglés de Cutting-Down Drinking, Annoyance at Others' Concern About Drinking, Feeling Guilty About Drinking and Using Alcohol as an Eye-opener in the Morning). Fue desarrollado por Ewing en 1984 y en nuestro país se ha validado en 1986 por Rodríguez-Mar-

tos. Es un cuestionario auto o heteroadministrado que consta de 4 ítems, que se recomienda sean incluidos en una encuesta más extensa, para no inducir al encuestado a no responder o cambiar las respuestas. 3 de los 4 ítems exploran aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo de alcohol y, el último, aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. Son de respuesta dicotómica (Sí/No). En cada ítem, la respuesta afirmativa vale 1 punto y la respuesta negativa 0 puntos. Una respuesta positiva es sospechosa de dependencia; dos o más respuestas positivas indican caso probable. Tiene una elevada sensibilidad (65–100%) y especificidad (85–100%), pero también con alto número de falsos positivos, es barato, rápido y no necesita de personal cualificado.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Es un cuestionario que fue diseñado de forma multicéntrica por la OMS para la detección de forma rápida y temprana de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. En nuestro país también ha sido validado. Es un cuestionario autoadministrado, que consta de 10 ítems que abarcan el consumo de alcohol, la conducta asociada y los problemas derivados del consumo. Una puntuación de entre 8 y 12 (6–12 en el caso de las mujeres) orienta hacia un bebedor problema; una puntuación superior a 12, hacia la existencia de una dependencia. Tiene una elevada sensibilidad (80%) y especificidad (90%). Está diseñado para la detección precoz de personas con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol (Tabla 8).

Tabla 8. Preguntas incluidas en el AUDIT

¿Con qué frecuencia consume alguna “bebida alcohólica”?
Cuántas consumiciones de “bebidas alcohólicas” suele realizar en un día de consumo normal?
¿Con qué frecuencia toma 6 o más “bebidas” en una sola ocasión?
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?
¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). El cuestionario para la detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ha sido desarrollado bajo el auspicio de la OMS, con el objetivo de detectar el uso de sustancias psicoactivas y los problemas relacionados con el consumo de las mismas. Es un cuestionario heteroaplicado, que consta de 8 preguntas y que permite detectar el consumo de distintas sustancias además del alcohol (nicotina, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes o hipnóticos, alucinógenos y opiáceos). El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el individuo informa haber consumido. Asimismo, proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados con el mismo en los últimos 3 meses. La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las preguntas 2 a la 7. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en bajo (puntuaciones de 0–10 para el alcohol, 0–3 para las demás sustancias), moderado (puntuaciones de 11–26 para el alcohol, 4–26 para las demás sustancias) o alto (puntuaciones > 27 para todas las

sustancias, incluido el alcohol). Las ventajas que ofrece ASSIST sobre otros instrumentos es que es rápido de aplicar, permite explorar el consumo de otras sustancias psicoactivas distintas del alcohol, tiene relevancia transcultural y puede ser vinculado fácilmente a una intervención breve. Recientemente ha sido validado en nuestro país (Tablas 9 y 10).

Tabla 9. Preguntas incluidas en el ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Preguntas	Puntuaciones según frecuencia
A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ?	
¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> ?	0-6
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir esas sustancias?	0-6
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de esas drogas a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	0-6
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de esas drogas?	0-8
¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de esas drogas?	0-6
¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir esas drogas y no lo ha logrado?	0-6
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada (para uso NO médico)?	0-2

Tabla 10. Niveles de intervención según la puntuación en el ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Niveles de riesgo e intervenciones			
Resultado ASSIST	Nivel de riesgo	Diagnóstico	Intervención preconizada
0-10 (Alcohol) 0-3 (Otras drogas)	Bajo	Abstinencia o consumo de bajo riesgo	Información-educación
11-26 (Alcohol) 4-26 (Otras drogas)	Moderado	Consumo de riesgo	Consejo Médico (<i>Advice</i>) Seguimiento
		Uso perjudicial-abuso	I Breve (<i>Counselling</i>) Seguimiento
27 ó + (Alcohol) 27 ó +(Otras drogas)	Alto	Posible dependencia	Derivación especialista

CBA (Cuestionario Breve para Alcohólicos). Este cuestionario fue creado en 1976 por Feuerlein y validado en nuestro país por Rodríguez-Martos en 1986. Es un instrumento autoadministrado, que consta de 22 ítems. Una puntuación igual o mayor de 5 orienta al diagnóstico de dependencia de alcohol.

MALT (Muncher Alkoholismus Test, Feuerlein, Ringer y Küfner, 1977; validación española por Rodríguez-Martos y Suárez, 1984). Capta problemas de alcoholismo en personas con alto grado de negación. Tiene un total de 34 ítems con respuesta dicotómica (SI/NO). Está formado por dos partes: una parte objetiva heteroaplicada (MALT-O), que consta de 7 ítems, y una parte subjetiva autoaplicada (MALT-S), compuesta por 27 ítems. La primera evalúa los indicios de dependencia

física y debe ser administrada por el clínico, y la segunda parte es completada por el paciente al recoger información sobre su percepción subjetiva de los problemas con el alcohol. El tiempo de aplicación es de 20 a 30 minutos. Por su elevada sensibilidad y especificidad puede utilizarse como cuestionario diagnóstico de alcoholismo en atención primaria, aunque no está justificada su utilización rutinaria e indiscriminada, salvo en los sujetos con consumo de riesgo perjudicial, que han obtenido una puntuación positiva en los cuestionarios más breves.

MAST (Michigan Alcoholism Screening Test, Selzer et al., 1971). Es un autoinforme de 25 preguntas que permiten identificar el reconocimiento subjetivo de una serie de problemas derivados del abuso de alcohol. Recoge información acerca del consumo y su frecuencia, las consecuencias negativas asociadas al mismo, así como problemas familiares, laborales o físicos. Se ha utilizado como instrumento clínico de detección (suele utilizarse un punto de corte de igual o mayor de 5) y como instrumento para medir la dependencia alcohólica (utilizando la puntuación total en la escala como medida continua de la gravedad del problema del alcoholismo). A partir de este cuestionario se han desarrollado diversas versiones reducidas. Entre las más conocidas se encuentran el Brief MAST (MAST abreviado) que consta de 10 ítems y el Short MAST (SMAST) que consta de 13 ítems. Igualmente, existen versiones aplicables a los hijos de padres y madres que presentan consumo problemático de alcohol. Se trata de cuestionarios breves (13 ítems) que permiten evaluar el consumo de alcohol del padre (F-MAST) y de la madre (M-MAST) del sujeto al que son aplicados.

Existen otros instrumentos de detección como se recogen en la tabla 11.

Tabla 11. Instrumentos de detección de Trastornos por Uso de Sustancias

TEST	Nº ÍTEMS	TIEMPO (MIN)	PUNTO DE CORTE	CARACTERÍSTICAS
ADI	24	5		Adolescentes 12-17 años Sensibilidad 86-99%, especificidad 90%
DAST	10 o 20	5	≥ 3 (DAST-10) > 5/6 (DAST-20)	Adaptación del MAST (consumo de alcohol) para detectar abuso de otras sustancias
ASSIST	8	5-10	= o > 27	Consumo de otras sustancias distintas de alcohol. Consumo a lo largo de la vida y en los últimos 3 meses.
AUDIT	10	1-2	= o > 2	Consumo de alcohol en el año anterior. Detecta consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia Sensibilidad 80%, especificidad 90%
ISCA	3	1-2		Diseñado para situaciones en las que el AUDIT no es adecuado (ancianos y bajo nivel cultural).
CAGE	4	1	= o > 2	Diseñado para detección de alcoholismo. No incluye cantidad, frecuencia, tiempo. Sensibilidad 65-95%, especificidad 40-95%
CBA	22	2-4	= o > 5	Diseñado para detección de alcoholismo. Consumo en los 2 últimos años
Cuestionario Abreviado de 5 Preguntas	5	1	= o > 3	Diseñado para detección de bebedores de riesgo. Combina 2 ítems del AUDIT y 3 del CAGE
MALT	34	20-30	= o > 11	MALT-O + MALT-S Problemas de alcoholismo en pacientes con alto grado de negación. Sensibilidad 100%, Especificidad 82%

TEST	Nº ÍTEMS	TIEMPO (MIN)	PUNTO DE CORTE	CARACTERÍSTICAS
MAST	25	5-10	= o > 5	Detección del abuso del alcohol y problemas relacionados. No se refiere a ningún tiempo concreto. Sensibilidad 86-99%, Especificidad 85-95%
SMAST	13	4-7	= o > 3	Versión abreviada de MAST. Elimina síntomas físicos
MAST-G	24	5-10	= o > 5	Versión geriátrica
TWEAK	5	1-2	= o > 2	Gestantes y mujeres en edad fértil. Sensibilidad 70%, Especificidad 75%

Adaptado de Sevillano y Rubio

6.2. Instrumentos de Diagnóstico

En la práctica, los instrumentos diagnósticos suelen ser entrevistas estructuradas o semiestructuradas adaptadas para los criterios de los trastornos mentales de las distintas clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-5) y que incluyen ítems específicos de evaluación de las adicciones, incluido el TUA. Detallamos a continuación las que tienen una mayor trascendencia clínica:

SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry). Tiene como objetivo medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a los principales trastornos psiquiátricos. Se sirve del Present State Examination (PSE-10), instrumento que permite realizar diagnósticos mediante el programa de ordenador CATEGO-5, de acuerdo con el DSM-IV y CIE-10. Ofrece la ventaja de una alta fiabilidad diagnóstica, al ser un sistema de diagnóstico estandarizado y computarizado. La evaluación del consumo de alcohol se realiza en la sección 11.

SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders). Se trata de una entrevista semiestructurada que permite hacer diagnósticos del eje I de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Consta de 6 módulos (A-F), siendo el módulo E el que se ocupa específicamente de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. La aparición del DSM-5 ha implicado una adaptación de las principales entrevistas diagnósticas, entre ellas la SCID, cuya actualización ya se encuentra disponible (Structured Clinical Interview for DSM-5 de First, Williams, Karg y Spitzer (2015).

CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Es una entrevista comprehensiva, altamente estructurada, que ha sido diseñada como herramienta de ayuda diagnóstica de las principales categorías incluidas en las clasificaciones CIE-10 y DSM-III-R. La versión más reciente del CIDI, la Core Version 2.1 que está disponible en nuestro idioma, incluye utiliza criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10. Una de sus secciones recoge los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Por otra parte, existe una versión reducida, el CIDI Substance Abuse Module (CIDI-SAM), diseñada para realizar diagnóstico de abuso o dependencia, según criterios DSM-III-R, DSM-IV o CIE-10, de las siguientes sustancias: alcohol, tabaco, cannabinoides, cocaína, estimulantes, barbitúricos, sedantes, hipnóticos, alucinógenos, fenciclidina, inhalantes y opioides. Puede ser utilizada de modo aislado o como complemento del CIDI, no obstante no existe versión en nuestro idioma de este módulo.

MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). Es un instrumento que permite realizar diagnósticos de acuerdo a los sistemas de clasificación DSM-IV y CIE-10. Es una entrevista altamente estructurada, relativamente breve y de fácil aplicación, adaptada al castellano. Está dividida en 14 secciones diagnósticas, situándose el consumo excesivo de alcohol en la sección L.

MAP-Perfil de Adicción del Maudsley (The Maudsley Addiction Profile, Marsden et al., 1998, validación española de Torres y Fernández, 2004). Entrevista de 60 ítems que cubre cuatro áreas: abuso de sustancias, inyección y conductas sexuales de riesgo, salud y contexto vital y funcionamiento social. El tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos.

6.3. Otros instrumentos de evaluación

6.3.1. Valoración de Uso de Alcohol

Las determinaciones del consumo de alcohol incluyen frecuencia e intensidad. La primera nos proporciona el conocimiento sobre cuántos días consume alcohol el sujeto, y la segunda el número de copas tomadas los días que bebe. Se suelen emplear autorregistros sobre consumo y cuestionarios de intensidad y frecuencia. En ellos, se recoge la frecuencia media de consumo, y la cantidad media de consumo. Así mismo, permiten explorar el consumo específico de bebidas (cerveza, vino y/o alcoholes de alta graduación) y el número total de bebidas ingeridas. Pueden ser prospectivos o retrospectivos. Se ha demostrado que los diarios prospectivos proporcionan una estimación sobre la ingesta de alcohol un 20% más alta en comparación con los métodos retrospectivos. Los instrumentos más utilizados en la práctica clínica son:

Alcohol Intake Sheet. La Hoja de Consumo de Alcohol es un autorregistro donde se puntúa diariamente cuántas veces se bebe, la hora de la ingesta, la cantidad de bebida ingerida, el número de tragos por cada consumición y el porcentaje de alcohol ingerido en cada consumición.

TLFB (Alcohol Timeline Followback). Se trata de un instrumento que permite hacer una estimación del consumo diario de alcohol en un sujeto dado. A través del empleo de un calendario, el individuo proporciona una estimación retrospectiva de su consumo diario de alcohol sobre un periodo específico de tiempo, que puede oscilar entre 1 y 12 meses desde la fecha de la entrevista. El TLFB ha demostrado poseer unas buenas características psicométricas y proporciona un amplio rango de información sobre el consumo individual de una persona (patrón de consumo, frecuencia y magnitud del consumo de alcohol, etc.). Puede ser empleado tanto en adultos como en adolescentes. Existe una versión computarizada.

AUQ (Alcohol Use Questionnaire). Desarrollado en 1978 por Mehrabian y Russell, existe una versión modificada más reciente que permite obtener una puntuación sobre “binge drinking”. Se trata de un cuestionario autoadministrado que incorpora cantidad de consumo, frecuencia de consumo y tipo de bebida consumida (cerveza, vino y/o alcoholes de alta graduación). La puntuación se basa en el número de bebidas que se consumen por semana, la velocidad en la que se ingiere alcohol (número de bebidas alcohólicas por hora), número de veces en las que se ha llegado a la embriaguez en los últimos 6 meses y porcentaje de veces en las que se bebe y uno acaba embriagándose. Se obtienen 3 puntuaciones: ingesta (consumo medio semanal), patrón de consumo de alcohol y “atracones de alcohol”.

6.3.2. Valoración de Problemas Asociados al Uso de Alcohol

El instrumento de evaluación más empleado es el **APQ** (Alcohol Problems Questionnaire). Se trata de un instrumento que consta de 44 ítems en los que se evalúan las dificultades presentadas por los sujetos en los últimos 6 meses en relación a su consumo de alcohol. Tiene 4 apartados. El primero es de respuesta general y consta de 23 ítems que se agrupan en 5 categorías (problemas con amigos, económicos, legales, físicos y afectivos). Los otros tres apartados solo tienen que ser cumplimentados por pacientes casados, con hijos o con trabajo. Las respuestas positivas puntúan 1 y las negativas 0. Está validado en nuestro país, donde el punto de corte se sitúa en 9.

6.3.3. Valoración de la Gravedad de la Dependencia

ASI-6-Índice de Severidad de la Adicción (Addiction Severity Index). Su primera versión fue desarrollada por McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien dentro del equipo de la Universidad de Pensilvania en 1980. El ASI es una entrevista semiestructurada, diseñada específicamente para ser utilizado en pacientes drogodependientes (incluidos los alcohólicos). Existen varias pruebas derivadas del ASI. La evaluación de la gravedad del problema se realiza en base a diferentes áreas. En cada una de las áreas se hacen preguntas objetivas que miden el número, la extensión y la duración de los síntomas problema a lo largo de la vida del paciente y en los últimos 30 días. Además, el paciente aporta información subjetiva sobre los últimos 30 días, relativa a la severidad e importancia de los problemas de cada área en una escala de 5 puntos (0-4). En el contexto del ASI se define severidad como la necesidad de tratamiento en el caso de que éste no exista o como la implementación de tratamiento adicional. Se trata de un instrumento muy potente, válido y fiable, cuya principal limitación es el tiempo de administración (45 a 60 minutos). Necesita de entrenamiento previo para poder ser aplicado. La última versión disponible es el ASI-6, que corrige algunos aspectos estructurales y de contenido de la versión anterior para adaptarlo a nuevas circunstancias en el ámbito de las drogodependencias. Esta versión consta de 257 ítems (frente a los 161 de la versión anterior) y además de recoger información general sobre el paciente contiene 7 escalas. Está validado en población española, aunque con algunas debilidades psicométricas. Por el momento, el Europ-ASI sigue siendo la versión más empleada por los clínicos en el contexto europeo.

EuropASI-Índice de Severidad de la Adicción (European Addiction Severity Index, Kokkevi A et al). El EuropASI es la versión europea de la quinta versión americana del ASI desarrollada en Estados Unidos por McLellan (1990). Constituye el instrumento de evaluación comprehensiva por excelencia en el campo de las adicciones. Fue creado para promover el desarrollo de un instrumento de evaluación multidimensional estandarizado que pueda ser aplicado en los diferentes países europeos, permitiendo así la comparación de datos entre los mismos. Al igual que el ASI se trata de una entrevista semiestructurada y estandarizada que proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su síndrome de abuso de sustancias. Por otra parte, su estructura y tiempo de aplicación es similar al del ASI. Se compone de 141 ítems repartidos en 6 áreas cuya aplicación se extiende aproximadamente durante unos 45-60 minutos. Desde un punto de vista clínico, la información obtenida a través del EuropASI es de utilidad para: describir las necesidades de los pacientes al inicio del tratamiento, asignar a los pacientes a las estrategias terapéuticas adecuadas y evaluar los resultados de las intervenciones.

SADQ-Escala de Intensidad de la Dependencia (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire, Stockwell et al, 1979). Es un cuestionario autoadministrado cuyo objetivo es obtener una medida cuantitativa de la intensidad de la dependencia de alcohol. Constaba inicialmente de 33 ítems, aunque posteriormente se desarrolló una versión de 20 ítems y otra de 24 ítems. Tiene 5 subescalas (síntomas físicos y psicológicos relacionados con la abstinencia, conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, datos sobre consumo y rapidez en la restauración de los síntomas tras la recaída). Se ha validado en nuestro país, situándose el punto de corte para detectar alcohólicos con dependencia grave en 20.

EIDA (Escala de la Intensidad de la Dependencia Alcohólica). Desarrollada en nuestro país a partir del SADQ, es un cuestionario autoadministrado con 30 ítems repartidos en 6 subescalas (síntomas físicos, síntomas psicológicos, conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, consumo de alcohol, dificultades para el control y reaparición de los síntomas con la recaída). Permite

distinguir entre dependencia leve (puntuación < 21 puntos), moderada (puntuación entre 21 y 36 puntos) y grave (puntuación > 37 puntos).

ADS-Escala de dependencia del alcohol (Alcohol Dependence Scale) (Skinner, 1982). Este instrumento se centra en la dependencia y sus consecuencias. Es autoaplicado y consta de 25 preguntas que suelen contestarse en 10 minutos. Esta escala parte de un modelo que considera la dependencia como un continuo con diferentes grados de daño asociados al consumo de alcohol, cuya repercusión se refleja en el área física, intelectual, social y psiquiátrica. Cuenta con adecuadas propiedades psicométricas.

6.3.4. Valoración del Síndrome de Abstinencia

Los instrumentos más empleados en nuestro país son:

Escala de Valoración de la Intensidad del Síndrome de Abstinencia. Se trata de una escala de 12 ítems que el clínico cumplimenta tras la observación del paciente. Cada ítem puede puntuarse de 0-3. Existe una versión que difiere de la original en la sustitución de la CPK por la GGT.

CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment). Es una escala administrada por el personal sanitario en la fase de desintoxicación con el fin de evaluar la intensidad del síndrome de abstinencia (SAA). (Tabla 12). Se trata de un instrumento que valora 10 síntomas del SAA, siendo útil para evaluar la presencia y la gravedad de los síntomas de abstinencia, y planificar el tratamiento farmacológico necesario en función de los síntomas presentes. Si la puntuación de la CIWA es:

- < 10: Indica un SAA leve. La desintoxicación se realizará en un régimen ambulatorio, y no se precisará de un tratamiento pautado de fármacos ansiolíticos, siendo suficiente el tratamiento sintomático.
- 10-20: Indican un SAA moderado. La desintoxicación se realizará en régimen ambulatorio cuando el paciente no presente un alto riesgo de complicaciones. En este caso, es aconsejable una pauta descendente de fármacos ansiolíticos.
- > 20: Indican un SAA grave. La desintoxicación se realizará en régimen hospitalario.

Tabla 12. Clinical Institute withdrawal Assessment Scale for Alcohol, revisada (CIWA-Ar) (Sullivan y cols., 1989)

Sudoración paroxística- Observación	Ansiedad- Preguntar ¿se siente nervioso?- Observación
0 No sudor	0 Tranquilo
1 Sudoración leve en palmas de las manos	1 Ligeramente ansioso
2	2
3	3
4 Sudoración visible en la frente	4 Moderadamente ansioso, reservado
5	5
6	6
7 Sudoración profusa generalizada	7 Equivalente a estado de pánico agudo, con delirio grave
Náuseas y vómitos- Preguntar "¿se siente mal del estómago? ¿ha vomitado?"	Trastornos visuales- Preguntar ¿está viendo algo que le inquieta?- Observación
0 No náuseas ni vómitos	0 No hay
1 Náuseas ligeras, sin vómitos	1
2	2 Sensibilidad leve
3	3 Sensibilidad moderada
4 Náuseas intermitentes con arcadas	4
5	5 Alucinaciones graves
6	6
7 Náuseas constantes con arcadas y vómitos	7 Alucinaciones continuas

Temblor– Observación 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	Trastornos táctiles– Preguntar ¿siente algo extraño en su piel?– Observación 0 No 1 Prurito, pinchazos, ardor o adormecimiento leves 2 Leves 3 Moderados 4 5 Alucinaciones táctiles graves 6 7 Alucinaciones continuas
Agitación– Observación 0 Actividad normal 1 Actividad un poco mayor de lo normal 2 3 4 Moderadamente inquieto 5 6 7 Se mueve sin cesar	Trastornos auditivos– Preguntar ¿está escuchando algo que lo alarma?– Observación 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
Cefalea, sensación de plenitud en la cabeza. No considerar la sensación de mareo 0 No hay 1 Muy leve 2 Moderada 3 Moderadamente grave 4 Grave 5 Muy grave 6 Extremadamente grave	Orientación y entorpecimiento del sensorio– Preguntar ¿qué día es? ¿dónde está? ¿quién es? 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

SAWS (Short Alcohol Withdrawal Scale). La escala breve para el síndrome de abstinencia por alcohol es un instrumento compuesto por 10 ítems correspondientes a los síntomas y signos más frecuentes observados en sujetos que acuden a tratar el síndrome de abstinencia de forma ambulatoria. Cada uno de ellos se puntúa entre 0–3 y es de fácil uso.

6.3.5. Valoración del Deseo por la Bebida y Pérdida de Control

Existen diversos instrumentos diseñados para evaluar el deseo (craving) y la pérdida de control (priming) sobre el consumo de alcohol.

OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale). Desarrollada por Anton en 1995, consta de 14 ítems que se agrupan en torno a la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y consumo (componente compulsivo). Esta escala ha sido validada en nuestro país con el nombre de Cuestionario sobre los Componentes Obsesivo–Compulsivos de Bebida [CCOCB] por Rubio y López (1999).

ACQ–Now (Alcohol Craving Questionnaire) (Singleton, Tiffany y Henningfield 1994). Se trata de un instrumento autoadministrado para determinar el deseo por la bebida entre los consumidores de alcohol. Consta de 47 ítems, agrupados en 5 áreas (urgencia y deseo de alcohol, intención de beber, anticipación de expectativas positivas, anticipación de evitación de expectativas negativas o del síndrome de abstinencia, pérdida de control).

ACQ–Cuestionario de Autoconfianza de Alcohol (Alcohol Confidence Questionnaire). Desarrollado por Annis y Graham en 1988, es un instrumento derivado del *Situational Confidence Questionnaire* (SCQ) que mide la autoconfianza del alcohólico en situaciones percibidas como de alto riesgo. Consta de 16 ítems tipo Likert que exploran cada una de las ocho categorías de alto riesgo: estado de ánimo negativo, malestar físico, problemas de trabajo, tensión social, estados de ánimo

positivos en solitario y en situaciones sociales, deseos de consumo ante estímulos condicionados y tentaciones de probar el control sobre el alcohol. Hay una versión española, desarrollada por Llorente y Annis en 1997.

DAQ (Desires for Alcohol Questionnaires) (Clark et al., 1996). Es un instrumento autoadministrado que consta de 36 ítems, agrupados en 4 áreas (intención de beber, deseo de consumir alcohol, anticipación de expectativas positivas derivadas del consumo de alcohol y anticipación de evitación de expectativas negativas derivadas del no consumo).

ACS-3F (Alcohol Craving Scale Based on Three Factors) (Escala de deseo basada en tres factores) (Jiménez et al., 2009). Se trata de un cuestionario de 31 ítems compuesto por tres factores: deseo por refuerzo positivo, por refuerzo negativo y pérdida de control. Se ha propuesto para determinar la respuesta terapéutica a fármacos utilizados en la deshabituación.

EMCA. La Escala Multidimensional de Craving de Alcohol es una escala totalmente desarrollada en España por Guardia et al., que consta de 12 ítems y mide dos factores del craving, deseo y desinhibición conductual o falta de resistencia. Estos autores también han desarrollado la **IRISA** (Impaired Response Inhibition Scale for Alcoholism) (Escala de Deterioro de la Inhibición de Respuesta para el Alcoholismo) que mide la intensidad del deterioro en la inhibición de la respuesta de aproximación al alcohol que se considera un factor de riesgo de recaída.

AUQ-Cuestionario de Urgencia de Alcohol (Alcohol Urge Questionnaire). Desarrollada por Bohn, Krahn y Staeheler en 1995, mide el deseo de beber durante su administración, la anticipación a los efectos positivos del consumo y la imposibilidad de rechazar el alcohol si éste estuviera presente. Es un cuestionario autoaplicado y consta de 8 ítems.

EDB (Escala sobre el deseo de beber). Desarrollada por Montes et al, en 2006. Se trata de un instrumento diseñado para evaluar el deseo de beber desde una perspectiva multidimensional evaluando el *craving*, el *priming*, la intensidad del deseo, el refuerzo positivo, negativo y social, el grado de control sobre el deseo, y el grado de interferencia que genera sobre la persona. Consta de 30 ítems tipo Likert.

6.3.6. Valoración de la motivación

Cuando hablamos de motivación nos referimos a los motivos que refieren los individuos para consumir, o bien su disposición a dejar de beber o beber menos. Se puede valorar la motivación a través de diversos cuestionarios: **CDP** (Perfil de Bebida), **AUI** (Inventario del uso del alcohol), **IDS** (Inventario de situaciones de riesgo), **RDQ** (Cuestionario de Razones para Beber), **AEQ** (Cuestionario de Expectativas para Beber), **AEQ** (Cuestionario de Efectos del Alcohol) o **ABQ** (Cuestionario de Creencias sobre el Alcohol). Para poder entender cómo se produce este proceso de cambio, se han descrito una serie de modelos. El más importante de ellos es el formulado por Prochaska y Diclemente (1992) y que tradicionalmente se conoce como el “Modelo Transteórico del cambio”.

Este modelo define una serie de estadios, niveles de cambio y procesos en base a los cuales poder explicar cómo se produce el cambio de conducta en los individuos, y cuándo es posible un tipo de intervención u otra.

- Cuando una persona se plantea cambiar su conducta adictiva, los estadios nos indican su nivel de predisposición al cambio.

- Por otro lado, los procesos nos permiten entender cómo se producen estos cambios, y cómo va variando esta predisposición. Son aquellas actividades que realiza el sujeto y que modifican su conducta, sus cogniciones, las emociones o las relaciones interpersonales, y que contribuyen a modificar su hábito de consumo. Se incluyen aquí algunas como el aumento de la conciencia de los problemas derivados, la reevaluación ambiental o de las consecuencias del consumo de drogas, el control de los estímulos asociados al consumo o el aumento del apoyo social.
- Los niveles nos indican qué cambios se necesitan para producir una modificación en la conducta adictiva, hasta qué punto es necesario trabajar con la persona para que se pueda producir un cambio en su conducta. Los niveles están estructurados de tal forma que el cambio en uno cualquiera de ellos afecta y modifica también a los demás. Los niveles establecidos por Prochaska y DiClemente son síntoma/situación, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales.
- Estadios: El modelo plantea una serie de estadios por los que pasa una persona desde el planteamiento de un posible cambio hasta que efectivamente dejan de consumir. Estos estadios son:
 - ◊ **Precontemplación:** la persona que se encuentra en esta fase no considera su conducta adictiva como un problema (o lo considera mínimamente) y por lo tanto es probable que ni siquiera se plantee el cambio. No tiene intención de modificar su conducta a largo plazo (en los próximos 6 meses). No es consciente de las consecuencias que tiene su conducta sobre él mismo y su entorno y los pros derivados del consumo tienen más peso que los contras o perjudiciales. En caso de acudir a consulta, seguramente sea debido a factores externos (pe.: presiones de familiares o amigos) por lo que técnicas como el entrevista motivacional pueden ayudar a aumentar la motivación (interna) de la persona hacia el cambio.
 - ◊ **Contemplación:** la persona empieza a considerar su conducta como un problema, y empieza a plantearse dejar de consumir en los próximos 6 meses, aunque todavía no ha realizado ninguna acción en ese sentido y es posible que no realice ningún cambio a corto o medio plazo. Las consecuencias negativas y positivas comienzan a equilibrarse, y las personas son más conscientes de las consecuencias problemáticas derivadas del consumo.
 - ◊ **Preparación para la acción:** La persona en este estadio ya ha tomado la decisión de dejar de consumir e incluso ha realizado alguna acción en este sentido (pe: disminuir el consumo). Ha decidido realizar un cambio en los siguientes 30 días y ha hecho un intento serio de abandono en el último año, estando al menos un día abstinente de consumir en el año previo.
 - ◊ **Acción:** se produce el cese del consumo durante los primeros 6 meses, o durante al menos 24 horas. En este estadio se da el cambio más visible en la persona, que hace que se vea reforzado y apoyado por los demás. Requiere por parte de la persona un gran esfuerzo, y exige compromiso y tiempo.
 - ◊ **Mantenimiento:** La etapa de mantenimiento se inicia después de 6 meses de abstinencia, y en ella el paciente principalmente lucha por consolidar los cambios logrados hasta el momento y prevenir futuras recaídas.

Sin embargo, no siempre se pasa por esta serie de estadios de forma lineal, sino más bien lo que se producen son transiciones de un estadio que podríamos representar con forma de espiral, y no es infrecuente encontrarnos en múltiples ocasiones con recaídas y, por lo tanto, retrocesos hacia estadios más iniciales del proceso de abandono de la conducta problemática hasta que se produce el mantenimiento definitivo de los cambios efectuados. Pero la persona no vuelve al mismo punto, debido a la experiencia de aprendizaje se puede producir un aumento de la motivación para el cambio y no volver a puntos anteriores sino a momentos con características similares. Cuando

esto sucede, no es infrecuente que aparezcan en el sujeto sentimientos de culpabilidad, baja percepción de autoeficacia o disminución de la autoestima.

Se han desarrollado una serie de instrumentos que nos permiten determinar en qué estadio se encuentra una persona para poder adecuar el tipo de intervención terapéutica más adecuada, tal y como son el The University of Rhode Island Change Assessment Scale (**URICA**) (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983), el Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (**SOCRATES 7**) (Miller, Tonigan, Montgomery et al., 1990). Uno de los cuestionarios más utilizados para determinar el estadio en el que se encuentran los pacientes es el **RCQ** (Cuestionario de Disposición al Cambio). Se trata de un instrumento basado en tres estadios motivacionales (pre-contemplación, contemplación y acción) representados cada uno por 4 ítems con 5 opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Existe además una versión española del cuestionario.

7. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC. APA.
- Arias F. (2009) Prevalencia. En: Socidrogalcohol. Manejo clínico del paciente con patología dual. Valencia: Socidrogalcohol; pp. 25-40.
- Bobes MT, García Portilla MP, Marín M, Ponce G, Martínez-Grass MI, Rubio G. (2013) Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol. En: Alcoholismo: guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol / coord. F. Pascual. ISBN 978-84-96835-72-6, págs. 101-140.
- Mestre-Pinto JI, Domingo-Salvany A, Martín-Santos R, Torrens M. (2014). Dual diagnosis screening interview to identify psychiatric comorbidity in substance users: development and validation of a brief instrument. *European Addiction Research*, 20(1), 41-8.
- O.M.S. (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OMS. (2019). ICD-11; World Health Organization.
- Prochaska JO, DiClemente CC. (1986). Toward a comprehensive model of change. En: Miller WR y Heather N. Treating Addictive Behaviors: Processes of change: New York: Plenum Press, 3-27.
- Rubio G, Nunes EV. (2002). Instrumentos diagnósticos de trastornos psiquiátricos en poblaciones con abuso de sustancias. En: Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J (Coord). Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Ed. Panamericana, pp: 191-200.
- Rubio G, Santo-Domingo J. (2000). Guía práctica de intervención en el alcoholismo. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid;
- Sevillano ML, Rubio G. (2000). Conceptos básicos sobre problemas relacionados con el alcohol. Diagnóstico e instrumentos de evaluación. En: Rubio G, Santo-Domingo J, coordinadores. Curso de especialización en alcoholismo. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-AR). *British Journal of Addiction*, 84, 1353-1357.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Domínguez, G. y Martín-Santos R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: Validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231-1237.

Anexo I.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEPENDIENTES DE ALCOHOL

RECOGIDA DE DATOS INICIAL

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo:

- ☐ hombre
- ☐ mujer

Edad: Años

Estado Civil:

- ☐ soltero
- ☐ casado
- ☐ separado
- ☐ viudo

Convivencia:

- ☐ familia propia
- ☐ familia de origen
- ☐ solo
- ☐ compañeros
- ☐ institución

Lugar de residencia:

- ☐ urbano
- ☐ rural

Situación Laboral:

- ☐ activo
- ☐ parado
- ☐ ILT
- ☐ pensionista
- ☐ ama de casa

Estudios:

- ☐ no
- ☐ primarios
- ☐ medios
- ☐ universitarios

HISTORIA ALCOHOL

Edad primer contacto:

_____ Años

Edad inicio consumo habitual:

_____ Años

Edad primera borrachera:

_____ Años

Edad en que cumple criterios de abuso:

_____ Años

Edad en que cumple criterios de dependencia:

_____ Años

Edad inicio conciencia enfermedad:

_____ Años

Intentos previos de deshabituación:

_____ Años

Abstinencias conseguidas mayores de un año:

_____ Años

☐ sí ()

☐ no

Contacto con grupos de autoayuda:

☐ sí, frecuencia de asistencia: () días/mes

☐ familia de origen

Tiempo actual de abstinencia:

Desintoxicación:

- ☐ hospitalaria
- ☐ ambulatoria
- ☐ sin tratamiento

Tolerancia al inicio del consumo

- ☐ alta
- ☐ media
- ☐ baja

Tolerancia en los últimos 6-12 meses:

- ☐ alta ☐ aumentada
- ☐ media ☐ disminuida
- ☐ baja ☐ sin cambios

Medio preferente de consumo:

- ☐ social
- ☐ solitario
- ☐ mixto

Frecuencia de consumo:

- ☐ excesivo diario
- ☐ excesivo fin de semana
- ☐ excesivo esporádico
- ☐ bajo diario + excesivo esporádico

Ritmo de consumo a lo largo del día:

- ☐ continuo
- ☐ concentrado

Grado de embriaguez alcanzado habitualmente:

- ☐ alto
- ☐ moderado
- ☐ bajo/nulo

3. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL

Tipo de bebida preferente:

- ☐ cerveza
- ☐ vino
- ☐ destilado
- ☐ mixto

Consumo de alcohol aproximado: _____ consumiciones y _____ gramos.

Deseo persistente de beber:

- ☐ sí
- ☐ no

Pérdida de control:

- ☐ sí
- ☐ no

Situaciones que aumentan o provocan el consumo de alcohol:

- ☐ estar en el bar, salir con amigos, diversión.
- ☐ para hablar en público, tratar con desconocidos.
- ☐ después de un día estresante, o una situación que produce tensión, para relajarse.
- ☐ estar deprimido, aburrido, enfadado
- ☐ después de un enfrentamiento familiar o con una persona significativa.
- ☐ otras (especificar): _____

ANTECEDENTES DE ADICCIONES

	No	Ocasional	Dependencia actual	Dependencia A lo largo de la vida
Tabaco				
Café				
Cannabis				
Cocaína				
Anfetaminas				
Alucinógenos				
Opiáceos				
Uso patológico con descontrol impulsivo:				
Juego:	Sexo:	Comida:	Otro: _____	
☐ sí	☐ sí	☐ sí	☐ sí	
☐ no	☐ no	☐ no	☐ no	
Antecedentes de otros trastornos psiquiátricos:				
Otro trastorno psiquiátrico acompañante actual:				
Antecedentes familiares:				
	Psiquiátricos	Conductas adictivas	Alcohol	
Familiares 1º grado				

Antecedentes médicos:		Tratamientos concomitantes:	
Historia infantil de comportamientos compatibles con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: ☐ sí ☐ no		Complicaciones médicas por la dependencia de alcohol. Especificar:	
Intoxicación:			
Patológica		Blackouts	
Abstinencia:			
Matutina	Convulsiones	Delirium tremens	
Complicaciones legales (especificar):			
Complicaciones familiares (especificar):			
Complicaciones laborales (especificar):			
Presencia de deterioro cognitivo (valorar screening con psicología o derivación a neuropsicología):			
Antecedentes de abuso infantil::			
Físico	Sexual	Negligencia	

4

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Sara Solera

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Neuropsicología y alcohol

La Neuropsicología clínica es una rama de la Neurociencia y una especialidad dentro de la Psicología que estudia los efectos del sistema nervioso sobre la conducta, las emociones y el pensamiento. Los neuropsicólogos tienen mucho que aportar en el campo de las adicciones, y en concreto en el trastorno por consumo de alcohol, tanto para evaluar el déficit cognitivo, como para la rehabilitación cognitiva de dicho déficit. Los tratamientos de la adicción deben tener en cuenta los recursos y las debilidades cognitivas de cada paciente (Iome et al. 2018). Además, los estudios señalan que el déficit cognitivo es un predictor importante del resultado después del tratamiento (Moselhy et al., 2001). Las mejorías en la evaluación neuropsicológica de los pacientes alcohólicos pueden considerarse como un indicador de remisión (Iome et al., 2018). Iome y colaboradores ponen como ejemplo, cuando se produce una recuperación de la acción reguladora/moduladora de la corteza prefrontal sobre los sistemas corticales (Iome et al., 2018). Algunos estudios de neuroimagen demuestran que el mantenimiento de la abstinencia está asociado con una mayor sincronía de la red de control ejecutivo y con una sincronía reducida de la red de impulso apetitivo, lo que puede favorecer el autocontrol necesario para seguir manteniendo dicha abstinencia (Fein & Cardenas, 2015).

El alcohol tiene un fuerte impacto en la función cerebral, produciendo consecuencias en el pensamiento, la emoción y el comportamiento y, por lo tanto, en el funcionamiento social y laboral. Por lo tanto, esta es un área de interés para los neuropsicólogos en términos de caracterización de déficits, impacto funcional y estrategias de recuperación o compensación (Verdejo, 2018).

1.2. Alcohol

El alcohol es una droga neurotóxica, que puede causar neuroinflamación y neurodegeneración. La ingesta crónica de alcohol conlleva una serie de alteraciones estructurales y funcionales en el

sistema nervioso central (SNC), que se pueden detectar mediante técnicas de neuroimagen, psicofisiológicas y neuropsicológicas (Corral-Varela & Cadaveira, 2002).

Según las investigaciones realizadas sobre el alcoholismo crónico, las alteraciones cognitivas son debidas en parte al efecto neurotóxico del alcohol, pero también a otros factores, como las complicaciones hepáticas, los déficits nutritivos o la comorbilidad psiquiátrica. Esta multicausalidad explica la variabilidad del deterioro neuropsicológico asociado al consumo de alcohol (Corral-Varela & Cadaveira, 2002). Según la literatura consultada, el 75% de los alcohólicos muestran algún tipo de disfunción neuropsicológica (Roehrich & Goldman, 1993) y el 10% de ellos presentan alteraciones permanentes (Fein et al., 1995). Pero como ya hemos señalado, existe una gran variabilidad en los diferentes grados de afectación neuropsicológica que pueden presentar estos pacientes, encontrándose desde sujetos sin afectación aparente hasta individuos que cumplen criterios de demencia (Calvo Botella, 2003).

Entre los trastornos producidos por el alcohol, vamos a describir el deterioro cognitivo asociado al alcohol, las encefalopatías alcohólicas, el síndrome de Korsakoff, la enfermedad de Marchiafava-Bignani, y la Demencia Alcohólica. A continuación, describiremos cada uno de ellos.

2. DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO AL ALCOHOL

2.1. Alteraciones estructurales y funcionales

En primer lugar, hay que señalar que no hay consenso en las áreas cerebrales afectadas en el Trastorno por Consumo de alcohol. Ya que algunos estudios describen mayor afectación en las áreas frontales, otros enfatizan un mayor grado de afectación del hemisferio derecho, mientras que otros estudios apoyan un déficit cerebral generalizado (Iome et al., 2018).

En general, los resultados de la neuroimagen estructural y funcional señalan que se produce una atrofia cortical (lóbulo frontales, hipocampo y cerebelo), y una dilatación ventricular. Dichas áreas se relacionan funcionalmente con procesos cognitivos, emocionales y de movimiento.

Varios estudios han comparado alcohólicos con pacientes con daño cerebral y controles en pruebas neuropsicológicas. Estos estudios indican que los alcohólicos se desempeñan al mismo nivel que los pacientes con daño cerebral leve a moderado (Parsons, 1987).

2.2. Funciones cognitivas alteradas

En pacientes con trastorno por uso de alcohol se han descrito principalmente déficits en atención, velocidad de procesamiento, funciones visoconstructivas, funciones ejecutivas y memoria. Sin embargo, como ya hemos señalado más arriba hay muchas variables implicadas en estas dificultades cognitivas, como son la cantidad de alcohol ingerida, la duración y patrón del consumo, los episodios de abstinencia, la edad, el sexo, la comorbilidad psiquiátrica, el abuso concomitante de otras sustancias, y la patología médica asociada (Déficits nutricionales, patología hepática, ACV, TCE, episodios convulsivos, alteraciones electrolíticas, etc.) (Calvo Botella, 2003).

En general, el consumo excesivo de alcohol no suele afectar al nivel de inteligencia general (sobre todo al CI verbal) (Chirivella et al., 1996).

La memoria es uno de los procesos alterados de manera más habitual en alcohólicos, en especial el aprendizaje y la memoria a corto plazo (Calvo Botella, 2003). Por ello, los alcohólicos crónicos presentan dificultades y bajo rendimiento en tests neuropsicológicos que exploran estas funciones (Corral-Varela & Cadaveira, 2002), como son la Escala de Memoria de Wechsler WMS (Wechsler, 2004) o la Figura Compleja de Rey (Rey, 2009).

Las funciones visuoespaciales, visoconstructivas y perceptivo-motoras también aparecen afectadas, en especial cuando se trata de tareas complejas (Oscar-Berman et al., 1997; Moselhy et al., 2001; Corral-Varela & Cadaveira, 2002). Los déficit visuoespaciales y constructivos apoyan la teoría de «sensibilidad diferencial del hemisferio derecho» de muchos autores, dada la escasa afectación del hemisferio izquierdo especializado en funciones verbales (Oscar-Berman et al., 1997; Corral-Varela & Cadaveira, 2002). Por ello, los alcohólicos puntúan más bajo en tareas visoconstructivas como el subtest de Cubos de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos WAIS (Wechsler, 2001) o la copia de la Figura Compleja de Rey (Rey, 2009).

Las funciones ejecutivas son otro de los procesos cognitivos más frecuentemente afectados en pacientes alcohólicos. Tienen dificultades para identificar conceptos abstractos, tanto verbales como no verbales, presentan un pensamiento rígido y poco flexible, dificultades en la resolución de problemas, y la generación de planes y alternativas de conducta. Consecuencia de esta afectación frontal también estaría la agresividad y la pérdida de control conductual. Por ello, tienen dificultades en tareas ejecutivas, como el test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST) (Heaton, 2009), el Test del Zoo (Wilson et al., 1999) o el subtest de Semejanzas del WAIS (Wechsler, 2001).

También mantienen un rendimiento inferior en las tareas que evalúan velocidad de procesamiento como el subtest de Clave de Números o de Búsqueda de Símbolos del WAIS (Wechsler, 2001). O en la versión oral de la prueba de clave de números, para pacientes que tienen dificultades motoras, el Test de Símbolos y Dígitos SDMT (Smith, 2002).

Así mismo, los pacientes con trastorno por uso de alcohol tienen dificultades en las distintos tipos de atención, como se reflejan en el subtest de dígitos del WAIS (Wechsler, 2001), en la prueba de las A del MOCA (Ojeda et al., 2016), en el Test de Atención Global-Local AGL (Blanca et al., 2005) o en el Test Toulouse Pieron (Toulouse & Piéron, 2007).

Estudios recientes también describen afectación de las habilidades metacognitivas en pacientes con Trastorno por uso del Alcohol, como la metacognición o la cognición social (Oscar-Berman et al., 1997; Le Berre et al., 2017).

En relación a la metacognición, ésta se refiere a la información que tienen los individuos sobre sus estados internos y sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan (Wells & Matthews, 1996). Dentro de la metacognición se habla de 2 aspectos: las creencias y la regulación metacognitiva. Según el modelo Metacognitivo de Spada (Spada et al., 2007; Spada & Wells 2008) aplicado al consumo de alcohol, las creencias metacognitivas positivas sobre el consumo de alcohol influyen en dicho consumo (*"beber me hace más divertido"*). Además, las creencias metacognitivas sobre el papel regulador del alcohol sobre el afecto negativo (*"beber me tranquiliza"*), conducen a que el paciente consuma, como medio de regulación afectiva (Spada & Wells, 2008) (Spada & Pozos, 2009). Por su parte, las creencias metacognitivas negativas en estos pacientes suelen versar sobre la falta de control ejecutivo sobre el consumo y se asocian con una reducción del control metacognitivo (*"no puedo controlarme"*, *"no puedo parar una vez que bebo"*), y sobre los costos cog-

nitivos de beber (p. ej., «*beber controla mi vida*» y «*beber dañará mi mente*») lo que contribuye a aumentar el consumo (Spada & Pozos, 2009). Estas creencias están asociadas con un aumento del afecto negativo, que a su vez actúa como un disparador para seguir bebiendo.

Se han desarrollado 2 escalas para la evaluación clínica de las creencias metacognitivas positivas y negativas sobre el consumo de alcohol, que son la Escala de Metacogniciones de Alcohol Positivas (PAMS), y la Escala de Metacogniciones de Alcohol Negativas (NAMS) (Spada & Wells, 2008), que podemos utilizar en la evaluación neuropsicológica con estos pacientes.

Con respecto al otro ámbito de la cognición, que engloba el procesamiento emocional y la cognición social, Le Berre sostiene que el consumo de alcohol se asocia con dificultades en el procesamiento de ambas (Le Berre, 2019). Le Berre señala que estos pacientes presentan dificultades para expresar emociones (es decir, alexitimia), descifrar las emociones de otros, inferir los estados mentales o sentimientos de otros (es decir, déficit de Teoría de la mente) y experimentar empatía (Le Berre, 2019). Algunas pruebas que podemos emplear para evaluar estos aspectos son: el Test de las Insinuaciones (Hinting Test) (Gil et al., 2012) para evaluar la teoría de la mente o el Test de Caras (Faces Test) (Baron-Cohen et al., 1997) para evaluar el procesamiento de emociones.

2.3. Teorías sobre el déficit cognitivo en alcohólicos

Se han establecido 3 hipótesis sobre el deterioro cognitivo asociado al alcohol, que son: la teoría de la sensibilidad diferencial del hemisferio derecho, la del daño cerebral difuso y la del daño frontal. La primera de ellas se basa en que los alcohólicos manifiestan déficit en aquellas funciones controladas por el hemisferio derecho, frente a la conservación de las funciones verbales asociadas al hemisferio izquierdo (Tsagareli, 1995).

La segunda es la teoría del daño cerebral difuso, que afirma que, aunque existen algunas zonas cerebrales más sensibles al efecto neurotóxico del alcohol, el daño en pacientes con consumo crónico de alcohol es generalizado, afectando a todas las áreas cerebrales (Parsons, 1987). La tercera teoría, o del daño frontal se apoyó inicialmente en la similitud del deterioro neuropsicológico de los alcohólicos con sujetos con lesiones prefrontales, observándose dificultades en las funciones ejecutivas en ambos (Corral-Varela & Cadaveira, 2002). Estos déficits son coherentes con los estudios de neuroimagen que muestran atrofia e hipometabolismo en el córtex prefrontal de los pacientes alcohólicos (Moselhy et al., 2001).

3. OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS

3.1. Encefalopatía hepática alcohólica

La encefalopatía hepática consiste en el paso de elementos nitrogenados desde la pared intestinal al encéfalo sin la eliminación que se produce al pasar por el hígado. La encefalopatía, también recibe el nombre de episodio confusional agudo o delirium. Se caracteriza por una serie de cambios de instauración brusca y potencialmente reversible de fluctuación de la conducta, que está caracterizada por un enturbiamiento de la conciencia, incoherencia en el curso de pensamiento, dificultad manifiesta de la atención, alteración de ciclo vigilia-sueño y cambios en el afecto.

La encefalopatía hepática, según el sistema de clasificación DSM-5 corresponde a un Síndrome Confusional debido a Otra Afección Médica (293) y se caracteriza con una alteración caracterizada por déficits atencionales, y de la conciencia, que aparece en poco tiempo, que supone un cambio con respecto al nivel previo, y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día. Esa alteración no puede ser explicada mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni por un estado de coma, y es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica (American Psychiatric Association, 2014).

A nivel cognitivo, se aprecia una incapacidad para mantener la atención, con alteraciones en el nivel de alerta y de activación, alteraciones del curso y contenido del pensamiento, y presencia de anomias y parafasias semánticas. A medida que progresa el cuadro, con frecuencia estos pacientes pierden la secuencia temporal de los hechos recientes. También es frecuente la desorientación espaciotemporal. En un estado más severo, puede aparecer retardo psicomotriz, estado letárgico, y alteraciones en la percepción, llegando a confundir a personas que no son familiares en su medio como familiares.

La encefalopatía se divide en episodios de encefalopatía hepática con (precipitados) o sin factores precipitantes reconocidos (espontáneos). Antes de utilizar el término “espontáneo”, deben excluirse los factores precipitantes: hemorragia gastrointestinal, uremia, uso de medicación psicoactiva o de diuréticos que aumenten la liberación renal de amoníaco, indiscreción dietética, infección, estreñimiento, deshidratación, hipopotasemia o hiperpotasemia e hiponatremia.

Actualmente se habla de 3 tipos de Encefalopatía; tipo A (aguda), tipo B (bypass portal-sistémico, y tipo C (cirrosis) (Ferenci et al., 1998). La Encefalopatía tipo C se divide en encefalopatía episódica, persistente, y mínima. Además, el término “Encefalopatía recurrente” se usa cuando ocurren 2 episodios de EH episódica en el mismo año.

Se han establecido unos criterios para valorar el estado mental de la Encefalopatía Hepática, que son los Criterios de West-Haven (Conn et al., 1877), cuyos niveles se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de West-Haven (Conn et al., 1877)

Grado 0	No se detecta ninguna anomalía.
Grado 1	Falta trivial de alerta, euforia, ansiedad. Acortamiento del espacio de atención. Deterioro del rendimiento en la suma o en la resta.
Grado 2	Letargia, apatía, desorientación temporoespacial. Alteración evidente de la personalidad. Comportamiento inapropiado.
Grado 3	Somnolencia o semiestupor, pero con repuesta a estímulos. Confusión.
Grado 4	Coma. Estado mental no evaluable.

Sin embargo, la asignación de los pacientes con cirrosis en el ámbito clínico en estadios depende en gran medida de la impresión subjetiva del médico, lo que puede causar discrepancias entre los distintos observadores y afectar los resultados de la investigación. Padilla Ruiz y Fernández Aguilar (2013), consideran que la fiabilidad de la Escala de West Haven se puede mejorar si se combina con el Test MMSE (Folstein et al., 1975).

La encefalopatía hepática se diferencia del deterioro cognitivo asociado al alcohol en una serie de características que describimos en la tabla 2.

Tabla 2. Diferencias entre la Encefalopatía alcohólica y el Deterioro cognitivo asociado al alcohol

ENCEFALOPATIA	DETERIORO COGNITIVO
Enfermedad aguda	Enfermedad crónica
Inicio súbito y por la noche	Insidioso
Duración horas-semanas	Duración años
Curso Fluctuante	Deterioro Progresivo
Alteración Conciencia. Nivel de conciencia disminuido	Normal
Atención alterada y fluctuante	Normal
Bradipsiquia o Taquipsiquia	Pobre abstracción
Desorientación Espacial>Desorientación temporal	Únicamente Desorientación espacial
Desorientación Temporal	Normal
Déficit Habilidad Motora Fina	No
Síntomas Motores	No
Alucinaciones y delirios	No alucinaciones
Ciclo vigilia-sueño alterado. Insomnio nocturno, somnolencia diurna.	Sueño fragmentado

El término encefalopatía hepática “subclínica”, “latente” o más recientemente “mínima” (EHM) se propuso para identificar a los pacientes con manifestaciones sutiles de encefalopatía hepática que son difíciles de reconocer (Ortiz et al., 2005). Como describe Córdoba (2009), el diagnóstico se establece cuando se cumplen 4 criterios, que exista una enfermedad que pueda causar encefalopatía hepática (como, por ejemplo, cirrosis, presencia de una derivación portosistémica o ambas), con un nivel de conciencia normal y ausencia de signos de encefalopatía hepática (disartria, ataxia, asterixis, desorientación, etc.), que se excluya otra enfermedad neurológica, y que se documente un trastorno cognitivo, a través de una evaluación neuropsicológica, una batería psicométrica, exploraciones computarizadas, o pruebas neurofisiológicas.

La Encefalopatía Hepática Mínima (EHM) es una alteración asintomática de alta prevalencia en pacientes con cirrosis hepática (Li et al., 2013). Habitualmente no es percibida en la exploración física o neurológica de rutina, por lo que el diagnóstico requerirá la realización de una serie de exploraciones complementarias en enfermos cuya apariencia es normal y, sin embargo, pueden presentar trastornos cognitivos (Córdoba, 2009). Por ello, se necesita una prueba neuropsicológica/neurofisiológica específica para su diagnóstico (Talwalkar & Kamath, 2005).

La EHM se asocia con deterioro de la calidad de vida y la capacidad de conducción y puede predecir el desarrollo de encefalopatía hepática manifiesta (Ferenci et al., 1998).

Se ha demostrado de manera concluyente que las funciones cognitivas mejoran con la terapia de la EHM. Esta terapia puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con EHM y retrasar el desarrollo de Encefalopatía clínica. Por lo tanto, todos los pacientes con cirrosis hepática deberían ser sometidos a las pruebas de EHM (Padilla Ruiz & Fernández Aguilar, 2013), para poder administrar el tratamiento adecuado.

La EHM puede afectar múltiples aspectos de la función cerebral, como la cognición, la emoción, la motivación o el ritmo circadiano (Córdoba et al., 1998). Con respecto a los aspectos cognitivos, que son los más estudiados, la afectación deteriora múltiples dominios cognitivos, como la percepción, la atención, la velocidad de procesamiento de la información, la memoria, el aprendizaje, el lenguaje, las funciones ejecutivas, las habilidades constructivas, o el control motor voluntario (Ortiz et al., 2005).

Para algunos autores, los principales déficits de la EHM son los déficits de atención, las alteraciones de la memoria a corto plazo y las respuestas inhibitorias (Padilla Ruiz & Fernández Aguilar, 2013). Otros autores, señalan que el perfil principal de déficit neuropsicológico que caracteriza la encefalopatía mínima es fronto-subcortical y que la evaluación neuropsicológica normalmente debe evaluar atención, velocidad de procesamiento, función ejecutiva y praxis motora, porque son los más afectados en la EHM (Amodio et al., 2004; Ortiz et al., 2005). Y otros autores hablan de peor rendimiento en pruebas de psicomotricidad, velocidad de procesamiento de la información, percepción visual y atención (Weissenborn et al., 2001).

Una de las pruebas considerada internacionalmente como el estándar de oro para el diagnóstico de la EHM es la batería PHES, o batería de Encefalopatía Hepática Psicométrica (Bajaj et al., 2007). Esta prueba (Psychometric Hepatic Encephalopathy score) fue creada por Weissenborn en 2001 (Weissenborn et al., 2001) consta de 5 test de papel y lápiz que evalúan habilidad motora fina, atención, y velocidad de procesamiento. Los 5 test son TMT, Clave de números, prueba de puntos en serie, y prueba de línea quebrada. La administración de la prueba suele durar unos 15 minutos. (Weissenborn, Ennen, Schomerus, Rückert, & Hecker, 2001). Para pacientes analfabetos se sustituye la prueba de cancelación de números por la prueba de conexión de figuras. Después de la estandarización en Alemania, baterías de prueba similares también se han estandarizado en España (Romero-Gómez et al., 2006) y en otros países (Weissenborn, 2008). En la tabla 3 se describen las pruebas de la Batería PHES (Weissenborn, 2008).

Tabla 3. Pruebas de la Batería PHES (Weissenborn et al., 2001) (Weissenborn, 2008).

Test de Símbolos y Números: Rellenar los símbolos correspondientes en la parte inferior (90 segundos)
TMT-A (TCN-A): Unir los números del 1 al 25 tan rápido como pueda. Anotar el tiempo.
TMT-B (TCN-B): Conectar números y letras alternándolos. Anotar el tiempo.
Serie de Puntos (SD): Existen 10 filas de círculos. Debe poner un punto en el centro de cada círculo, tan preciso como sea posible, comenzando siempre por la parte izquierda de la fila. Anotar el tiempo.
Trazado de Líneas (LT): Deberá dibujar una línea continua entre las dos líneas dadas. Al hacerlo no deberá tocar ni cruzar las líneas pintadas. No mover el papel y no despegar el lápiz del papel. Anotar el tiempo.

3. 2. Síndrome de Korsakoff

La Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff o trastorno amnésico persistente es una complicación neurológica asociada al déficit de tiamina. Este trastorno está asociado al consumo crónico de alcohol, y a la malnutrición, y produce lesiones en el diencefalo, fundamentalmente en los cuerpos mamilares.. Se trata del trastorno neuropatológico más característico del Síndrome Amnésico.

Esta patología tiene dos fases: una primera fase denominada Encefalopatía de Wernicke (caracterizado por estado confusional, alteraciones oculomotoras, y marcha atáxica), y una segunda fase, llamada Síndrome de Korsakoff (que cursa con alteración de memoria, y disfunción ejecutiva). La

ausencia de tratamiento del síndrome de Wernicke puede hacer evolucionar el cuadro hacia una psicosis de Korsakoff. La encefalopatía de Wernicke representa la fase aguda y el síndrome de Korsakoff constituye la fase crónica o residual de la enfermedad.

Concretamente la encefalopatía de Wernicke se caracteriza por la presencia de alteraciones oculomotoras (nistagmos), ataxia cerebelosa y estado confusional (Chirivella et al., 1996). Como señala Villanueva (1994) la mayor parte de los pacientes presentan confusión mental, apatía, dificultades de atención y de orientación.

En el Síndrome de Korsakoff, aparece amnesia anterógrada, caracterizada por una dificultad para el aprendizaje, y amnesia retrógrada con poca o nula afectación de la memoria inmediata y remota (Kopelman, 1995). Estos pacientes muestran dificultad para aprender nueva información. De hecho, cuando un paciente presenta un síndrome de Korsakoff completo, el paciente vive en una zona temporal cercana a los 5 minutos de duración; ni recuerda lo anterior, ni es capaz de fijar y aprender información nueva para recuperarla posteriormente. En cuanto a la amnesia retrograda puede extenderse de 3 a 20 años previos al inicio de la amnesia, y sigue un gradiente temporal, con un recuerdo considerablemente mejor para sucesos remotos que para sucesos recientes. La memoria implícita y la memoria procedimental están conservadas (Ridley et al., 2013).

Además, en este trastorno también se observan déficits visoespaciales y visoperceptivos (Kopelman, 1995).

Van Oort y Kessels (2009) señala que se han identificado déficits ejecutivos en el 80% de los pacientes con este trastorno (Van Oort & Kessels, 2009), concretamente en la planificación, la flexibilidad cognitiva, la fluidez verbal o la atención dividida (Dirksen et al., 2006).

En la fase de Korsakoff, sobre todo en las fases iniciales son frecuentes las confabulaciones (lagunas amnésicas rellenas por recuerdos falsos, que suele ser un síntoma típico, aunque no siempre está presente. Son raras en fases crónicas), los falsos reconocimientos de otras personas, anosognosia, despreocupación y apatía. Otro fenómeno frecuente es el trastorno del sentido del tiempo, que consiste en la aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, desorden cronológico de los eventos del pasado, etc. Además, el paciente puede mostrarse agradable, pero superficial, con escasa implicación en el entorno (Martín del Moral et al., 2009).

3.3. Enfermedad de Marchiafava-Bignani

La enfermedad de Marchiafava-Bignami consiste en una desmielinización y necrosis del cuerpo caloso y los lóbulos frontales que se detecta usualmente en alcohólicos entre los 45 y 60 años (Chirivella et al., 1996). Está asociada al abuso crónico de vino tinto de baja calidad.

Se diagnostica mediante imágenes de desmielinización en el cuerpo caloso con resonancia magnética (Celik et al., 2002). La degeneración del cuerpo caloso, da lugar a unas alteraciones cognitivas características (Síndrome de Desconexión del cuerpo caloso), como la apraxia ideomotora (predominio izquierdo), apraxia constructiva, agnosia digital izquierda, agrafia apráxica a la orden, copia y dictado, heminegligencia visuoespacial izquierda, síndrome de utilización, closing in (superposición al modelo), alteración de secuencias motoras y ritmos con perseveración, acalculia, tanto oral como escrita, y alteración leve-moderada de la memoria a largo plazo.

Entre los síntomas neurológicos se han descrito disartria, alteraciones de equilibrio, de la motricidad fina y del tono muscular (Chirivella et al., 1996). También aparecen síntomas psiquiátricos como la confusión, desorientación, agitación y alucinaciones (Koeppen & Barron, 1978).

3.4. Demencia Alcohólica

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), la Demencia Alcohólica se incluye dentro del Trastorno Neurocognitivo Mayor inducido por sustancias o medicamentos. Se caracteriza por déficits neurocognitivos que persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia agudas. Implica la persistencia del deterioro cognitivo y funcional tras el cese del consumo de alcohol, con todas las demás causas de demencia excluidas (Ridley et al., 2013). Supone el deterioro de varias funciones cognitivas, debido al consumo crónico de alcohol, con repercusión en actividades instrumentales de la vida diaria (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014).

En la demencia alcohólica se van deteriorando todas las funciones cognitivas presentando una disfunción neuronal difusa cortico-subcortical. Los déficits se observan con mayor frecuencia en tareas de función visuoespacial, tareas de memoria y ejecutivas (Ridley et al., 2013). A diferencia de los pacientes con otros tipos de demencia, es poco probable que los pacientes con demencia inducida por el alcohol demuestren deterioro del lenguaje.

En comparación con las personas con la enfermedad de Alzheimer, los pacientes con Demencia Alcohólica generalmente se desempeñan mejor en las tareas semánticas (nombramiento por confrontación, fluidez de categorías y conocimiento general) y en las medidas de reconocimiento de la memoria verbal (Ridley et al., 2013).

La Demencia Alcohólica guarda cierto parecido con la Demencia fronto-temporal. Se trata de un cuadro de deterioro cognitivo con alteración del razonamiento complejo (pensamiento abstracto, memoria, juicio y atención, con preservación de las funciones lingüísticas), labilidad afectiva, irritabilidad, pérdida de autocrítica, conducta explosiva, exacerbación de rasgos de personalidad premórbida, humor grotesco y provocativo, pérdida de inhibiciones sociales, etc.

En la tabla 4 describimos las características comunes y diferentes entre el Síndrome de Korsakoff y la demencia alcohólica.

Tabla 4. Semejanzas y diferencias entre el Síndrome de Korsakoff y la Demencia Alcohólica

	SÍNDROME KORSAKOFF	DEMENCIA ALCOHÓLICA
ALTERACIONES COMUNES	Alteración de funciones ejecutivas Alteración en funciones Visoperceptivas Alteración en funciones visoespaciales y visoconstructivas Enlentecimiento psicomotor	Alteración de funciones ejecutivas Alteración en funciones Visoperceptivas Alteración en funciones visoespaciales y visoconstructivas Enlentecimiento psicomotor
ALTERACIONES DIFERENTES	Grave alteración de memoria (Aprendizajes nuevos-alteración en la codificación) Intrusiones o Fabulación Falsos reconocimientos Alteración de la fluidez verbal Anosognosia. Alteración de la metamemoria (o conocimiento de sus propios déficits de memoria). Trastorno Psicótico (también llamado Psicosis de Korsakoff). Trastorno de la personalidad con extrema pasividad, irritabilidad emocional, apatía, falta de iniciativa, interés e insight.	Alteración de múltiples funciones cognitivas. Deterioro cognitivo más global: Desorientación Déficit en funciones atencionales Praxias Gnosias Afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria

4. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL

En la evaluación neuropsicológica de los pacientes con dependencia de alcohol, además de las consideraciones generales de cualquier evaluación neuropsicológica, hay que tener en cuenta algunos otros aspectos. En primer lugar, hay que demorar la evaluación hasta que trascurra un periodo de abstinencia de al menos seis semanas, para poder realizar una evaluación neuropsicológica fiable (Walvoort et al., 2013). Además, debemos contar con la información de un familiar o de un informante fiable en la entrevista, dada la frecuente anosognosia que presentan estos pacientes. Hay que tener en cuenta también que a estos pacientes les cuesta ordenar adecuadamente los hechos biográficos cronológicamente, y el informante puede ayudarnos a clarificar la historia biográfica, escolar y laboral del paciente.

Además, hay que evaluar posible comorbilidad con otros problemas psiquiátricos, ya que las personas con dependencia del alcohol también tienen más probabilidades de sufrir otros problemas de salud mental, como depresión, trastorno bipolar, trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad (Verdejo, 2018). La presencia de estos trastornos comórbidos puede aumentar las dificultades cognitivas de estos pacientes.

También es importante considerar la presencia de comorbilidades médicas, como el VIH, la hepatitis, o encefalopatías, que también pueden estar asociadas a dificultades neuropsicológicas, como por ejemplo de las funciones ejecutivas, la memoria episódica y de trabajo, la velocidad de procesamiento y las habilidades motoras (Verdejo, 2018).

Otro aspecto por recordar en toda evaluación neuropsicológica, es la necesidad de realizar una estimación del nivel intelectual premórbido del paciente, lo que puede tener una influencia significativa en su rendimiento cognitivo actual. Para estimar este nivel podemos utilizar el Sub-test de Vocabulario del WAIS (Wechsler, 2001), que es una prueba que se ve poco afectada por el deterioro cognitivo y que correlaciona con el Factor General de Inteligencia, y con la Inteligencia Cristalizada. También se pueden usar los datos académicos y laborales para la estimación de la

inteligencia premórbida, aunque en ancianos debido a la escasa escolaridad en general es mejor utilizar los datos laborales.

Además, para discriminar entre alteraciones premórbidas y relacionadas con la adicción, la entrevista debe centrarse en evaluar algunos de los antecedentes bien conocidos del comportamiento de consumo de alcohol, incluidos el TDAH y los trastornos de personalidad (Verdejo García, 2018). Hay que tener en cuenta que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es mayor en personas con adicciones que en la población general (Vogel et al., 2016), y también va acompañado de dificultades cognitivas.

Para esta evaluación neuropsicológica tenemos que estudiar los dominios cognitivos más relevantes, seleccionando las pruebas más apropiadas en función de la edad, el nivel premórbido estimado, y la gravedad de su afectación. Con respecto a las áreas más relevantes en la exploración neuropsicológica en pacientes dependientes del alcohol, está debe cubrir la evaluación de la atención, la velocidad de procesamiento, las funciones ejecutivas y la memoria.

Hay distintos tipos de atención que deben evaluarse, desde la concentración a la atención selectiva, atención sostenida, atención dividida o atención alternante.

En relación a las funciones ejecutivas hay que evaluar la fluidez verbal, la inhibición de respuesta, la flexibilidad cognitiva, la toma de decisiones, y la cognición social. También debemos evaluar la capacidad de planificación, el pensamiento abstracto, la memoria de trabajo y la resolución de problemas, que están especialmente afectados en muchos pacientes con Trastorno por Uso del Alcohol.

La velocidad de procesamiento también debe ser evaluada, para lo que contamos con varias pruebas según se puede observar en la Tabla 5.

Con respecto a la memoria, hay que evaluar tanto los distintos tipos de memoria (Memoria a corto y largo plazo, recuerdo y reconocimiento), como los distintos procesos implicados (Aprendizaje, Retención o Recuperación), o distintos tipos de información (verbal, visual, visoespacial).

En la tabla 5 podemos encontrar las pruebas más utilizadas para evaluar estos dominios cognitivos.

Tabla 5. Alteraciones neuropsicológicas asociadas a la dependencia del alcohol y pruebas empleadas en su evaluación.

Funciones Cognitivas	Pruebas	Función Evaluada
Atención	• Dígitos (WAIS) (Wechsler, 2001) • TMT (Fernández et al., 2002) • Stroop (Golden, 2007)	• Atención-Concentración • Atención alternante • Atención Selectiva
Inteligencia General	• Vocabulario (WAIS) (Wechsler, 2001)	• CI Premórbido de los pacientes (Correlación de Vocabulario con CI Total 0,924)
Velocidad de Procesamiento	• Clave de Números (WAIS) (Wechsler, 2001) • Test de Símbolos y Dígitos (SDMT) (Smith, 2002)	• Velocidad de Procesamiento de la información, con y sin componente motor.

4. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Funciones Cognitivas	Pruebas	Función Evaluada
Funciones Visoperceptivas- Viso-constructivas	• Copia de Figura de Rey (Rey, 2009) • Cubos (WAIS) (Wechsler, 2001)	• Funciones Visoperceptivas, visoespaciales y visoconstructivas (grafomotoras y no grafomotoras)
FE: Memoria de trabajo	• Letras y Números (WAIS) (Wechsler, 2001) • Localización espacial (WMS) (Wechsler, 2004)	• Memoria operativa verbal y visual
FE: Formación de Conceptos-Pensamiento abstracto	• Semejanzas WAIS (Verbal) (Wechsler, 2001) • Matrices WAIS (Visual) (Wechsler, 2001)	• Pensamiento concreto/abstracto
FE: Flexibilidad Cognitiva	• Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST) (Heaton, 2009)	• Perseveración, errores, y formación de estrategias
Funciones Ejecutivas en General	• Batería de Evaluación Frontal (FAB) (Rodríguez-del Alamo et al., 2003)	• Síndrome Disejecutivo
Memoria	• Escala de Aprendizaje Verbal España Complutense TAVEC (Benedet & Alexandre, 1998) y Figura Compleja de Rey (Rey, 2009) • TAVEC (Benedet & Alexandre, 1998) y Caras (WMS-III) (Wechsler, 2004) • WMS (Wechsler, 2004)	• Memoria verbal y visual
Si hay sospecha de Enfermedad de Marchiafava-Bignani	• Prueba de reconocimiento digital (Peña-Casanova, 2005) • Test de bisección de líneas (Albert, 1973) • Test de las campanas (Gauthier et al., 1989) • Lectura de texto y escritura • Cálculo oral y escrito	• Síndrome De Desconexión Del Cuerpo Calloso

Finalmente, deberíamos completar la evaluación con el estudio las áreas emocionales, conductuales y de funcionamiento, para lo que se recomienda usar medidas de autoinforme (Ruiz-Sánchez & Pedrero-Perez, 2014). Para evaluar psicopatología podemos administrar el BDI (Beck, 2011), o el STAI (Spielberger et al., 2008), y para evaluar personalidad podemos utilizar el Inventario Clínico Multiaxial de Millón (MCMI) (Millon, 1998). Además, podemos evaluar el funcionamiento ejecutivo cotidiano con instrumentos como el Cuestionario Disejecutivo DEX (Wilson et al., 1999), o el Inventario de Síntomas Prefrontales ISP (Rubén-Sánchez et al., 2012), que han publicado datos normativos en población española (Pedrero-Pérez et al., 2011).

Finalmente, para evaluar procesamiento emocional, además de las pruebas señaladas al principio del capítulo, podemos utilizar la Prueba de Expresión Facial del Paul Ekman Group que podemos encontrar en esta pagina <https://www.paulekman.com/quizzes/whats-that-facial-expression-test-quiz/>, y el test de las meteduras de pata (Faux-Pas Test Adult Versión) (Stone et al., 1998) para evaluar teoría de la mente.

5. RECUPERACIÓN COGNITIVA

Parece existir una remisión rápida en algunas de las alteraciones neuropsicológicas en las primeras semanas y meses de abstinencia. Concretamente se considera que la mayor recuperación de las funciones cognitivas se produce tras los primeros 3 meses de abstinencia, pero el ritmo de mejora decrece después. Sin embargo, se ha observado la persistencia de deterioro en algunos procesos

cognitivos después de una abstinencia prolongada. Incluso algunos alcohólicos evolucionan a través de un proceso degenerativo a una demencia alcohólica.

La edad correlaciona negativamente con la capacidad de recuperación.

6. CASOS CLÍNICOS

6.1. Primer caso

Paciente de 52 años, derivado por psiquiatra de referencia para valoración de déficit cognitivo. Se trata de un paciente con dependencia del alcohol, en seguimiento psiquiátrico. Vive solo. Desempleado actualmente. Ha trabajado en la construcción toda su vida. Estudios Secundarios.

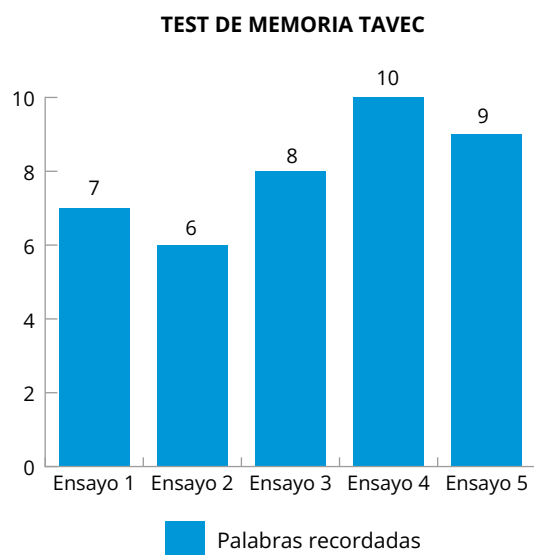


Grafico 1. Curva de Aprendizaje del Escala de Aprendizaje Verbal España Complutense TAVEC (Benedet & Alexandre, 1998) del Caso 1

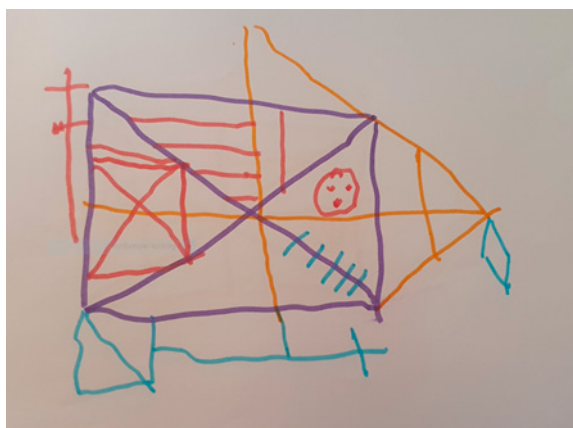
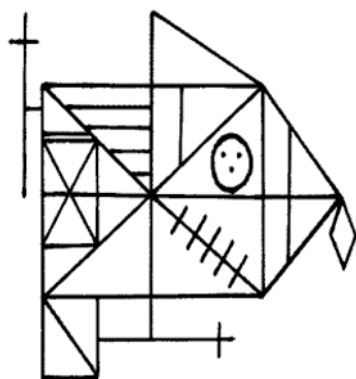


Figura 1 y 2. Modelo y Copia de la Figura Compleja de Rey (Rey, 2009) del Caso 1

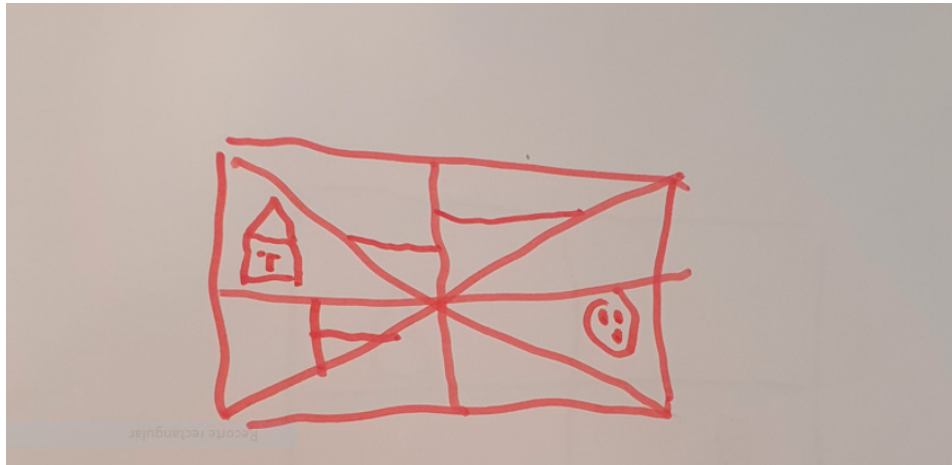


Figura 3. Memoria a corto plazo de la Figura Compleja de Rey (Rey, 2009) del Caso 1

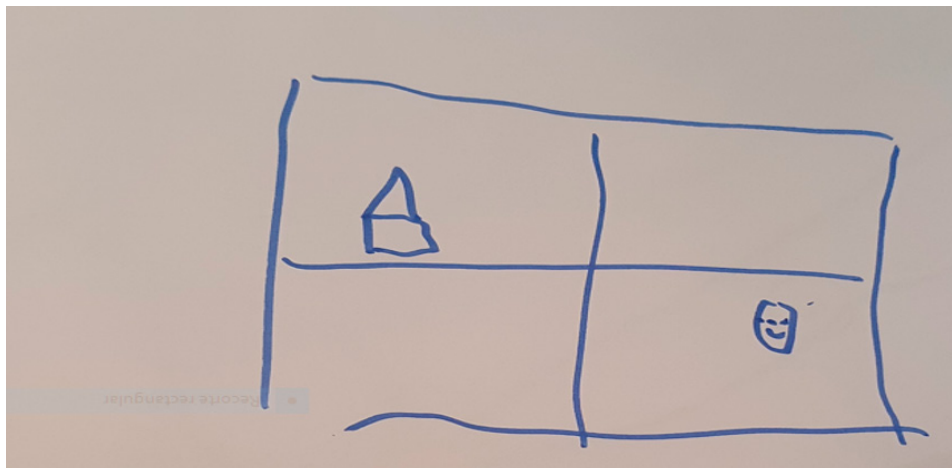


Figura 4. Memoria a largo plazo de la Figura Compleja de Rey (Rey, 2009) del Caso 1

SECUENCIA DE CATEGORÍAS		
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32

Figura 5. Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST) (Heaton, 2009) Caso 1

6.2. Segundo caso.

48 años. Camarero. Estudios de EGB. Consumo crónico de Alcohol desde los 16 años. En la urgencia el propio paciente refiere consumir grandes cantidades de alcohol y no seguir una dieta adecuada, llegando a pasar varios días sin apenas ingerir alimentos. Según la RM cerebral hay signos que apoyan el síndrome de Wernicke.

3 Clave de números Codificación

Ejemplos

2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4
5	6	3	1	4	1	5	4	2	7	6	3	5
7	2	8	1	9	5	8	4	7	3	6	2	5
6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6
9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4
2	7	3	6	5	1	8	4	5	7	3	1	4
7	1	8	2	9	3	6	7	2	8	5	2	3

22 -> 4

48 años

Test de los 5 puntos

1 -> 3 -> cuñal 1

2 -> 5 -> cuñal 1

Figura 6 y 7. Clave de Números (WAIS-III) (Wechsler, 2001) y Test de los 5 puntos (Jones-Gotman & Milner, 1977) del Caso 2

SECUENCIA DE CATEGORÍAS

WCST

1 -> 3 -> cuñal 1

2 -> 5 -> cuñal 1

WMS-III

Caras I

Parejas de palabras I

1 -> 3 -> cuñal 1

2 -> 5 -> cuñal 1

Figura 8 y 9. Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST) (Heaton, 2009) y Caras de la Escala de Memoria de Wechsler (WMS-III) (Wechsler, 2004) del Caso 2

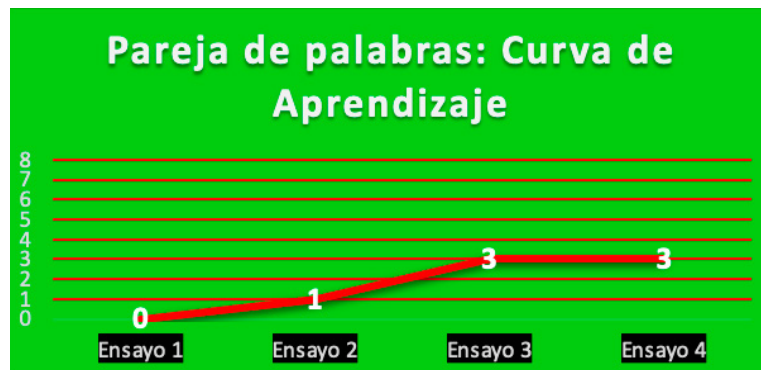


Gráfico 2. Curva de aprendizaje del subtest de Pareja de palabras de la Escala de Memoria de Wechsler III (WMS-III) (Wechsler, 2004) del Segundo Caso.

6.3. Tercer caso

Paciente de 65 años, con Cirrosis Hepática de Etiología Alcohólica. Derivado a Psiquiatría desde S. Digestivo por Consumo crónico de alcohol.

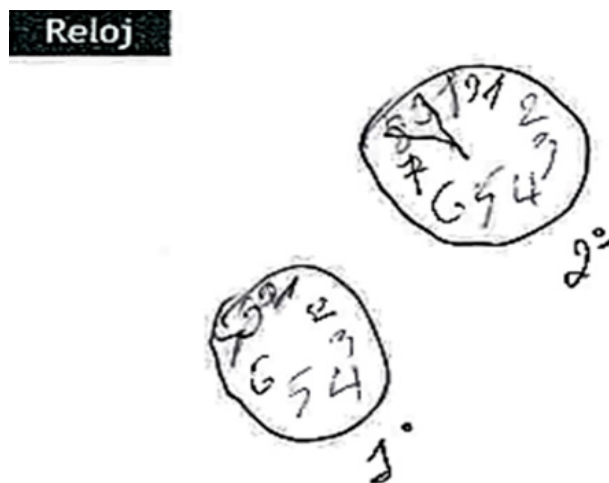


Figura 10. Test del Reloj (Cacho et al., 1999) del Caso 3

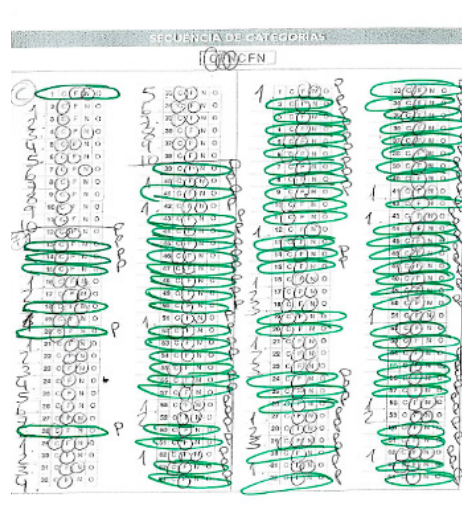


Figura 11. Test de Clasificación de cartas de Wisconsin WCST (Heaton, 2009) del caso 3

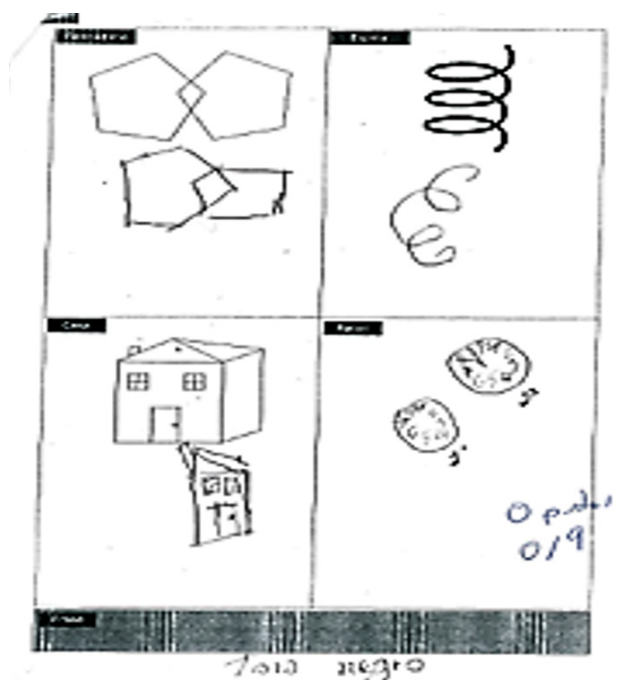


Figura 12. Copia de figuras del ESCALA CAMBRIDGE COGNITIVE EXAMINATION-REVISED (CAMCOG-R) (Roth et al., 1986) del Caso 3

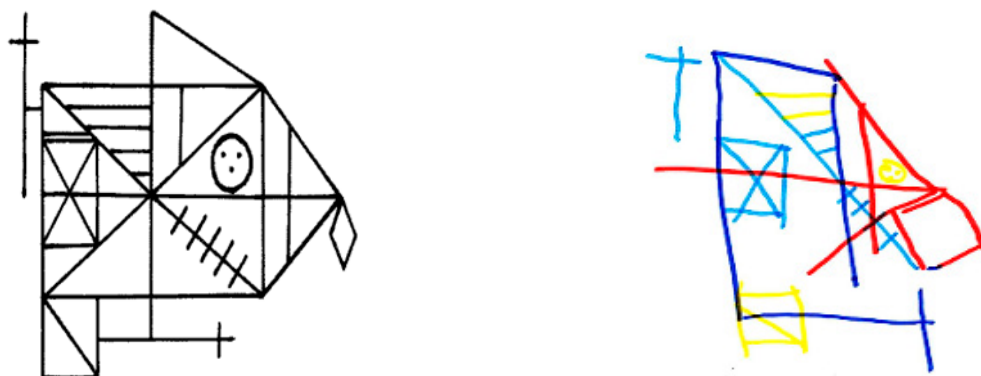


Figura 13 y 14. Copia de la Figura Compleja de Rey (Rey, 2009) Caso 3

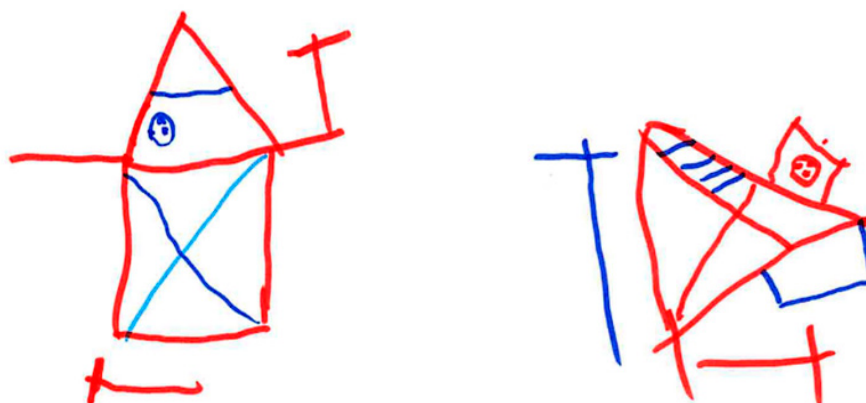


Figura 15 y 16. MCP y MLP del Caso 3

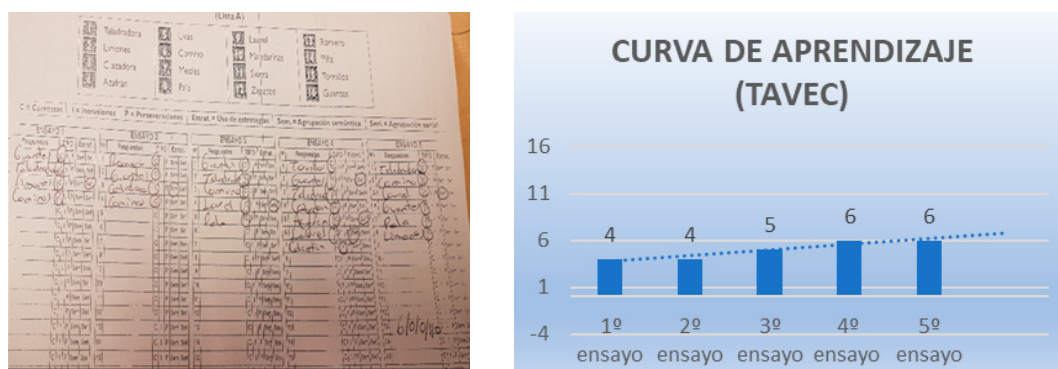


Figura 17. Lista de palabras y Curva de Aprendizaje del TAVEC (Benedet & Alexandre, 1998) del Caso 3

7. BIBLIOGRAFÍA

- Albert M. L. (1973). A simple test of visual neglect. *Neurology*, 23(6), 658–664. <https://doi.org/10.1212/wnl.23.6.658>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association, A. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Masson, 156–163.
- Amodio, P., Montagnese, S., Gatta, A., & Morgan, M. (2004). Characteristics of minimal hepatic encephalopathy. *Metabolic Brain Diseases*, 9(3–4):253–67. doi: <https://doi.org/10.1023/b:-mebr.0000043975.01841.de>.
- Bajaj, J., Etemadian, A., Hafeezullah, M., & Saeian, K. (2007). Testing for minimal hepatic encephalopathy in the United States: An AASLD survey. *Hepatology*, 45(3):833–834. <https://doi.org/10.1002/hep.21515>.
- Baron-Cohen, S., Eheelwright, S., Jolliffe, and T. (1997). Is There a Language of the Eyes? Evidence from Normal Adults, and Adults with Autism or Asperger Syndrome. *Visual Cognition*, 4(3), 311–331. <https://doi.org/10.1080/713756761>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.)*. Pearson.
- Benedet, M. J. & Alexandre, M. A. (1998). *TAVEC Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense*. TEA Ediciones, S. A.
- Blanca, M., Zalabardo, C., Rando, B., López-Montiel, D., & Luna, R. (2005). *AGL. Atención global-Local*. TEA Ediciones.
- Calvo Botella, H. (2003). Alcohol y neuropsicología. *Trastornos Adictivos*, 5(3):256–268. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13049864>
- Cacho, J., García, R., Arcaya, J., Gay, A. L., Vicente, J. L., Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28, 648–655. https://www.sanitas.es/media/profesionales-sanitarios/doc/archivo/pdf_diagnostico_precoz_deterioro_cognitivo_adicional/son304236.pdf
- Celik, Y., Kaya, M., & Sengün, S. (2002). Marchiafava-Bignami disease: cranial MRI and SPECT findings. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 104(4), 339–341. [https://doi.org/10.1016/s0303-8467\(02\)00031-8](https://doi.org/10.1016/s0303-8467(02)00031-8)
- Chirivella, J., Espert, R., & Gadea, M. (1996). Déficits Neuropsicológicos asociados al consumo de alcohol. Una aproximación multidisciplinar. *Psicología Conductual*, 4(3), 377–392. [https://doi.org/10.1016/S0214-1395\(96\)00031-8](https://doi.org/10.1016/S0214-1395(96)00031-8)

- www.fivan.org/?publicaciones=deficits-neuropsicologicos-asociados-al-consumo-de-alcohol-una-aproximacion-multidisciplinar.
- Conn, H. O., Leevy, C. M., Vlahcevic, Z. R., Rodgers, J. B., Maddrey, W. C., Seeff, L., & Levy, L. L. (1977). Comparison of lactulose and neomycin in the treatment of chronic portal-systemic encephalopathy. A double blind controlled trial. *Gastroenterology*, 72(4 Pt 1), 573–583. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14049/>
- Córdoba, C. J. (2009). XXXIV Congreso Anual de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. Encefalopatía hepática mínima: diagnóstico e implicaciones. *Gastroenterology and Hepatology*, 32, 17–23. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/274383>
- Córdoba, J., Cabrera, J., Lataif, L., Penev, P., Zee, P., & Blei, A. (1998). High prevalence of sleep disturbance in cirrhosis. *Hepatology*, 27(2), 339–345. <https://doi.org/10.1002/hep.510270204>.
- Corral-Varela, M., & Cadaveira, F. (2002). Aspectos neuropsicológicos de la dependencia del alcohol: naturaleza y reversibilidad del daño cerebral. *Revista de Neurología*, 682–687. https://www.usc.gal/necea/wp-content/uploads/2023/10/51e31f08d47b4-2002_corral_et al.pdf
- Dirksen, C., Howard, J., Cronin-Golomb, A., & Oscar-Berman, M. (2006). Patterns of prefrontal dysfunction in alcoholics with and without Korsakoff 's syndrome, patients with Parkinson's disease, and patients with rupture and repair of the anterior communicating artery. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2, 327–339.
- Fein, G., Bibbins, C. A., & Shane, M. (1995). Alcohol abuse and HIV infection have additive effects on frontal cortex function as measured by auditory evoked potential P3A latency. *Biological Psychiatry*, 37(3), 183–195 <https://doi.org/10.1016/0006-3223>.
- Fein, G., & Cardenas, V. (2015). Neuroplasticity in Human Alcoholism: Studies of Extended Abstinence with Potential Treatment Implications. *Alcohol Research*, 37(1), 125–41.
- Ferenci, P., Lockwood, A., Mullen, K., Tarter, R., Weissenborn, K., & Blei, A. T. (1998). Hepatic Encephalopathy–Definition, Nomenclature, Diagnosis and Quantification: Final Report of the Working Party at the 11th World Congresses of Gastroenterology, Vienna, 1998. *Hepatology*, 35(3):716–721. <https://doi.org/10.1053/jhep.2002.31250>.
- Fernández, A. L., Marino, J. C., & Alderete, A. M. (2002). Estandarización y validez conceptual del test del trazo en una muestra de adultos argentinos. *Revista de Neurología Argentina*, 27, 83–88.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
- Gauthier, L., Dehaut, F. y Joannette, Y. (1989). The bells test: A quantitative and qualitative test for visual neglect. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11, 49–53. <https://campaners.com/pdf/pdf1563.pdf>
- Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., & Arrieta, M. (2012). Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 79–88. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.11.004>
- Golden, C. J. (2007). *STROOP Test de Colores y Palabras*. TEA Ediciones.
- Heaton, R. (2009). *WCST. Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin*. TEA Ediciones.
- Ioime, L., Guglielmo, R., Affini, G., Queatrala, M., Martinotti, G., Callea, A., ...Janiri, L. (2018). Neuropsychological Performance in Alcohol Dependent Patients: A One-Year Longitudinal Study. *Psychiatry Investigation*, 15(5), 505–513. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.09.27.1>.
- Ioime, L., Guglielmo, R., & Janiri, L. (2014). The importance of cognitive assessment in the management of psychiatric disorders. *Research Advances in Psychiatry*, 1, 44–45. https://www.researchgate.net/publication/263013546_The_importance_of_cognitive_assessment_in_the_management_of_psychiatric_disorders

- Ioime, L., Guglielmo, R., & Janiri, L. (2018). Neuropsychological Performance in ALcohol Dependent Patiens: A one-year Longitudinal Study. *Psychiatry Investigation*, 15(5), 505–513. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.09.27.1>.
- Jones-Gotman, M. & Milner, B. (1977). Design fluency: The invention of nonsense drawings after focal cortical lesions. *Neuropsychologia*, 15(4–5), 653–674. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(77\)90070-7](https://doi.org/10.1016/0028-3932(77)90070-7)
- Koeppen, A., & Barron, K. (1978). Marchiafava–Bignami disease. *Neurology*, 28(3), 290–294. <https://doi.org/10.1212/wnl.28.3.290>
- Kopelman, M. (1995). The Korsakoff syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 166, 154–173. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.2.154>.
- Kopelman, M. D. (1991). Non-verbal, short-term forgetting in the alcoholic Korsakoff syndrome and Alzheimer–Type dementia. *Neuropsychologia*, 29:737–747. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(91\)90069-k](https://doi.org/10.1016/0028-3932(91)90069-k)
- Le Berre, A. (2019). Emotional processing and social cognition in alcohol use disorder. *Neuropsychology*, 33(6):808–821 <https://doi.org/10.1037/neu0000572>.33(6):808–821.
- Li, S., Wang, K., Yu, Y., Wang, H., Li, Y., & Xu, J. (2013). Psycometric hepatic encephalopathy score for diagnosis of minimal hepatic encephalopathy in China. *World Journal of Gastroenterology*, 14,19(46), 8745–8751. <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i46.8745>.
- Martín del Moral, M., Gerona, J. L., & Lizoasain, I. (2009). Alcohol (V): Fundamentos biopsicosociales del alcoholismo. Consecuencias psiquiátricas del abuso de alcohol. Tratamiento de la dependencia alcohólica. En: P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. L. Leza, I Lizoasain (Eds). *Drogodependencias* (Pág. 437–465). Editorial Médica Panaméricana. https://catoute.unileon.es/discovery/fulldisplay?vid=34BUC_ULE:VUI&tab=Everything&docid=alma991001229839705772&context=L&adaptor=Local%20Search%20Engine&query=creator,exact,Vargas%20Castrillo%CC%81n,%20Emilio,AND&mode=advanced&facet=creator,exact,Vargas%20Castrillo%CC%81n,%20Emilio&offset=0
- Millón, T. (1998). *MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millón-II*. TEA Ediciones, S.A.
- Moselhy, H., Georgiou, G., & Kahn, A. (2001). Frontal Lobe Changes in ALcoholism: a review of the literature. *Alcohol y Alcoholism*, 36(5):357–368. <https://doi.org/10.1093/alcalc/36.5.357>
- Moselhy, H. F., Georgiou, G., & Kahn, A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature. *Alcohol and alcoholism*, 36(5), 357–368. <https://doi.org/10.1093/alcalc/36.5.357>
- Ojeda, N., del Pino, R., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D., & Peña, J. (2016). Test de Evaluación cognitiva de Montreal: normalización y estandarización de la prueba en población española. *Revista de Neurología*, 63(11), 488–496. <https://doi.org/10.33588/rn.6311.2016241>
- Ortiz, M., Jacas, C., & Córdoba, J. (2005). Minimal Hepatic encephalopathy: diagnosis, clinical significance and recommendations. *Journal of Hepatology*, 42(1), S45–S53. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2004.11.028>
- Oscar-Berman, M., Shagrin, B., Evert, D., & Epstein, C. (1997). Impairments of brain and behavior. The neurological effects of alcohol. *Alcohol Health & Research World*, 21:65–75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15706764/>
- Padilla Ruiz, M. A., & Fernández Aguilar, M. E. (2013). Encefalopatía hepática mínima. Implicaciones clínicas, diagnóstico y manejo. *Medicent Electron*, 17(4):143–150. https://www.researchgate.net/publication/317519160_Encefalopatia_hepatica_minima_Implicaciones_clinicas_diagnostico_y_manejo
- Parsons, O. (1987). Neuropsychological consequences of alcohol abuse: Many questions, some answers. In O. A. Parsons, N. Butters, P. E. Nathan (Eds). *Neuropsychology of alcoholism: Implications for diagnosis and treatment* (pp. 153–175). The Guilford Press.

- Pedrero Pérez, E. J., Ruiz Sánchez de León, J. M., Rojo Mota, G., Llanero Luque, J., & Puerta García, C. (2009). *Adicciones*, 21(2), 155–166. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25538.pdf](https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25538.pdf)
- Peña-Casanova, J. (2005). *TEST BARCELONA REVISADO Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (TBR)*. Elsevier Masson.
- Rey, A. (2009). *REY. Test de Copia de una Figura Compleja*. TEA Ediciones.
- Ridley, N., Draper, B., & Withall, A. (2013). Alcohol-related dementia: an update of the evidence. *Alzheimer's research & therapy*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.1186/alzrt157>
- Rodríguez del Álamo, A., Catalán, M. J., & Carrasco, L. (2003). FAB: aplicación preliminar española de la batería neuropsicológica de evaluación de funciones frontales a 11 grupos de pacientes. *Revista de Neurología*, 36(7), 605–608.
- Roehrich, L., & Goldman, M. S. (1993). Experience-dependent neuropsychological recovery and the treatment of alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 812–821. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.5.812>
- Romero Gómez, M., Córdoba, J., Jover, R., del Olmo, J., Fernández, A., Flavià, M., Compañy, L., Poveda, M. J., Felipo, V., & Red Nacional de Investigación en Encefalopatía Hepática (2006). Tablas de normalidad de la población española para los tests psicométricos utilizados en el diagnóstico de la encefalopatía hepática mínima [Normality tables in the Spanish population for psychometric tests used in the diagnosis of minimal hepatic encephalopathy]. *Medicina clínica*, 127(7), 246–249. <https://doi.org/10.1157/13091264>
- Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C. Q., Huppert, F. A., Hendrie, H., Verma, S., & Goddard, R. (1986). CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 149, 698–709. <https://doi.org/10.1192/bjp.149.6.698>
- Ruiz-Sánchez de León, J., Pedrero-Pérez, E., Lozoya-Delgado, P., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G., & Puerta-García, C. (2012). Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Revista de Neurología*, 54, 649–663. <https://doi.org/10.33588/rn.5411.2012019>
- Spada, M., & Pozos, A. (2009). A metacognitive modelo of problema drinking. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 16(5), 382–293. <https://doi.org/10.1002/cpp.620>
- Spada, M., & Wells, A. (2008). Metacognitive beliefs about alcohol use: development and validation of two self-reports scales. *Addictive Behavior*, 22(4), 515–527. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.10.011>
- Spada, M., Moneta, G., & Wells, A. (2007). The relative contribution of metacognitive beliefs and expectancies to drinking behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 42(6), 567–574. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agm055>
- Talwalkar, J., & Kamath, P. (2005). Influence of recent advances in medical management on clinical outcomes of cirrhosis. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(11), 1501–1508. <https://doi.org/10.4065/80.11.1501>
- Tsagareli M. G. (1995). The interhemispheric functional organization on human visuo-spatial perception. *Neuroreport*, 6(6), 925–928. <https://doi.org/10.1097/00001756-199504190-00025>
- Van Oort, R., & Kessels, R. P. (2009). Executive dysfunction in Korsakoff's syndrome: Time to revise the DSM criteria for alcohol-induced persisting amnesic disorder? *International journal of psychiatry in clinical practice*, 13(1), 78–81. <https://doi.org/10.1080/13651500802308290>
- Verdejo García, A. (2018). The neuropsychologist workin in addiction: What to Know? Ten questions and answers. *Revista Iberoamericana de Neuropsicología*, 1(2), 170–179. <https://neuropsychologylearning.com/wp-content/uploads/pdf/pdf-revista-vol1/RevNeuro2-3-neuropsychologist-working-addiction.pdf>

- Villanueva, J., Delgado Bona, G., & Gallego Cullere, J. (1994). Enfermedades Carenciales del sistema nervioso. En A. Codina Puiggros (Ed.). *Tratado de Neurología* (pp. 520-513). Aran Ediciones
- Walvoort, S. J., Wester, A. J., & Egger, J. I. (2013). Neuropsychologische diagnostiek en cognitieve functies bij alcoholabstinentie [The neuropsychology of cognitive functions in alcohol abstinence]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(2), 101-111.
- Wechsler, D. (2001). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-III)*. TEA Ediciones, S.A.
- Wechsler, D. (2004). *Escala de Memoria de Wechsler-III*. Pearson Education.
- Weissenborn, K. (2008). PHES: One label, different goolds?! *Journal of Hepatology*, 49, 309-312. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2008.06.023>
- Weissenborn, K., Ennen, J., Schomerus, H., Rückert, N., & Hecker, H. (2001). Neuropsychological characterization of hepatic encephalopathy. *Journal of Hepatology*, 34(5), 768-73. [https://doi.org/10.1016/s0168-8278\(01\)00026-5](https://doi.org/10.1016/s0168-8278(01)00026-5)
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behavior Research and Therapy*, 34(11-12), 881-8. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00050-2)

5

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN EL TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL

Marta Marín

1. INTRODUCCIÓN

Los individuos que presentan un consumo crónico y abusivo de alcohol pueden sufrir diversas complicaciones psiquiátricas y neuropsiquiátricas.

Por un lado, los trastorno por uso de alcohol (TUA) pueden presentarse de manera comórbida con otros trastornos psiquiátricos, lo que ensombrece el pronóstico de ambos trastornos por separado; es lo que se conoce con el nombre de patología dual. La patología dual se define como “la existencia o concurrencia simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital de un individuo de dos o más trastornos mentales independientes, aunque necesariamente interactivos, de los cuales al menos uno de ellos es un trastorno por uso de sustancias (TUS)” (Martínez-Raga y Szerman, 2015).

Por otro lado, el alcohol, cuando se consume crónicamente y de manera abusiva, tiene efectos neurotóxicos, pudiendo dar lugar a cuadros neurológicos potencialmente graves, y/o asociarse a un deterioro cognitivo significativo.

2. PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL Y OTRAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

2.1. Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos (TD) son los trastornos psiquiátricos más frecuente entre los pacientes con un TUA. Los tres TD más estudiados son: el trastorno depresivo mayor (TDM), que se caracteriza por la presencia durante dos o más semanas de al menos ánimo triste o anhedonia, junto a otros síntomas depresivos; el trastorno depresivo persistente (TDP), que se diagnostica ante la presencia de un estado de ánimo deprimido de al menos dos años de evolución, aunque menos intenso que el TDM; y los trastornos depresivos inducidos por el alcohol (TDIA), que se presentan con un estado de ánimo deprimido y/o anhedonia, un breve periodo de tiempo después de

la intoxicación o del síndrome de abstinencia, remitiendo a las 3-4 semanas de haber cesado el consumo de alcohol.

En comparación con los individuos sin TUA, los pacientes con TUA tienen un riesgo 2.3 veces mayor de padecer un TDM y 1.7 veces mayor de padecer un TDP. Además, se ha estimado que, en población clínica, el 33% y el 11% de los pacientes con un TUA, cumplirían criterios diagnósticos de TDM y de TDP, respectivamente. A la inversa, en este mismo grupo poblacional, se calcula que más del 25% de los pacientes con un TUA desarrollarán un TDIA a lo largo de su vida. La comorbilidad de un TUA con un TD es más frecuente entre las mujeres que entre los varones. Además, las mujeres experimentan más frecuentemente los síntomas depresivos antes que los del TUA, mientras que en los varones sucede lo contrario, siendo más frecuente que desarrollen antes el TUA que el TD. Por último, la presencia de un TD predice el desarrollo de un TUA entre las mujeres, pero no entre los varones.

Los individuos que padecen esta comorbilidad se caracterizan por: tener menos probabilidades de lograr la remisión clínica de la clínica depresiva, requerir tiempos más prolongados hasta que la logran esta remisión; y consumir mayores cantidades de alcohol.

Entre los mecanismos etiopatogénicos que han intentado explicar la comorbilidad de los TD y los TUA se encuentran: 1) Teoría de que los TD incrementan el riesgo de desarrollar TUA. Según esta teoría la presencia de síntomas internalizantes (depresión, ansiedad), incrementaría el riesgo de desarrollar un TUA. Podría confirmarse principalmente en mujeres; 2) Teoría de que los TUA incrementan el riesgo de padecer un TD. Se basa en la constatación de que, tanto en adolescentes como en adultos, el consumo regular o abusivo de alcohol se asocia a un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos. 3) Teoría del factor etiológico común. Plantea que ambos trastornos comparten mecanismos genéticos, fisiopatológicos o factores de riesgo comunes, habiéndose propuesto como esos nexos comunes la disfunción de los sistemas de recompensa y/o de estrés (McHugh y Weiss, 2019).

Se recomienda el empleo de fármacos antidepresivos en estos pacientes duales. Los fármacos que más eficacia han demostrado en el tratamiento de la depresión dual son los antidepresivos tricíclicos, si bien en la práctica clínica se suelen emplear los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) por su mejor perfil de seguridad. Sin embargo, aunque los antidepresivos son eficaces para la estabilización de los síntomas afectivos, su eficacia en los TUA es mucho más modesta, por lo que se ha planteado la combinación de antidepresivos con fármacos específicos para el TUA como la naltrexona o el acamprosato, los cuales además de ayudar a un mejor control del consumo de alcohol, podrían ayudar a paliar la clínica depresiva (Preuss et al., 2018).

2.2. Trastorno bipolar

Entre los pacientes con un Trastorno Bipolar (TB), los TUA son la comorbilidad (en el eje I) más frecuente. Se ha calculado que entre el 44% y el 62% de los pacientes diagnosticados de un TB tienen un TUA comórbido. Los TUA son ligeramente más prevalentes entre los individuos con un TB tipo I (46.2-54.6%), que entre los individuos con un TB tipo II (39.2-51.8%).

Como en otras comorbilidades, la presencia en un mismo individuo de un TB y de un TUA empeora el pronóstico de ambos. De esta manera, los individuos diagnosticados de TB que además padecen un TUA se caracterizan por: desarrollar el TB a edades más tempranas; tener un mayor

número tanto de episodios maníacos como depresivos; presentar más síntomas afectivos; tener un mayor riesgo de recurrencias; requerir tiempos más prolongados hasta alcanzar la remisión clínica; presentar un mayor riesgo de viraje, episodios mixtos y ciclación rápida; realizar más intentos de suicidio; desarrollar déficits cognitivos más extensos y severos; tener una peor adherencia terapéutica; y requerir un mayor número de hospitalizaciones. A la inversa, la presencia de un TB en un individuo con TUA se asocia a un inicio a edades más tempranas del TUA, y a un mayor riesgo para desarrollar otros TUS.

A nivel neuroestructural y neuroquímico, los individuos diagnosticados con un TB que además tienen una historia de TUA, en los estudios de neuroimagen, presentan un menor volumen de sustancia gris en el cíngulo anterior derecho y en el giro frontal medial izquierdo, ambas regiones implicadas en la regulación emocional. Además, estos individuos tienen menores niveles de glutamato (GLU) en el córtex prefrontal dorsolateral izquierdo en comparación con los individuos bipolares que no padecen un TUA, lo que se ha planteado que podría predisponer a estos pacientes a desarrollar un TUA y otros TUS, lo que a su vez se asociaría a una peor evolución clínica y funcional (Rakofsky y Dunlop, 2013).

En lo que respecta al tratamiento, en líneas generales, se tiende a recomendar el valproato antes que el litio en el manejo de estos pacientes duales, habiendo demostrado este fármaco una mayor eficacia, no solo en la estabilización de los síntomas afectivos, sino también en los parámetros relacionados con el consumo de alcohol. Los resultados con la quetiapina han sido, sin embargo, más modestos. Con relación a los tratamientos específicos para el TUA, tanto la naltrexona como el disulfiram han demostrado eficacia, cabiendo destacar que no se observó un incremento de descompensaciones maníacas o psicóticas asociadas al disulfiram.

2.3. Trastornos de ansiedad

Otra de las comorbilidades que más frecuentemente presentan los pacientes con un TUA son los trastornos de ansiedad (TA). Aproximadamente, el 20–40% de los pacientes diagnosticados de un TA padecen también un TUA. A la inversa, hasta un 50% de los pacientes que cumplen criterios diagnósticos para un TUA también lo hacen para un TA. Entre los TA, los que más frecuentemente se asocian a los TUA son: el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la fobia social (FS) y el trastorno de pánico (TP).

En general, los TA suelen preceder al TUA. Más específicamente, la FS, especialmente en mujeres, precede al TUA en más del 80% de los casos. Por el contrario, el TAG y el TP pueden aparecer después de un consumo perjudicial de alcohol. La comorbilidad TA y TUA se asocia a una evolución más tórpida de ambos trastornos, con una peor respuesta a los tratamientos y un mayor riesgo de recaídas.

Se han descrito diversos factores de riesgo para esta comorbilidad. Entre ellos se encuentran: el sexo femenino, los problemas de socialización, la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos, principalmente los trastornos afectivos, y los antecedentes familiares de un TA y/o un TUA.

En lo que respecta a la etiopatogenia de esta comorbilidad, se han planteado diversos modelos. El modelo de la reducción de la tensión postula que el TA precede al TUA; el alcohol, por sus propiedades ansiolíticas, es empleado por los sujetos que padecen un TA como una forma de paliar los síntomas ansiosos, incrementándose, de esta manera, el riesgo de desarrollar un TUA. A la inversa,

otros modelos plantean que el TUA precedería al TA; esto se basa en la demostración de que el consumo crónico de alcohol produce una desregulación de la respuesta al estrés, la cual, en última instancia, se asociaría a una emocionalidad negativa (ansiedad), lo que posteriormente contribuiría a un mayor craving y riesgo de recaída. No obstante, los modelos que cuentan en la actualidad con un mayor apoyo son el del factor etiológico común y el de la causalidad bidireccional, según los cuales la presencia de uno u otro trastorno incrementaría el riesgo de desarrollar el otro. De este modo, los TUA y los TA formarían parte de un único síndrome neurobiológico-comportamental en el que estarían implicados circuitos cerebrales comunes a ambos trastornos, siendo la amígdala central la que juega un papel más relevante (Anker y Kushner, 2019; Castillo-Carniglia et al., 2019).

Por último, con respecto al tratamiento farmacológico, se tiende a recomendar el uso de los ISRS, los inhibidores de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (IRSN) (venlafaxina y duloxetine), los antipsicóticos de segunda generación con perfil sedativo (quetiapina y olanzapina), y los nuevos antiepilépticos (gabapentina y pregabalina), que son especialmente útiles en el control de la sintomatología ansiosa, demostrando también un buen perfil de seguridad. Se recomienda evitar el empleo de benzodiacepinas (BZD) en estos pacientes, si bien podrán combinarse con los ISRS durante el periodo de latencia de inicio del efecto terapéutico de éstos, siendo las más recomendables las de semivida larga.

2.4. Trastorno por estrés postraumático

Otra comorbilidad prevalente es la del trastorno por estrés postraumático (TEPT) con el TUA. El TEPT se caracteriza por una serie de síntomas, que aparecen después de haber estado expuesto a un evento traumático, y entre los que se encuentran: los síntomas intrusivos (pesadillas y flash-backs), los síntomas evitativos (evitación de recordatorios externos, recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el trauma), los síntomas de hiperarousal/reactividad (irritabilidad, hipervigilancia, problemas de concentración, alteraciones del sueño) y las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (sentimientos de culpa y vergüenza en relación al trauma, estado de ánimo negativo, apatía) (APA, 2013). El 15-25% de los individuos con un TUA padecen un TEPT comórbido, siendo esta comorbilidad 2.5 veces más frecuente entre las mujeres que entre los varones. A la inversa, el TEPT se asocia a un riesgo 3 veces mayor de desarrollar un TUA, siendo la prevalencia de los TUA en los pacientes diagnosticados de TEPT del 35-55%.

En la mayoría de las ocasiones, el TEPT precede al TUA dado que muchos pacientes con un TEPT consumen alcohol en un intento de aliviar algunos de sus síntomas como la ansiedad o el hiperarousal. Además, se ha demostrado que a una mayor severidad del TEPT, mayor será el nivel de consumo de alcohol y el craving en respuesta a los estímulos relacionados con el trauma y/o con el alcohol. No obstante, los TUA también pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo del TEPT por la vía de un mayor riesgo para la victimización (agresiones sexuales en las mujeres, atracos) en los individuos que padecen un TUA, quienes además pueden tener afectados los mecanismos psicológicos necesarios para afrontar la experiencia traumática, lo que incrementa el riesgo de la aparición de síntomas de ansiedad y TEPT.

Existen una serie de factores de riesgo comunes al TEPT y a los TUA, como los antecedentes de depresión y otras patologías psiquiátricas, y la presencia de estresores vitales tempranos (exposición a la violencia, antecedentes de abuso o maltrato infantil y una situación de precariedad socioeconómica). La comorbilidad de un TEPT y un TUA ensombrece el pronóstico de ambos trastornos. De este modo, se ha visto que los individuos que padecen esta comorbilidad tienen

mayores porcentajes de otras patologías psiquiátricas, más riesgo de recaída y de hospitalizaciones, y más complicaciones médicas y sociales (desempleo, mendicidad).

Se ha planteado que el TEPT y los TUA tendrían una base etiopatogénica neurobiológica común, ya que comparten diversas alteraciones neurobiológicas y neuroendocrinas entre las que se encuentran: una reducción del volumen de la amígdala, con hiperactivación de ésta en respuesta a los estímulos relacionados con el trauma y/o con el alcohol; una hipoactivación del córtex prefrontal ventromedial en respuesta a los estímulos amenazantes y/o relacionados con el alcohol; una reducción del volumen y activación del hipocampo; una disfunción dopaminérgica en el Núcleo Accumbens (NAC); y alteraciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) (Suh y Ressler, 2018).

Por su eficacia, seguridad y tolerabilidad, los fármacos más utilizados en el tratamiento de la comorbilidad del TEPT y los TUA son los ISRS, habiendo más evidencia para el empleo de la sertralina. Sin embargo, estos fármacos no son eficaces para tratar el TUA, por lo que habría que considerar emplear, además, tratamientos específicos para la deshabituación de alcohol, como la naltrexona. Otras opciones terapéuticas que se pueden considerar son la mirtazapina, la trazodona, la venlafaxina y el bupropion, los antipsicóticos atípicos (olanzapina y quetiapina) y algunos antiepilépticos. Por su potencial de abuso, las BZD deben usarse con precaución en estos pacientes (Petrakis y Simpson, 2017).

2.5. Trastornos psicóticos

En lo que respecta a esta comorbilidad, hay que diferenciar entre dos tipos de trastornos psicóticos: los trastornos psicóticos primarios, principalmente la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, que pueden asociarse a un TUA comórbido, y los trastornos psicóticos inducidos por el alcohol (TPIA) que son cuadros psicóticos que pueden aparecer en el contexto de la intoxicación, la abstinencia o el consumo crónico de alcohol.

La esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo son trastornos que se caracterizan por la presencia de delirios, alucinaciones, desorganización conductual y del curso del pensamiento, y déficits cognitivos. En el trastorno esquizoafectivo los individuos presentan además episodios de depresión y/o manía. Los individuos diagnosticados de estos trastornos psicóticos primarios tienen una elevada prevalencia de TUA. Se ha descrito que, tanto la esquizofrenia como el trastorno esquizoafectivo, se asocian a un riesgo 3 veces mayor de desarrollar un TUA en comparación con la población general. Se estima que la prevalencia de TUA en pacientes con esquizofrenia es de alrededor del 21-24.3%, y que más de 1/3 de los pacientes con esquizofrenia desarrollan el TUA antes del debut del primer episodio psicótico. A la inversa, entre los pacientes con un TUA, el 4% presentan un trastorno psicótico primario comórbido.

Se cree que existe una relación bidireccional entre la esquizofrenia y los TUA, de manera que la coexistencia en un mismo individuo de un TUA y un trastorno psicótico primario se asocia a un peor pronóstico, con mayores tasas de depresión, mayor riesgo de suicidio, peor adherencia al tratamiento, más recurrencias psicóticas, patologías somáticas crónicas, mendicidad, agresividad, violencia, encarcelamiento, y hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas.

Múltiples teorías han intentado explicar esta elevada comorbilidad. Por un lado, se ha planteado la posibilidad de que exista una vulnerabilidad genética compartida entre los trastornos psicóticos primarios y los TUA. De hecho, varios polimorfismos del factor neurotrófico derivado del cerebro

(BDNF) estarían presentes cuando coexisten la esquizofrenia y el TUA, pero no cuando estos trastornos se presentan de una manera aislada. En lo que respecta al modelo de diátesis-estrés, éste plantea que la combinación de una vulnerabilidad neurobiológica y una vulnerabilidad ambiental (incluyendo los TUS) podrían conducir al desarrollo de la esquizofrenia. Otra teoría, la de los factores de riesgo acumulados, defiende que los individuos con esquizofrenia son más propensos a desarrollar un TUS como consecuencia del riesgo acumulado de varios factores como un pobre desarrollo cognitivo, un pobre funcionamiento social, un bajo estatus socioeconómico y una mayor accesibilidad a las drogas. Por último, la hipótesis de la automedicación plantea los individuos con esquizofrenia consumirían o abusarían de alcohol y de otras sustancias tóxicas en un intento de aliviar la sintomatología negativa asociada a la enfermedad o los efectos secundarios relacionados con la medicación antipsicótica. Sin embargo, hasta el momento, ninguna de ellas cuenta con una suficiente evidencia científica, siendo la teoría de la disfunción del sistema de recompensa la más aceptada en la actualidad. Según esta teoría, los individuos con esquizofrenia tienen una disfunción de los circuitos dopaminérgicos mesocorticolímbicos del sistema de recompensa, y emplean al alcohol y otras drogas con el objetivo de corregir esta disfunción.

Con respecto al tratamiento de la comorbilidad entre la esquizofrenia y los TUA, los antipsicóticos de primera generación no solo no se asocian a una reducción del consumo de alcohol, sino que pueden empeorar el craving. Por dicho motivo, se recomienda emplear antipsicóticos de segunda generación o inyectables de larga duración (estos últimos sobre la base de que mejoran la adherencia al tratamiento). De todos ellos, la clozapina es la que ha demostrado una mayor eficacia, no solo en el control de la sintomatología psicótica, sino que también podría ser eficaz para reducir el consumo de alcohol y el riesgo de recaída. En lo que se refiere a los fármacos específicos para el tratamiento del TUA se tiende a recomendar la naltrexona, mientras que la prescripción del disulfiram en los pacientes psicóticos debe realizarse con precaución, ya que en teoría podría empeorar la sintomatología psicótica por su acción inhibitoria sobre la dopamina beta-hidroxilasa (Archibald et al., 2019).

En lo que se refiere a los TPIA, estos representan aproximadamente 1/3 de las psicosis duales que asocian un TUA, siendo su prevalencia de aproximadamente el 4%. El alcohol puede precipitar síntomas psicóticos cuando se consume crónicamente, y tanto durante la intoxicación, como durante la abstinencia. De hecho, numerosos trastornos neuropsiquiátricos relacionados con el consumo de alcohol (el delirium de la intoxicación alcohólica, el delirium tremens, la encefalopatía de Wernicke y el síndrome de Korsakoff, la pelagra, la encefalopatía hepática, la enfermedad de Marchiafava-Bignami, la demencia alcohólica, la mielinolisis central pontina, la alucinosis alcohólica, el trastorno delirante inducido por el alcohol y la intoxicación idiosincrásica) pueden asociarse a síntomas psicóticos.

A continuación describiremos los TPIA más importantes. El delirium tremens es la complicación más grave del síndrome de abstinencia alcohólica. Afecta aproximadamente al 5% de los pacientes alcohólicos hospitalizados, y tiene una mortalidad del 10% entre los pacientes que no reciben tratamiento. Cursa con clínica confusional, desorientación, insomnio, agitación psicomotriz, hiperactividad autonómica y trastornos perceptivos (ilusiones o alucinaciones), con interpretaciones delirantes secundarias poco sistematizadas. Las alucinaciones más frecuentes son las visuales, típicamente fugaces, variables y recurrentes, siendo muy características las microzoopsias y las alucinaciones liliputienses. Menos frecuentemente pueden aparecer alucinaciones de otras modalidades (auditivas, táctiles u olfativas). Además, es característico el llamado delirio ocupacional, en el cual el paciente, dentro de su cuadro confusional, realiza movimientos propios de su activi-

dad laboral. Los síntomas suelen aparecer entre las 72 y 96 horas después de haber interrumpido un consumo prolongado y/o intenso de alcohol, y dura entre 3 y 5 días. Por su parte, la alucinosis alcohólica es una psicosis exógena que se caracteriza por la aparición de alucinaciones auditivas (que son las más frecuentes), visuales o táctiles. Las alucinaciones auditivas suelen consistir en sonidos elementales (zumbidos, chasquidos, crujidos, disparos) en sus fases iniciales, de los que el individuo mantiene una adecuada capacidad de crítica, pero que pueden progresar a formas más complejas como voces amenazantes, acusatorias o insultantes, siendo frecuente que se asocien a interpretaciones delirantes secundarias, de contenido persecutorio o de influencia. Suele aparecer en personas mayores de 40 años y con una historia de consumo de alcohol de más de 10 años. Los individuos que presentan este trastorno suelen iniciar su consumo de alcohol a edades más tempranas, lo consumen en mayores cantidades, desarrollan más problemas relacionados con el alcohol y presentan consumos concomitantes de otras drogas. Por último, el trastorno delirante inducido por el alcohol es un cuadro que cursa con ideas delirantes de tipo persecutorio o celotípico, y riesgo de auto-heteroagresión (Marín et al., 2010).

2.6. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia de tres síntomas nucleares: inatención, hiperactividad, e impulsividad. Estos síntomas suelen mantenerse durante la adultez, si bien disminuye la hiperactividad, persistiendo el déficit atencional.

Existe una relación bidireccional entre el TDAH y los TUA. Por un lado, los niños con TDAH tienen un riesgo de 1.35 a 1.75 mayor de desarrollar un TUA en la edad adulta en comparación con los niños sin TDAH, de manera que la prevalencia de los TUA entre los adultos diagnosticados de TDAH se sitúa entre un 20–25%. A la inversa, se estima que la prevalencia de TDAH entre los pacientes con un TUA oscila entre un 20–40%. Aunque los resultados con respecto al subtipo de TDAH que más frecuentemente se relaciona con los TUA son inconclusos, numerosos estudios apoyan que lo serían los subtipos combinado o hiperactivo-impulsivo.

La comorbilidad del TDAH y el TUA ensombrece el pronóstico de ambos trastornos. Los individuos diagnosticados de TDAH inician el consumo de alcohol a edades más tempranas, consumen cantidades más elevadas de alcohol, desarrollan más precozmente craving, tolerancia, consumos matutinos y síntomas de abstinencia, progresan más rápidamente hacia un consumo regular y hacia una dependencia del alcohol, tienen periodos de abstinencia más cortos, con recaídas más precoces y frecuentes, su TUA es más severo, desarrollan con más frecuencia otros TUS, y tienen mayor riesgo de suicidio, así como un riesgo incrementado de verse inmiscuidos en comportamientos delictivos o en la conducción temeraria de vehículos, y más del doble de riesgo de desarrollar otro trastorno psiquiátrico comórbido.

Se ha planteado que esta elevada comorbilidad podría estar relacionada con el hecho de que ambos trastornos compartan mecanismos fisiopatológicos comunes, principalmente niveles más altos de impulsividad y una mayor disfunción ejecutiva, que podrían estar relacionados con la mutación del receptor D4 de la dopamina y una hipoactivación del córtex prefrontal. El pobre control de impulsos, la disregulación emocional, la dificultad para demorar la recompensa y la hipersensibilidad a la gratificación inmediata podría conducir a los sujetos diagnosticados de TDAH a consumir alcohol de una manera más abusiva, al tener más dificultades para interrumpir su ingesta de alcohol una vez iniciada (Kuppa y Maysun, 2019; Lohit et al., 2019).

Aunque en líneas generales se tiende a aceptar que el tratamiento de elección del TDAH del adulto son los fármacos estimulantes (el metilfenidato o la lisdexanfetamina) frente a los no estimulantes (la atomoxetina, la clonidina o la guanfacina), en el caso del TDAH dual que asocia un TUA comórbido, existe más evidencia con respecto al empleo de la atomoxetina, la cual ha demostrado eficacia tanto en el control de los síntomas del TDAH, como en las variables relacionadas con el consumo de alcohol (especialmente en lo que respecta al control del craving, siendo menos eficaz en la reducción del consumo de alcohol). En caso de que se emplee el metilfenidato, son preferibles las presentaciones de liberación prolongada al tener un menor potencial de abuso (Cunill et al., 2022).

2.7. Trastornos de la personalidad

Los TUA y los trastornos de la personalidad (TP) se presentan frecuentemente de manera comórbida. Los TP más frecuentemente asociados a los TUA son los del clúster B, especialmente el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno antisocial de la personalidad (TASP) y, en menor medida, los TP del clúster C, como el trastorno de la personalidad por evitación y el trastorno de la personalidad por dependencia. En el estudio NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) más del 40% de los participantes que cumplían criterios diagnósticos para cualquier TP cumplían además criterios diagnósticos para un TUA.

El TASP se caracteriza por un patrón de conducta consistente en una dificultad para adaptarse a las normas sociales, despreocupación o violación de los derechos de los demás, empleo de la mentira y la manipulación, e impulsividad. Por su parte, el TLP se caracteriza por la presencia de desregulación emocional, impulsividad, suicidabilidad y dificultades en las relaciones interpersonales. Ambos trastornos se manifiestan con un amplio abanico de conductas desadaptativas incluyendo el consumo perjudicial de sustancias y de alcohol.

Aproximadamente el 45–50% de los individuos que cumplen criterios diagnósticos para un TLP, y casi el 70% de los individuos con un TASP presentan un TUA comórbido. A la inversa, entre los individuos que cumplen criterios diagnósticos para un TUA, la prevalencia del TLP es del 12–17%, y la del TASP es del 19–22%, respectivamente.

La coexistencia de ambos trastornos empeora significativamente el pronóstico de cada uno de ellos por separado. De esta manera, la presencia de un TLP o un TASP en un individuo con un TUA se asocia a una edad de inicio en el consumo de alcohol más temprana y a una mayor duración del TUA.

Diversos modelos han intentado explicar la elevada coexistencia de los TUA con los TLP y los TASP. Los modelos de rasgos plantean la existencia de unos rasgos de la personalidad, especialmente la impulsividad, el pobre control inhibitorio, la búsqueda de novedades, la baja evitación del peligro y la dependencia de la recompensa, que serían comunes al TLP, al TASP y a los TUA, lo que explicaría su frecuente coexistencia. Por su parte, los modelos del desarrollo postulan que, los individuos que presentan un menor declive, o incluso un incremento, de algunos rasgos de la personalidad como el neuroticismo y la impulsividad, durante la adolescencia o la adultez temprana, son los que tienen más riesgo de mantener un consumo problemático de alcohol y, por ende, desarrollar un TUA. Por último, se han desarrollado cuatro modelos causales que explican, desde diferentes perspectivas, cómo los TUA se relacionan con el TLP y el TASP: 1) el modelo de predisposición–vulnerabilidad plantea que la existencia del TLP o del TASP, sobre todo por su

asociación con rasgos de impulsividad, búsqueda de novedades, neuroticismo y emocionalidad negativa, desencadena respuestas ambientales (como los problemas interpersonales o laborales), que conducen al inicio y desarrollo del TUA. Este modelo es el que cuenta con más apoyo científico en el momento actual; 2) el modelo de complicación, por su parte, postula que, el TUA podría afectar a la personalidad del individuo, de manera que, la neuroadaptación asociada al consumo excesivo y crónico de alcohol podría resultar en un incremento de la impulsividad, el neuroticismo y la emocionalidad negativa. Este modelo cuenta con menos evidencia; 3) el modelo de exacerbación propone que, la presencia de un TLP o un TASP, se añade o modifica la manifestación y el curso del TUA. Cuenta también con una evidencia más limitada; y 4) el modelo del espectro señala la existencia de un factor etiológico común entre ambos trastornos, dado que se ha descrito que algunos rasgos de la personalidad como la impulsividad, la búsqueda de novedades y la agresividad explicarían el 40% de la varianza genética de los TUA. Estos mecanismos genéticos comunes darían lugar a los comportamientos externalizantes que incluirían el TUA, otros TUS, los trastornos de conducta y el comportamiento antisocial (Helle et al., 2019).

En lo que respecta al tratamiento, la recomendación general es que sea la psicoterapia la que se utilice en primera línea, siendo el tratamiento farmacológico un coadyuvante. No hay ningún fármaco aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) para el tratamiento del TLP y/o del TASP. No obstante, se han ensayado diversos tratamientos "off-label", incluyendo los específicos para el TUA como el acomprosato, la naltrexona o el disulfiram, los estabilizadores del ánimo y antiepilépticos como la lamotrigina y el topiramato, los antipsicóticos de segunda generación como la olanzapina o el aripiprazol, y los ISRS, siendo estos últimos los que han demostrado una menor eficacia. Entre todos ellos, los que podrían tener un papel más importante son la naltrexona, que además de mejorar los parámetros relacionados con el consumo de alcohol se asocia a un mejor control de la impulsividad y de los pensamientos y las conductas autoagresivas, y el topiramato, que es eficaz en el control inhibitorio, lo que permite controlar tanto la impulsividad y la ira asociada al TLP, como el craving y la frecuencia del consumo de alcohol.

2.8. Trastornos de la conducta alimentaria

Otra comorbilidad que hay que considerar entre los individuos con un TUA son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Entre los TCA, los que más frecuentemente se han relacionado con los TUA son la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TPA) (8-40%) y, en menor medida, el subtipo compulsivo-purgativo de la anorexia nerviosa (AN) (2-10%). La BN y el TPA se caracterizan por episodios recurrentes de ingestas de grandes cantidades de comida, en un corto espacio de tiempo, que se acompañan de sensación de pérdida de control y sentimientos de culpa. La principal diferencia entre ellos radica en que, en la BN, aparecen también conductas compensatorias para controlar el peso corporal como la autoinducción del vómito, el uso de diuréticos y/o laxantes, la restricción de la ingesta y el ejercicio físico excesivo. Estos trastornos son más frecuentes entre las mujeres.

Hasta el 40% de las mujeres que buscan tratamiento por un TCA tienen además un consumo perjudicial de alcohol. A la inversa, los individuos que abusan de alcohol o de otras drogas tienen un riesgo 11 veces más elevado de desarrollar un TCA.

El ejercicio físico excesivo, el ayuno y/o la restricción dietética, el empleo de métodos purgativos, la insatisfacción con la imagen y/o el peso corporal, la presencia de sentimientos de culpa después de la ingesta y/o el miedo a perder el control sobre la ingesta, junto a un fuerte deseo de

perder peso, son los síntomas de los TCA que más frecuentemente se asocian a la comorbilidad con un TUA. Además, se han descrito diferencias en función del género, de manera que, el riesgo de desarrollar un TUA entre las mujeres diagnosticadas de un TCA, estaría más relacionado con la insatisfacción con el peso corporal y la ingesta compulsiva de comida, mientras que en los varones diagnosticados de un TCA lo estaría con el sobrepeso, la autoinducción del vómito y el uso de laxantes.

Como en otras comorbilidades, el hecho de que en un mismo individuo concurren un TCA y un TUA empeora el pronóstico de ambos trastornos, habiéndose observado que estas personas tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud física, como la obesidad, la diabetes o la hipertensión arterial, problemas sociales, académicos y laborales, conductas sexuales de riesgo, problemas psicológicos como trastornos ansiosos y/o depresivos, ideación suicida y autoagresión, y una peor adherencia al tratamiento.

En lo que se refiere a la etiopatogenia de esta comorbilidad, hay un modelo que plantea la existencia de unos rasgos de la personalidad de riesgo como la impulsividad, el neuroticismo y la desregulación emocional, que facilitarían que los individuos que los presentan coman y/o beban alcohol, en exceso en un intento de autorregularlos, especialmente en lo que se refiere a la emocionalidad negativa. Otros modelos apuntan hacia la existencia de una vulnerabilidad genética común para el desarrollo de ambos trastornos, habiéndose descrito que la comorbilidad TCA y TUA es de casi el doble entre gemelos monocigóticos que, entre gemelos dicigóticos, y que el alelo largo del gen del receptor D4 de la dopamina podría estar implicado en la patogénesis de ambos trastornos al asociarse a un aumento tanto del craving por el alcohol, como por la comida (Ferriter y Ray, 2011; Azevedo et al., 2020).

El tratamiento que más frecuentemente se emplea, tanto en la BN, como en el TPA, es la fluoxetina. Sin embargo, no se ha podido probar su eficacia cuando existe una comorbilidad con un TUA. Dentro de las opciones farmacológicas, cabrían destacar el topiramato y la naltrexona, que han demostrado eficacia en el control de los atracones de comida, por un lado, y del consumo de alcohol, por otros, aunque son muy escasos los estudios en pacientes comórbidos.

2.9. Trastornos del sueño

Los TUA se han asociado con diversos trastornos del sueño, siendo el más frecuente el insomnio. La prevalencia de insomnio entre los pacientes con un TUA tanto con consumos activos, como después de varias semanas de abstinencia, oscila entre un 36 y un 92% (Colrain et al., 2014). Los pacientes con un TUA pueden asociar, además, otros problemas del sueño que conducen a insomnio, como una pobre higiene del sueño, los sueños vívidos y las pesadillas, el sonambulismo, el síndrome de la apnea obstructiva del sueño (SAOS), el trastorno de movimientos periódicos de las extremidades (TMPE) y el trastorno de retraso de la fase del sueño (TRFS).

Aunque el alcohol inicialmente actúa como un sedante, asociándose a un acortamiento de la latencia del sueño y a un incremento del sueño de ondas lentas, así como a una mayor latencia del sueño REM, y a una disminución o suspensión del sueño REM, durante la primera mitad de la noche, en la segunda mitad de la noche el sueño se desestructura, se incrementan los despertares y aumenta la fase 1 del sueño. Se ha descrito que los individuos con un TUA presentan un incremento en la latencia del sueño y del despertar, una fragmentación y una peor calidad del sueño, una reducción del tiempo total de sueño, un aumento en la latencia del sueño REM, y una dismi-

nución del sueño REM. También durante las primeras etapas de la abstinencia (2-8 semanas), los individuos con una TUA presentan un aumento en la latencia del sueño y del despertar, una menor eficiencia y tiempo total de sueño, y una reducción del porcentaje de sueño de ondas lentas. La presencia de insomnio durante esta primera etapa de la abstinencia se asociaría a un riesgo incrementado de recaída en el consumo de alcohol (Colrain et al., 2014; Koob y Colrain, 2019).

Como sucede con otras comorbilidades, la relación entre los TUA y los trastornos del sueño es bidireccional. Entre los individuos con un TUA, se ha demostrado que la presencia de un insomnio comórbido predice el consumo de alcohol como una forma de automedicarse, incluso antes de instaurarse el TUA. A su vez, padecer un TUA se asocia a un riesgo casi dos veces mayor de desarrollar insomnio. Por último, uno de los predictores más potentes de insomnio en los pacientes con TUA es la presencia de otra comorbilidad psiquiátrica.

La presencia de insomnio empeora el pronóstico de los TUA por los siguientes motivos: incrementa el riesgo de recaída en el consumo de alcohol; se asocia a más problemas psicosociales asociados al consumo de alcohol (laborales, interpersonales, y relacionados con el pobre control de impulsos); empeora la calidad de vida; se relaciona con una mayor ideación suicida; e incrementa la morbilidad por otras causas como enfermedades cardiometabólicas y psiquiátricas (Chakravorty et al., 2016).

Con respecto al tratamiento farmacológico de estos pacientes, se desaconseja el empleo de BZD, al asociarse a tolerancia y dependencia, fenómenos que son más frecuentes en los pacientes con un TUA. Las opciones terapéuticas más idóneas en los individuos con un TUA que tienen un trastorno del sueño comórbido serían los antidepresivos de acción hipnótica como la mirtazapina y la trazodona, algunos antiepilépticos de perfil sedante como la gabapentina o la pregabalina, y algunos antipsicóticos de nueva generación de acción sedante como la quetiapina, habiéndose encontrado resultados positivos en este grupo de pacientes específicamente con la gabapentina (1200 mg/día) y la quetiapina de liberación prolongada (400 mg/día).

3. TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS ASOCIADOS AL CONSUMO CRÓNICO DE ALCOHOL

3.1. Encefalopatía de Wernicke

La Encefalopatía de Wernicke (EW) es un trastorno neuropsiquiátrico que se produce como consecuencia de un déficit de tiamina. En 1881, fue descrito por primera vez por Carl Wernicke, con la tríada clásica de oftalmoplejía, ataxia y confusión. Posteriormente, entre 1891-1897, Sergei Korsakoff presentó una serie de casos de pacientes que presentaban una severa pérdida de memoria como consecuencia del consumo crónico de alcohol. Finalmente, en 1897, Murawieff propuso la existencia de un factor etiológico común responsable del desarrollo de ambos trastornos.

Se cree que la prevalencia de la EW está infravalorada. Esto podría deberse, por un lado, a que solo algunos pacientes debutan con la tríada clásica descrita por Wernicke y, por otro, a que sus síntomas se solapan con los del delirium. La prevalencia de la EW en los estudios de autopsias es del 1-3%. Se estima que el déficit de tiamina podría estar presente en el 30-80% de los individuos con un TUA, pero, hasta en el 80% de los casos, no se realiza el diagnóstico clínico, confirmándose éste únicamente con la realización de la autopsia. La EW es más frecuente en varones que en mujeres,

en una relación 1,7:1. Aproximadamente el 75% de los pacientes con EW que no son correctamente diagnosticados y tratados desarrollan un daño neurológico permanente, el 13% desarrollan un Síndrome de Korsakoff (SK) y el 20% fallecen.

Como ya se ha señalado, la EW se produce como consecuencia de un déficit de tiamina, que puede suceder por un inadecuado consumo de tiamina en la dieta, por una disminución de su absorción intestinal, o por un incremento en sus pérdidas, lo que conduce a una disminución de su biodisponibilidad en el SNC. Sucede principalmente en el contexto de la malnutrición asociada al alcoholismo, aunque también puede darse en otras condiciones médicas como la anorexia nerviosa, la diálisis peritoneal, las neoplasias, especialmente si reciben tratamiento con quimioterapia, la hiperémesis gravídica o en los pacientes intervenidos de cirugías gastrointestinales.

En los individuos con un consumo abusivo y crónico de alcohol, el déficit de tiamina puede suceder a varios niveles: como consecuencia del estado de malnutrición y de los déficits dietéticos que presentan estos pacientes; por la interferencia del alcohol sobre los sistemas de transporte activo implicados en su absorción intestinal; por el daño hepático inducido por el alcohol que, por un lado, afecta a la transformación de la tiamina en su forma activa, la tiamina pirofosfato, y, por otro, se asocia a un incremento de las pérdidas como consecuencia de la esteatorrea, los vómitos y la diarrea; y, finalmente, por la interferencia que el alcohol ocasiona en el transporte de tiamina a través de la barrera hematoencefálica (BHE). Aunque la tiamina se deposita en múltiples órganos, los dos más afectados por su déficit son el cerebro y el corazón. En el SNC, tanto las neuronas, como las células gliales, se ven afectadas por este déficit de tiamina, y contribuyen al desarrollo de la EW. Además, la tiamina actúa como un cofactor para diferentes enzimas (transcetolasa, alfaetoglutamato deshidrogenasa, piruvato deshidrogenasa) que intervienen en el metabolismo energético y, por tanto, es necesaria en diferentes vías del metabolismo hidrocarbonado, lipídico y proteico, como las relacionadas con la producción de las vainas de mielina y la síntesis de neurotransmisores.

La EW es una patología aguda que, si no se trata, puede conducir a un daño neurológico permanente. Lo más común es que se manifieste solo como un delirium, que es el síntoma más prevalente. La tríada clásica descrita por Wernicke (oftalmoplejía, ataxia y delirium) solo está presente en el 16% de los pacientes. El segundo síntoma más prevalente después del delirium es la ataxia, que además puede ser el síntoma más precoz; afecta predominantemente a la marcha y la estabilidad, y se considera que es consecuencia de la combinación de una polineuropatía, una afectación del vermis cerebeloso y una disfunción ventricular. Por último, aunque las alteraciones oculares son las más distintivas, también son las más infrecuentes. Consisten en un nistagmo horizontal y vertical, la presencia de anisocoria con respuesta lenta a la estimulación lumínica, y una parálisis de la mirada conjugada. Éstas suceden como consecuencia de la afectación de la protuberancia y del mesencéfalo. Los síntomas iniciales suelen consistir en cefalea, dispepsia, irritabilidad y fatiga. Otros síntomas asociados a la EW son la hipotermia (que se produce como consecuencia de las lesiones del hipotálamo posterior), hipotensión arterial, taquicardia, síncope y dificultades respiratorias (que aparecen como consecuencia de la afectación del mesencéfalo), convulsiones (en el contexto del desequilibrio de los niveles de glutamato y GABA) y neuropatía periférica, que afecta a las extremidades inferiores, y que se caracteriza por parestesias, dolor y debilidad distal. Las alteraciones amnésicas suelen suceder cuando el cuadro progresa hacia un SK.

No existen pruebas complementarias útiles para el diagnóstico del SWK, si bien la resonancia magnética nuclear (RMN) se considera la prueba de neuroimagen que tendría una mayor utilidad.

El SWK se asocia típicamente a atrofia de los tubérculos mamilares y dilatación del tercer ventrículo, que pueden estar ya presentes desde la primera semana del inicio del cuadro.

La EW se considera una emergencia médica. Los pacientes requieren la administración inmediata de tiamina (a dosis de 100–200 mg para pacientes sin un TUA y de 500 mg para pacientes con un TUS) por vía intramuscular o intravenosa, 3 veces al día, durante 2–3 días. Si hay respuesta, se mantendrá la administración intramuscular de 250 mg de tiamina durante 3–5 días. Posteriormente, la tiamina será suplementada por vía oral. Es importante recordar que, en el caso de que se tengan que administrar sueros glucosados, la infusión de tiamina debe realizarse antes o a la vez que la administración de los mismos, con el objetivo de prevenir la precipitación o el agravamiento de los síntomas. El cuadro va mejorando progresivamente, aunque pueden quedar síntomas residuales, siendo los primeros síntomas en controlarse los síntomas oculares, después la ataxia y, por último, el delirium (Chandrakumar et al., 2018).

3.2. Síndrome de Korsakoff

El Síndrome de Korsakoff (SK) es un síndrome irreversible y residual, causado por un severo déficit de tiamina, que aparece después de una incompleta recuperación de una EW, la mayor parte de las veces como consecuencia de un consumo crónico o abusivo de alcohol, o de una malnutrición severa. Se trata de un síndrome amnésico en el cual la memoria episódica es la función cognitiva más afectada. También se puede asociar a otros síntomas como la disfunción ejecutiva, el afecto aplanado, la apatía, la falta de conciencia de enfermedad y las confabulaciones. Su prevalencia se sitúa entre el 0.01–4.8 por 10.000 habitantes. A nivel neuroestructural, se asocia a un daño permanente de determinadas estructuras del diencefalo, alrededor del tercer y cuarto ventrículo, principalmente los cuerpos mamilares y el tálamo medial.

Se caracteriza por una importante afectación de la memoria declarativa, principalmente de la memoria episódica, que es la que se relaciona con los sucesos autobiográficos que pueden evocarse de forma explícita, pero también de la memoria semántica (aunque ésta puede estar relativamente más preservada), que es la que se relaciona con los significados, los entendimientos y otros conocimientos conceptuales. La amnesia anterógrada es uno de los síntomas más prominentes, pero la memoria retrógrada también está afectada, pudiéndose extender hasta varias décadas. Algunos estudios encuentran también una afectación de la memoria procedimental o no declarativa, que es la relacionada con las habilidades verbales y motoras ya adquiridas. El SK, además de estas alteraciones mnésicas, puede asociarse a otros síntomas que se señalan a continuación: disfunción ejecutiva, con afectación especialmente del control inhibitorio, la generación de respuestas, la memoria de trabajo, la planificación y la flexibilidad cognitiva; acronogénesis, es decir, la incapacidad para ordenar los recuerdos en una secuencia temporal adecuada; falta de conciencia de los déficits cognitivos; confabulaciones, que son recuerdos, falsos o erróneos, que aparecen en el contexto de la amnesia, en un intento de llenar las lagunas mnésicas existentes; y apatía y aplanamiento afectivo, aunque en los estadios iniciales de la enfermedad pueden aparecer irritabilidad, euforia e inestabilidad emocional.

No existe ningún tratamiento farmacológico en la actualidad que haya demostrado eficacia en el SK, empleándose los programas de rehabilitación cognitiva (Arts et al., 2017).

3.3. Demencia alcohólica

La Demencia Alcohólica o Demencia Relacionada con el Alcohol (DRA) es un cuadro de deterioro cognitivo que se relaciona con el consumo crónico de alcohol. Su origen es aún desconocido, considerando algunos autores que podría ser consecuencia del efecto neurotóxico directo del alcohol, mientras que otros que piensan podría representar otra patología subyacente, como un déficit de tiamina, habiendo un tercer grupo que considera que podría tener un origen multifactorial, en el que se combinan la neurotoxicidad y deficiencia multivitamínica.

La prevalencia de demencia entre los pacientes que presentan un consumo crónico de alcohol se sitúa entre el 10-24%. A la inversa, del 9 al 22% de los pacientes con demencia abusan del alcohol. La DRA se inicia de manera característica a edades más tempranas (≤ 65 años) que otros cuadros de demencia. Es más frecuente en varones. Se estima que constituye el 1.4% del total de los casos de demencia, pero podría alcanzar una prevalencia del 10-22% cuando se consideran únicamente las demencias de inicio temprano, y del 10-24% en pacientes con demencia institucionalizados.

A nivel neuroestructural, la DRA se asocia con una atrofia cerebral, con una disminución del volumen cerebral, un aumento de los surcos cerebrales y dilatación ventricular, así como una disminución de la sustancia blanca, con alteraciones en la perfusión y metabolismo de glucosa, y una marcada reducción en la densidad neuronal. Las regiones más afectadas son el córtex prefrontal, la corteza asociativa superior frontal, el cerebelo, el hipotálamo y el cuerpo calloso. A mayor severidad del TUA más prominentes son estas alteraciones. Estas alteraciones son más acusadas en pacientes que atraviesan múltiples síndromes de abstinencia, sobre todo si realizan dos o más tratamientos de desintoxicación, y en pacientes con un patrón de consumo de alcohol en forma de atracones, debido al daño neuronal inducido por la toxicidad glutamatérgica. A la inversa, la abstinencia en el consumo de alcohol se acompaña de una reversibilidad de la afectación de la sustancia blanca.

A nivel clínico, estos pacientes presentan un peor rendimiento en las tareas visoespaciales, sin que se objetiven alteraciones significativas en el lenguaje. Además, presentan disfunción ejecutiva, con afectación de la memoria de trabajo y disminución de la velocidad motora. Estas alteraciones no son progresivas y pueden llegar a ser reversibles y mejorar, incluso desde la primera semana, con la abstinencia en el consumo de alcohol. Las alteraciones en la atención, la memoria de trabajo, la resolución de problemas y el funcionamiento visoespacial suelen mejorar durante el primer año de abstinencia, mientras que las alteraciones en el aprendizaje y en la memoria a corto plazo pueden persistir durante más tiempo.

Se han descrito varios factores de riesgo para la DRA. Entre ellos destacan: los TUA severos y crónicos; una mayor edad; el sexo femenino; un nivel educativo bajo; tener antecedentes familiares de alcoholismo; consumos recientes de grandes cantidades de alcohol; antecedentes de abstinencias breves; haber realizado el consumo de alcohol en forma de atracones; y haber atravesado múltiples síndromes de abstinencia.

Se recomienda la administración de tiamina ante cualquier deterioro cognitivo asociado al consumo de alcohol. Otros fármacos que se han ensayado y que han obtenido resultados positivos son la memantina (antagonista del receptor NMDA del glutamato) y la rivastigmina (inhibidor de la colinesterasa). Además, se recomienda que el paciente pueda acceder a programas de rehabilitación cognitiva (Sachdeva et al., 2016).

4. BIBLIOGRAFÍA

- Anker JJ, Kushner MG. Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Anxiety: Bridging Psychiatric, Psychological, and Neurobiological Perspectives. *Alcohol Res.* 2019 Dec 30;40(1): arcr.v40.1.03.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2014. 5th ed.
- Archibald L, Brunette MF, Wallin DJ, Green AI. Alcohol Use Disorder and Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Alcohol Res.* 2019 Dec 20;40(1):arcr.v40.1.06.
- Arts NJ, Walvoort SJ, Kessels RP. Korsakoff's syndrome: a critical review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017 Nov 27; 13:2875–2890.
- Azevedo LDS, de Souza APL, Ferreira IMS, Lima DWDC, Pessa RP. Binge eating and alcohol consumption: an integrative review. *Eat Weight Disord.* 2020 May 18.
- Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS, Cerdá M. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry.* 2019 Dec;6(12):1068–1080.
- Chakravorty S, Chaudhary NS, Brower KJ. Alcohol Dependence and Its Relationship With Insomnia and Other Sleep Disorders. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016 Nov;40(11):2271–2282.
- Chandrakumar A, Bhardwaj A, 't Jong GW. Review of thiamine deficiency disorders: Wernicke encephalopathy and Korsakoff psychosis. *J Basic Clin Physiol Pharmacol.* 2018 Oct 2;30(2):153–162.
- Colrain IM, Nicholas CL, Baker FC. Alcohol and the sleeping brain. *Handb Clin Neurol.* 2014; 125: 415–431.
- Cunill R, Castells X, González-Pinto A, et al. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with attention deficit and hyperactivity disorder and comorbid substance use. Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias. *Adicciones.* 2022; 34(2): 168–178. Published 2022 Apr 1. doi:10.20882/adicciones.1569.
- Ferriter C, Ray LA. Binge eating and binge drinking: an integrative review. *Eat Behav.* 2011 Apr;12(2):99–107.
- Helle AC, Watts AL, Trull TJ, Sher KJ. Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Res.* 2019 Dec 30;40(1):arcr.v40.1.05.
- Koob GF, Colrain IM. Alcohol use disorder and sleep disturbances: a feed-forward allostatic framework. *Neuropsychopharmacology.* 2020;45(1):141–165.
- Kuppa A, Maysun A. Risk of Alcohol Abuse in Humans with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms. *Cureus.* 2019 Oct 25;11(10):e5996.
- Lohit SR, Babu GN, Sharma S, Rao S, Sachin BS, Matkar AV. revalence of Adult ADHD Co-morbidity in Alcohol Use Disorders in a General Hospital Setup. *Indian J Psychol Med.* 2019 Nov 11;41(6):523–528.
- Marín M, López J, Martínez I, Ponce G, Rubio G. Trastornos psicóticos inducidos por drogas. En: *Tratado Sobre Patología Dual. Reintegrando la Salud Mental.* MRA Ediciones. 2010. Pags: 319–336. ISBN: 978–84–96504–23–3.
- Martínez-Raga, J & Szerman, N. (2015). Dual disorders: two different mental disorders?. *Advances in Dual Diagnosis.* 8.
- McHugh RK, Weiss RD. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res.* 2019 Jan 1;40(1): arcr.v40.1.01.
- Petrakis, I. L., & Simpson, T. L. (2017). Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder: A Critical Review of Pharmacologic Treatments. *Alcoholism, clinical and experimental research, 41(2),* 226–237.

- Preuss UW, Gouzoulis-Mayfrank E, Havemann-Reinecke U, Schäfer I, Beutel M, Hoch E, Mann KF. Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders: results from the German S3 guidelines. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2018 Apr;268(3):219–229.
- Rakofsky JJ, Dunlop BW. Do alcohol use disorders destabilize the course of bipolar disorder? *J Affect Disord*. 2013 Feb 15;145(1):1–10.
- Sachdeva A, Chandra M, Choudhary M, Dayal P, Anand KS. Alcohol-Related Dementia and Neuro-cognitive Impairment: A Review Study. *Int J High Risk Behav Addict*. 2016 Feb 7;5(3): e27976.
- Suh J, Ressler KJ. Common Biological Mechanisms of Alcohol Use Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder. *Alcohol Res*. 2018;39(2):131–145.

6

ENFERMEDAD HEPÁTICA RELACIONADA CON ALCOHOL (EHA). MANEJO EN LA CONSULTA DE HEPATOLOGÍA

Mónica Barreales

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es un problema grave de salud pública y supone una de las causas más frecuentes de cirrosis hepática y mortalidad de causa hepática en el mundo. En distintos estudios epidemiológicos europeos se demuestra que la prevalencia de cirrosis relacionada con alcohol es aún muy importante, con una media de 312 por 100.000 habitantes y está en ascenso en muchos países europeos, principalmente en el este y norte de Europa. Ocasiona más del 40% de las muertes de causa hepática, hasta el 80% si tenemos en cuenta su probable participación en los casos de etiología no determinada (Pimpin et al., 2018).

Existe clara evidencia respecto a la relación entre el consumo de alcohol y la mortalidad global por causa hepática. Así, en los últimos años, se ha comprobado como en los países europeos (por ejemplo, España, Francia o Italia) en los que se ha reducido el consumo de alcohol per cápita también ha disminuido la mortalidad por cirrosis e, igualmente se ha elevado en aquellos países en los que ha aumentado el consumo per cápita (Reino Unido, Finlandia) (Pimpin et al., 2018).

Es muy difícil y controvertido determinar un consumo mínimo de alcohol que pueda considerarse como no perjudicial. La definición de consumo moderado es arbitraria y varía entre las diferentes autoridades sanitarias (Kalinowski y Humphreys, 2016). Respecto a la afectación hepática, el daño es dosis-dependiente, pero existen evidencias de que los consumos de alcohol muy bajos (incluso a partir de 12 g/día en mujeres y 24 g/día en hombres) ya aumentan el riesgo de cirrosis hepática, así que si existe un límite de consumo seguro este debe ser mínimo (Rehm et al., 2010). Además, el alcohol es un cancerígeno demostrado que interviene en numerosos tipos de cáncer, no existiendo un consumo mínimo seguro en este contexto (Bagnardi et al., 2015). Además, se relaciona con muchas otras patologías, por ejemplo, cardiovasculares (miocardiopatía, hipertensión arterial, arritmias, ictus), siendo las recomendaciones de los expertos correspondientes cada vez menos permisivas con el consumo moderado de alcohol (Klatsky, 2015). Por último, existen patrones de consumo diferentes, de los que tenemos aún poca evidencia y que están aumentando

especialmente en población joven, como el consumo en atracón, que parece relacionarse con un aumento del riesgo de enfermedad hepática (Aberg et al., 2017).

2. HISTORIA NATURAL

La EHA representa un espectro de daño hepático consecuencia del consumo de alcohol, que comprende desde la esteatosis simple a formas más graves como la hepatitis alcohólica (que se correlaciona con la esteatohepatitis histológica), la cirrosis hepática o el carcinoma hepatocelular. La enfermedad se desarrolla a través de diferentes estadios, comenzando con la esteatosis hepática, que aparece en más del 90% de los consumidores importantes. En algunos individuos (aproximadamente un 30%), la enfermedad progresa a fibrosis avanzada y cirrosis. La aparición de episodios de hepatitis alcohólica puede acelerar la progresión de la enfermedad o causar complicaciones graves como el fallo hepático agudo sobre crónico (Deleuran et al, 2012). El desarrollo de cirrosis es el doble de rápido en los pacientes con esteatohepatitis que en los que presentan únicamente esteatosis simple (16% vs 7% a los 5 años) (Deleuran et al, 2012).

La progresión de la enfermedad depende de varios factores como la duración y cuantía del consumo de alcohol, obesidad, género (mayor riesgo en mujeres), susceptibilidad genética y la presencia de otras enfermedades hepáticas (hepatitis virales, enfermedad hepática grasa metabólica o hemocromatosis) que pueden actuar como cofactores (Crabb et al, 2020).

3. MANEJO MULTIDISCIPLINAR

En el trastorno por abuso de alcohol (TUA), que puede afectar a la esfera psicosocial y física, y además de forma multiorgánica, está fuera de duda la importancia de un abordaje que implique a diferentes profesionales, tanto del ámbito sanitario (atención primaria, psiquiatría, hepatología, medicina interna) como de otros ámbitos (psicólogos, trabajadores sociales).

La enfermedad hepática es silenciosa hasta su descompensación y el TUA es una de sus causas más frecuentes. La mayoría de los pacientes con enfermedad hepática descompensada que ingresan en un hospital no han tenido contacto antes con un especialista en hepatología. Es necesario establecer programas de detección precoz de la misma que permitan cambios en el estilo de vida con gran impacto en la mortalidad (Hydes et al., 2019; Williams et al, 2014).

Son varios los motivos por los que el trabajo coordinado entre unidades de adicciones y hepatología mejora la asistencia de estos pacientes. Por un lado, es frecuente la existencia de comorbilidades psiquiátricas y de otras adicciones, y por otro, lograr una abstinencia del consumo de alcohol precoz es fundamental en el pronóstico y el diagnóstico precoz de una EHA puede servir de motivación para lograr dicho objetivo (Hydes et al, 2019; Verrill et al, 2009).

Finalmente, la existencia de una unidad de adicción integrada en los centros de trasplante hepático ha demostrado reducir el porcentaje de recidiva en el consumo de alcohol tras un trasplante hepático (Addolorato et al, 2013).

4. CONSULTA DE HEPATOLOGÍA

4.1. Cribado de la EHA

En relación a lo tratado anteriormente, consideramos que antes de describir el manejo habitual de estos pacientes en las consultas de hepatología, conviene insistir en la importancia de realizar un cribado de enfermedad hepática que permita un diagnóstico precoz en fase silente y así actuaciones encaminadas a reducir la morbimortalidad de fases más evolucionadas.

Se debe sospechar la presencia de enfermedad hepática en poblaciones de riesgo como son pacientes en tratamiento en programas de deshabituación de consumo de alcohol, pacientes con consumo de alcohol de riesgo identificados en atención primaria y aquellos que presenten otras manifestaciones extrahepáticas relacionadas con el consumo de alcohol, como neuropatía, pancreatitis o cardiomiopatía (EASL Clinical Practice Guidelines, 2018).

En estos pacientes de riesgo se recomienda realizar un estudio de laboratorio con transaminasas y algún test para valorar la fibrosis hepática, idealmente en este contexto un test serológico como el FIB-4. Dicho test es muy accesible y fácil de realizar, tiene en cuenta la edad, cifra de plaquetas y transaminasas y permite descartar la presencia de fibrosis avanzada con una precisión adecuada (Moreno et al, 2019). Los pacientes con alteración en el perfil hepático y un FIB-4 de riesgo indeterminado o elevado para fibrosis avanzada se deberían remitir a un especialista de aparato digestivo para una evaluación más exhaustiva.

4.2. Diagnóstico y manejo de la EHA

Los pacientes con consumo de alcohol y sospecha de EHA, serán evaluados con dos objetivos principales, por un lado establecer la gravedad y estadio de su enfermedad hepática y, por otro lado, descartar otras causas asociadas de daño hepático que pudieran actuar como cofactores, como puede ser la existencia de síndrome metabólico que condicione una enfermedad hepática grasa metabólica o una hepatitis viral.

Para establecer la gravedad de la enfermedad es fundamental identificar el estadio de fibrosis, ya que es uno de los factores pronósticos más relevantes (Lackner et al, 2017). Para ello, pueden utilizarse métodos no invasivos, bien test serológicos de fibrosis como el mencionado FIB-4 o bien métodos de imagen, de los cuales el más disponible y utilizado en la práctica clínica es la evaluación del índice de elasticidad hepática (IEH) medido mediante elastografía transitoria (Fibroscan®) (EASL-ALEH Clinical Practice Guidelines, 2015; Moreno et al, 2019; Nguyen-Khac et al, 2018). La recomendación más generalizada es realizar un diagnóstico en 2 pasos, seleccionando mediante FIB-4 los pacientes en riesgo indeterminado o alto de fibrosis avanzada y en ellos se realizará un Fibroscan que permitirá clasificar nuevamente los pacientes en riesgo bajo (IEH < 8 KPa), intermedio (IEH 8-16 KPa) o alto de fibrosis avanzada (IEH ≥16 KPa). Los pacientes en riesgo intermedio o alto de fibrosis se seguirán en la consulta especializada. En los casos en los que no pueda establecerse de forma precisa el estadio de fibrosis en base a métodos no invasivos puede plantearse la realización de una biopsia hepática (Newsome et al, 2018). Hay que tener en cuenta ciertas consideraciones propias de esta enfermedad a la hora de interpretar los valores de IEH medidos por Fibroscan en estos pacientes: los puntos de corte son más elevados que en otras etiologías y puede existir una sobreestimación en casos de hepatitis alcohólica, consumo activo o transaminasas elevadas (AST > 100 U/L), por lo que la interpretación de dichos valores requiere un

conocimiento del contexto clínico y una correlación con otras pruebas de imagen y de laboratorio (Mueller et al, 2010) (ver anexo 1, algoritmo).

Además, en estos pacientes se realizarán estudios para descartar otras enfermedades hepáticas concomitantes como la enfermedad hepática grasa metabólica o las hepatitis virales y otras menos frecuentes como las enfermedades hepáticas autoinmunes o enfermedades hereditarias en casos indicados (déficit de alfa₁-antitripsina, enfermedad de Wilson) (EASL Clinical Practice Guidelines, 2018). Igualmente, si persisten dudas diagnósticas, podría estar indicado la realización de una biopsia hepática en algunos pacientes.

Respecto al manejo, lograr la abstinencia de alcohol debe ser el objetivo terapéutico clave, puesto que modifica el pronóstico de la enfermedad incluso en los estadios más avanzados (Bell et al, 2004; Lackner et al, 2017). Para ello, el trabajo coordinado con especialistas en adicciones es imprescindible.

En los pacientes con una enfermedad hepática evolucionada o bien una cirrosis hepática, se seguirán las recomendaciones de práctica clínica establecidas para cualquier etiología. En estos pacientes está indicado el cribado de hepatocarcinoma mediante ecografías semestrales. Se deben identificar los pacientes que presenten hipertensión portal clínicamente significativa y realizar el tratamiento correspondiente (Newsome et al, 2018).

Respecto a las descompensaciones de la cirrosis hepática relacionada con alcohol, son esperables las mismas que en otras etiologías, siendo la más frecuente y habitualmente la primera en manifestarse la ascitis. Igualmente se seguirán las guías de práctica clínica establecidas. En estos pacientes hay que prestar especial atención al estado nutricional y al mayor riesgo de infecciones.

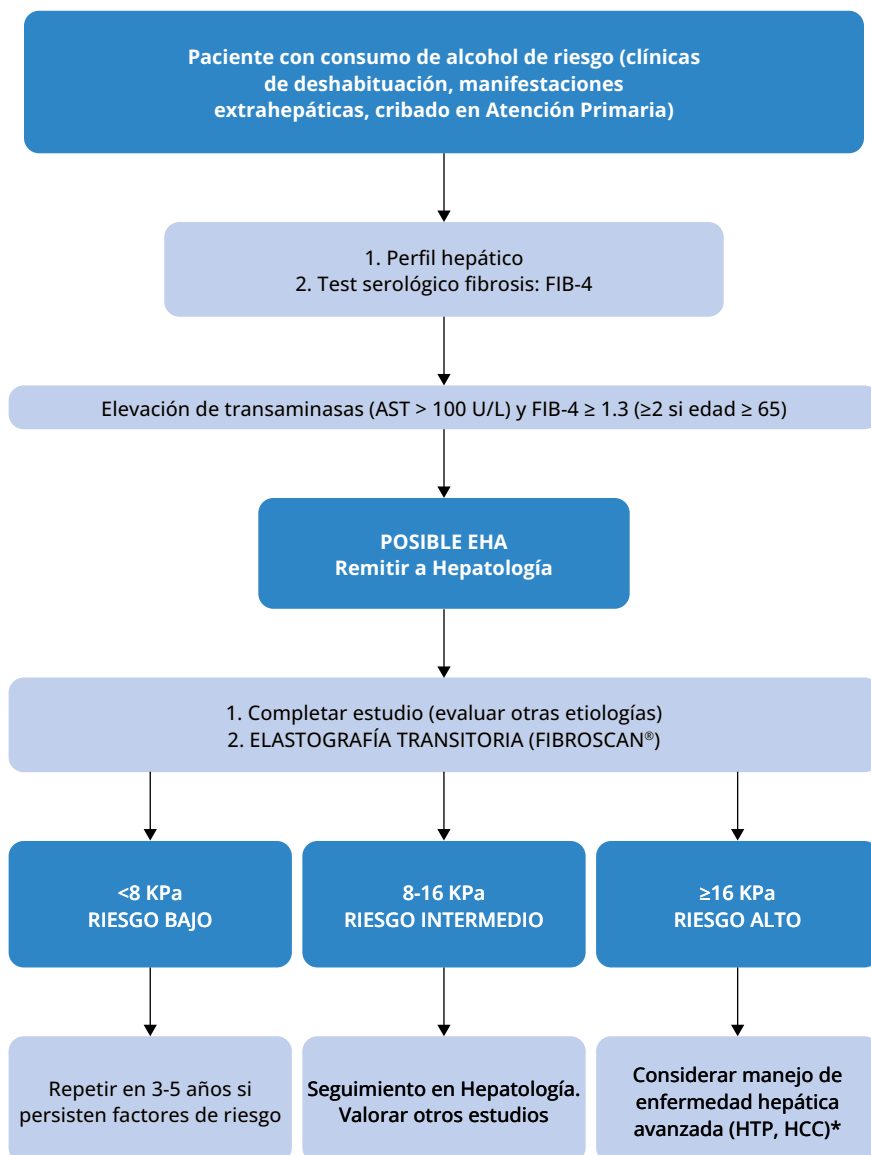
Cuando la cirrosis hepática esté descompensada y en los casos indicados se debe considerar la opción del trasplante hepático, que presenta datos comparables en supervivencia a largo plazo a los obtenidos en el trasplante hepático por otras etiologías (Burra et al, 2010). Es verdad, que son pacientes que requieren una evaluación cuidadosa en varios aspectos y que implicará a equipos multidisciplinares. Habrá que realizar una evaluación psiquiátrica y social y estudiar detenidamente otras comorbilidades, entre ellas cardiovasculares y oncológicas por su frecuente relación con esta patología. Respecto a la evaluación del riesgo de recaída pretrasplante, se han utilizado diversas herramientas, abogando actualmente la mayoría de los expertos por una valoración multidisciplinar teniendo en cuenta la historia previa de la adicción, el apoyo social, la conciencia del problema o la coexistencia de trastornos psiquiátricos asociados. La conocida como “regla de los 6 meses”, es decir exigir una abstinencia de alcohol de 6 meses mínimo antes del trasplante hepático, no es una herramienta adecuada utilizada de forma aislada, pues no tiene evidencia suficiente como predictor de recaída en el consumo de alcohol postrasplante, aunque podría tener ventajas como la de permitir valorar la posible mejoría de la enfermedad hepática tras un período de abstinencia prolongada (Im et al, 2019). En este sentido se han desarrollado diversas herramientas pronósticas que permitan una valoración objetiva del riesgo de recaída postrasplante, una de las más validadas y utilizadas es el score “SALT” (ver anexo 2, tabla 1) (Lee et al, 2019).

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aberg F, Helenius-Hietala J, Puukka P, Jula A. (2017). Binge drinking and the risk of liver events: a population-based cohort study. *Liver International*; 37, 1373-1381.
- Addolorato G, Mirijello A, Leggio L, Ferrulli A, D'Angelo C, Vassallo G, Cossari A, Gasbarrini G, Landolfi R, Agnes S, Gasbarrini A, Gemelli OLT Group. (2013). Liver transplantation in alcoholic patients: impact of an alcohol addiction unit within a liver transplant center. *Alcohol Clinical Experimental*, 37, 1601-1608.
- Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, Scotti L, Jenab M, Turati F, Pasquali E, Pelucchi C, Galeone C, Bellocchio R, Negri E, Corrao G, Boffetta P, La Vecchia C. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 112, 580-593.
- Bell H, Jahnsen J, Kittang E, Raknerud N, Sandvik L. (2004). Long-term prognosis of patients with alcoholic liver cirrhosis: a 15-year follow-up study of 100 norwegian patients admitted to one unit. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 39, 858-863.
- Burra P, Senzolo M, Adam R, Delvart V, Karam V, Germani G, Neuberger J, ELITA. (2010). Liver transplantation for alcoholic liver disease in Europe: a study from the ELTR (European Liver Transplant Registry). *American Journal of Transplantation*, 10, 138-148.
- Crabb DW, Im GY, Szabo G, Mellinger JL, Lucey MR. (2020). Diagnosis and treatment of alcohol-associated liver diseases: 2019 practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*, 71, 306-333.
- Deleuran T, Gronbaek H, Vilstrup H, Jepsen P. (2012). Cirrhosis and mortality risks of biopsy-verified alcoholic pure steatosis and steatohepatitis: a nationwide registry-based study. *Alimentary, Pharmacology and Therapeutics*, 35, 1336-1342.
- EASL-ALEH Clinical Practice Guidelines. (2015). Non-invasive test for evaluation of liver disease severity and prognosis. *Journal of Hepatology*, 63, 237-264.
- EASL Clinical Practice Guidelines. (2018). Management of alcohol-related liver disease. *Journal of Hepatology*, 69, 154-181.
- Hydes T, Gilmore W, Sheron N, Gilmore I. (2019). Treating alcohol-related liver disease from a public health perspective. *Journal of Hepatology*, 70, 223-236.
- Im, G. Y., Cameron, A. M., & Lucey, M. R. (2019). Liver transplantation for alcoholic hepatitis. *Journal of Hepatology*, 70(2), 328-334. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.11.007>
- Kalinowski A, Humphreys K. (2016). Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction*, 111, 1293-1298.
- Klatsky A. L. (2015). Alcohol and cardiovascular diseases: where do we stand today?. *Journal of Internal Medicine*, 278(3), 238-250. <https://doi.org/10.1111/joim.12390>
- Lackner C, Spindelboeck W, Haybaeck J, Douschan P, Rainer F, Terracciano L, Haas J, Berghold A, Bataller R, Stauber RE. (2017). Histological parameters and alcohol abstinence determine long-term prognosis in patients with alcoholic liver disease. *Journal of Hepatology*, 66, 610-618.
- Lee BP, Vittinghoff E, Hsu C, Han H, Therapondos G, Fix OK, Victor DW, Dronamraju D, Im GY, Voigt MD, Rice JP, Lucey MR, Eswaran S, Chen PH, Li Z, Maddur H, Terrault NA. (2019). Predicting low risk for sustained alcohol use after early liver transplant for acute alcoholic hepatitis: The Sustained Alcohol Use Post-Liver Transplant Score. *Hepatology*, 69, 1477-1487.
- Moreno C, Mueller S, Szabo G. (2019). Non-invasive diagnosis and biomarkers in alcohol-related liver disease. *Journal of Hepatology*, 70, 273-283.
- Mueller S, Millonig G, Sarovska L, Friedrich S, Reimann FM, Pritsch M, Eisele S, Stickel F, Longerich T, Schirmacher P, Seitz HK. (2010). Increased liver stiffness in alcoholic liver disease: differentiating fibrosis from steatohepatitis. *World Journal of Gastroenterology*, 16: 966-972.

- Newsome PN, Cramb R, Davison SM, Dillon JF, Foulerton M, Godfrey EM, Hall R, Harrower U, Hudson M, Langford A, Mackie A, Mitchell-Thain R, Senneth K, Sheron NC, Verne J, Walmsley M, Yeoman A. (2018). Guidelines on the management of abnormal liver blood tests. *Gut*, 67, 6-19.
- Nguyen-Khac E, Thiele M, Voican C, Nahon P, Moreno C, Boursier J, Mueller S, Ledinghen V, Stärkel P, Kim SG, Fernandez M, Madsen B, Naveau S, Krag A, Perlemuter G, Ziol M, Chatelain D, Diouf M. (2018). Non-invasive diagnosis of liver fibrosis in patients with alcohol-related liver disease by transient elastography: an individual patient data meta-analysis. *Lancet Gastroenterology and Hepatology*, 3, 614- 625.
- Pimpin L, Cortez-Pinto H, Negro F, Lazarus JV, Webber L, Sheron N. (2018). Burden of liver disease in Europe: epidemiology and analysis of risk factors to identify prevention policies. *Journal of Hepatology*, 69, 718-735.
- Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, Roerecke M. (2010). Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*, 29, 437-445.
- Verril C, Markham H, Templeton A, Carr NJ, Sheron N. (2009). Alcohol-related cirrhosis-early abstinence is a key factor in prognosis, even in the most severe cases. *Addiction*, 104, 768-774.
- Williams R, Aspinall R, Bellis M, Camps-Walsh G, Cramp M, Dhawan A, Ferguson J, Forton D, Foster G, Gilmore I, Hickman M, Hudson M, Kelly D, Langford A, Lombard M, Longworth L, Martin N, Moriarty K, Newsome P, O`Grady J, Pryke R, Rutter H, Ryder S, Sheron N, Smith T. (2014). Addressing liver disease in the UK: a blueprint for attaining excellence in health care and reducing premature mortality from lifestyle issues of excess consumption of alcohol, obesity and viral hepatitis. *Lancet*, 384, 1953-1997.

Anexo I. ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA EHA



*HTP: Hipertensión portal, HCC: Hepatocarcinoma

Anexo II

Tabla 1. Score SALT para predecir recidiva de abuso de alcohol tras el trasplante hepático.

VARIABLE	PUNTUACIÓN
>10 bebidas/día	+4
≥2 intentos fallidos de deshabituación	+4
Historia de problemas legales	+2
Historia abuso drogas ilegales	+1

Rango 0–11. Punto de corte 5.

***Adaptado de: Lee BP, Vittinghoff E, Hsu C, Han H, Therapondos G, Fix OK, Victor DW, Dronamraju D, Im GY, Voigt MD, Rice JP, Lucey MR, Eswaran S, Chen PH, Li Z, Maddur H, Terrault NA. Predicting low risk for sustained alcohol use after early liver transplant for acute alcoholic hepatitis: The Sustained Alcohol Use Post-Liver Transplant Score. *Hepatology* 2019; 69: 1477–1487.

7

MANEJO DEL PACIENTE DEPENDIENTE DE ALCOHOL INGRESADO EN EL HOSPITAL GENERAL

Francisco Arias

1. EL TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL GENERAL

El trastorno por uso de alcohol (TUA) supone un 25–30% del total de admisiones en el ámbito hospitalario y un 10–15% de las urgencias son imputables al consumo de alcohol (Marín et al. 2011), debido a la amplia gama de problemas médicos y alteraciones conductuales asociados a dicho consumo. Sin embargo, con frecuencia estos trastornos pasan desapercibidos, principalmente en los servicios donde no se explora habitualmente el consumo.

Bardazzi et al. (2017) realizaron un seguimiento de 5 años en pacientes con TUA, destacando las frecuentes hospitalizaciones de estos pacientes. Las principales causas de hospitalización fueron los trastornos mentales, las enfermedades del sistema digestivo y los debidos a accidentes o violencia. Estos ingresos predecían un mayor riesgo de mortalidad posterior.

Miquel et al. (2016) encontraron que el consumo excesivo de alcohol se asoció con ingresos más prolongados y que los ingresos en hospitales generales fueron menos frecuentes para los pacientes que estaban en abstinencia en comparación con quienes tenían un consumo moderado o excesivo de alcohol.

Por otro lado, Monras et al. (2003) indicaron que un alto porcentaje de pacientes de interconsulta hospitalaria no tuvieron tratamiento para su adicción tras el alta. Sin embargo, el tratamiento de estos pacientes reduce la mortalidad atribuible al alcohol en un 13% para los hombres y el 9% para las mujeres (Rehm et al. 2013). El riesgo de mortalidad en consumidores de alcohol está mayormente asociado con accidentes, carcinomas, suicidios e intoxicación etílica (OMS, 2018).

En la Comunidad de Madrid se han registrado 2.543 altas hospitalarias en el 2016 y 2.784 en el 2017 en pacientes ingresados por trastornos relacionados con el alcohol. El 78–79% de los pacientes de sexo masculino y de 52 años como edad media. El 70% fueron ingresos urgentes y la estancia media fue de 11 días. En 2016, el 3,3% de pacientes ingresados fallecieron por esta causa, y el 4,5% en 2017. La mayor letalidad se presenta en enfermos con hepatopatías. Los motivos de ingreso

principalmente fueron la dependencia de alcohol, cirrosis hepática, pancreatitis aguda inducida por alcohol y hepatitis alcohólica (Dirección General de Salud Pública – Consejería de Sanidad, 2019), además es muy frecuente la readmisión tras un ingreso hospitalario (Han et al. 2020).

Por otro lado, el tratamiento para los TUA disminuye la utilización de recursos y los costes sanitarios (Arias y Sánchez, 2003; Holder, 1998; Miquel et al., 2016).

Por lo tanto, un elevado porcentaje de los pacientes que ingresan en el hospital general tienen trastornos derivados del uso de alcohol, que pueden necesitar desintoxicación e intervenciones psicoterapéuticas orientadas a mejorar la motivación para mantener la abstinencia tras el alta (Pastor et al. 2013). La detección y tratamiento de la dependencia alcohólica durante el periodo de tiempo que permanecen los pacientes ingresados en los servicios médico-quirúrgicos son tareas que debe conocer cualquier clínico del hospital (Rubio et al. 2013) y se ha relacionado con una mayor adherencia a los programas de tratamiento de la dependencia ambulatorios, una disminución de las estancias hospitalarias y un menor porcentaje de recaída tras el alta hospitalaria (Malet et al. 2005).

Sin embargo, es habitual la infradetección en el hospital general (Monras, et al. 2003) y es infrecuente que estos pacientes tengan acceso a tratamientos especializados por el trastorno. La falta de tratamiento especializado se relaciona con más reingresos hospitalarios (Nordeck et al. 2018) y mayores porcentajes de mortalidad tras el alta (Probst et al. 2020).

Estos antecedentes y la experiencia acumulada a lo largo de estos años nos han llevado a diseñar un programa de tratamiento del paciente dependiente del alcohol en el hospital general con los siguientes objetivos:

1. Facilitar la detección del paciente dependiente del alcohol que ingresa en el hospital.
2. Llevar a cabo la desintoxicación aprovechando el periodo de ingreso hospitalario.
3. Motivar al paciente para que continúe el tratamiento de deshabituación tras ser dado de alta del hospital.
4. Atender las necesidades formativas de los profesionales que desempeñan su actividad profesional en los servicios más implicados en el tratamiento en el manejo de estos pacientes (Medicina Interna, Digestivo, Cirugía Digestiva).

Así pues, las funciones de la interconsulta del programa de alcohol serían:

- Mejorar la detección del trastorno.
- La valoración de la dependencia.
- Colaboración en la desintoxicación.
- Evaluación y tratamiento de los cuadros abstinenciales, mejorar la detección del síndrome de Wernicke.
- Enganchar al programa de deshabituación y trabajar la motivación para el cambio.
- Tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica.
- Evaluación neuropsicológica si es necesaria.

2. PROGRAMA DE INTERCONSULTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES CON TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL

El programa de interconsulta de adicciones fue implementado en 2014. Se elaboró una guía para el resto de profesionales y se realizó una formación on-line, donde se explicó cómo realizar la detección del consumo, el manejo de los cuadros de abstinencia, una orientación sobre intervenciones motivacionales y los criterios para derivación a la interconsulta de adicciones. La interconsulta de adicciones se centraba en el trabajo motivacional para implicar al paciente en el programa ambulatorio de deshabituación, además de colaborar en el manejo de la desintoxicación y de los trastornos psiquiátricos comórbidos.

El paciente puede ingresar en el hospital derivado desde las consultas externas de cualquier Servicio del Hospital o bien procedente de la Urgencia hospitalaria. Una vez ingresado, el profesional responsable del paciente lleva a cabo la evaluación clínica que incluye preguntas sobre la ingesta de alcohol (la guía recomendaba el AUDIT-C). Cuando se sospeche problemas relacionados con dicho consumo, en el momento actual o en el pasado, se debe realizar una evaluación orientada a confirmar la presencia de trastornos por consumo de alcohol (en la guía se incluían los criterios de consumo perjudicial y de dependencia del alcohol).

De confirmarse la presencia de dependencia alcohólica se debe evaluar la posibilidad de que pueda aparecer síndrome de abstinencia alcohólica en cuyo caso se utilizará algunas de las pautas descritas (en la guía se ofrecían distintas pautas de desintoxicación con benzodiazepinas).

Una vez desintoxicado o en el caso de que no se haya puesto de manifiesto la sintomatología de abstinencia por alcohol se debe evaluar la motivación del paciente para recibir ayuda que le permita alcanzar y mantener la abstinencia. Para llevar a cabo este tipo de evaluación suele ser recomendable una entrevista breve basada en principios motivacionales orientados a disminuir las resistencias del sujeto para llevar a cabo los cambios de conducta (la guía incluía un anexo con estrategias motivacionales).

Cuando se identifica un sujeto con TUA se aconseja realizar un parte de interconsulta al programa de adicciones para valorar comorbilidad psiquiátrica, motivación para el tratamiento de deshabituación y orientación al programa de tratamiento ambulatorio. Una vez controlada la clínica abstinecial, durante el ingreso se trabajará el aumento de la motivación para el inicio del tratamiento de deshabituación y el “enganche” a este.

Se hace énfasis en que es importante señalar en el informe de alta los diagnósticos relacionados con el consumo de alcohol, el tipo de intervención realizada durante el ingreso y los planes terapéuticos tras el alta.

3. VALORACIÓN DEL PROGRAMA.

A partir de las bases de datos del hospital se evaluó el papel de este programa de interconsulta hospitalaria (Bernal et al. 2023). Entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2017, de 133181 ingresos, 13.14% tuvieron un trastorno relacionado con el alcohol o las drogas y 3.54% fueron derivados al programa de alcohol. La mayoría de los casos detectados y de las derivaciones al programa de alcohol procedieron de digestivo (15%) y medicina interna (7.7%). Predominaron los trastornos

hepáticos y pancreáticos en los pacientes derivados al programa (33.7%). De 219 pacientes con diagnóstico principal de dependencia durante el ingreso, sólo 90 (41.1%) fueron derivados al programa. Los pacientes derivados al programa tuvieron menos mortalidad intrahospitalaria, menor estancia hospitalaria, menor riesgo de reingresos durante el primer año y aquellos tratados en el programa tenían mayor adherencia terapéutica en las consultas de los distintos especialistas (Bernal et al. 2023). Por lo que estos datos apoyan el papel del equipo de interconsulta de adicciones para facilitar la detección precoz y el inicio del tratamiento del trastorno adictivo durante el ingreso para facilitar la continuidad de cuidados, aunque sigue evidenciando limitaciones importantes respecto a la capacidad de detección de estos trastornos y la capacidad de derivación al programa ambulatorio.

Además, se realizó un análisis de dos años de seguimiento de aquellos pacientes valorados por la interconsulta de adicciones en 2017 (Cumbicus, 2020). Los motivos de ingreso principales por los que avisan al servicio de interconsulta por TUA son el síndrome de abstinencia, hepatopatías, pancreatitis y cardiopatía asociada con el consumo de alcohol. Fueron derivados al alta al programa de alcohol el 40% de pacientes, pero asistieron a consulta el 34%. No fueron derivados aquellos pacientes que rechazaron el seguimiento posterior o que estaban en tratamiento en otros centros. En el seguimiento post-alta, la mayoría de los que no fueron derivados al programa mantenía el consumo o recaían antes y tenían más visitas a urgencias. El no acudir al programa se asoció con mayor mortalidad en el seguimiento, fundamentalmente asociada a tumores y hepatopatías. Los que habían tenido un síndrome de abstinencia complicado (delirium, crisis convulsivas) reingresaban más por traumatismos y hepatopatías. Las especialidades que más solicitaron la valoración por parte de psiquiatría fueron medicina interna y digestivo, por lo que posiblemente hay muchas otras especialidades que no suelen notificar los posibles casos de TUA.

Por lo tanto, la intervención del programa de alcohol mejoró la evolución de los pacientes, ya que hubo menos visitas a urgencias posteriores, menor porcentaje de recaídas en el consumo y menor índice de mortalidad en quienes acudieron al programa ambulatorio.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Arias, F., Sánchez, S. (2003). Disminución del uso de recursos sanitarios tras un programa ambulatorio de tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 15 (1), 17-22. doi.org/10.20882/adicciones.443
- Bardazzi, G., Zanna, I., Ceroti, M., Bendinelli, B., Lozzi, A., Caini, S., Nesi, G., Saieva, C. (2017). A 5-Year Follow-Up of a Cohort of Italian Alcoholics: Hospital Admissions and Overall Survival. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(7), 1309-1318. doi:10.1111/acer.13404
- Bernal JL, Arias F, Varela C, Losada C, Blanco A, del Yerro MJ, Marín M, Rubio G. (2023). A 3-Year Retrospective Study of the Impact of Integrating an Addiction Liaison Team into an Outpatient Alcoholism Treatment Programme. *Alcohol and Alcoholism*, 1-8. Doi 10.1093/alcalc/agad004
- Cumbicus, C. (2020). Utilidad del programa de alcohol de interconsulta del hospital Doce de Octubre. Master de psicofarmacología y Drogas de abuso. TFM. Universidad Complutense de Madrid.
- Dirección General de Salud Pública – Consejería de Sanidad. (2019). *Informe sobre Morbilidad Hospitalaria por Alcohol. Comunidad De Madrid, Cmbd 2016 y 2017*. Comunidad de Madrid. Recuperado de: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/drog/informe_sobre_morbilidad_hospitalaria_por_alcohol_cmbd_2016-2017.pdf
- Han, X., Jiang, F., Zhou, H., Needleman, J., Guo, M., Chen, Y., Liu, Y., Tang, Y. (2020). Hospitalization Pattern, Inpatient Service Utilization and Quality of Care in Patients With Alcohol Use Disorder:

- A Sequence Analysis of Discharge Medical Records. *Alcohol and Alcoholism*, 55(2), 179–186. doi:10.1093/alcalc/agz081
- Holder, H. (1998). Cost benefits of substance abuse treatment: an overview of results from alcohol and drug abuse. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 1, 23–9.
- Malet, L., Schwan, R., Boussiron, D., Aublet-Cuvelier, B., & Llorca, P. (2005). Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *European Psychiatry*, 20(7), 484–489. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.06.027
- Marín, M., Ponce, G., Rubio, G. (2011). Alcoholismo: síndrome de dependencia y trastornos por uso de alcohol. *Dependencias, alteraciones de la conducta alimentaria y psicogeriatría*, 10(86), 5791–5799. Recuperado de: <https://www.medicineonline.es/es-alcoholismo-sindrome-dependencia-trastornos-por-articulo-X0304541211274076>
- Miquel, L., Gual, A., Vela, E., Lligoña, A., Bustins, M., Colom, J., Rehm, J. (2016). Alcohol Consumption and Inpatient Health Service Utilization in a Cohort of Patients With Alcohol Dependence After 20 Years of Follow-up. *Alcohol and Alcoholism*, 52 (2), 227–233. doi: 10.1093/alcalc/agw075
- Monras, M., Ortega, L., Mondon, S., Gual, A. (2003). Alcoholismo en el hospital general: detección y tratamiento. *Medicina Clínica*, 121(19), 733–735. doi:10.1016/S0025-7753(03)74078-0
- Nordeck, C. D., Welsh, C., Schwartz, R. P., Mitchell, S. G., Cohen, A., O’Grady, K. E., & Gryczynski, J. (2018). Rehospitalization and substance use disorder (SUD) treatment entry among patients seen by a hospital SUD consultation-liaison service. *Drug and Alcohol Dependence*, 186, 23–28. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.12.043
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud*. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pastor F, Guardia J, Pereiro C, Bobes J. (2013). Alcoholismo, guías clínicas sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica. 3ª ed. España: Saned.
- Probst, C.; Kilian, C.; Sanchez, S.; Lange, S.; Rehm, J. (2020). The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *The Lancet Public Health*, Volume 5, Issue 6, e324–e332. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30052-9
- Rehm, J., Shield, K., Rehm, M., Gmel, G., Frick, U. (2013). Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, 23, (2), 89–97. doi 10.1016/j.euroneuro.2012.08.001
- Rubio, G., Ponce, G. (2013). Alcohol Detoxification. In: *Interventions for Addiction: Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders*. Elsevier: San Diego: Academic Press, pp. 355–366.

8

FASE DE DESINTOXICACIÓN Y ACOGIDA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOL

José Ramón López-Trabada, Nazaret Saiz

1. RECEPCION DE PACIENTES

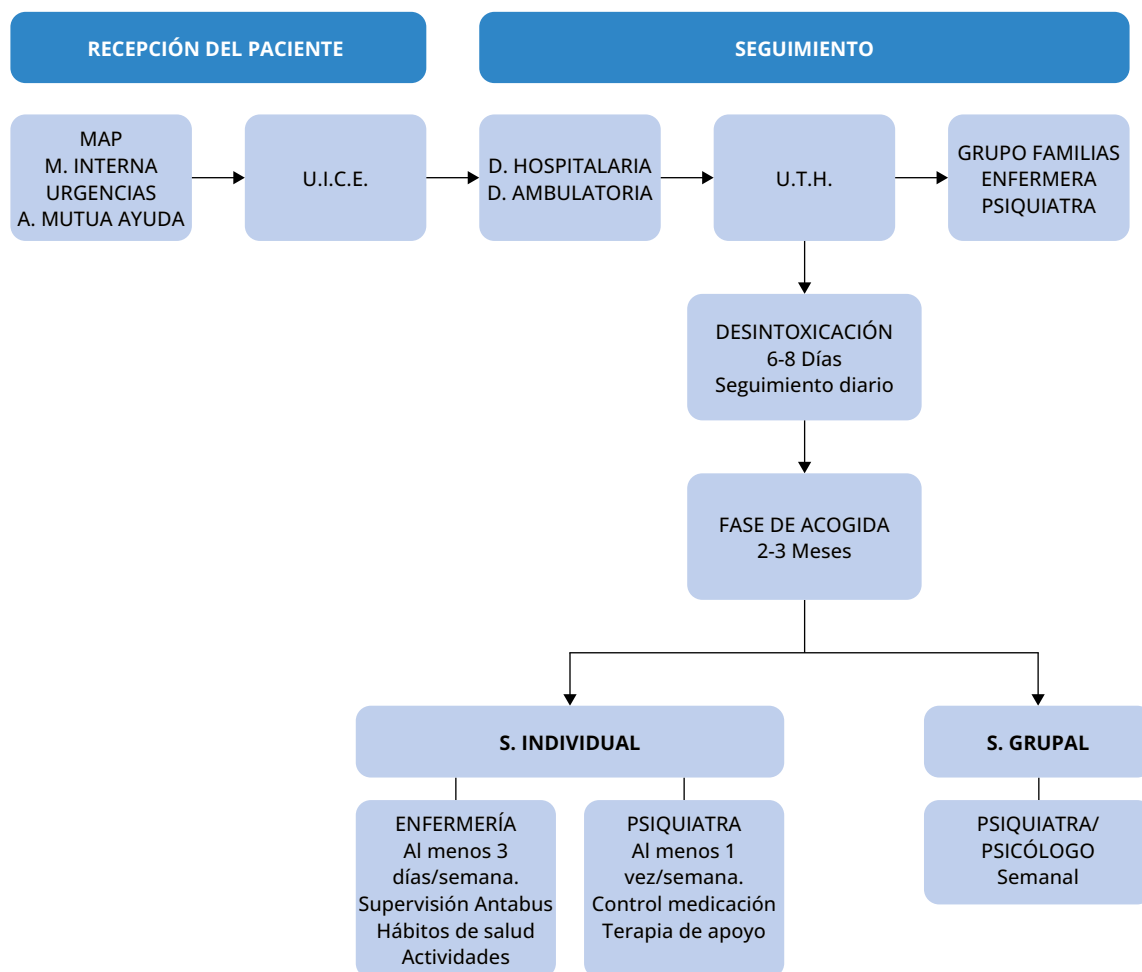
Hay varias vías por la que puede llegar el paciente al programa del hospital:

Atención Primaria. El médico de primaria detecta un problema de dependencia del alcohol en el paciente y tras valorar la motivación del mismo para el cambio lo deriva a la UICE (Unidad de Interconsultas).

Desde Medicina Interna. Pacientes que ingresan por patologías somáticas, normalmente digestivas, pero también cardíacas, neurológicas, etc. y en los que se diagnostica un trastorno por uso de alcohol. Estos pacientes son valorados durante su ingreso por el psiquiatra del programa de interconsulta, y es al alta quien deriva a la fase inicial en la UTH (Unidad de Transición Hospitalaria) para su seguimiento.

Desde la Urgencia. Pacientes que acuden por cuadros de intoxicaciones agudas o patologías derivadas del consumo de alcohol.

Y, por último, los pacientes también son derivados desde las **Asociaciones de Mutua Ayuda**. En caso de nuestra área de influencia, estarían entre otras A.A., Arvil, Aracyl y Facoma. Son pacientes derivados para su valoración e inclusión en nuestro programa, manteniendo simultáneamente su seguimiento en la Asociación, pacientes en recaída que necesitan tratamiento, pacientes con intenso “craving” o con patología psiquiátrica asociada.



Esquema de la primera fase del Programa de alcohol (fase de acogida)

2. SEGUIMIENTO

Los pacientes que no han sido vistos previamente (los hospitalizados que ya habrían sido valorados) son recibidos en primer lugar en la UICE donde se realiza su valoración y se decide en caso de estar en consumo activo, el tipo de desintoxicación más adecuada, hospitalaria o ambulatoria, en función de las características del mismo:

- Nivel de consumo.
- Patología somática.
- Antecedentes de abstinencias complicadas (Convulsiones, Delirium tremens)
- Falta de apoyo familiar/social (Situación de calle, etc.).

Los pacientes ya abstinentes y con motivación para realizar el programa son derivados directamente a la UTH para su inclusión en la primera fase del programa, la fase de acogida. Esta derivación tiene un tiempo de demora nunca superior a las 72 horas, siendo lo habitual que se produzca de un día para otro y, en algunos casos, en el mismo día.

2.1. Desintoxicación hospitalaria

Siempre que haya disponibilidad de camas, se hará en el Servicio de Medicina Interna del Hospital, siendo el paciente, una vez concluida la misma, derivado a la UTH para inclusión en el programa.

En caso de no disponibilidad en nuestro Hospital, se recurre a la UDA (Unidad de Desintoxicación Alcohólica) del Hospital Rodríguez Lafora, siendo el propio paciente quien debe gestionar la petición de ingreso en la misma, siendo incluido en una lista de espera variable, 1 o 2 meses, y tras concluir la desintoxicación retornaría a nuestro programa.

2.2. Desintoxicación ambulatoria

El paciente remitido desde la UICE y que se encuentra activo en su hábito alcohólico es recibido por el psiquiatra de la UTH que realiza una valoración del nivel de consumo, explica el programa de la Unidad y también el protocolo de Antabus con los cuidados y restricciones a tener en cuenta durante el tratamiento con el mismo, citando al paciente para el día siguiente para comenzar con la desintoxicación, a ser posible acompañados por algún familiar al que también se le explica el programa y el protocolo Antabus para que sean ellos en casa quienes supervisen la toma del mismo.

Los pacientes que se encuentran abstinentes a su llegada a la UICE, habitualmente, comienzan con el protocolo Antabus en ella mientras son derivados a la UTH donde continuaran con el mismo protocolo.

La desintoxicación ambulatoria se extiende durante 6 – 8 días, durante los cuales el paciente es visto tanto por enfermería, además de para supervisión en la toma de Antabus tras la correspondiente determinación de alcoholemia, para evitar reacciones aldehydicas, para comenzar con la instauración de hábitos de autocuidado y salud, así como introducir actividades que generen un estilo de vida lo más alejado posible del estilo de vida alcohólico anterior.

Durante la desintoxicación, enfermería ve al paciente a diario, pasando cuando la evolución del síndrome de abstinencia (SAA) lo permita a un seguimiento de tres días en semana (L, X y V) para continuar con su trabajo sobre el estilo de vida del paciente como se describe en el capítulo de enfermería. Durante la desintoxicación también es visto a diario por el psiquiatra de la UTH para valoración de los síntomas y ajuste farmacológico.

El primer día que vemos al paciente en la UTH, tras explicar el programa, pedimos al paciente que acuda a la Unidad al día siguiente con 12 horas de abstinencia, para así poder comenzar con la toma de Antabus y asegurar la abstinencia futura.

Se comprueba la alcoholemia del paciente y se procede a la administración de los dos primeros comprimidos de Antabus, para acelerar la inhibición de la aldehído deshidrogenasa y así conseguir un periodo de cobertura extendido más allá de las 24 horas iniciales que produce el disulfiram lo antes posible, tras 5 días de administrar dos comprimidos pasamos a la dosis estándar de un comprimido diario. El Antabus además de generar la reacción somática negativa, tendría un efecto sobre el deseo de consumo ya que además de inhibir la aldehído deshidrogenasa, inhibe también la Dopamina beta hidroxilasa produciendo por ello un nivel de dopamina mayor, lo que contribuye a un “craving” más moderado.

Hay pacientes que con un comprimido no experimentan la reacción somática tras la ingesta de alcohol, en estos pacientes aumentamos la dosis de Antabus que puede llegar a un máximo de 1 gr/día, es decir 4 comprimidos.

Además junto con los dos primeros comprimidos de Antabus, administramos la primera dosis de la pauta de desintoxicación durante esa cita para controlar los síntomas iniciales del SAA, y entregamos la pauta farmacológica a seguir por escrito, incluyendo la medicación usada en el Módulo Único de Prescripción (MUP) para facilitar su obtención.

Incluso en casos en los que esa abstinencia inicial para comenzar con el tratamiento se valora difícil de conseguir o no se consigue, apoyamos con medicación esas primeras 12 horas, advirtiéndolo al paciente que si sigue bebiendo no debe tomarla.

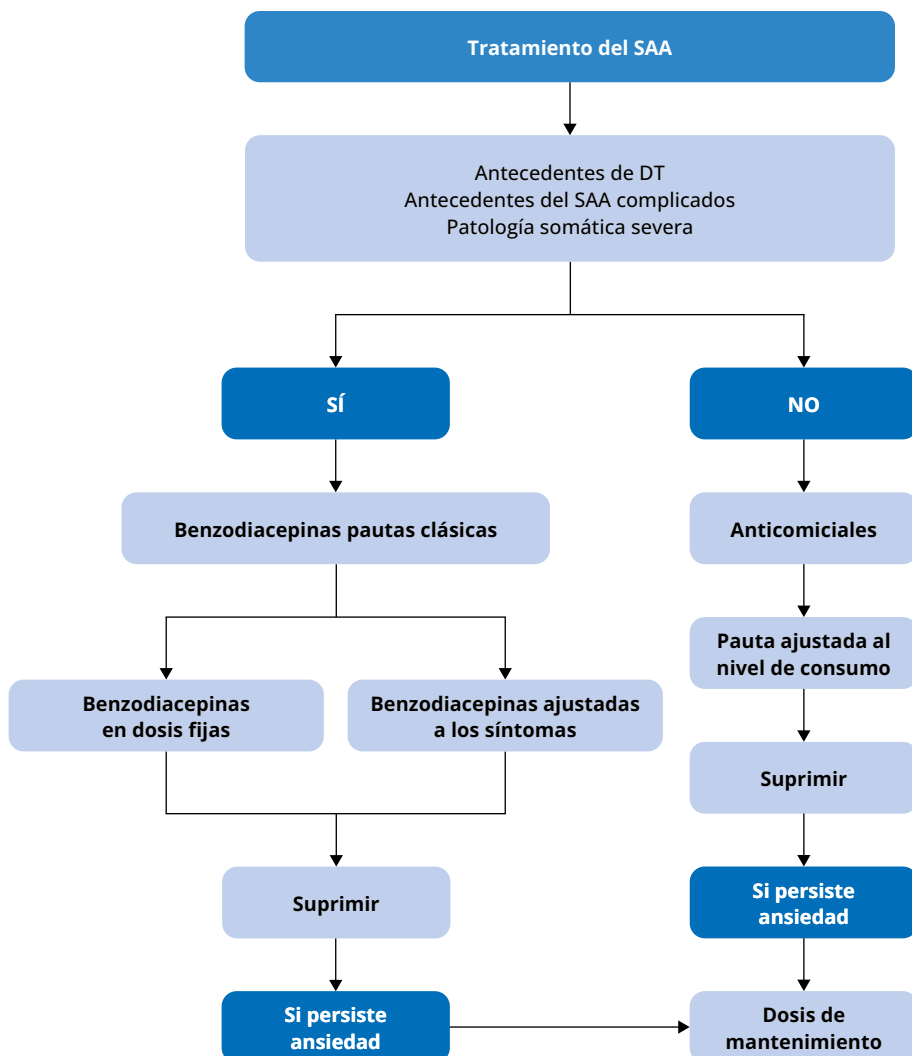
Habitualmente utilizamos gabapentina 150 – 300 mg o pregabalina 75 – 150 mg en tres tomas: Cena, Dormir y Desayuno, junto con trazodona en la toma de dormir como inductor del sueño.

3. PAUTAS DE DESINTOXICACIÓN

Aunque lo más extendido es el uso de las pautas clásicas con benzodiacepinas para la misma, en nuestra Unidad intentamos evitarla siempre que sea posible, ya que aunque son usadas de manera recortada en el tiempo, el peligro de adicción en una población tan vulnerable es elevado.

Las pautas alternativas con anticomiciales, controlan el SAA perfectamente, son fáciles de manejar, seguras, carecen del riesgo adictivo de las benzodiacepinas, no se metabolizan y se excretan inalteradas en orina, no siendo por tanto una sobrecarga para el hígado (Tabla 1).

Tabla 1. Pautas para la desintoxicación ambulatoria para pacientes con síntomas de abstinencia no superiores a 20 puntos en CIWA-Ar (Escala de evaluación del síndrome de abstinencia alcohólica del Instituto Clínico, revisada)

Algoritmo para el manejo del SAA no complicado**3.1. Pautas clásicas con benzodiacepinas**

La pauta de benzodiacepinas ajustada a los síntomas se utilizaría más en medio hospitalario, ya que exige una monitorización del paciente muy frecuente, por ello nosotros de manera ambulatoria, utilizamos la pauta en dosis fija:

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6
Loracepam	1-2 mg/4h.	1-1.5/4h.	0,5-1/4h.	0.25-0.50/4h.	1/24h	0/24h.
Diazepam	10-20mg/6h.	10-20/8h.	10-20/12h.	10-20/24h.	5-10/24h.	0/24h.
Clordacepoxido	50-100mg/6h.	50-100/8h.	50-100/12h.	50-100/24h.	25-50/24h.	0/24h

3.2. Pautas alternativas con anticomieles

	Pregabalina	Gabapentina
Consumo entre 80 y 160 g/día de alcohol	300-450mg	450-900 mg en 3-4 tomas.
Consumo entre 160 y 400 g/día de alcohol	450-900 mg	900-1600 mg en 3-4 tomas
Más de 400 g/día de alcohol	900-1800 mg	1600-3200 mg en 3-4 tomas

Además usamos como inductor del sueño trazodona en dosis de 100 mg/día en la toma nocturna, y vitaminoterapia con B1, B6, B12 y Ac. Fólico que mantenemos de 1 a 2 meses.

Durante los 8 - 10 días de este tratamiento el paciente, como ya hemos dicho es valorado a diario tanto por enfermería como por el psiquiatra, ajustando la dosis de fármaco en función de la sintomatología que el paciente presente.

Terminada la desintoxicación si persisten síntomas de ansiedad se mantendría una dosis del anticomieles de manera estable para su control.

Si además el paciente manifiesta intensos deseos de consumo utilizamos antagonistas opioide como la naltrexona o nalmefeno en dosis de 50 mg y 18 mg respectivamente, ya que inhiben el efecto reforzador de las endorfinas, disminuyendo el deseo de consumo.

Y si se hace manifiesta una alteración del estado de ánimo usamos antidepresivos I.S.R.S., aunque las alteraciones de ánimo que suelen presentar los pacientes previamente a la desintoxicación, en la mayoría de los casos desaparecen con la abstinencia.

Durante todo el periodo de desintoxicación el paciente además continúa con la toma supervisada de Antabus siempre previa alcoholimetría negativa y además comienza su participación en el grupo psicoterapéutico de esta fase de acogida.

Durante el resto de su estancia en esta fase el paciente es visto por enfermería 3 veces en semana, no solo para la toma supervisada de Antabus, sino también para fomentar cambios en el estilo de vida del paciente.

Durante este periodo y hasta que pasen a la siguiente fase, prevención de recaídas, el seguimiento psiquiátrico es de frecuencia semanal como mínimo, en función de las necesidades de cada paciente.

La Unidad funciona como un hospital de día, los horarios de asistencia son flexibles, pudiendo acudir los días previstos en horario abierto de 9.00 a 14.00 horas. Además el paciente puede acudir en cualquier momento que sea necesario sin necesidad de citarse.

4. GRUPO DE ACOGIDA

Es un grupo abierto, de frecuencia semanal, en concreto los miércoles, de dos horas de duración, moderado por un psicólogo y el psiquiatra de la unidad, donde se potencia la participación e inte-

racción entre los participantes, los pacientes se incorporan según van ingresando en el programa, por lo que no cuenta con sesiones fijas, no está manualizado, siendo los contenidos fundamentalmente psicoeducativos, donde como objetivos se persigue:

- Afianzar la conciencia de enfermedad y motivación del paciente.
- Aumentar la adhesión al tratamiento, monitorizándose de manera grupal las dificultades que cada paciente experimenta en estas primeras fases para mantener la abstinencia y aprendiendo unos de otros las distintas estrategias de enfrentamiento.
- Desmontar los errores conceptuales sobre el alcoholismo, como la dicotomía vicio/enfermedad que la mayoría de los pacientes presenta, que hace que duden del concepto de enfermedad y lo atribuyan más a un vicio, debilidad de carácter, etc.
- Trabajar las creencias erróneas sobre el manejo de la enfermedad (fuerza de voluntad, consumo controlado, etc.).
- Manejar consumos puntuales si se producen explicando diferencia entre caída y recaída y como esta forma parte de la evolución normal, minimizando las consecuencias negativas que se producen (vergüenza, culpabilidad, etc.)
- Insistir en cambios en el estilo de vida anterior (dejar de ir a bares u otras situaciones de riesgo, no usar sucedáneos como las cerveza 0.00, etc.).
- Fomentar la puesta en marcha de actividades diarias tanto físicas como ocupacionales que sirvan de relleno al tiempo antes invertido en beber, mejoren la autoestima del paciente y aumente su sensación de autoeficacia.

Aproximadamente entre 2 – 3 meses después de iniciado el proceso, el paciente ya estabilizado en su abstinencia y con hábitos distintos, más saludables, progresa hacia las siguientes fases del programa, siendo la siguiente fase la de prevención de recaídas.

El número de pacientes que pasa de fase es variable entre 12 – 18 pacientes, que constituyen el nuevo grupo de terapia, esta vez cerrado, en el que no se incorporan otros pacientes y que, por ello, permite que sea un grupo manualizado, con sesiones cerradas.

En este momento evolutivo, se realiza una determinación analítica completa, que servirá de base para las siguientes determinaciones que se hacen en cada cambio de nivel, es decir, cada 4 meses.

En la UTH también se mantiene un grupo de familias, como parte fundamental del tratamiento.

9

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DESHABITUACIÓN EN LOS TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL

Marta Marín

1. INTRODUCCIÓN

El tratamiento de deshabituación constituye la segunda fase del tratamiento de los trastornos por uso de alcohol (TUA), y se realiza una vez que se ha completado el tratamiento de desintoxicación (cuando éste ha sido necesario). Tiene como objetivo prevenir las recaídas en el consumo de alcohol y que el paciente pueda desarrollar un estilo de vida compatible con la abstinencia mantenida. Aunque en esta fase, a diferencia de lo que sucede durante la fase de desintoxicación, adquieren una mayor relevancia las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, también se emplean estrategias farmacológicas específicas, entre las que caben señalar cuatro grupos farmacológicos (Kranzler et al., 2018) (Tabla 1):

1. Fármacos antidipsotrópicos o interdictores (disulfiram)
2. Fármacos GABAérgicos con acción sobre el sistema NMDA glutamato (acamprosato)
3. Fármacos antagonistas de los receptores opiáceos μ y κ (naltrexona)
4. Fármacos antiepilépticos

2. FÁRMACOS ANTIDIPSOTRÓPICOS, DISUASORIOS O INTERDICTORES

En el momento actual, el único fármaco interdictor que se encuentra comercializado en nuestro país es el disulfiram. Sin embargo, tradicionalmente, se ha empleado en la práctica clínica otro fármaco interdictor, la cianamida cálcica.

2.1. Mecanismo de acción.

Los fármacos interdictores actúan inhibiendo la enzima aldehído-deshidrogenasa hepática que se encarga de catalizar la oxidación del acetaldehído a acetato. Como consecuencia de esta inhibición, se produce un incremento del acetaldehído en sangre que da lugar a la llamada “reacción

disulfiram” o “efecto Antabús®”. Esta reacción, se caracteriza por la aparición de vasodilatación, enrojecimiento facial y ocular, cefalea pulsátil, taquicardia y dolor precordial, alteraciones de la presión arterial, mareo y vértigo, náuseas y vómitos, debilidad, visión borrosa y diplopía, dificultad respiratoria, hiperventilación y sudoración. En los casos más graves, puede ocasionar depresión respiratoria, arritmias, infarto agudo de miocardio, colapso cardiocirculatorio, disminución del nivel de conciencia, convulsiones, e incluso la muerte. Estos efectos aparecen a los 5-10 minutos de haber iniciado la ingesta de alcohol, y pueden durar algunas horas, siendo su intensidad proporcional tanto a la cantidad de alcohol ingerida, como a la dosis del fármaco que se ha administrado. El tratamiento de la “reacción disulfiram” incluye medidas de soporte, la administración de ácido ascórbico a dosis altas (1 g) por vía intravenosa, y el empleo de antihistamínicos intravenosos o intramusculares, dado que se ha planteado que serotonina, histamina y diversas catecolaminas también podrían estar involucradas en el desarrollo de esta reacción. El objetivo de emplear estos fármacos es disuadir al paciente del consumo de alcohol, generando en éste cambios cognitivos y motivacionales que contribuyan al mantenimiento de la abstinencia (Mutschler et al., 2016) (Figura 1).

El disulfiram, además de la inhibición que produce sobre la aldehído-deshidrogenasa hepática, inhibe la **dopamina-beta-hidroxilasa**, enzima que se encarga de la conversión de dopamina en nora-drenalina. Como consecuencia de ello, aumenta la disponibilidad de dopamina en las sinapsis. Por este mecanismo de acción, se ha considerado que el disulfiram podría ser un agente eficaz en el tratamiento de pacientes que abusan simultáneamente de alcohol y cocaína, eliminando el efecto “priming” que el alcohol ocasiona sobre el consumo de cocaína. A su vez, se ha encontrado que el disulfiram es eficaz en el tratamiento de pacientes con dependencia de cocaína que no consumen alcohol (Devoto et al., 2015). Sin embargo, se cree que es precisamente por esta acción por la que el disulfiram podría precipitar síntomas psicóticos, por lo que se recomienda emplear con precaución en pacientes con antecedentes de psicosis (Spiegel et al., 2016; Bewer et al., 2017).

Por último, se ha observado que el disulfiram posee una **acción antitiroidea** atribuible a la presencia de grupos NCS, que podrían reaccionar con el yodo libre para formar complejos estables.

2.2. Propiedades farmacocinéticas

1. Absorción: Se absorbe rápidamente, pero de manera incompleta desde el tracto gastrointestinal. Tiene una biodisponibilidad del 80-90%, siendo mayor cuando se administra con los alimentos.
2. Distribución: Debido a su elevada liposolubilidad, se distribuye ampliamente y se acumula en los depósitos grasos.
3. Metabolismo: Es rápidamente metabolizado en el estómago a ácido dietilditiocarbámico el cual, a través de un metabolismo de fase II da lugar a dietiltiometilcarbamato (Me-DTC), que a su vez se metaboliza dando lugar a su sulfóxido y sulfona. Estos son sus tres metabolitos activos.
4. Eliminación: El 5-20% de la dosis ingerida de disulfiram no es absorbida y se excreta en las heces sin modificar. El 70-76% de la dosis se elimina por orina ya metabolizado. Una pequeña parte puede eliminarse por los pulmones en el aire espirado en forma de disulfuro carbónico. Tiene una semivida de 60-120 horas.

2.3. Posología

El disulfiram (Antabus®) se comercializa en comprimidos de 250 mg y se suele administrar en dosis de entre 250 y 500 mg/día. Suele tomarse preferiblemente al levantarse, aunque en pacien-

tes que presentan efectos sedantes puede tomarse a la hora de acostarse. Produce una inhibición irreversible de la enzima aldehído-deshidrogenasa, por lo que puede administrarse cada 24 horas. Su efecto se inicia 12 horas después de la administración del fármaco y puede durar hasta 15 días.

Por su parte, la **cianamida cálcica (Colme®)** se presenta en gotas. A diferencia del disulfiram, inhibe de manera reversible la enzima aldehído-deshidrogenasa, por lo que debe administrarse cada 12 horas, en dosis de 73 mg/día, es decir 12 gotas cada 12 horas. Su inicio de acción es más rápido, entre 1 y 2 horas después de la administración del fármaco, pero su efecto es más breve y desaparece después de 12 horas.

Se recomienda monitorizar la función hepática al inicio y durante el tratamiento con el disulfiram. También es recomendable la realización de recuentos hematológicos y bioquímicos periódicos.

Es un tratamiento voluntario y requiere la firma por parte del paciente de un consentimiento informado. En este consentimiento deberemos incluir una serie de precauciones especiales con relación a su empleo:

- ➔ No se iniciará el tratamiento con disulfiram hasta que la persona se haya mantenido abstinentemente de ingerir alcohol al menos durante 24 horas.
- ➔ Una vez interrumpida la toma de disulfiram se puede experimentar la “reacción Antabús®” durante 2-3 semanas.
- ➔ El paciente debe evitar el uso de alcohol en formas enmascaradas (guisos en los que se haya empleado alcohol, bebidas “sin” o “00”, vinagre, salsas, enjuagues bucales, jarabes para la tos, productos de higiene personal).

2.4. Efectos secundarios, contraindicaciones y precauciones

Los efectos secundarios más frecuentemente asociados al disulfiram son: somnolencia, astenia, cefalea, disgeusia, halitosis, dispepsia, disfunción sexual. Otros efectos menos frecuentes, pero potencialmente más graves son: dermatitis, neuropatía periférica, neuritis óptica, Síndrome de Guillain-Barré, colestasis y hepatitis aguda.

El disulfiram debe administrarse con extrema precaución en pacientes con alguna de las siguientes patologías: diabetes mellitus, hipotiroidismo, epilepsia, insuficiencia respiratoria, nefritis tubulointersticial aguda y crónica, y cirrosis hepática. Esto es debido a que la “reacción disulfiram”, más que el empleo del fármaco en sí, puede causar un empeoramiento de estas. Por este mismo motivo, está contraindicado en pacientes con enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria) o enfermedades cerebrovasculares. Por su acción inhibitoria sobre la Dopamina-Beta-Hidroxilasa, se recomienda, asimismo, emplear Disulfiram con cautela en pacientes con antecedentes de psicosis. Por último, en pacientes con insuficiencia renal o hepática habrá que realizar un ajuste de dosis, estando contraindicado en pacientes con insuficiencia renal o hepática grave.

2.5. Interacciones farmacológicas

El disulfiram puede retrasar el metabolismo y aumentar los niveles séricos de anticoagulantes orales (como la warfarina, prolongando el tiempo de protrombina; por este motivo, habrá que ajustar la dosis del anticoagulante cuando se use de manera concomitante con disulfiram), el metronidazol (por sinergia, da lugar a una reacción psicótica aguda y confusión), la fenitoína, la isoniazida (los

efectos adversos asociados incluyen ataxia y cambios de humor y de conducta), las benzodiazepinas de metabolismo oxidativo (como diazepam o clordiazepóxido), la amitriptilina (habiéndose descrito cuadros confusionales y psicóticos), la clozapina (lo que podría asociarse a un incremento en la eficacia antipsicótica de la clozapina, bloqueando también los efectos psicóticos del disulfiram), la teofilina, y la tranilcipromida (IMAO; se han descrito algunos cuadros delirantes).

3. FÁRMACOS GABAÉRGICOS CON ACCIÓN SOBRE EL SISTEMA NMDA GLUTAMATO (ACAMPROSATO)

3.1. Mecanismo de acción

El acamprosato es un derivado de la taurina que actúa como un **agonista gabaérgico** y un **inhibidor de los receptores glutamatérgicos tipo NMDA** (N-metil D-aspartato). Esta acción conjunta permite restaurar la función gabaérgica y reducir la hiperfunción de la neurotransmisión excitatoria glutamatérgica, facilitando un reequilibrio entre ambos sistemas. De esta manera, reduce el “craving”, así como la sintomatología ansiosa y disfórica que aparecen cuando el sujeto se ve expuesto a estímulos que le recuerdan al consumo, favoreciendo de esta manera que éste mantenga la abstinencia. Algunos metaanálisis consideran que acamprosato es un fármaco eficaz para mantener la abstinencia en pacientes desintoxicados, pero que pierde su eficacia cuando éstos inician el consumo (Maisel et al., 2013).

3.2. Posología

Se comercializa con el nombre de Campral® y se presenta en comprimidos de 333 mg. Se emplea en dosis de 1998 mg/día, es decir, 2 comprimidos/8 horas o 3 comprimidos/12 horas. Solamente, en los casos de insuficiencia renal moderada la pauta será de 1 comprimido/8 horas.

3.3. Propiedades farmacocinéticas

1. Absorción: Debe tomarse antes de las comidas, pues los alimentos afectan de forma considerable a su absorción.
2. Distribución: No se une a proteínas plasmáticas.
3. Metabolismo: No tiene metabolismo hepático.
4. Eliminación: Tiene una semivida de eliminación de 20-33 horas, eliminándose principalmente por vía renal.

3.4. Efectos secundarios, contraindicaciones y precauciones

En general, el acamprosato es un fármaco seguro y bien tolerado. El efecto adverso más frecuente es la diarrea (Kranzler et al., 2018). Con menos frecuencia puede producir estreñimiento, náuseas, vómitos, flatulencia y dolor abdominal. También se asocia a una disminución de la libido, impotencia sexual, prurito y dermatitis. Solamente está contraindicado en los pacientes con insuficiencia renal grave.

3.5. Interacciones farmacológicas

Al carecer de metabolismo hepático y no inhibir las enzimas hepáticas, el acamprosato carece de interacciones farmacológicas significativas. Asimismo, no interacciona con el alcohol.

4. FÁRMACOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIÁCEOS μ Y κ

4.1. Mecanismo de acción

La naltrexona actúa como un **antagonista competitivo en los receptores opiáceos μ , κ , y δ** , teniendo una mayor selectividad sobre el receptor μ que sobre el receptor δ . A través de este antagonismo opioide, produce una inhibición indirecta de la liberación de dopamina. De esta manera, disminuye los efectos gratificantes del alcohol, su capacidad de refuerzo y el deseo ("craving") por consumirlo. Algunos metaanálisis concluyen que la naltrexona ayudaría a evitar la transición desde un consumo inicial a una recaída. Además, se ha visto eficaz en reducir el riesgo de un consumo excesivo de alcohol, disminuyendo el número de días de consumo y la cantidad de alcohol consumida (Maisel et al., 2013).

4.2. Posología

La naltrexona (Tranalex®) se presenta en comprimidos de 50 mg. Se administra por vía oral en dosis de 50 o 100 mg/día. Se recomienda mantener el tratamiento entre 6-12 meses.

4.3. Propiedades farmacocinéticas

1. Absorción: La absorción es rápida y casi completa (96%).
2. Distribución: Se distribuye ampliamente por todo el organismo. Se une a proteínas plasmáticas en un 21-28%.
3. Metabolismo: Sufrir un importante primer paso hepático, aunque en dicha metabolización no interviene el sistema CYP450.
4. Eliminación: Es excretado mayoritariamente por vía renal. Su vida media de eliminación es de 13 horas.

4.4. Efectos secundarios, precauciones y contraindicaciones

Los efectos secundarios relacionados con la naltrexona afectan al 15 % de los sujetos. Suelen ser benignos, de inicio precoz y transitorios. Los más frecuentes son las náuseas y los vómitos, seguidos de otros síntomas digestivos como dolor abdominal, diarrea o estreñimiento. Otras reacciones adversas relativamente frecuentes son astenia, anorexia, erupción cutánea, cefalea, mareo, inquietud, ansiedad e insomnio.

Asimismo, la naltrexona se ha asociado a hepatotoxicidad. Aunque este es un efecto adverso poco frecuente, se han descrito elevaciones de las transaminasas por encima de tres veces el valor normal, que se normalizaron después de la discontinuación de la naltrexona. Por este motivo, se recomienda monitorizar los valores de las transaminasas antes del inicio y periódicamente durante el tratamiento, y evitar su combinación con fármacos potencialmente hepatotóxicos (Fairbanks et al., 2020).

La naltrexona está contraindicada en pacientes que están en tratamiento o consumiendo opioides por otro motivo, puesto que podría desencadenar un grave síndrome de abstinencia. Por este motivo, se deberá de estar libre de opioides entre 7-10 días antes del inicio del tratamiento. En caso de que los fármacos opioides sean necesarios para el control algico, la naltrexona debería ser retirada, o bien se deberían emplear AINES y/u opiáceos de acción rápida. Otras contraindicaciones de la naltrexona son la hepatitis aguda o fallo hepático, y la insuficiencia renal grave.

4.5. Interacciones farmacológicas

La única interacción farmacológica de la naltrexona es, como ya se ha señalado previamente con los fármacos opioides, puesto que puede precipitar un síndrome de abstinencia de estos.

5. FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS

Tanto los antiepilepticos clásicos (carbamazepina y ácido valproico), como los de nueva generación (gabapentina, oxcarbazepina, pregabalina, topiramato y zonisamida), aunque no se encuentran aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA), han demostrado ser eficaces en la prevención de las recaídas en el consumo de alcohol.

Esta eficacia podría ser debida a que disminuyen el “*craving*”, tienen propiedades anti-impulsivas, mejorando especialmente el componente del control inhibitorio, reducen los efectos reforzadores del alcohol y tratan síntomas comórbidos como la ansiedad, los síntomas afectivos y las alteraciones del sueño que pueden aparecer asociados al síndrome de abstinencia de alcohol retardado, y que pueden precipitar recaídas tempranas en el consumo de alcohol.

5.1. Topiramato

El topiramato es un antiepileptico aprobado por la FDA para el tratamiento de las crisis epilépticas parciales, las crisis epilépticas tónico-clónicas primarias y generalizadas secundarias y las asociadas al Síndrome de Lennox-Gastaut, así como para la profilaxis de la migraña. También se emplea en otras indicaciones entre las que se incluyen algunos trastornos de la conducta alimentaria y/o endocrinológicos (obesidad, diabetes mellitus tipo 2, ganancia de peso inducida por fármacos psicotrópicos, bulimia nerviosa y trastorno por atracón), algunos trastornos psiquiátricos (como adyuvante en el trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y trastornos del control de los impulsos) y en otros trastornos por uso de sustancias distintos del TUA.

De todos los antiepilepticos, el topiramato es el que cuenta con una mayor evidencia científica con respecto a su uso como tratamiento en la deshabituación de alcohol. Ha demostrado eficacia tanto en dosis altas (300–400 mg/día), como bajas (75 mg/día). Se ha planteado que la eficacia del topiramato en el tratamiento de deshabituación de alcohol podría asociarse a una reducción del “*craving*” y de los pensamientos obsesivos relacionados con el alcohol, una reducción de la ansiedad, irritabilidad y la disforia asociada a la abstinencia temprana, una reducción de la impulsividad, actuando sobre todo en el control inhibitorio, y a una atenuación de las propiedades reforzadoras positivas del alcohol (Guglielmo et al., 2015).

5.1.1. Mecanismo de acción

El topiramato tiene un complejo mecanismo de acción, actuando a varios niveles:

- Bloquea los canales de sodio dependientes de voltaje.
- Incrementa las concentraciones de GABA, a través de la activación del receptor GABA-A.
- Antagoniza los receptores del glutamato del subtipo AMPA/Kainato, disminuyendo la excitabilidad neuronal. De esta manera, por un lado, suprime la liberación de dopamina en el núcleo accumbens (NAC) inducida por el alcohol, disminuyendo el refuerzo positivo de este y, por otro, disminuye la hiperexcitabilidad mesocorticolímbica, lo que se asocia a una mejoría en el control inhibitorio reduciendo las conductas dirigidas a conseguir alcohol.

- Modula negativamente los canales de calcio activados por alto voltaje o L.
- Induce efectos inhibitorios débiles de algunas isoenzimas de la anhidrasa carbónica (subtipos II y IV).
- Activa la conductancia del potasio (como consecuencia de los efectos de la inhibición sobre la anhidrasa carbónica).

5.1.2. Posología

El topiramato se comercializa en comprimidos de 25, 50, 100 y 200 mg. Como ya se ha señalado previamente, en el tratamiento deshabitador de alcohol el topiramato puede emplearse tanto a dosis bajas (75 mg/día) como altas (300-400 mg/día). Por la frecuente aparición de efectos adversos asociada al topiramato, se recomienda realizar una escalada lenta de dosis. La dosis inicial del topiramato será de 25-50 mg/día, administrados por la noche durante la primera semana. Posteriormente se podrá aumentar la dosis 25-50 mg/día cada 1-2 semanas. La dosis total se dividirá en dos tomas.

5.1.3. Propiedades farmacocinéticas

1. Absorción: Es rápida y casi completa por vía oral, teniendo una biodisponibilidad del 80%, que no se ve afectada por los alimentos.
2. Distribución: Se une escasamente a proteínas plasmáticas.
3. Metabolismo: Tiene un reducido metabolismo hepático por reacciones de hidrólisis, hidroxilación y glucoronidación.
4. Eliminación: El topiramato es excretado a nivel renal, el 80% de forma inalterada. Su vida media es de 21 horas.

5.1.4. Efectos secundarios, precauciones y contraindicaciones

El topiramato es el peor tolerado de los nuevos antiepilépticos y aproximadamente un 10% de los pacientes sufren efectos adversos leves-moderados, que suelen desaparecer con el tiempo o tras la reducción de dosis. También se pueden minimizar mediante la escalada lenta del fármaco.

Los más frecuentes son los neurológicos (parestias, principalmente en las extremidades y en la cara, mareos, somnolencia, astenia, problemas de atención, concentración y memoria, confusión, disgeusia, nerviosismo, ataxia, nistagmo) y los digestivos (anorexia, náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, sequedad de boca y pérdida de peso).

Otros efectos secundarios menos frecuentes, pero potencialmente más graves son:

- Litiasis renal: Este efecto adverso está relacionado con la acción inhibitoria de la anhidrasa carbónica del topiramato. Es más frecuente en varones, en pacientes con antecedentes personales o familiares de nefrolitiasis y con el empleo de dosis altas del topiramato. Se recomienda aumentar la ingesta hídrica, evitar la combinación del topiramato con otros inhibidores de la anhidrasa carbónica y extremar las precauciones en pacientes con antecedentes de gota, disfunción paratiroidea, consumidores de antiácidos, y en quienes consumen leche y otros alcalinos en abundancia.
- Acidosis metabólica reversible: Este efecto adverso también es debido a que el topiramato es inhibidor de la anhidrasa carbónica, por lo que reduce las concentraciones de bicarbonato. Si aparecen síntomas de hiperventilación, fatiga, anorexia, arritmias cardíacas o estupor, deberá suspenderse el tratamiento.
- Hipertermia y oligohidrosis, especialmente en ancianos y niños.

- Elevación significativa de las enzimas hepáticas.
- Síndrome ocular de miopía aguda con glaucoma de ángulo estrecho secundario: Se trata de un cuadro de inicio agudo de visión borrosa bilateral y dolor ocular. Los hallazgos oftalmológicos son miopía bilateral, hiperemia conjuntival, estrechamiento de la cámara anterior y aumento de la presión intraocular, con o sin midriasis. Es más frecuente durante el primer mes de tratamiento. Ocurre incluso con dosis bajas de topiramato (< 150 mg/día). En la mayoría de los pacientes se resuelve por completo tras la interrupción del tratamiento, aunque en algunos casos requiere intervención quirúrgica.

Habrá que emplear el topiramato con extrema precaución en los siguientes casos:

- Insuficiencia renal moderada-grave: Se asociará a una reducción de la excreción renal del topiramato y, por tanto, un mayor riesgo de toxicidad de éste. Por este motivo, habrá que iniciar el topiramato a dosis menores y hacer una escalada de dosis más lenta.
- Insuficiencia hepática moderada-grave: Aunque el metabolismo hepático del topiramato es escaso, en pacientes con insuficiencia hepática moderada-grave también pueden verse incrementados los niveles plasmáticos del topiramato.
- Litiasis renal: Como ya se ha señalado previamente, el topiramato aumenta el riesgo de formación de cálculos renales, sobre todo en pacientes con antecedentes personales o familiares de nefrolitiasis, hipercalciuria o en tratamiento con otros fármacos inhibidores de la anhidrasa carbónica.
- Glaucoma: En pacientes con antecedentes de glaucoma de ángulo estrecho habrá que usar el topiramato con extrema cautela, puesto que se ha relacionado con la aparición de un cuadro de miopía aguda y glaucoma de ángulo estrecho.
- Deterioro cognitivo: Debido a que el topiramato se asocia a múltiples efectos adversos de tipo cognitivo, se deberá emplear con cautela en pacientes con demencia u otro tipo de déficit cognitivo, empleando dosis más bajas o suspendiendo el tratamiento si se agravan estos síntomas.
- Pérdida de peso: El topiramato se asocia a anorexia y pérdida de peso con lo que deberá evitarse su uso o emplearse con cautela en pacientes desnutridos o con bajo peso.
- La principal contraindicación del topiramato es en mujeres embarazadas o en edad fértil como profiláctico para la migraña. Esto es debido al efecto teratógeno del topiramato, habiéndose descrito un riesgo tres veces mayor de malformaciones congénitas como hendidura del paladar y labio leporino e hipospadias, en niños cuyas madres fueron tratadas con el topiramato en monoterapia, así como un incremento en el riesgo de bajo peso al nacer.

5.1.5. Interacciones farmacológicas

El topiramato tiene un escaso riesgo de interacciones, puesto que presenta un efecto inhibidor débil del citocromo CYP2C19. La carbamazepina, la fenitoína y el ácido valproico pueden aumentar la eliminación renal del topiramato, lo que disminuye sus concentraciones plasmáticas. A su vez, el topiramato puede acelerar el aclaramiento renal y disminuir las concentraciones plasmáticas de la fenitoína, el ácido valproico, la digoxina y el litio. Aunque no debida a una interacción farmacocinética, se han descrito casos de hiperamonemia con o sin encefalopatía (en forma de letargo inexplicable, vómitos o cambios en el estado mental) en pacientes que toman simultáneamente el topiramato y el ácido valproico. El topiramato puede incrementar los niveles plasmáticos de la metformina, pudiendo conducir a efectos tóxicos, especialmente hipoglucemia y acidosis láctica; a su vez, la metformina puede disminuir el aclaramiento renal y aumentar los niveles plasmáticos del topiramato. Además, el topiramato puede interactuar con los inhibidores de la anhidrasa car-

bónica (como por ejemplo la acetazolamida) e incrementar el riesgo de litiasis renal. Por último, disminuye la eficacia de los anticonceptivos orales.

5.2. Gabapentina

La gabapentina es un antiepiléptico de segunda generación, aprobado por la FDA para el tratamiento de las crisis epilépticas parciales con o sin generalización secundaria, y los cuadros de dolor neuropático (entre ellos la neuropatía diabética y la neuralgia postherpética). Además, se ha empleado como tratamiento adyuvante del trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad (fobia social y trastorno de ansiedad generalizada).

Con respecto a los TUA, la gabapentina se ha empleado en el tratamiento de desintoxicación, aunque solo en pacientes con síndromes de abstinencia de alcohol leve-moderadas a dosis altas (entre 900-2400 mg/día). En el tratamiento deshabitador de alcohol se ha empleado a dosis más bajas (entre 600-1800 mg/día), habiéndose encontrado efectiva en el control del craving y en la mejoría de algunos síntomas psiquiátricos como la ansiedad y el insomnio, que con frecuencia se han relacionado con recaídas tempranas (Andrade, 2020).

5.2.1. Mecanismo de acción

La gabapentina se une con una alta afinidad a la subunidad $\alpha 2\delta$ de los canales de calcio dependientes de voltaje. Esto ocasiona la disminución del flujo de calcio en los terminales presinápticos, lo que se asocia a una inhibición de la liberación de aminoácidos excitatorios como el glutamato, la noradrenalina, la dopamina y la serotonina. De esta manera, tiene una acción directa e indirecta sobre el sistema de recompensa cerebral, favoreciendo la liberación de GABA e inhibiendo secundariamente la neurotransmisión dopaminérgica.

5.2.2. Propiedades farmacocinéticas

- ➔ Absorción: Se absorbe rápidamente por vía oral, alcanzando concentraciones máximas en 2-3 horas. Esta absorción aumenta en combinación con los alimentos. Tiene una biodisponibilidad del 60%, si bien ésta disminuye a medida que la dosis de ésta aumenta.
- ➔ Distribución: Tiene una muy escasa unión a proteínas plasmáticas.
- ➔ Metabolismo: No se metaboliza a nivel hepático y carece de actividad inductora o inhibitoria sobre el citocromo P450.
- ➔ Eliminación: Se excreta por vía renal de manera inalterada, siendo su semivida de eliminación de 6-8 horas.

5.2.3. Posología

La gabapentina se comercializa en comprimidos de 100, 300, 400, 600 y 800 mg. Se iniciará el tratamiento a dosis de 300 mg/día el primer día, 300 mg/12 horas el segundo día, y 300 mg/8 horas el tercer día. Una vez alcanzada esta dosis, puede aumentarse cada 2-3 días a razón de 300 mg/día en función de la respuesta y tolerabilidad. Se requerirá un tiempo mínimo de una semana para alcanzar la dosis de 1200 mg/día, de dos semanas para las dosis de 2400 mg/día, y de 3 semanas para las dosis de 3600 mg/día. La dosis total se debe dividir en tres tomas, no excediendo 12 horas entre ellas.

5.2.4. Efectos secundarios, precauciones y contraindicaciones

La gabapentina es un fármaco seguro y bien tolerado. Por lo general, los efectos secundarios son leves y moderados, resolviéndose a las dos semanas después de la interrupción del tratamiento.

Los efectos adversos más frecuentes son la sedación, la somnolencia y el mareo. También se asocia a ataxia, nistagmo, fatiga, astenia, sequedad de boca, visión borrosa, edema periférico, vómitos, dispepsia, y diarrea o estreñimiento. Puede ocasionar aumento del apetito y ganancia de peso.

5.2.5. Interacciones farmacológicas

Las interacciones farmacocinéticas asociadas a la gabapentina son mínimas debido a que carece de metabolismo hepático, de autoinducción e inhibición de las enzimas del citocromo P450 y de unión a las proteínas plasmáticas.

5.3. Pregabalina

La pregabalina es un antiepiléptico de tercera generación que está aprobado por la FDA como tratamiento adyuvante en las crisis parciales, así como en la neuropatía diabética, la neuralgia postherpética y la fibromialgia. Además, se ha empleado en otro tipo de patologías como algunos trastornos de ansiedad (principalmente el trastorno de ansiedad generalizada, pero también el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad social), así como en el tratamiento de la dependencia de benzodiacepinas (donde ha demostrado ser eficaz a la hora de reducir los síntomas de abstinencia asociados a la privación de benzodiacepinas, así como para mejorar los síntomas de ansiedad, los parámetros del sueño y el funcionamiento psicomotor asociados a la misma, no siendo tan eficaz en la prevención de recaídas).

En los TUA, aunque los estudios sobre el empleo de pregabalina en el tratamiento de desintoxicación de alcohol son escasos, su uso está extendido en la práctica clínica, empleándose a dosis de entre 150–600 mg/día, repartidos en tres tomas, para el tratamiento de los síndromes de abstinencia leves–moderados. En el tratamiento deshabituador de alcohol, la pregabalina ha demostrado efectos beneficiosos a dosis entre 150–450 mg/día, mejorando los parámetros relacionados con el consumo de alcohol, reduciendo el “craving”, y controlando síntomas psiquiátricos como la ansiedad y la hostilidad, que se han asociado a recaídas tempranas en el consumo de alcohol (Mariani et al., 2021).

5.3.1. Mecanismo de acción.

La pregabalina actúa como un ligando específico de la subunidad $\alpha 2\delta$ de los canales de calcio dependientes de voltaje, lo que se asocia a una disminución de la liberación de neurotransmisores excitatorios como el glutamato y otras monaminas en las vías del dolor y la ansiedad, evitando también las convulsiones.

5.3.2. Propiedades farmacocinéticas

1. Absorción: Tiene una absorción rápida y completa por vía oral, alcanzando concentraciones máximas después de 1–1,5 horas de su administración. Tiene una biodisponibilidad de más del 90%, que no es dependiente de la dosis. Los alimentos influyen en su velocidad de absorción, pero no en la cantidad absorbida. Tras la administración repetida, su estado estacionario se alcanza en 24–48 horas.
2. Distribución: No se une a proteínas plasmáticas.
3. Metabolismo: Carece de metabolismo hepático.
4. Eliminación: Se excreta de manera inalterada por el riñón, siendo la vida media de eliminación de aproximadamente 5–6,5 horas.

5.3.3. Posología

La pregabalina se comercializa en cápsulas y comprimidos de 25, 50, 75, 100, 150, 200, 225 y 300 mg. La dosis inicial será de 150 mg/día en 2-3 tomas. Después de 3-7 días, esta dosis puede aumentarse a 300 mg/día en 2-3 tomas. Después de otros 7 días puede aumentarse a 600 mg en 2-3 tomas.

5.3.4. Efectos secundarios, precauciones y contraindicaciones

Los efectos adversos más frecuentes asociados al uso de la pregabalina son la sedación y el mareo. Además, puede asociarse a otros síntomas neurológicos (ataxia, fatiga, temblores, disartria, parestesias, problemas de memoria, incoordinación, dificultades de atención, confusión, euforia, irritabilidad), síntomas gastrointestinales (vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, flatulencia) y trastornos oculares (visión borrosa, diplopía). Asimismo, puede ocasionar aumento de apetito y ganancia de peso, así como disfunción eréctil y disminución de la libido.

5.3.5. Interacciones farmacológicas

La pregabalina no se asocia a interacciones farmacocinéticas significativas dado que carece de metabolismo hepático y se excreta prácticamente inalterada por la orina.

5.4. Oxcarbazepina

La oxcarbazepina es un antiepiléptico de nueva generación aprobado por la FDA para el tratamiento de las crisis parciales tanto en niños, como en adultos. Se ha empleado también en otras indicaciones tales como los síndromes dolorosos (neuralgia del trigémino, neuropatía diabética, profilaxis de la migraña), el trastorno bipolar y el trastorno esquizoafectivo (como tratamiento de mantenimiento y de la manía aguda), y algunos trastornos de la personalidad (siendo eficaz en el control de la agresividad impulsiva).

En lo que se refiere a su utilidad en los TUA, su eficacia en el tratamiento de desintoxicación es controvertida. En el tratamiento de deshabituación de alcohol se ha encontrado que, a dosis entre 1200-1800 mg/día, podría ser eficaz tan eficaz como acamprosato y naltrexona, con la ventaja de que trata también síntomas psiquiátricos comórbidos (Martinotti et al., 2007).

5.4.1. Mecanismo de acción

La oxcarbazepina bloquea los canales de sodio dependientes de voltaje y los canales de calcio de tipo N activados por alto voltaje, inhibiendo la liberación de glutamato a nivel corticoestriatal y aumentando la neurotransmisión dopaminérgica.

5.4.2. Propiedades farmacocinéticas

1. Absorción: Es casi completa por vía oral. Tiene una biodisponibilidad del 96%, no viéndose afectada por los alimentos. Alcanza concentraciones máximas a las 4,5 horas y niveles plasmáticos estables a los 2-3 días.
2. Distribución: Se une a proteínas plasmáticas en un 60%.
3. Metabolismo: Se metaboliza a nivel hepático transformándose a MHD.
4. Excreción: Se excreta mayoritariamente por orina, siendo su semivida de eliminación de 1,3-2,3 horas.

5.4.3. Posología

La oxcarbazepina se comercializa en comprimidos de 300 y 600 mg. La dosis inicial es de 600 mg/día, repartida en dos tomas. Posteriormente se aumentará a razón de 300 mg/día cada 3 días hasta alcanzar una dosis aproximada de 1200–1800 mg/día, que se administrarán en 2–3 tomas diarias. La dosis máxima de la oxcarbazepina es de 2400 mg/día. Las dosis equipotentes de la oxcarbazepina oscilan entre 1,2–1,5 veces la dosis de la carbamazepina.

Habrà que monitorizar los niveles de sodio por la posibilidad de que aparezca hiponatremia asociada al tratamiento con la oxcarbazepina, antes de iniciar el tratamiento, tras dos semanas y luego a intervalos mensuales durante los 3 primeros meses de tratamiento. También habrá que realizar controles hepáticos.

5.4.4. Efectos secundarios, precauciones y contraindicaciones

Los efectos adversos más frecuentemente asociados a la oxcarbazepina son los neurológicos (mareo, somnolencia, fatiga, ataxia, nerviosismo, nistagmo) y los digestivos (náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, dispepsia). Con menos frecuencia también puede ocasionar síntomas oftalmológicos (diplopía, visión borrosa y crisis oculógiras), erupción cutánea (que afecta al 4,6% de los pacientes y que suele remitir tras la suspensión del tratamiento) y discrasias sanguíneas (leucopenia y trombopenia).

Un efecto adverso potencialmente serio asociado al tratamiento con la oxcarbazepina es la hiponatremia (niveles séricos de sodio inferiores a 125 mEq/l). Este efecto adverso aparece en el 2,5% de los pacientes, y cursa con anorexia, mareo, somnolencia, calambres y crisis convulsivas. Por este motivo, habrá que emplear la oxcarbazepina con cautela en pacientes con insuficiencia renal preexistente, en pacientes tratados concomitantemente con fármacos que también se asocian a hiponatremia (diuréticos) o AINES (indometacina), en pacientes ancianos y en pacientes con patología cardíaca preexistente (insuficiencia cardíaca, arritmias).

En comparación con la carbamazepina, la oxcarbazepina se asocia con más frecuencia a hiponatremia. Por el contrario, se asocia con menos frecuencia a neurotoxicidad, erupción cutánea y discrasias sanguíneas.

5.4.5. Interacciones farmacológicas

La oxcarbazepina es un inductor leve–moderado del CYP 3A4. No hay fenómenos de autoinducción, pero sí puede reducir las concentraciones séricas de los anticonceptivos orales, la carbamazepina, los antagonistas del calcio y algunos antipsicóticos como la cariprazina y la lurasidona. También es inhibidor del CYP 2C19, por lo que puede incrementar las concentraciones plasmáticas del fenobarbital y la fenitoína. Los inductores potentes de los CYP450 como la carbamazepina, la fenitoína, el fenobarbital y la primidona pueden disminuir los niveles plasmáticos del metabolito activo de la oxcarbazepina, el MHD. Por su estructura química tricíclica, no se recomienda administrar la oxcarbazepina con los IMAOs, incluso después de 14 días de haber finalizado el tratamiento con los mismos.

5.5. Zonisamida

La zonisamida es un antiepiléptico con una estructura similar al topiramato, aprobado por la FDA como tratamiento adyuvante de las crisis parciales en adultos. Además, la zonisamida se ha empleado como tratamiento en otro tipo de patologías como la migraña, el dolor neuropático, la enfermedad

de Parkinson, el temblor esencial, el trastorno bipolar, la ganancia de peso inducida por fármacos psicotrópicos o los trastornos de la conducta alimentaria.

En lo que se refiere a los TUA, algunos estudios apuntan a que podría ser de utilidad, a dosis de entre 50–600 mg/día, tanto como tratamiento de desintoxicación, como deshabituador de alcohol, asociándose a una disminución del consumo de alcohol, de la urgencia por beber y del “craving” (Knapp et al., 2015).

5.5.1. Mecanismo de acción

La zonisamida bloquea los canales de sodio dependientes del voltaje y los canales de calcio de bajo voltaje. Además, mejora la conductancia del potasio. De esta manera, se asocia a un incremento de los niveles de GABA y a una disminución de la liberación de glutamato mediada por los canales de calcio y potasio. Por último, también tiene un débil efecto inhibidor de la anhidrasa carbónica.

5.5.2. Propiedades farmacocinéticas

1. Absorción: Su absorción es rápida y casi completa por vía oral. Tiene una biodisponibilidad del 95% que se retrasa de 4 a 6 horas cuando se administra con alimentos. Alcanza su concentración máxima en 2–6 horas y se requieren entre 1 y 2 semanas para alcanzar unos niveles plasmáticos estables.
2. Distribución: Se une a proteínas plasmáticas en un 40%.
3. Metabolismo: Se metaboliza a través del CYP 3A4 mediante acetilación y reducción.
4. Eliminación: Se elimina principalmente por el riñón. Tiene una semivida de eliminación de 63 horas.

5.5.3. Posología

La zonisamida se comercializa en cápsulas de 25, 50 y 100 mg. La dosis inicial será de 100 mg/día en dosis única. Después de dos semanas se podrá aumentar la dosis a 200 mg/día. Posteriormente, la dosis podrá aumentarse a razón de 100 mg/día cada dos semanas, si es necesario y bien tolerada. La dosis máxima es de 600 mg/día. Los efectos secundarios pueden incrementarse notablemente con dosis superiores a 300 mg/día. Cuando exista una sedación mal tolerada, puede darse la mayoría del fármaco en dosis nocturna.

5.5.4. Efectos secundarios, precauciones y contraindicaciones

Los efectos secundarios más frecuentemente asociados a la zonisamida son los síntomas neurológicos (sedación, depresión, dificultades de concentración, agitación, irritabilidad, enlentecimiento psicomotor, mareo, ataxia y cefalea) y los síntomas digestivos (náuseas, anorexia, dolor abdominal, vómitos). La zonisamida además puede precipitar cálculos renales, se puede asociar a elevaciones de la creatinina sérica y del nitrógeno ureico, y a anorexia y pérdida de peso. Otros efectos secundarios menos frecuentes, pero potencialmente graves incluyen, las erupciones cutáneas (Síndrome de Steven Johnson, necrólisis epidérmica tóxica), oligohidrosis e hipertermia (especialmente en población pediátrica), discrasias sanguíneas (como anemia aplásica y agranulocitosis) y necrosis hepática súbita.

5.5.5. Interacciones farmacológicas

Los fármacos inhibidores del CYP 3A4 (fluoxetina, fluvoxamina, nefazodona), pueden disminuir el metabolismo de la zonisamida e incrementar sus niveles plasmáticos, mientras que los fármacos inductores de este citocromo (carbamazepina), pueden aumentar su metabolismo y disminuir sus niveles plasmáticos.

6. REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Reducir el consumo de alcohol ofrece una alternativa complementaria a la abstinencia, o bien como objetivo inicial para aquellos pacientes con dependencia de alcohol leve-moderada, o que no responden a la abstinencia porque no pueden alcanzarla, no pueden mantenerla o no la aceptan, o bien como objetivo intermedio para alcanzar la abstinencia.

El único fármaco que está indicado para reducir el consumo de alcohol es el modulador opioide **nalmefeno**. Se ha demostrado eficaz en la reducción del consumo de alcohol y de días de consumo excesivo de alcohol en más de un 50% a los 6 meses, y en más de un 60% a los 12 meses.

6.1. Nalmefeno

6.1.1. Mecanismo de acción

Es un modulador del sistema opioide, que actúa como antagonista de los receptores μ y δ , y agonista parcial de los receptores κ opioides. De esta manera, disminuye la liberación de dopamina, reduciendo los efectos reforzadores del alcohol, ayudando al paciente a reducir el consumo de este. Se trata, por tanto, de un fármaco “antipriming”, es decir, reduce la probabilidad de pérdida de control o incapacidad de cesar el consumo cuando éste es iniciado (Mann et al., 2013).

Ofrece una serie de potenciales ventajas frente a la naltrexona, el otro antagonista opioide indicado en los TUA. Entre ellas cabe destacar:

- Ausencia de hepatotoxicidad.
- Una unión más eficaz a los receptores opiáceos centrales.
- Una vida media más larga (8-10 horas).
- Una mayor biodisponibilidad.

6.1.2. Posología y modo de empleo

El nalmefeno se presenta en comprimidos de 18 mg. Se administra a demanda, una vez al día, cada vez que el paciente percibe el riesgo de consumo. Se debe tomar entre 1 y 2 horas antes de consumir alcohol. Se debe prescribir en el contexto de un enfoque terapéutico basado en la reducción del consumo de alcohol. Se puede usar a diario en pacientes que presentan un consumo diario de alcohol.

El nalmefeno está indicado en los siguientes casos:

- Pacientes con un nivel de consumo de riesgo elevado (> 60 g/d en hombres y > 40 g/d en mujeres).
- Pacientes con un TUA de intensidad leve-moderado.
- Pacientes que cumplen < 4 criterios diagnósticos DSM5 de un TUA.
- Pacientes que no han presentado sintomatología física de abstinencia.
- Pacientes que no requieren desintoxicación inmediata.

6.1.3. Efectos secundarios, precauciones y contraindicaciones

La incidencia de efectos secundarios asociada al nalmefeno es alta, de manera que más del 75% de los pacientes informan sobre algún efecto adverso al inicio del tratamiento. Los efectos secundarios ocurren al inicio del tratamiento y suelen ser transitorios. Los más frecuentes son las náuseas,

mareos, insomnio y cefalea. Los que se asocian con más frecuencia a abandonos del tratamiento son el mareo, las náuseas y la cefalea. Algunos efectos secundarios poco frecuentes, aunque graves, se circunscriben al ámbito psiquiátrico e incluyen confusión, alucinaciones y disociación. El nalmefeno no parece comprometer adicionalmente la función hepática sobre el incremento de enzimas hepáticas relacionado con el consumo de alcohol.

Solamente está contraindicado en pacientes con dependencia a opiáceos y en tratamiento con agonistas opiáceos (analgésicos opioides), terapia sustitutiva (metadona) o agonistas parciales (buprenorfina).

6.1.4. Interacciones farmacológicas

Como ya se ha señalado anteriormente, puede disminuir la eficacia de los fármacos agonistas opiáceos (codeína, dextrometorfano, loperamida, metadona, morfina, fentanilo, tapentadol y tramadol).

7. OTROS FÁRMACOS QUE SE HAN ENSAYADO PARA EL TRATAMIENTO DESHABITUADOR DE ALCOHOL

7.1. Baclofeno

El baclofeno es un fármaco que se encuentra aprobado para el control de la espasticidad. Actúa como un agonista del receptor GABA-B. El baclofeno (Lioresal®) se comercializa en comprimidos de 10 y 25 mg, y se emplea a dosis de 30–75 mg/día (siendo la dosis máxima de 100 mg/día). Se ha investigado tanto para el tratamiento de desintoxicación como para la prevención de recaídas en los TUA, si bien los resultados hasta la fecha no han sido concluyentes. Se ha planteado que podría ser útil en la prevención de las convulsiones y del delirium tremens asociados al síndrome de abstinencia alcohólica. También se han encontrado resultados positivos como tratamiento en la deshabituación de alcohol, aumentando la posibilidad de alcanzar y mantener la abstinencia, reduciendo el número de bebidas alcohólicas consumidas y reduciendo la ansiedad. Podría ser especialmente eficaz en pacientes con consumos muy elevados de alcohol. A nivel farmacocinético tiene un limitado metabolismo hepático y carece de hepatotoxicidad, por lo que puede emplearse en pacientes con cirrosis. El efecto secundario más frecuentemente asociado al uso de baclofeno es la sedación. Otros efectos secundarios poco frecuentes, pero graves incluyen: convulsiones, depresión respiratoria, confusión o delirium, síntomas afectivos como euforia o depresión, y alteraciones cardiovasculares como hipotensión o arritmias cardíacas (Agabio y Leggio, 2018).

7.2. Vareniclina

La vareniclina es un fármaco indicado en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. Actúa como un agonista parcial de los receptores nicotínicos de la acetilcolina. Se ha estudiado también en el tratamiento de los TUA, empleándose con la misma pauta que la utilizada en el tratamiento de la deshabituación tabáquica, es decir: 0,5 mg/día durante 3 días; 0,5 mg/12 horas durante 4 días; y 1 mg/12 horas a partir del octavo día. Estos estudios encuentran que la vareniclina podría ser eficaz para reducir la cantidad de alcohol consumida, pero no para reducir el número de días de consumo excesivo de alcohol. El mecanismo a través del cual la vareniclina podría ejercer su acción en los TUA sería a través de una disminución de la activación del córtex cingulado anterior y del núcleo accumbens (NAC) ante señales que recuerdan al consumo y una disminución en la liberación de dopamina en el NAC, lo que a su vez se asocia a una disminución del “craving”, y

de la búsqueda y del consumo de alcohol. Los efectos secundarios más frecuentemente asociados a la vareniclina son las náuseas, estreñimiento, cefalea, insomnio y sueños vívidos. Otros efectos adversos menos frecuentes, pero potencialmente más graves son las alteraciones neuropsiquiátricas y las alteraciones cardiovasculares (Brunette et al., 2022).

7.3. Ketamina

La ketamina es un potente antagonista de los receptores NMDA del glutamato. En un reciente estudio comparativo de infusión única de ketamina vs midazolam junto con terapia motivacional de 3 semanas de duración en pacientes con consumo perjudicial de alcohol, la ketamina se asoció con una menor probabilidad de consumir alcohol al final del estudio. Los efectos secundarios más frecuentes fueron la sedación y la cefalea. Los mecanismos que han sido propuestos para explicar eficacia de la ketamina en el control del consumo de alcohol serían: la modulación de la conectividad en el córtex prefrontal, y la modulación de la neurotransmisión opioide, dopaminérgica y glutamatérgica. Ejercería su función a través de su acción antidepresiva y, de hecho, los sujetos con antecedentes familiares de primer grado de alcoholismo presentan una más intensa y prolongada respuesta antidepresiva en tratamiento con ketamina (Dakwar et al., 2020).

8. BIBLIOGRAFÍA

- Agabio, R., & Leggio, L. (2018). Baclofen in the Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder and Other Mental Health Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 464.
- Andrade C. (2020). Gabapentin for Alcohol-Related Disorders: Critical Appraisal of the Symptom-Driven Approach. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(6), 20f13775.
- Brewer, C., Streel, E., & Skinner, M. (2017). Supervised Disulfiram's Superior Effectiveness in Alcoholism Treatment: Ethical, Methodological, and Psychological Aspects. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 52(2), 213–219.
- Burnette, E. M., Nieto, S. J., Grodin, E. N., Meredith, L. R., Hurley, B., Miotto, K., Gillis, A. J., & Ray, L. A. (2022). Novel Agents for the Pharmacological Treatment of Alcohol Use Disorder. *Drugs*, 82(3), 251–274.
- Dakwar, E., Levin, F., Hart, C. L., Basaraba, C., Choi, J., Pavlicova, M., & Nunes, E. V. (2020). A Single Ketamine Infusion Combined With Motivational Enhancement Therapy for Alcohol Use Disorder: A Randomized Midazolam-Controlled Pilot Trial. *The American Journal of Psychiatry*, 177(2), 125–133.
- Devoto, P., Flore, G., Saba, P., Frau, R., & Gessa, G. L. (2015). Selective inhibition of dopamine-beta-hydroxylase enhances dopamine release from noradrenergic terminals in the medial prefrontal cortex. *Brain and Behavior*, 5(10), e00393.
- Fairbanks, J., Umbreit, A., Kolla, B. P., Karpyak, V. M., Schneekloth, T. D., Loukianova, L. L., & Sinha, S. (2020). Evidence-Based Pharmacotherapies for Alcohol Use Disorder: Clinical Pearls. *Mayo Clinic proceedings*, 95(9), 1964–1977.
- Guglielmo, R., Martinotti, G., Quatrone, M., Iacono, L., Kadilli, I., Di Nicola, M., & Janiri, L. (2015). Topiramate in Alcohol Use Disorders: Review and Update. *CNS Drugs*, 29(5), 383–395.
- Knapp, C. M., Ciraulo, D. A., Sarid-Segal, O., Richardson, M. A., Devine, E., Streeter, C. C., Oscar-Berman, M., Surprise, C., Colaneri, L., Putnam, M., Waters, M., & Richbault, C. (2015). Zonisamide, topiramate, and levetiracetam: efficacy and neuropsychological effects in alcohol use disorders. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 35(1), 34–42.

- Kranzler, H. R., & Soyka, M. (2018). Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review. *JAMA*, 320(8), 815–824.
- Maisel, N. C., Blodgett, J. C., Wilbourne, P. L., Humphreys, K., & Finney, J. W. (2013). Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful?. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(2), 275–293.
- Mann, K., Bladström, A., Torup, L., Gual, A., & van den Brink, W. (2013). Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as-needed nalmefene. *Biological Psychiatry*, 73(8), 706–713.
- Mariani, J. J., Pavlicova, M., Choi, C. J., Brooks, D. J., Mahony, A. L., Kosoff, Z., Naqvi, N., Brezing, C., Luo, S. X., & Levin, F. R. (2021). An open-label pilot study of pregabalin pharmacotherapy for alcohol use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 47(4), 467–475.
- Martinotti, G., Di Nicola, M., Romanelli, R., Andreoli, S., Pozzi, G., Moroni, N., & Janiri, L. (2007). High and low dosage oxcarbazepine versus naltrexone for the prevention of relapse in alcohol-dependent patients. *Human Psychopharmacology*, 22(3), 149–156.
- Mutschler, J., Grosshans, M., Soyka, M., & Rösner, S. (2016). Current Findings and Mechanisms of Action of Disulfiram in the Treatment of Alcohol Dependence. *Pharmacopsychiatry*, 49(4), 137–141.
- Spiegel, D. R., McCroskey, A., Puaa, K., Meeker, G., Hartman, L., Hudson, J., & Hung, Y. C. (2016). A Case of Disulfiram-Induced Psychosis in a Previously Asymptomatic Patient Maintained on Mixed Amphetamine Salts: A Review of the Literature and Possible Pathophysiological Explanations. *Clinical Neuropharmacology*, 39(5), 272–275.

Figura 1. Mecanismo de acción de los fármacos interdictores.

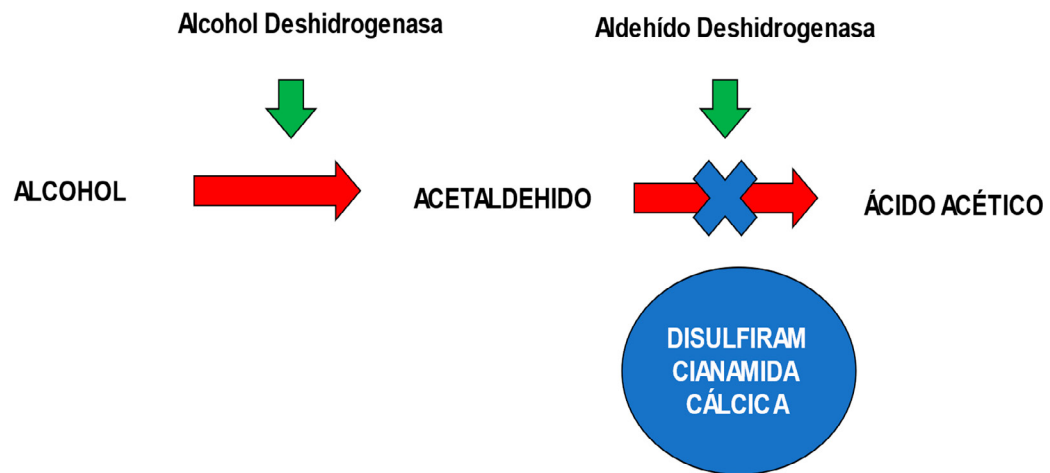


Tabla 1. Tabla resumen del tratamiento de deshabituación de los TUA.

GRUPO FARMACOLÓGICO	FÁRMACO	MECANISMO DE ACCIÓN	DOSIS	EFFECTOS ADVERSOS
Interdictores	Disulfiram	Inhibición de la aldehído-des-hidrogenasa hepática	250-500 mg/d	Somnolencia, astenia, cefalea, disgeusia, halitosis, dispepsia, disfunción sexual
Fármacos anticraving	Acamprosato	Agonismo GABA Inhibición de los receptores GLU tipo NMDA	1998 mg/d	Diarrea
	Naltrexona	Antagonismo competitivo en los receptores opiáceos μ , κ , y δ	50-100 mg/d	Náuseas, astenia, anorexia, cefalea, mareo. Vigilar hepatotoxicidad
Antiepilépticos	Topiramato	Facilitación GABAérgica (receptores GABA-A). Antagonismo de receptores AMPA y Kainato del Glutamato	75-400 mg/d	Parestesias, anorexia y pérdida de peso, problemas de concentración y memoria Vigilar aparición de acidosis y litiasis renal
	Gabapentina	Unión a la subunidad $\alpha 2\delta$ de los canales de Ca dependientes de voltaje	600-1800 mg/d	Sedación y mareo
	Pregabalina	Unión a la subunidad $\alpha 2\delta$ de los canales de Ca dependientes de voltaje	150-450 mg/d	Sedación y mareo
	Oxcarbazepina	Bloqueo de los canales de Na dependientes de voltaje y los canales de Ca de alto voltaje	1200-1800 mg/d	Cefalea, insomnio y cansancio. Vigilar aparición de hiponatremia
	Zonisamida	Bloqueo de los canales de Na dependientes de voltaje. Bloqueo de los canales de Ca de bajo voltaje	50-600 mg/d	Pérdida de peso, anorexia. Vigilar aparición de cálculos renales
Fármacos antiprímings	Nalmefeno	Antagonismo de los receptores μ y δ , y agonista parcial de los receptores κ opioides	18 mg, 1-2 horas antes de consumir alcohol	Náuseas, mareos, insomnio y cefalea

10

DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA

Agustín Blanco-Echevarría

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) es un conjunto de síntomas que aparecen después de dejar de consumir alcohol en grandes cantidades o de reducir su consumo prolongado, en un período de varias horas a unos días. Comienza a manifestarse con dos o más de los siguientes síntomas:

- Hiperactividad autonómica con aparición de temblores en las manos.
- Insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones o ilusiones que pueden ser visuales/auditivas/táctiles habitualmente transitorias.
- Agitación psicomotora, ansiedad, o convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

Todos los pacientes hospitalizados que hayan consumido alcohol recientemente o de manera regular deben ser estratificados por riesgo de desarrollar un SAA, independientemente de si presentan o no síntomas sugestivos de abstinencia. La Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT-PC) es un cuestionario de 5 preguntas, fácil de realizar por profesionales de enfermería o de medicina que identifica a los pacientes en riesgo de abstinencia alcohólica, y la escala de predicción de la gravedad de la abstinencia de alcohol (PAWSS) identifica a aquellos en riesgo de presentar un SAA grave o complicado, que incluye convulsiones y delirio por abstinencia de alcohol (delirium tremens). Las últimas guías clínicas recomiendan utilizar estas dos escalas en lugar de la CIWA-Ar (Evaluación Clínica de Abstinencia de Alcohol Revisada en español) ya que la CIWA-Ar se desarrolló para monitorizar la respuesta al tratamiento, no para realizar el diagnóstico de SAA.

La decisión de ingresar a un paciente con dependencia alcohólica grave es tomada de forma multidisciplinar, habitualmente entre el equipo de psiquiatría que le atiende, junto con el equipo de medicina interna que asume las complicaciones médicas iniciales en estos pacientes, cuando van a desintoxicarse. Los criterios para decidir ingreso se basan en las comorbilidades del paciente, el apoyo social o las cantidades diarias ingeridas de alcohol, que desaconsejen la desintoxicación ambulatoria.

En la siguiente tabla, se resumen algunos de los criterios principales:

Comorbilidades	Criterios sociales	Consumo
Antecedentes de crisis comiciales y/o delirium tremens.	Pacientes en situación de calle.	Cantidades muy elevadas que a juicio del equipo médico impidan su desintoxicación ambulatoria.
EPOC con insuficiencia respiratoria o EPOC grave.	Pacientes que vivan solos.	Adicción a otras sustancias.
Deterioro cognitivo previo.	Escaso apoyo familiar.	
Cirrosis hepática. Trastornos hidroelectrolíticos	Cualquier otra situación que impida el contacto con el profesional tratante.	
Miastenia o cualquier miopatía que impida el uso de BZD		

2. TRATAMIENTO

Medidas generales. Es muy importante que el paciente ingrese en una habitación amplia y luminosa. Si es posible que tenga un calendario o un reloj de pared que facilite su orientación. En casos moderados a graves se debe de canalizar una vía venosa periférica heparinizada. Se deben de tomar constantes por turno, pasar la escala CIWA-Ar frecuentemente y mantener utensilios que sean familiares para el paciente si los trae de casa como un transistor.

Las benzodiacepinas son la primera línea de tratamiento en el SAA. Reducen la incidencia de crisis comiciales y de delirio. Se recomienda la administración de benzodiazepinas guiada por síntomas (a través de CIWA-Ar) en lugar de la administración de dosis fijas porque la primera se asocia con una menor duración en la hospitalización y una menor administración acumulada de dosis de benzodiazepinas. Los pacientes con síndrome de abstinencia leve deben ser observados durante al menos 36 horas para comprobar que no evolucionan a un síndrome de abstinencia grave. Sin embargo, en los pacientes con puntuaciones altas en la escala CIWA-Ar o que tienen un mayor riesgo de presentar un síndrome de abstinencia de alcohol grave o complicado, se recomienda la administración frecuente de dosis de moderadas a altas de una benzodiazepina de acción prolongada al inicio del tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol (una práctica denominada administración anticipada) para controlar rápidamente los síntomas y prevenir el empeoramiento clínico. En caso de contraindicación para la utilización de benzodiacepinas pueden utilizarse otros fármacos como la carbamazepina o la gabapentina. Sin embargo, éstos no tienen la evidencia de los benzodiacepinas en la prevención y tratamiento de las crisis comiciales y del delirio.

Es preferible la utilización de benzodiacepinas que no tengan metabolismo hepático como el lorazepam, que además tiene una semivida más corta que el diazepam. No obstante, en nuestro país no disponemos de la presentación endovenosa de lorazepam por lo que en caso de no poder utilizar la vía oral se prefiere el diazepam o el cloracepato dipotásico.

Si el SAA es leve es preferible tratar a demanda con benzodiacepinas de semivida corta como lorazepam. En caso de SAA moderado-grave se pueden utilizar pautas fijas (lorazepam cada 6-8 horas) y a demanda. Si el paciente tiene crisis deben yugularse con diazepam endovenoso y valoración posterior por la UCI. Los neurolépticos o antipsicóticos pueden usarse cuando el delirio

de abstinencia u otros síntomas, como la alucinosis, no se controlan adecuadamente con benzo-diazepinas solas, pero no deben utilizarse en monoterapia ya que disminuyen el umbral convulsivo. Nosotros utilizamos tiaprida por ser de los antipsicóticos que teóricamente disminuyen menos el umbral convulsivo a dosis de 300–400 mg. cada 8 horas. También está disponible la vía endovenosa. Otra opción es la utilización de haloperidol.

Valoración por UCI. Aquellos pacientes con riesgo de depresión respiratoria deben de ser vigilados estrechamente, utilizando la dosis más baja posible de benzodiacepinas. En caso de SAA los pacientes deben ser valorados por la unidad de cuidados intensivos (UCI) para iniciar una sedación suave. También aquellos pacientes con dosis acumuladas de benzodiacepinas muy elevadas, crisis comiciales u otras complicaciones agudas sobrevenidas.

Tiamina. La tiamina debe administrarse para prevenir la encefalopatía de Wernicke (EW), y se recomiendan formulaciones parenterales en pacientes con desnutrición, abstinencia grave o complicada o que requieren atención en la UCI. En particular, todos los pacientes ingresados en una UCI por SAA deben recibir tiamina, ya que el diagnóstico de EW suele ser difícil en estos pacientes. No hay consenso sobre la dosis necesaria de tiamina para tratar la EW, se administran comúnmente 100 mg por vía endovenosa o por vía intramuscular (IM) diariamente durante 3 a 5 días. Nosotros en pacientes desnutridos o con SAA grave hemos llegado a administrar dosis de hasta 500 mg. cada 8 horas por vía endovenosa sin complicaciones.

Otros fármacos. La clonidina, un α_2 agonista, se puede utilizar para el control de los síntomas adrenérgicos. En la UCI está cobrando un papel importante la dexmedetomidina ya que induce una sedación suave sin necesidad de intubación orotraqueal y ventilación mecánica. El fenobarbital, también en la UCI se puede utilizar como alternativa a las benzodiacepinas.

3. BIBLIOGRAFIA

Ganatra RB, Breu AC, Ronan MV. (2022) Clinical guideline highlights for the hospitalist: 2020 American Society of Addiction Medicine clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. J Hosp Med.;17(1):47–49.

11

TERAPIA DE GRUPO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Francisco Arias, Sara Solera, Rosa Jurado, Gabriel Rubio

1. INTRODUCCIÓN

El módulo de prevención de recaídas (PR) es un componente esencial del programa de tratamiento. Se trata de la segunda fase de tratamiento, iniciándose cuando el paciente lleva 2-3 meses en tratamiento, tras el trabajo de motivación para el cambio y la mejora de conciencia de su problema adictivo. Está organizado como un grupo cerrado, de 16 sesiones semanales, con el objetivo de aprender cómo se producen las recaídas en el consumo y desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas.

El modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) se puede considerar como uno de los programas de tratamiento cognitivo-conductuales que cuenta con una eficacia más demostrada y es de los de mayor uso.

El programa de PR es un conjunto de conocimientos y técnicas cognitivas y de modificación de conducta dirigidas a fomentar el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento necesarias para el tratamiento de la dependencia del alcohol. El programa de PR no abarca por sí solo los objetivos del tratamiento integral de la dependencia, pero constituye un requisito imprescindible. A través de este programa los pacientes aprenderán a afrontar las situaciones de riesgo y a poner en marcha cambios en su estilo de vida para hacerlo lo más incompatible con el consumo de alcohol.

Desde este modelo la recaída se considera como un proceso en el que una serie de acontecimientos y sucesos conducen al sujeto en abstinencia a un consumo (*"caída o lapso"*) y es a partir de este momento en el que las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales que el individuo presenta ante este consumo inicial las que determinen la probabilidad de la recaída.

Según este modelo, 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 su abstinencia.

Tal y como Marlatt y Gordon (1985) reflejan, si ante una situación de riesgo el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto como una sensación de control que, además se asocia con la expectativa positiva de ser capaz de superar con éxito el próximo acontecimiento conflictivo que se le presente, por lo que se produce un considerable aumento de la percepción de autoeficacia. Por lo que se considera especialmente eficaz en prevenir la recaída tras un consumo aislado.

Así pues, las técnicas que se incluyen consisten en:

- ➔ Identificar situaciones de alto riesgo de recaída y desarrollar respuestas alternativas al consumo. Se consideran situaciones de alto riesgo: la presencia de droga o estímulos condicionados o estados psíquicos y situaciones interpersonales o sociales.
- ➔ Enseñar medidas para prever y evitar o afrontar situaciones que motivan al consumo y vigilar estados afectivos o cognitivos asociados al consumo.

Se trabajan las siguientes estrategias:

1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento, consisten en estrategias conductuales y cognitivas para afrontar situaciones de alto riesgo.
2. Reestructuración cognitiva: desarrollo de cogniciones alternativas relacionadas con el proceso de cambio de la conducta adictiva, por ej. Un fallo en un consumo no es un fracaso irremediable.
3. Reequilibrio del estilo de vida: con la finalidad de fortalecer la capacidad global de afrontamiento, se trata de mejorar el estilo de vida global, mejorar el afrontamiento de factores de estrés generalizado (no sólo los específicos de la recaída) y potenciar actividades alternativas gratificantes.

Los objetivos generales del programa son:

- a. Proporcionar un modelo a los pacientes con el que puedan comprender y analizar su problema con el alcohol.
- b. Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercarles al consumo de alcohol y cómo afrontarlos adecuadamente.
- c. Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de recaída.
- d. Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de haber bebido.

El programa de PR se ha dividido en tres módulos:

- ➔ Módulo 1: Identificación de antecedentes (sesiones 1-5).
- ➔ Módulo 2: Estrategias de afrontamiento (sesiones 6-13).
- ➔ Módulo 3: Identificación y control del proceso de recaída (sesiones 14-16).

Cada módulo incluye unos objetivos, el esquema de sesiones y el desarrollo de las sesiones. Este programa puede realizarse en grupo o en formato individual, pero en nuestro programa se realiza de forma grupal aunque en consultas individuales se refuerzan estas estrategias.

2. CONCEPTOS BÁSICOS PARA EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

2.1. Concepto de adicción

La adicción se considera como “un complejo y progresivo patrón de conducta con componentes biológicos, psicológicos y sociales” (Donovan y Marlatt, 1988). Esta conducta difiere de otras en el “aplastante involucramiento patológico a realizarla, la atadura a la misma, la compulsión a realizarla y la disminución de la capacidad para controlarla”. Los autores consideran que las conductas adictivas tienen una serie de puntos en común: el sujeto elige la realización de la conducta pese a que otras más gratificantes estén presentes, aparición de síndrome de abstinencia, tolerancia, y deseo de realizar la conducta. Con la recaída se produce una rápida restauración de la conducta.

2.2. ¿Qué es una recaída?

La recaída debe entenderse como una vuelta al patrón de conducta previo al cambio, es decir, como una vuelta al consumo previo al inicio de la abstinencia. También podemos entenderla como un fallo en conseguir las metas propuestas por el individuo durante un periodo de tiempo determinado. La diferencia entre consumo ocasional y recaída radica en que en el consumo ocasional, el sujeto ha utilizado una estrategia adecuada para enfrentarse al consumo y lo ha conseguido, mientras que en la recaída se ha retrocedido hasta consumos iniciales por la utilización de una estrategia poco adaptada. El consumo ocasional se entiende como cualquier consumo que no lleva aparejado la vuelta al patrón de consumo anterior.

2.3. Situaciones de alto riesgo (SAR).

El primer obstáculo que el paciente encuentra para mantenerse abstinentes es la exposición a las situaciones de alto riesgo (SAR). Estas pueden definirse como cualquier situación que amenaza la autoeficacia del individuo (en cuanto a beber o no) e incrementa el riesgo potencial de recaída. Aunque las SAR son específicas de cada sujeto, puede decirse que dichas situaciones se agrupan en dos categorías:

- ➔ Intrapersonales. Hacen referencia a estados emocionales negativos (angustia, apatía, depresión) o positivos (alegría, felicidad, euforia).
- ➔ Interpersonales. Se refieren a la existencia de conflictos interpersonales (discusiones) o a situaciones caracterizadas por la existencia de presión social (reuniones, fiestas, celebraciones familiares, comidas de negocios).

2.4. Respuesta de afrontamiento

Cuando una persona intenta mantener el cambio en su conducta de no beber, el hecho de encontrarse o no con situaciones de alto riesgo es, a veces, complejo. En esos momentos es donde la capacidad de afrontamiento de las situaciones de riesgo es un factor crucial en la prevención de la recaída. El afrontamiento (coping) es un elemento clave en el modelo de PR. Junto al cambio de estilo y a la concienciación constituyen la triada del programa de PR.

El afrontamiento en PR tiene dos variantes, de un lado están las capacidades para afrontar las situaciones de alto riesgo y, de otro, las capacidades para afrontar el estrés habitual de la vida de cada individuo. Cuando alguien utiliza una droga (el alcohol) como respuesta a situaciones estre-

santes (ansiedad, depresión, dolor) la persona desarrolla deficientes respuestas adaptativas, tendiendo a generalizar la utilización de la droga. Por todo ello, es necesario que la persona aprenda estrategias de afrontamiento a situaciones específicas (de alto riesgo) y estrategias globales de afrontamiento. Las formas de afrontar las situaciones de riesgo dependerán del tipo que sean (intrapersonales, interpersonales, sociales).

- Afrontamiento intrapersonal: Identificar las razones por las que uno se siente «deprimido», pensar en positivo, observando lo que hacen otros, pensar en «aspectos positivos» de uno mismo.
- Afrontamiento interpersonal: Alejarse de la situación de riesgo, cambiar de táctica con determinadas personas, ser más asertivo.
- Afrontamiento social: Evitar lugares de riesgo, llevar tus planes adelante a pesar de los inconvenientes, encontrar buenas excusas, pedir ayuda a los amigos.

2.5. Autoeficiencia y expectativas de éxito

La utilización de afrontamiento (coping) que hemos utilizado aquí se aproxima al concepto de autoeficacia de Bandura. Los estudios realizados en conductas adictivas han demostrado que las expectativas de eficacia y la seguridad ante el afrontamiento a situaciones de alto riesgo suelen ser predictivas de las recaídas. No obstante la valoración inicial de las expectativas de autoeficacia han probado no ser relevantes para la planificación del tratamiento, ya que cuando disminuye la percepción de autoeficacia aumentan las expectativas de éxito. De hecho, cuando el alcohólico realiza conductas de acercamiento al alcohol, cree que va a «poder controlarlo».

2.6. Efecto de violación de la abstinencia (EVA)

Es un patrón de pensamiento que aparece tras el consumo de la droga. Aunque hay autores que plantean que este efecto es fruto del intenso deseo (manifestaciones fisiológicas) de beber que se produce tras la primera copa, Marlatt y Gordon dicen que se debe más a una creencia o a la existencia de expectativas del tipo profecía autocumplida, que a mecanismos fisiológicos subyacentes. Cuando el alcohólico vuelve a beber tras un periodo de abstinencia, aparece el llamado conflicto disonante. Este conflicto surge de la creencia individual de que «controla» y del sentimiento de culpa por haber bebido. Ante este conflicto algunos alcohólicos continúan bebiendo para disminuir dicha disonancia. En esos casos utilizan creencias que favorecen la indulgencia para continuar bebiendo del tipo: «está visto que no puedo controlar, por lo tanto, puedo continuar» o «ya que he bebido una, da igual que beba otra».

2.7. Antecedentes de recaída encubiertos

Marlatt y Gordon han propuesto un modelo en el que se describe un proceso por el cual se puede llegar (de forma encubierta) a situaciones de alto riesgo. Según dicho modelo a esas situaciones se les llama pre-situaciones de alto riesgo. El desequilibrio del estilo de vida aparece como la fuente principal en el proceso de recaída. Este desequilibrio aparece cuando en la vida del individuo hay muchas situaciones en las que se actúa por presión externa (debería) y pocas actividades placenteras (quiero). Esta autodeprivación de actividades placenteras produce un incremento del estrés lo que se asocia a un aumento de los deseos de consumo y de la impulsividad relacionada con el consumo. Debido a ello se produce una minimización de las consecuencias negativas y un acercamiento a la situación de alto riesgo, con el aumento de las posibilidades de recaída. En este acercamiento se van tomando decisiones que aparentemente son irrelevantes, pero que un

observador externo podría identificar como de riesgo (algunos dicen que es «hacerse la cama» o «prepararse la recaída»).

Figura 1. Situaciones de alto riesgo



3. UTILIDAD Y APLICACIÓN DEL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El modelo aquí esbozado tiene una serie de utilidades:

- Procede de la investigación.
- Provee al terapeuta de una serie de alternativas de intervención.
- Provee al terapeuta de un marco para entender y analizar el proceso de recaídas.

A la hora de aplicar el modelo hay que distinguir entre estrategias específicas y estrategias globales. Las estrategias específicas de intervención tienen como finalidad:

La valoración de la conducta alcohólica. En dicha valoración se cuantifican cuándo, cuánto y cómo bebe el sujeto. Que situaciones son de alto riesgo y que tipo de valoración hace el individuo sobre su consumo, es decir qué tipo de consecuencias positivas y negativas están presentes a corto y a largo plazo.

Aumento del insight. Esto se lleva a cabo con la descripción de antiguas recaídas o procurando que imagine en qué circunstancias recaería.

Entrenamiento en técnicas conductuales como relajación, asertividad, exposición a estímulos que aumenten su deseo para tratar el síndrome de abstinencia condicionado.

Entrenamiento en diferentes estrategias cognitivas tales como reestructuración cognitiva para modificar los errores asociados al efecto de violación de la abstinencia (EVA) o a las decisiones aparentemente irrelevantes (DAI).

Las estrategias globales se llevan a cabo mediante la realización del balance de estilo de vida, conocer qué tipo de indulgencias positivas o negativas emplea el individuo, explicarle el sentido de las adicciones positivas y las técnicas de control de estímulos.

3.1. Encuadre del programa

Número de sesiones: 16

Duración: 2 horas/sesión

Número de pacientes por grupo: 7-12.

Criterios de selección:

- Tener capacidad de comunicación (se excluirán sujetos con discapacidad auditiva, visual y verbal grave)
- Motivación para la abstinencia.
- Saber leer y escribir.
- No tenga deterioro cognitivo.
- No exista un trastorno psiquiátrico que disminuya su capacidad de abstraer y concentración (trastornos psicóticos o delirantes activos, síndrome orgánico cerebral).
- No tener “agendas secretas” (sujetos que aparentemente están dispuestos a realizar el programa, pero que cuando indagas sobre sus planes de futuro tienen previstas actividades que hacen incompatible su asistencia al programa).

3.2. Diario de sesiones del programa

Cada sesión suele iniciarse con un breve comentario sobre lo ocurrido desde la última sesión. Al final de cada sesión es recomendable dedicar 10 minutos a la realización de un breve ejercicio de relajación. Antes de finalizar cada sesión, los asistentes cumplimentan una escala sobre la sesión.

4. PRIMER MÓDULO: IDENTIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

4.1. Sesión primera: Análisis de la conducta

Objetivos:

1. Presentación de los miembros del grupo y de los terapeutas (enfermera y psiquiatra).
2. Breve introducción del modelo de prevención de recaídas.
3. Explicación de las normas básicas del grupo: puntualidad, no acudir intoxicado, no fumar en los grupos, mantener confidencialidad sobre lo que los miembros del grupo puedan manifestar en las sesiones.
4. Dotar a los pacientes de un esquema explicativo de análisis de sus propios comportamientos.

Contenidos: Esquema de antecedentes-conducta-consecuencias: Se entiende por conducta a las respuestas motoras que aparecen en toda cadena de conducta. Toda conducta tiene unos antecedentes y unas consecuencias. Se entiende por antecedentes todo lo que ocurre antes de la conducta y está relacionada con ella. Éstos pueden ser externos (es la situación, se refiere a lo que ocurre fuera de nosotros y puede percibirse por los sentidos) e internos como los pensamientos y sentimientos. Acerca de los pensamientos hay que anotar que es aquello que nos contamos a nosotros mismo sobre la situación, y los sentimientos son el estado emocional que uno percibe como generado por los pensamientos. Las consecuencias son todo aquello que ocurre después de una conducta y que está relacionado con ella. Pueden ser positivas o negativas y ocurrir a corto y largo plazo.

Técnicas utilizadas: Tormenta de ideas. Puede servir para ilustrar el tema relacionar las cadenas de conducta con los fotogramas de una película. Fotograma a fotograma va configurándose la película, así como cadena tras cadena lo hace nuestro comportamiento.

4.2. Sesión segunda: Cadenas de conducta y aprendizaje

Objetivos:

1. Proporcionar un esquema explicativo del aprendizaje y mantenimiento de las conductas, especialmente de la conducta de beber alcohol.

Contenidos: Explicar que las conductas se aprenden en función de las consecuencias, por asociación y por modelos.

Describir los efectos positivos y negativos, a corto y largo plazo del consumo de alcohol. Explicar en qué consiste el balance decisional de la conducta.

Según los modelos más tradicionales de desarrollo de las adicciones, el establecimiento de la dependencia surge como consecuencia del condicionamiento clásico y operante. Con respecto al condicionamiento clásico, la persona cuando bebe alcohol en situaciones específicas, éstas se asocian a los efectos del alcohol (placer, desinhibición social, etc). Es esperable, entonces, que dichas señales sean predictoras de la probabilidad de ocurrencia del consumo en una persona expuesta a ellas. Además, los primeros episodios de consumo de alcohol son establecidos por reforzamiento operante positivo. Sin embargo, la conducta de beber se mantiene por condicionamiento operante negativo (reforzamiento negativo), lo que supone que una vez desaparecido el placer del consumo, éste se mantiene por reforzamiento negativo, es decir porque reduce el malestar o síndrome de abstinencia.

Ejercicios de la sesión: Para explicar el aprendizaje por consecuencias se puede recurrir al ejemplo del llanto de los niños. Para el aprendizaje por asociación se puede poner el ejemplo del limón y para el aprendizaje por modelos recurrir a los ejemplos de imitación, por parte de la gente, de los actores o actrices de moda.

Técnicas utilizadas: 1) Tormenta de ideas. 2) Ejemplos. *Ejemplo del llanto de los niños.* Todos los bebés lloran. Cuando esto ocurre con uno de ellos podemos comprobar como callan o continúan llorando según el tipo de persona que este frente a ellos. Cuando hay una persona que los suele coger en brazos, el niño continúa llorando hasta ser cogido. Cuando está frente a una persona que

no le presta atención no suelen llorar. Puede decirse que cuando determinada conducta (llorar) va seguida de consecuencias positivas para el sujeto (ser abrazado, mimado), dicha conducta tiende a repetirse. *Ejemplo del limón.* La gente que ha probado el limón reconoce la sensación que produce. Si cerramos los ojos e imaginamos un limón abierto por la mitad y que lo mordemos, notaremos una sensación parecida. Comenzaremos a salivar como si lo hubiésemos probado. Esto ocurre así porque la sensación que produce el limón se ha condicionado o asociado a su imagen.

4.3. Sesión tercera: Identificación de estímulos internos y externos

Objetivos:

1. Aprender a diferenciar los estímulos externos de los internos.
2. Aprender a identificar situaciones de riesgo
3. Reconocer el papel de los pensamientos como mediadores entre la situación y el sentimiento, así como identificar los pensamientos que con mayor probabilidad pueden generar estados emocionales negativos
4. Reconocer los sentimientos como señales de cambio y observar las propias respuestas fisiológicas.

Contenidos: Explicar los antecedentes externos e internos, los primeros son aquellos lugares, personas o situaciones que pueden recordar el consumo de alcohol. Los segundos son los pensamientos o sentimientos que pueden generar un aumento del deseo de beber. Los pensamientos cumplen una doble función en la cadena de conducta ya que por un lado interpretan las situaciones externas y por otro provocan el sentimiento. Hay que definir como pensamiento irracional a aquel que nos hace sentirnos exageradamente mal y nos lleva a conductas autodestructivas. Las cuatro categorías de pensamientos irracionales son: Acientíficos (No pueden ser comprobados: "Todo lo hago mal"), catastrofizantes (anuncian sucesos trágicos: "Esto es el final"), imperativos (nos obligan a hacer algo o nos imponen obligaciones hacia los demás: "Debería de ser mejor padre"), de necesidad psicológica (convierten nuestros deseos en algo imprescindible para nuestra supervivencia: "Necesito beber una copa"). Los sentimientos o estados emocionales constituyen una serie de reacciones fisiológicas que surgen tras las cogniciones. Estos sentimientos pueden ser etiquetados de positivos o negativos. Las emociones pueden ordenarse en una escala imaginaria dependiendo de la intensidad, ésta estará influenciada por la situación que la haya provocado y por la interpretación que hagamos de dicha situación.

Técnicas: 1) Tormenta de ideas. 2) Identificar las variables fisiológicas de emociones como la alegría, ansiedad, tristeza, enfado.

4.4. Sesión cuarta: Identificación de la respuesta fisiológica del deseo de beber

Objetivos:

1. Reconocer el deseo de beber como un conjunto de respuestas fisiológicas.
2. Aumentar la probabilidad de identificar las respuestas fisiológicas del deseo de beber.

Contenidos: Explicar que el deseo de beber tiene una serie de correlatos fisiológicos que pueden ser reconocidos y provocados por situaciones, lugares o personas que nos acompañaban cuando

bebíamos, o por pensamientos relacionados con la bebida. Se deberían identificar y clasificar las respuestas fisiológicas en una escala imaginaria de 1-10.

Técnicas: 1) Tormenta de ideas. 2) Identificación de respuesta fisiológica del deseo. 3) Antes de finalizar la sesión llevar a cabo un ejercicio distractor o introducir un tema distendido para disminuir la tensión y el deseo de beber.

4.5. Sesión quinta: Análisis de consecuencias

Objetivos:

1. Aprender a anticipar y valorar las consecuencias que se derivan de la conducta de beber.

Contenidos: Explicar que las conductas se mantienen por las consecuencias de las mismas, si estas son positivas aumenta la probabilidad de que se repita y si son negativas tienden a extinguirse. Explicar las consecuencias positivas y negativas, a corto y largo plazo del consumo de alcohol y de la abstinencia, de forma que el sujeto pueda tener esa matriz de consecuencias, que le servirá para entender el balance decisional.

5. MÓDULO 2: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

5.1. Sesión sexta: Estrategias de afrontamiento del deseo de beber

Objetivos:

1. Entender el deseo de consumir como un acontecimiento habitual dentro del proceso de deshabitación.
2. Desmontar la idea irracional de que es inevitable consumir cuando aparece el deseo de beber.
3. Proporcionar al paciente las estrategias de afrontamiento ante el deseo de consumo.

Contenido: Repasar el correlato fisiológico del deseo y los desencadenantes. Señalar las diferentes estrategias de afrontamiento: evitación, pedir ayuda, pensar en las consecuencias negativas del consumo o en las consecuencias positivas de la abstinencia. Los desencadenantes más comunes del deseo son: exposición a alcohol, ver otra gente bebiendo, contacto con situaciones, lugares y gente comúnmente asociados con la bebida, determinado tipo de emociones (tanto negativas como positivas) y estados mentales. Algunos desencadenantes son difíciles de reconocer, y el autorregistro puede ayudarte a reconocerlos. El camino más fácil para manejar el deseo y el impulso es eliminarlos en primer lugar. Esto puede hacerse reduciendo tu exposición a los desencadenantes. A veces el deseo no puede ser evitado y es necesario encontrar una forma de afrontarlo. Hay diferentes estrategias: 1) implicarte en actividades en las que estés distraído; 2) Hablar con alguien sobre el deseo de beber ayuda a descargar y aliviar sentimientos desagradables. 3) Esperar hasta que pase. El impulso o deseo de beber se parece mucho a un océano de olas. Son pequeñas cuando empiezan, crecen, rompen y desaparecen. Puedes imaginarte a ti mismo como un surfista sobre la ola, que permanece en ella hasta que alcanza su máximo y rompe. Hay tres pasos básicos para afrontar el deseo de beber: a). Hacer un autorregistro del deseo fijándote en las respuestas fisiológicas, qué zonas del cuerpo se ven más implicadas en dicha respuesta y cómo es la sensación) b). Centra la atención en un área y describe cómo son las sensaciones exactas: calor, frío, hormigueo,

entumecimiento, tensión o relajación en los músculos. Describe los cambios en la sensación. c). Repítelo en cada área de tu cuerpo en la que experimentes deseo de beber. La finalidad es experimentar el deseo de una nueva manera. Se convertirá en algo familiar y aprenderás como llevarlo hasta que desaparezca de forma natural.4) Cambiar tus pensamientos: al experimentar deseo de beber mucha gente tiene tendencia a recordar sólo los efectos positivos del alcohol y olvidar las consecuencias negativas. A veces es útil tener una lista en una pequeña tarjeta que puedas llevar contigo con las consecuencias negativas del consumo. Has de saber que lo que te digas sobre tu deseo de beber afectará a cómo la vivencias y la forma de manejarlo. Tu autodiálogo puede servir para incrementar el impulso por beber o para hacerlo más fácil de manejar. Este es un proceso automático que no requiere tu atención y del que no te das cuenta. Hay dos pasos básicos para usar el autodiálogo de manera constructiva:

- Apuntar lo que te dices sobre el impulso que te hace más difícil controlarlo, incrementando tu malestar.
- Desafiar esa afirmación. Si el desafío es efectivo te sentirás mejor incluso aunque el sentimiento no desaparezca completamente. Algunos desafíos útiles son: ¿cuál es la evidencia?, ¿qué hay tan terrible en ello?, tu eres un hombre normal y tienes derecho a cometer errores.

Algunos de estos pensamientos sustitutorios solo son necesarios al principio, muchos impulsos disminuirán y desaparecerán, y no necesitarás reemplazarlos constantemente.

Técnicas: Tormenta de ideas.

Ejercicios para la sesión: a) Hacer una lista de los desencadenantes del deseo. Señala aquellos que tú puedes evitar o a los que puedes reducir la exposición (como no tener alcohol en tu casa). b) Diseña un plan para el deseo. Selecciona dos o tres de las estrategias generales que fueron discutidas y haz un plan sobre como las pondrás en práctica si experimentas un impulso. Recuerda que el deseo puede venir cuando menos se espera. Por ejemplo, si crees que implicarte en una actividad distractora te ayudaría ¿qué actividades elegirías? ¿Te son accesibles ahora? ¿Cuáles pueden necesitar preparación? Si tú sintieras deseo de beber, ¿a quién llamarías en primer lugar?

Apartado especial de la sexta sesión:

Instrucciones sobre cómo abordar el consumo ocasional. 1. Párate, haz un breve balance de las consecuencias negativas y positivas a largo plazo. 2. Mantén la calma. Recuerda que un consumo no es una recaída y que todavía puedes evitar tomar una nueva copa. 3. Aléjate de donde estés o pide ayuda.

Instrucciones para abordar el deseo de beber. 1. Realiza un breve ejercicio de relajación (respiraciones profundas). 2. Intenta pensar en positivo (No pienses que el deseo de beber te va a llevar a consumir). 3. Intenta distraerte con una actividad. 4. Cuando haya desaparecido el deseo apunta en un cuaderno cuáles han sido los desencadenantes.

Hoja recordatorio para leer en casa:

1. Los impulsos son normales en los procesos de recuperación. No son un signo de fallo. Trata de aprender de ellos cuales son los desencadenantes de tu deseo de beber. 2. Los impulsos son como océanos de olas. Se hacen más fuertes solo hasta un punto, y entonces empiezan a desaparecer. 3.

Ganarás cada vez que derrotes un impulso no cediendo. Los impulsos solo se hacen más fuertes si caes en ellos y los alimentas. Un impulso finalmente se debilitará y desaparecerá si no lo alimentas.

5.2. Sesión séptima: Manejo de la ansiedad

Objetivos:

1. Proporcionar un conocimiento básico sobre la ansiedad y las formas de afrontarla.
2. Discutir lo que piensan los miembros del grupo sobre la ansiedad.
3. Identificar los diferentes componentes de la ansiedad: cognitivos, físicos y conductuales.

Contenidos: Describir las diferentes formas de afrontamiento a los componentes de la ansiedad. Para el componente cognitivo: identificar pensamientos negativos y errores de pensamiento, pensar positivamente, tareas de autoconvencimiento. Para el componente físico: relajación. Para el componente conductual: identificar conductas de ansiedad, técnicas de relajación. – Aprender a desmontar un pensamiento negativo. – Identificar situaciones de ansiedad. – Aprender un ejercicio de relajación.

Técnicas utilizadas: 1) Tormenta de ideas. 2) Técnica de relajación.

5.3. Sesión octava: Afrontamiento de la depresión

Objetivos: Aprender a reconocer los componentes de la «depresión» y cómo afrontarlos.

Contenidos: – Explicar qué es la «depresión» y sus componentes cognitivos, físicos y conductuales. – Identificar situaciones en las que se sientan «deprimidos». – Explicar formas de afrontar las situaciones en las que se sienten «deprimidos».

Técnicas: 1) Tormenta de ideas. 2) Role-playing.

5.4. Sesión novena: Afrontamiento de las Situaciones de riesgo

Objetivos:

1. Definir las situaciones de alto riesgo y cómo enfrentarse a ellas.
2. Conceptualizar lo que son las situaciones de alto riesgo.
3. Identificar, en cada caso, las situaciones de alto riesgo por orden de importancia.
4. Revisar cómo se han enfrentado a este tipo de situaciones en el pasado y explicar otras alternativas.
5. Revisar tareas realizadas por el grupo en casa sobre situaciones de riesgo.
6. La tarea que deben realizar en casa será: qué tipo de situaciones de riesgo pueden darse en el futuro y cómo afrontarlas.

Contenidos: Las estrategias de afrontamiento ante estímulos externos son: la evitación, el escape y el control estimular (modificar la situación de alto riesgo introduciendo un elemento nuevo que disminuya el riesgo de beber, como el ir acompañado, tomar algún fármaco aversivos, etc).

Técnicas: 1) Tormenta de ideas. 2) Role playing

Información adicional para la novena sesión

Plan personal de emergencia en situaciones de alto riesgo hoja recordatorio. Si me encuentro con un acontecimiento vital que me pone en una situación de riesgo:

1. Abandonaré o cambiaré la situación o el ambiente.
2. Pospondré la decisión de beber durante 15 minutos. Recordaré que la mayoría de los deseos de beber son limitados en el tiempo y puedo esperar a que desaparezca, y no beber.
3. Me enfrentaré a mis pensamientos sobre la bebida. ¿Necesito realmente beber? Me recordaré a mí mismo que mis únicas verdaderas necesidades son aire, agua, comida y refugio.
4. Pensaré en algo no relacionado con la bebida.
5. Recordaré mis éxitos en este punto.
6. Telefonaré a mi lista de números de emergencia. (nombre- número de teléfono)

Recuerda: sobrellevar esta crisis aumentará tu recuperación.

5.5. Sesión décima: Estrategias para afrontar los pensamientos molestos

Objetivos:

1. Repasar lo señalado en sesiones anteriores sobre pensamientos irracionales.
2. 2Dotar al paciente de técnicas para detener ese tipo de pensamientos.

Contenidos: Los pensamientos irracionales o molestos no suelen llevar a estados emocionales desagradables y a conductas de consumo. Las técnicas para afrontar esos pensamientos son: desmontar esos pensamientos; parada de pensamiento y cambio de actividad. La forma de desmontar los pensamientos se realizó en la sesión tercera. La parada de pensamiento requiere los siguientes pasos: a) detectar los pensamientos molestos; b) utilizar un estímulo fuerte asociado a una palabra corta (Por ejemplo dar una palmada junto a la exclamación ¡Basta ya!); c) Realice una actividad distractora de forma que su atención esté centrada en algo e impida a los pensamientos molestos volver a repetirse (por ejemplo contar de 3 en 3 hasta 300), d) por último realice una actividad que le sea agradable.

Técnicas: 1) Tormenta de ideas. 2) Role-playing. 3) Ejercicio de parada de pensamiento.

5.6. Sesión undécima: Afrontamiento de situaciones de presión. Aprender a decir "NO"

Objetivos:

1. Importancia de la asertividad para rechazar una copa.
2. Qué es la asertividad. Identificar los componentes de una conducta asertiva: pensamientos, sentimientos, conductas.
3. Cómo utilizar la asertividad para rechazar una copa.
4. Identificar situaciones en las que sean necesarias dotes extra de asertividad.
5. Escenificar situaciones en las que se rechace una copa.

Contenidos: Asertividad es la capacidad de realizar nuestros deseos sin sentirnos mal. La presión de grupo son aquellas situaciones donde la intención de otras personas es conseguir que se beba alcohol. Los objetivos de nuestra actitud asertiva deben ser: dejar claro que no queremos beber; disminuir las probabilidades de que nos vuelvan a ofrecer otra copa; sentirnos bien rechazando el consumo y minimizar las consecuencias negativas que conlleva el rechazo del consumo. Las estrategias para ser asertivo y decir “No” son: 1. Escuchar; 2. Definir nuestro objetivo: permanecer firme y no beber. 3. Decir NO con claridad, utilizando la primera persona, mirando la cara del interlocutor, con tono de voz firme, volumen y distancia adecuados y expresión facial seria. 4. No utilizar falsas excusas ni dar explicaciones. 5. En caso de insistir nuestro interlocutor, cortar la conversación. 6. Retirarse inmediatamente de la situación de riesgo para no dar lugar a nuevos ofrecimientos.

Técnicas: 1) Tormenta de ideas. 2) Role-playing.

5.7. Sesión duodécima: Cambios en el estilo de vida

Objetivos:

1. Aprender en que consiste el estilo de vida y las consecuencias del mismo sobre el consumo de alcohol.

Contenidos: Explicar qué es el estilo de vida y las fuentes que contribuyen a su desequilibrio. Identificar las fuentes de estrés: Acontecimientos vitales estresantes, acontecimientos «poco importantes» que contribuyen a desequilibrar el estilo de vida, los «debería» y los «quiero» de cada individuo. Explicar las formas de afrontar las diferentes fuentes de estrés. Explicar el concepto de adicción positiva y discutir las posibles en cada sujeto.

5.8. Sesión decimotercera: Abordaje de la resolución de problemas

Objetivos:

1. Aumentar el conocimiento en «toma de decisiones» y en «resolución de problemas».

Contenidos: Explicar los procesos que están involucrados en la toma de decisiones y en la resolución de problemas. Describir un balance decisonal.

Identificar los propios patrones de toma de decisiones y de resolución de problemas (patrón de hipervigilancia, patrón evitativo, patrón de decisiones aparentemente irrelevantes, patrón vigilante).

Enseñar nuevas habilidades para resolver problemas.

Técnicas: 1) Tormenta de ideas. 2) Role-playing.

6. MÓDULO TERCERO: IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DEL PROCESO DE RECAÍDA

6.1. Sesión decimocuarta: El proceso de recaída

Objetivos:

1. Conocer la diferencia entre recaída y consumo ocasional (Fallo).
2. Entender la recaída como un proceso.
3. Entender que es más fácil salir de una recaída cuanto antes se identifique como tal.

Contenidos: Recaída: proceso más o menos duradero que se inicia cuando se desequilibra el estilo de vida llevado durante la abstinencia y que desemboca en el consumo habitual. Fallo ocasional: consumo de alcohol tras un periodo de abstinencia. En tanto que tras el consumo se sabe qué fue lo que le llevo a beber, qué puede hacer para que esto no vuelva a ocurrir y se ponen en marcha estrategias preventivas, es probable que dicho consumo no vuelva a repetirse. Proceso de recaída. Se entiende como una serie de pasos consecutivos que llevan al sujeto hacia el patrón de bebida previo a la abstinencia. Las fases en el proceso de recaída son:

- a. Desequilibrios en el nuevo estilo de vida que pueden surgir como acontecimientos externos que implican situaciones aversivas o poco reforzantes para el sujeto; estilos de vida poco reforzantes.
- b. Deseos de gratificación inmediata ante la pérdida de refuerzos.
- c. Expectativas positivas sobre los efectos del alcohol.
- d. Permisos y justificaciones para beber o para el mantenimiento del estilo de vida anterior.
- e. Toma de decisiones aparentemente irrelevantes.
- f. Aproximación a situaciones de alto riesgo.
- g. Afrontamientos inadecuados de las situaciones de alto riesgo.
- h. Aparición del fenómeno de violación de la abstinencia.
- i. Repetición de los consumos.
- j. Regreso al patrón de consumo previo al de la recaída.

Técnicas: Tormenta de ideas.

Información adicional de la sesión decimocuarta.

Plan personal de emergencia para consumos ocasionales hoja recordatorio.

Un consumo ocasional es una crisis en el proceso de recuperación. Regresar a la abstinencia requerirá que pongas todas tus fuerzas en recuperarte. Aquí hay algunas cosas que puedes hacer:

1. Me alejaré del alcohol y del lugar donde tuve el consumo.
2. Me daré cuenta de que una copa o incluso un día bebiendo no tiene por qué terminar en una completa recaída. No caeré en sentimientos de culpa porque yo sé que estos sentimientos pasarán con el tiempo.
3. Pediré la ayuda de alguien más
4. En mi próxima sesión-consulta, examinaré este consumo con mi terapeuta, discutiremos los acontecimientos previos, e identificaremos los desencadenantes y mi reacción ante ellos.

Exploraré con mi terapeuta lo que yo esperaba que el alcohol cambiara o me proporcionara. Trabajaré con mi terapeuta para elaborar un plan de manera que sea capaz de afrontar una situación similar en el futuro.

Recuerda: Este desliz es solo un desvío temporal en el camino a la abstinencia.

6.2. Sesión decimoquinta: Afrontamiento de las trampas psicológicas ocurridas durante el proceso terapéutico

Objetivos:

1. Describir las principales trampas psicológicas en el proceso terapéutico.
2. Qué es el efecto de violación de la abstinencia y cómo ocurre.
3. Qué son las decisiones aparentemente irrelevantes y cómo pueden descubrirse.

Contenidos: Los efectos de violación de la abstinencia son: sentir los efectos reforzantes del alcohol; disminución de la autoestima; disminución de la autoeficacia, pensar que se puede controlar el consumo de alcohol después de llevar algunos días sin beber. Las estrategias para afrontar dicho efectos son las siguientes:

- Consumir el menor número de copas posible.
- Regresar a casa y contar lo ocurrido.
- Desmontar los pensamientos irracionales de fracaso por haber consumido, éste tipo de pensamientos suelen llevar a consumir más alcohol.
- Pensar en lo que se puede hacer para superar el consumo a partir de ahora.
- Analizar las consecuencias positivas y negativas de continuar consumiendo y de estar abstinentes.

Guía de actuación ante el primer consumo de una recaída

1. Analizar y desmontar la idea de fracaso tras el consumo. Analizar y desmontar la idea de que no pasa nada tras el consumo.
2. Analizar las consecuencias positivas y negativas del consumo y de la abstinencia.
3. Analizar las posibilidades de que vuelva a ocurrir otro consumo y de qué estrategia se seguirían.
4. Hablar del consumo con su familia y/o terapeuta.
5. Analizar el consumo en el contexto del proceso de recaída.

Técnicas: 1) Tormenta de ideas.

6.3. Sesión decimosexta: Recapitulación de lo explicado

Objetivos:

1. Recapitular lo explicado en anteriores sesiones.
2. Identificar estados emocionales que pueden llevar al consumo o a la recaída.
3. Ayudarles a que utilicen las estrategias aprendidas en el programa para afrontar situaciones de riesgo.
4. Reforzar la utilización de lo aprendido en el programa.

5. Conocer la opinión del grupo sobre el programa.
6. Evaluación individual del programa de prevención de recaídas.

7. NUEVAS SESIONES

Tras varios años con esta estructura en las sesiones, recientemente se han incluido nuevas sesiones con la idea de reforzar las conductas de inhibición y el decir “no” como una elección. Se trabaja la identificación de los patrones de conducta automáticos de acercamiento al consumo, la identificación de estímulos discriminantes y la identificación de conductas alternativas y selección de reforzadores.

La inhibición reforzada es una técnica de refuerzo diferencial, en la que se pretende instaurar un patrón de reforzadores ante conductas adaptativas que se pongan en marcha de forma alternativa o de forma incompatible con la situación de consumo. Entendiendo como conductas incompatibles aquellas que supongan que es imposible desarrollar a la vez una conducta de consumo, mientras que por conducta alternativa entendemos aquellas que, aunque se podrían llevar a cabo mientras se consume alcohol, suponen un comportamiento diferente y una elección válida. Un ejemplo de la primera podría ser hacer deporte, y un ejemplo de la segunda podría ser pedir una botella de agua en una comida familiar.

Es frecuente que las personas dependientes cuando desarrollan este tipo de conductas, no solo no obtengan un refuerzo, sino que incluso pueden aparecer emociones negativas, sociales, como la culpa o la vergüenza. El terapeuta debe trabajar el refuerzo, resaltando el éxito que supone lograr la utilización de cada una de estas conductas nuevas, desarrolladas durante el tratamiento, ya que suponen una puesta en marcha de los procesos de control inhibitorio, y además dan pie a conductas adecuadas al entorno, que pueden mantener más allá del proceso de recuperación, ya que formarían parte de un nuevo estilo de vida más saludable.

7.1. Módulo inhibición reforzada

Objetivo general del bloque: Introducir conductas alternativas a la aproximación al alcohol que puedan ser puestas en marcha en situaciones no solo de riesgo, sino también en situaciones habituales.

Sesiones:

1. Identificación de patrones de conducta automáticos de acercamiento al consumo
2. Identificación de estímulos discriminantes
3. Identificación de conductas alternativas y selección de reforzadores

7.1.1. Sesión 1: Identificación de patrones de conducta automáticos de acercamiento al consumo

Objetivo específico: Identificar las conductas de acercamiento al alcohol que sean comunes al grupo, que se pongan en marcha de forma rutinaria o automática

Contenido:

1. Introducción: Explicar la transición de la conducta guiada por objetivos a la conducta guiada por estímulos. Utilizando los conceptos de los modelos duales.

Durante el curso de la dependencia del alcohol se generan hábitos o comportamientos de los que a veces no somos conscientes, y que nos llevan a consumir alcohol. Esto se produce porque durante el consumo todo aquello que está relacionado con él gana importancia y obtiene un valor que llamamos de reforzador. Es decir, se automatizan comportamientos que nos acercan a la bebida, porque se ven reforzados, al principio por el alcohol en sí mismo, después porque producen alivio y finalmente porque se han automatizado.

De esta forma llega un momento en el que la presencia de determinados objetos, situaciones, o determinados lugares hace que se desencadenen cadenas de conductas de consumo, es decir lo que solemos ver como “lo uno ...me llevó a lo otro...y acabe tomándome una copa”

El objetivo de esta sesión es que identifiquemos entre todos comportamientos de acercamiento al consumo que se han automatizado. Por ejemplo, cuando sales a dar un paseo y sin darte cuenta estas haciendo un recorrido que te lleva al bar en el que habitualmente solías entrar. Una vez que tengamos un listado relativamente común para todos, cada uno deberá matizar su cadena concreta.

1. Generación de un listado de conductas: Deben ser relativamente comunes para que pueda servir a todos los miembros del grupo. Primero se reciben las aportaciones de los miembros del grupo, y después se identifican aquellas que tienen un mayor porcentaje de comunalidad entre los miembros del grupo. Selección de conductas que se van a trabajar en las fases y sesiones posteriores.
2. Identificación del encadenamiento de conductas: Trabajo de detección de conductas hacia atrás. Selección de la conducta final y búsqueda de la conducta/pensamiento anterior, hasta llegar al estímulo desencadenante.

Identificación de: consecuentes, antecedentes, desencadenantes. Detección de variables moduladoras, utilizando el resultado de las sesiones anteriores del módulo 2.

Técnicas: 1) tormenta de ideas, 2) análisis funcional de la conducta

7.1.2. Sesión 2: Identificación de estímulos discriminantes

Objetivo: identificar aquellos estímulos que ayudan a discriminar el inicio de cadenas conductuales automáticas

Contenido:

1. Introducción: Sobre el trabajo realizado en la sesión anterior, explicar el bajo umbral de activación que requieren las conductas automáticas.

En sesiones anteriores del programa os han explicado que es el reforzamiento, una conducta es reforzada o premiada cuando tiene utilidad para el organismo o la persona. Por ejemplo, comer es una conducta reforzada, porque contribuye a la supervivencia, y cada cosa que esta relacionada con la comida desencadena un deseo de comer, es decir cada estímulo se ha relacionado con el placer de comer. Así cuando suena la campana, en el caso de los perros de Pavlov, se produce saliva. Y en el nuestro cuando vemos un restaurante que nos gusta sentimos hambre.

Esto quiere decir que no solo se ve reforzada la conducta de consumo en sí mismo, sino también todo aquello que la rodea. De esta forma, un simple estímulo puede desencadenar toda la

cadena de conducta que analizamos en la sesión anterior. Estos estímulos los llamaremos desencadenantes. Son los que funcionan como un disparador, por lo que si los identificamos podremos frenar la cadena conductual antes de iniciarla.

Estos estímulos pueden ser una situación, una persona, un objeto... es decir externos a nosotros, pero en un porcentaje elevado son internos. Es decir un pensamiento, por ej "hoy estoy hecho polvo...una copa me animaría..." o "si entro al bar no pasa nada, ya controlo la situación".

El objetivo de hoy es que detectemos los estímulos que inician las cadenas conductuales que seleccionamos juntos durante la sesión anterior.

1. Generación de un listado de estímulos desencadenantes:

- Primero aquellos que se relacionan siempre con el inicio de la conducta.

- Segundo combinaciones de estímulos presentes para el inicio de la conducta

Se genera un listado de estímulos común, con alguna alternativa para cada cadena de conducta identificada previamente. Si los estímulos no resultan comunes a los miembros del grupo, se propone un listado de los más frecuentes.

2. Selección de los estímulos desencadenantes que se van a utilizar para el paso siguiente.

Listado de uno o dos estímulos por cada cadena conductual escogida.

7.1.3. Sesión 3: Identificación de conductas alternativas y selección de reforzadores

Objetivo: detectar las conductas alternativas o incompatibles que se pueden emplear para llevar a cabo en lugar de la conducta de aproximación al alcohol

Contenido:

1. Introducción: Explicar que el cambio de un hábito de aproximación al alcohol supone generar un nuevo hábito, que sea preferiblemente incompatible con el consumo, pero también es válida una conducta alternativa.

Por conducta incompatible entendemos una actividad (del tipo que sea) y que resulte imposible hacer mientras se consume. Por ejemplo, hacer deporte, o ir al cine. Por conducta alternativa entendemos aquellas que, aunque se podrían llevar a cabo mientras se consume alcohol, suponen un comportamiento diferente y una elección válida. Por ejemplo, podría ser pedir una botella de agua en una comida familiar.

Este nuevo hábito al principio se inicia con el objetivo de no consumir, y por lo tanto no es automático, pero se persigue que se convierta en automático al igual que la cadena de conducta que queremos desechar. Para ello vamos a añadir un refuerzo para cada una de esas nuevas cadenas conductuales. Este refuerzo debe ser inmediato y ajustado a cada uno de vosotros.

El refuerzo no es necesariamente un premio material, sino aquello que nos hace sentir bien. Pueden ser unas palabras amables de tu pareja, reconociendo el esfuerzo que haces en el día a día, desde luego tiene que ser un pensamiento interno de orgullo por tu parte por el éxito que estas teniendo en mantener tu propósito.

El objetivo de la sesión de hoy es encontrar conductas alternativas o incompatibles para las cadenas conductuales y escoger varios reforzadores para ellas.

2. Propuesta de conductas alternativas: el grupo generará para cada cadena de conducta seleccionada, dos conductas alternativas, preferiblemente una incompatible y otra alternativa.

Selección de aquellas que sean primero más fáciles de implementar en el día a día y que estén al alcance del mayor número de miembros del grupo.

3. Elección de reforzadores:

Primero se explican las condiciones que deben reunir los reforzadores. Deben ser contingentes, preferiblemente sociales en lugar de materiales.

Cuando no es posible recibir el refuerzo en el momento, buscar un reforzador interno que se pueda otorgar de forma contingente (orgullo, satisfacción).

El refuerzo social puede provenir de la familia, pero en la sesión se pactará que provenga del grupo. La primera propuesta de refuerzo social partirá del terapeuta, se propondrá unos minutos de atención durante la siguiente sesión, durante los cuales se prestará atención a las conductas alternativas llevadas a cabo.

A partir de esta sesión en todas las sesiones siguientes se comprobará la utilidad de las conductas alternativas propuestas, y la capacidad de implementación de los pacientes. Si no son útiles se repetirá la sesión 2 del bloque para encontrar nuevas conductas más adecuadas. Si por el contrario son adecuadas, en las sesiones posteriores se aplicarán los refuerzos sociales pactados dentro del grupo durante unos minutos.

Técnicas: Reforzamiento diferencial

8. BIBLIOGRAFÍA

- Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. (1999) Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, 23(2),151-60. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/151-160.pdf>
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (Eds.). (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Nueva York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A., & Donovan, P.M. (Eds.). (2005). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Marlatt GA., Donovan DM. (2007). Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. Segunda edición. Nueva York: Guilford Press.
- Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of Psychiatry*, 60 (Suppl 4), S473-S478. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_36_18

12

TERAPIA GRUPAL DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Sara Solera, Gabriel Rubio

1. INTRODUCCIÓN

El tratamiento cognitivo-conductual entiende el alcoholismo como una estrategia de afrontamiento desadaptativo a problemas más importantes en la vida de la persona. Se postula que abordar este amplio espectro de problemas resultará más eficaz que centrarse únicamente en el alcohol. Se pone énfasis en la superación de los déficits de *habilidades sociales* y en *aumentar la capacidad de la persona para afrontar situaciones de alto riesgo que comúnmente precipitan la recaída, incluyendo dificultades interpersonales y malestar intrapersonal, tales como la ira o la depresión*. Las habilidades también proporcionan un medio de obtener apoyo social fundamental para el mantenimiento de la sobriedad.

1.1. Concepto de habilidades sociales

Una creencia muy extendida es que ciertas personas poseen un “don de gentes” innato. Sin embargo, la evidencia científica demuestra que las habilidades sociales se adquieren por medio de la experiencia. Independientemente de que algunas personas posean mayor facilidad para la adquisición de ciertas habilidades, para dominarlas es necesaria la práctica.

Entendemos las habilidades sociales como un patrón de conductas específicas, en situaciones concretas, y no como un rasgo general de personalidad.

Según la “Teoría del Aprendizaje Social”, los procedimientos mediante los cuales se aprende la conducta social, y que son los mismos en la temprana infancia que en la edad adulta, consisten en el modelado, las instrucciones y las contingencias (Bellack y Morrison, 1982).

1.2. Habilidades sociales y psicopatología

Se ha encontrado una relación significativa entre el déficit de habilidades sociales y los problemas psicológicos. En una relación bidireccional, la carencia de habilidades sociales favorece la apari-

ción de comportamientos disfuncionales y problemas emocionales, del mismo modo las alteraciones psicológicas pueden afectar negativamente a la conducta social. León Rubio y Medina Anzano (1998) señalan que los déficits en las habilidades sociales pueden ser tanto una causa, como un efecto en la aparición de un trastorno psicológico.

	AREA SOCIAL	AREA PSICOLOGICA	
PROBLEMA	Fallo en el manejo de situaciones sociales	Ansiedad, aislamiento, insatisfacción por la forma de actuar, consumo de tóxicos, etc.	CONSECUENCIAS
CONSECUENCIAS	Dificultades en las relaciones interpersonales	Problema psicológico, por ejemplo, depresión, fobia social	PROBLEMA
	AREA SOCIAL	AREA PSICOLOGICA	

1.3. Habilidades sociales y dependencia a alcohol

El déficit en habilidades sociales se considera un factor de riesgo para el consumo de bebidas alcohólicas. Aunque no es un factor directo o determinante para que se inicie un problema de dependencia a alcohol, un número considerable de investigaciones lo han señalado como una variable importante que influye en la conducta de beber en exceso. Hay autores que han encontrado una relación significativa entre la dependencia a alcohol y un déficit habilidades sociales necesarias para enfrentarse a situaciones conflictivas (Bellack & Morrison, 1982). Por otro lado, hay autores que consideran que una baja asertividad, o poca capacidad para responder oponiéndose a las demandas de su grupo, supone un riesgo aumentado para el abuso de alcohol (Costa et al., 2006; Turbin et al., 2007; Londoño & Valencia, 2008).

La conducta de beber en exceso se puede considerar como una conducta desadaptativa que utilizan algunos individuos para moderar el efecto negativo de la ansiedad o la vergüenza en situaciones sociales, además de que se tiene la falsa creencia de que el alcohol mejora el funcionamiento en varias áreas, entre las que se encuentra el funcionamiento social (Domínguez-Centeno y Rubio, 2021).

1.4. Entrenamiento en habilidades sociales (EHS)

El EHS es una herramienta para mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de problemas. Se considera que las habilidades sociales son un medio excepcional de protección y promoción de la salud.

El EHS no constituye una técnica específica en sí misma, sino un conjunto de procedimientos psicoeducativos de formación, orientados hacia la ampliación del repertorio de conductas que tiene el sujeto, lo que conlleva al desarrollo de habilidades nuevas y conductas alternativas. Está basado en la colaboración activa de las personas que participan en el entrenamiento, lo que presupone su intención de mejorar estas habilidades.

Varios investigadores han destacado que el EHS debe formar parte de los tratamientos conductuales para personas con dependencia a alcohol (Martín, 2002; Secades et al., 2007). Se ha observado que las personas con dependencia a sustancias, con frecuencia afrontan las situaciones

interpersonales difíciles por medio del consumo de estas sustancias. El aprendizaje de conductas asertivas disminuye la ansiedad y aumenta la utilización de conductas alternativas a las utilizadas.

Varios estudios demuestran que el EHS para pacientes con dependencia a alcohol u otras sustancias es superior a otros tratamientos e incrementa la eficacia de las intervenciones cuando forma parte de un programa más amplio (Miller et al., 1995).

Técnicas

- Instrucciones: el terapeuta proporciona al paciente una descripción precisa de la conducta social habilidosa.
- Modelado: el terapeuta realiza una demostración de la conducta social habilidosa.
- Ensayo de conducta: el paciente ejecuta prácticas de la conducta social habilidosa instruida y modelada, el sujeto ensaya la conducta social objetivo.
- Refuerzo positivo: el terapeuta y otros integrantes del grupo refuerzan socialmente la realización adecuada de la conducta social ensayada por el paciente.
- Retroalimentación o crítica constructiva: se informa sobre los aspectos menos habilidosos de la conducta social ensayada.

1.5. Ventajas de EHS grupal

- Como toda intervención grupal, supone una disminución de los costes y economización de recursos.
- El grupo es un escenario natural donde aprender, practicar, perfeccionar y generalizar las habilidades. El hecho de que las personas que se entrenan en un mismo grupo tengan estilos de actuación diferentes enriquece el aprendizaje por observación de sus miembros, y proporciona oportunidades más variadas y naturales para practicar las habilidades sociales.
- El grupo sirve de contexto de comparación social y validación consensual. El grupo actúa como marco de referencia, sirve para analizar las situaciones y los comportamientos desde un punto de vista conjunto y como referencia posterior para la persona.
- El grupo es un contexto de ayuda y apoyo mutuo.
- El grupo es un contexto donde aprender habilidades sociales esenciales que son necesarias para la vida real como saber escuchar, participar, respetar los turnos de palabra, dar retroalimentación, mostrar desacuerdos, etc.

1.6. Rol del paciente

En lugar de simplemente reflexionar o discutir sobre el material trabajado, el paciente debe tener la oportunidad de escenificar las habilidades abordadas durante cada sesión y recibir comentarios constructivos. La participación activa y la práctica con retroalimentación positiva, son las formas más efectivas para modificar las expectativas de desempeño y para favorecer la generación de cambios de conducta duraderos.

1.7. Rol del terapeuta

Si bien se trata de un programa estructurado y directivo, mientras los puntos más importantes de cada sesión estén cubiertos, se prefiere un estilo natural. Es fundamental que los pacientes no reciban el mensaje de que para el terapeuta es más importante adherirse estrictamente al manual antes que abordar las preocupaciones del paciente. De hecho, si no se estimula a los pacientes a

participar y a ofrecer sus propias experiencias como ejemplo, el tratamiento se vuelve aburrido y disminuye el nivel de energía para el aprendizaje.

2. EL PROGRAMA

El programa consiste en una terapia grupal de entrenamiento en habilidades sociales con un enfoque cognitivo-conductual. Consiste en un módulo de 14 sesiones semanales de una hora de duración cada una.

Se trata de un grupo ambulatorio mixto, de hombres y mujeres, con problemas relacionados con dependencia a alcohol en su mayoría, u otras adicciones. No se incluyen pacientes con deterioro cognitivo que pudiera dificultar el seguimiento del grupo, o psicopatología que pudiera producir graves interrupciones en el mismo.

2.1. Estructura de las sesiones.

Los pacientes experimentan numerosos problemas y dificultades en su día a día. Aunque el enfoque de las sesiones debe estar acorde al programa, no se puede ignorar los problemas reales de los pacientes porque correríamos el riesgo de que vean el tratamiento como algo periférico o irrelevante para sus necesidades actuales. Se intenta llegar a un compromiso entre las exigencias del protocolo y las necesidades de los pacientes de discutir problemas actuales.

Las sesiones se organizan de la siguiente manera:

1. Repaso de la sesión anterior.
2. Revisión de las tareas para casa.
3. Aspectos teóricos.
4. Aspectos prácticos.
5. Ejercicios.
6. Tareas para casa.

La sesión se inicia con una revisión rápida de los conocimientos impartidos en la sesión anterior y de las tareas para casa. Luego se introduce el nuevo material, comenzando con la parte más teórica y pasando a los aspectos prácticos de la teoría expuesta. Es muy importante que el terapeuta analice las reacciones de los pacientes y pida opiniones durante la presentación de la teoría. Es muy importante dedicar la mayor parte de la sesión a la puesta en práctica de las habilidades que estén siendo trabajadas, informando tras la misma sobre los aspectos más y menos habilidosos de la conducta social ensayada y reforzando la participación. La realización de las tareas para casa es una parte fundamental del entrenamiento, para poder identificar y resolver posibles complicaciones a la hora de poner en práctica las distintas habilidades en el ambiente natural de los pacientes.

2.2. Fuentes

Para estructurar las sesiones y organizar el material hemos utilizado dos manuales de referencia: el tercer volumen de terapias utilizadas en el proyecto MATCH: Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual, y el manual del Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales del Plan

Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid. Las sesiones de reconocimiento de la vergüenza y culpa se han extraído del libro Alcohol, Alcoholismo y Emociones sociales (Rubio, 2021).

El proyecto MATCH es un estudio de cinco años iniciado por la rama de investigación de tratamiento de NIAAA, el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, en 1989. El objetivo del proyecto MATCH es determinar si diferentes subgrupos de pacientes dependientes de alcohol responden de manera diferente a tres tipos de tratamiento: una terapia de facilitación de 12 pasos, una terapia de habilidades de afrontamiento cognitivo-conductual y una terapia motivacional. Cada tratamiento se realiza en un período de 12 semanas por terapeutas entrenados siguiendo un protocolo estandarizado.

El material para estructurar las sesiones del manual se extrajo de varias fuentes. Se utilizó como guía el libro de Monti: Tratamiento de la dependencia a alcohol: guía para el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (Monti et al. 1989).

El Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid se ha desarrollado con el objetivo principal de contribuir a la reinserción social de los usuarios de drogas mediante el entrenamiento de aquellas habilidades que les permitan relacionarse de una manera más adaptativa con su entorno social. De este modo, se pretende conseguir que los usuarios lleguen a establecer y mantener relaciones interpersonales gratificantes así como potenciar los recursos personales facilitadores del cambio del estilo de vida.

El programa propone distintos módulos de trabajo permitiendo ser aplicado tanto en su totalidad como a través de la selección de módulos concretos. Los módulos que se trabajan son: Habilidades Sociales Básicas, Habilidades de Conversación, Asertividad y Habilidades Heterosociales. La versatilidad en su aplicación, facilita su adaptación al Programa de Deshabituación específico de cada centro. La aplicación completa se estima en un periodo aproximado de seis meses, con dos sesiones semanales de 60-90 minutos de duración.

3. SESIONES

3.1. Sesión nº 1: Introducción.

- a. Presentación
 - Presentación de los terapeutas
 - Presentación del programa
 - Presentación de los miembros del grupo
- b. Aspectos Teóricos:
 - Explicar a qué llamamos habilidades sociales

Las habilidades sociales son una serie de conductas observables, pero también de pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias, y a procurar que los demás respeten nuestros derechos y no nos impidan lograr nuestros objetivos.

Son pautas de funcionamiento que nos permiten relacionarnos con otras personas, en forma tal, que consigamos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas, tanto a corto como a largo plazo.

- Explicar por qué las trabajamos

La falta de habilidades sociales nos lleva con frecuencia a sentir emociones negativas, como la frustración o la ira, y a sentirnos rechazados, infravalorados o desatendidos por los demás.

Las personas con dificultades en las habilidades sociales son más propensas a padecer alteraciones psicológicas como la ansiedad, la depresión o la dependencia a sustancias.

Ser socialmente hábil ayuda a mejorar nuestra calidad de vida, a sentirnos bien y a obtener lo que queremos.

- c. Encuadre:

Repasar normas de funcionamiento del grupo, horario, lugar, y responder a dudas que puedan surgir en relación al encuadre.

Firma de un contrato.

MODELO DE HOJA DE CONTRATO:

CONTRATO DE TRATAMIENTO

1. Entiendo que este tratamiento tendrá una duración de 12 semanas, y estoy de acuerdo en participar durante ese período de tiempo. Si quiero dejar el programa, me comprometo a discutir esta decisión con mi terapeuta antes de dejar de acudir al grupo.
2. Entiendo que debo asistir a todas las sesiones y ser puntual. Si es absolutamente necesario cancelar una sesión, llamaré antes para avisar. También avisaré en el caso de tener que llegar tarde a una sesión.
3. Me comprometo a acudir a las sesiones sobrio. En el caso de haber consumido alcohol u otras drogas entiendo que no se me permitirá asistir a la sesión correspondiente.
4. Me comprometo a poner en práctica fuera del grupo las habilidades aprendidas y a comentar los resultados de este ejercicio con los terapeutas.

3.2. Sesión nº 2: comunicación no verbal y escucha activa

Objetivos:

- Adquirir y adecuar las habilidades no verbales intervinientes en la comunicación.
- Que el usuario sea consciente de la importancia de una escucha activa para la participación efectiva en las relaciones sociales.

Contenido:

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos teóricos de la comunicación no verbal.

La comunicación no verbal viene referida a aquellas conductas observables que utilizamos durante la comunicación y que no son expresadas con el lenguaje, pero que acompañan, ayudan o potencian el contenido verbal, si lo hay.

Componentes no verbales más relevantes:

CABEZA	CUERPO	PARAVERBALES
Contacto visual	Gestos	Volumen: alto/bajo.
Expresión facial	Contacto físico	Tono: modulaciones
Movimientos de Cabeza	Postura	Ritmo: rápido/lento
	Distancia	Pausas: periodo temporal entre mensajes

Las señales no verbales sirven para expresar:

→ **REPETICIÓN:** Reproducción con gestos de lo expresado verbalmente.

Ejemplo: Se dice a alguien que para encontrar el ayuntamiento debe torcer a la izquierda y lo indicamos con el dedo.

→ **CONTRADICCIÓN:** El comportamiento no verbal contradice la conducta verbal.

Ejemplo: Decir que no estoy nervioso y estar temblando y sudando mientras se dice. Cuando se produce este fenómeno solemos hacer caso al mensaje no verbal.

→ **SUSTITUCION:** El comportamiento no verbal puede sustituir a los mensajes verbales.

Ejemplo: alguien hace un gesto de cansancio mostrando que está agotado.

→ **COMPLEMENTARIEDAD:** Las funciones complementarias de la comunicación no verbal sirven como señal de las actitudes o intenciones de una persona respecto a la otra. Son indicadores de emoción, agrado, desacuerdo, agresividad, conciliación. Se expresan a través de la sonrisa, la postura, la distancia, etc.

→ **ACENTUACIÓN:** El comportamiento no verbal puede acentuar partes del mensaje verbal.

Ejemplo: usar las manos para acentuar algo.

→ **REGULACIÓN:** A través de la comunicación no verbal podemos regular el flujo de la conversación entre las personas.

Ejemplo: una afirmación con la cabeza por parte del que escucha puede interpretarse como una indicación para que el interlocutor siga hablando.

- Aspectos a tener en cuenta:

Importancia del contexto en la comunicación no verbal: adecuación de las señales no verbales según las diferentes situaciones.

Ejemplo: Adecuación del volumen de voz en función de si nos encontramos en un mercado o en el cine.

- Ejercicios:

1. Análisis de la comunicación no verbal a través de un video/ anuncio.
2. Juegos de mímica: escenificación de mensajes que los miembros del grupo tratarán de identificar.

- Aspectos teóricos de la escucha activa

- La escucha es una habilidad fundamental a la hora de relacionarse con los demás.
- Hay personas que no escuchan. Solo hablan. Estas personas terminan cayéndonos mal porque parece que solo les importa lo suyo. Todos recordareis alguna ocasión en la que os habéis enfadado porque no os escuchaban. Al mismo tiempo, también recordareis alguna situación en la que se os han quejado de que no les escuchabais.
- Escuchar significa comprender lo que el otro dice.
- Es muy importante a la hora de mantener una conversación, a la hora de ayudar a un amigo, cuando no sabemos algo y nos lo explican, etc.
- La actitud de escucha implica una serie de gestos y posturas corporales como son la mirada, la postura dirigida al que habla, los asentimientos, etc. Todos son signos de que el otro nos está escuchando.
- La diferencia entre oír y escuchar es que la escucha es algo activo.

- Aspectos a tener en cuenta:

Ventajas del uso de señales de escucha activa:

- Ser fuente de refuerzo para otros.
- Incrementa la probabilidad de conseguir refuerzo propio.

Errores más comunes en la escucha:

- Interpretar mal el mensaje del otro.
- Pensar en lo siguiente que se va a hablar desatendiendo al emisor.

Componentes no verbales de la escucha activa:

- Mirada directa.
- Expresión facial de atención, interés.
- Postura dirigida al otro.
- Movimientos afirmativos con la cabeza, sonrisa, etc.

Componentes verbales y paraverbales:

- Repetir las últimas palabras de la frase que dijo el otro.
- Murmullos de aprobación o negación, por ejemplo, «ahá».
- Respuestas de reconocimiento y reafirmación, como por ejemplo, «claro», «tienes razón», «ya veo», etc.
- Resúmenes aclaratorios: «osea que...», «Si no te he entendido mal...».
- Preguntas breves para aclarar algún punto.
- Empatizar: «Imagino como te sientes», «entiendo que...».

- Ejercicios de Modelado y Role-playing:

Modelado:

Un terapeuta comenta una película que ha visto y el otro terapeuta hace que le escucha.

Los observadores anotan los aspectos de la comunicación que indican escucha activa.

Un terapeuta comenta una película que ha visto y el otro terapeuta hace como que no le escucha.

Los observadores anotan los aspectos de la comunicación que indican que no escucha.

Role-playing:

Un miembro del grupo comenta las cosas que le gustan, y otro las escucha.

→ Se analizan entre los observadores los componentes de la escucha del oyente.

Un miembro del grupo comenta las cosas que le gustan, y otro hace que no le escucha.

→ Se analizan entre los observadores los componentes de la escucha.

- Tareas para casa:

1. Observar algún anuncio e identificar y anotar los aspectos no verbales y su función.
2. Buscar alguna situación donde alguien ha escuchado bien y otra donde ha escuchado mal, identificando los componentes que aparecen y el efecto que producen.

3.3. Sesión nº 3: iniciar, mantener y cerrar conversaciones

Objetivos:

- Conocer los distintos aspectos que se engloban en las habilidades de conversación.
- Iniciar conversaciones de manera adecuada.
- Emitir y recibir información de manera adecuada: preguntas abiertas, dar y recibir libre información.
- Utilizar de forma correcta los turnos de palabra.
- Realizar adecuadamente cambios de tema.
- Manejar los silencios.
- Cerrar conversaciones.

Contenidos:

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos teóricos sobre las habilidades de conversación:

Las habilidades de conversación nos permiten darnos a conocer y facilitan el llegar a conocer a otros. A la hora de iniciar, mantener o terminar una conversación es fundamental tener en cuenta:

- Darnos permiso para ser imperfectos.
- No tenemos que ser expertos sobre un tema para poder hablar.
- Es normal que se produzcan silencios en cualquier conversación; son una oportunidad para relajarnos, ordenar ideas, proponer una actividad o cambiar de tema.
- No es nuestra responsabilidad romper el silencio.
- Existen distintos niveles de conversación que se deben adecuar a la situación específica y persona con quien conversamos.

- Aspectos a tener en cuenta al iniciar una conversación:

- Trabajar posibles miedos/creencias irracionales en relación a iniciar una conversación.
- No hace falta ser brillante; se puede hablar de cualquier suceso, elementos del entorno, etc.
- Es importante tener en cuenta los aspectos no verbales: contacto visual, sonrisa, postura, etc.
- Es importante emitir frases cortas seguidas de una pregunta. Por ejemplo, si decimos a alguien "Que rica está la comida" es posible que el otro simplemente asienta con la cabeza y no se inicie una conversación. Sin embargo, si hacemos ese mismo comentario, seguido de una pregunta mejoramos nuestro objetivo de iniciar una conversación. Por ejemplo: "Que rica está la comida, ¿habías venido a este sitio antes?". Así, favorecemos el inicio de una posible conversación.
- Modos más usuales de iniciar una conversación:
 - ◇ Hacer una pregunta sobre la situación común.
 - ◇ Hacer un cumplido a la otra persona sobre su conducta, apariencia o algún otro atributo ("Que puntual has venido", "Que vestido tan original").
 - ◇ Hacer una observación o pregunta casual sobre lo que la otra persona está haciendo.
 - ◇ Ofrecer algo a la otra persona.
 - ◇ Saludar a la otra persona y presentarse a uno mismo.
- Comentarios inadecuados a la hora de comenzar una conversación:
 - ◇ Hacer comentarios demasiado personales ("Estoy peleado con mi pareja")
 - ◇ Hablar de forma negativa o con sarcasmo ("Esto parece un entierro")
 - ◇ Hablar de forma crítica ("Nunca llegan a tiempo")
 - ◇ Expresar contenidos ofensivos o prejuiciosos ("¡Cómo ha engordado!", "Nunca me casaría con una persona de otra religión").

Ejercicios:

"El grupo en círculo". Uno de los terapeutas explica el ejercicio y hace el primer ensayo para modelar.

Descripción: El terapeuta, con una pelota en sus manos, inicia un tema de conversación dirigiéndose a alguien del grupo o a todos. El resto del grupo participa en el tema sugerido contestando, argumentando o volviendo a preguntar. A una señal del terapeuta, se tira la pelota a otro miembro del grupo que tendrá que iniciar otro tema de conversación. Así sucesivamente hasta que los terapeutas lo consideren suficiente. Tras el ejercicio se pide a cada uno de los integrantes que expliquen la experiencia. Posteriormente se les da feedback de su realización.

- Aspectos a tener en cuenta para mantener una conversación:

- Dar señales de que se escucha a la otra persona asintiendo con la cabeza y empleando expresiones como "Ajá", "hmm", "ah!", "claro" o cualquier otra expresión acorde para poder mostrar al otro que estamos recibiendo lo que nos dice con interés.
- Respetar el turno sin interrumpir al otro (a no ser que se esté proponiendo).
- Usar la información que se ha obtenido en la conversación a base de preguntas y comentarios.
- Una vez que es nuestro turno, debemos hablar de algo que esté relacionado con lo que la otra persona dice o sino avisar de que cambiamos de tema. Por ejemplo: "Cambiando de tema...", "Aunque no tenga nada que ver con lo anterior...", "Dejando el tema...", "Si me permites ahora comentar otra cosa distinta..."
- Ceder la palabra con muletillas como:
 - ¿A ti que te parece?
 - ¿Tú como lo ves?
 - ¿Tú que opinas?
- No hablar o escuchar demasiado. Iniciar temas de conversación y cambiar cuando comience a ser aburrido.
- Preguntar sobre la otra persona.
- Dar información uno mismo: opiniones, contar experiencias, etc. Cuando se cuenta una experiencia: contar dónde fue, quién fue, qué sucedió, si nos gustó, etc. Describir con detalles la situación.
- Responder de forma abierta –con algo más de un si o un no– para que la otra persona tenga un cabo donde agarrarse.
- Saber hacer preguntas es importante porque nos permite obtener más información para seguir conversando:
 - ◊ Tipos de preguntas: cerradas vs. abiertas.
 - ◊ Preguntas cerradas: Las preguntas cerradas inducen a respuestas muy concretas. Por ejemplo si preguntamos: ¿Eres de Madrid?, sólo permitimos que el otro nos responda si/no. Estas preguntas pueden ser sobre información general o personal.
 - ◊ Preguntas abiertas: Las preguntas abiertas llevan a la otra persona a describir detalladamente las contestaciones de modo que atiendan a motivaciones, intenciones y sentimientos. Suelen empezar por frases como ¿Por qué? ¿Qué piensas con respecto a...? Igual que las preguntas cerradas pueden ser generales (¿De qué iba la película del domingo?) o personales (¿Qué te pareció la película del domingo? ¿Qué es lo que te gusta de salir a correr?).

Es conveniente recordar:

- Si queremos mantener una conversación es importante que a una pregunta cerrada le siga una abierta.
- Debemos evitar preguntas excesivamente abiertas como ¿Qué tal?

Ejercicios:

1º "Estoy pensando..... ¿Y tu que opinas?"

- Cada miembro del grupo comienza con una frase (o hablará un rato sobre algo) o da su opinión.
- Y luego cederá la palabra, diciendo "... ¿Y tu que opinas?" (Muletilla).
- El siguiente contestará a la pregunta de su compañero anterior y volverá a utilizar la muletilla para cambiar de tema para luego ceder la palabra al de al lado, y así sucesivamente.

2º Transformar preguntas cerradas en preguntas abiertas. En parejas, uno lanza una pregunta cerrada y el otro la convierte en abierta.

- Aspectos a tener en cuenta para cerrar una conversación:

- Aspectos no verbales:
 - ◊ Volumen medio y tono cálido.
 - ◊ Sonrisa.
 - ◊ Ir incorporándonos si estamos sentados; recoger las cosas, etc.
- Componentes verbales:
 - ◊ Expresar de forma clara y directa nuestro deseo de terminar la conversación.
 - ◊ Resumir y concluir. Ejemplo: «Bueno pues entonces quedamos...».
 - ◊ Reforzar a la otra persona. Por ejemplo: «Me alegro de verte» o «Ha sido muy agradable hablar contigo».
- Es importante recordar que tenemos derecho a no justificarnos.

- Tareas para casa:

1. Para iniciar conversaciones:
Escribir dos frases distintas para iniciar una conversación con:
 - ◊ Persona conocida del propio sexo.
 - ◊ Persona conocida del otro sexo.
2. Para mantener conversaciones:
Escribir diez preguntas cerradas y transformarlas en preguntas abiertas.

3.4. Sesión nº 4: introducción a la asertividad

Objetivos:

- Definir el concepto de Asertividad.
- Distinguir entre conductas inhibidas, agresivas, asertivas.
- Objetivos y consecuencias de la conducta asertiva.
- Aprender la habilidad para decir que no ante presiones sociales.

Contenidos:

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos teóricos sobre la asertividad:

La conducta asertiva es aquella que implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos u opiniones, sin amenazar a los demás y sin violar los derechos de las personas.

Listado de derechos personales y discusión:

- Tengo derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Tengo derecho a cometer errores.
- Tengo derecho a experimentar y expresar mis propios sentimientos, así como a ser mi único juez.

- Tengo derecho a tener mis propias opiniones y valores.
- Tengo derecho a cambiar de idea o línea de acción.
- Tengo derecho a intentar cambiar lo que no me satisface.
- Tengo derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
- Tengo derecho a ignorar los consejos de los demás.
- Tengo derecho a decir no.
- Tengo derecho a rechazar peticiones sin sentirme culpable o egoísta.
- Tengo derecho a estar solo aún cuando deseen mi compañía.
- Tengo derecho a no justificarme ante los demás.
- Tengo derecho a no anticiparme a los deseos y necesidades de los demás.
- Tengo derecho a sentir y expresar el dolor.
- Tengo derecho a no responsabilizarme de los problemas de los demás.
- Tengo derecho a elegir entre responder o no hacerlo.
- Tengo derecho a protestar cuando se me trata injustamente.
- Tengo derecho a no estar pendiente de la buena voluntad de los demás y tener mis propias necesidades, y que sean tan importantes como las de los demás.
- Tengo derecho a interrumpir para pedir una aclaración.
- Tengo derecho a detenerme y pensar antes de actuar.

Conductas inhibidas, agresivas, asertivas.

Estilo inhibido	Estilo asertivo	Estilo agresivo
No respeta los derechos propios.	Respeto sus derechos y los de los demás.	No respeta los derechos de los otros.
Se aprovechan de él.	Puede conseguir sus objetivos.	Se aprovecha de los demás.
Se siente frustrado, herido, desgraciado, ansioso.	Se siente bien consigo mismo. Tiene confianza en si mismo.	Puede alcanzar sus objetivos a expensas del otro.
Inhibido (no expresivo)	Expresivo (directo)	Está a la defensiva, humillando al otro.
Deja al otro elegir por él.	Elige por si mismo.	Elige por el otro.

- Aspectos a tener en cuenta:

Conducta Verbal:

- Expresar nuestros deseos, sentimientos con claridad. (APORTAR INFORMACION).
- Repetir el deseo tantas veces como haga falta. (PERSISTENCIA).
- Emitir frases de comprensión de la conducta del otro, aunque no se esté de acuerdo (EMPATÍA).
- No discutir, ni contraatacar.
- No poner excusas.
- Llegar a un acuerdo.

Conducta No Verbal:

- Mirada directa (contacto visual).
- Tono de voz y volumen adecuado a la situación y el mensaje pero en general no crispado, sin ansiedad, firme y audible.
- No demasiados gestos. Adecuados al mensaje y la situación.

- Ejercicios:

Preguntar en una ronda de preguntas sobre todos los problemas asertivos que tienen y sobre aquello que les gustaría darse permiso.

- Aspectos teóricos sobre Decir que NO

- Discutir el derecho a decir que no.
- Desmontar temores e ideas irracionales: "Miedo a que se enfaden"; "Miedo a perder la relación". Decir que no, no conlleva una crítica; no significa que el otro nos caiga mal o no nos importe.
- Discutir sobre las consecuencias de saber decir que no o no saber hacerlo (efectos sobre el autoestima, sentimientos de frustración, ira).

- Aspectos a tener en cuenta al Decir que No:

- Técnica del Disco Rayado:
 - ◊ Decir que no de forma clara, firme, sin excusas.
 - ◊ Repetirlo las veces que sea necesario sin enfado ni irritación; sin levantar la voz, acabando las frases siempre con aquello que se quiere.
 - ◊ No dar justificaciones para no dar nuevos argumentos en los que pueda basarse la otra persona.
- Técnica del Banco de Niebla: Se utiliza cuando al Decir que No, se es objeto de presión o chantaje emocional.
 - ◊ Reconocer que se está de acuerdo en que la otra persona tiene motivos para mantener su postura, sin dejar de expresar que mantendremos la nuestra, puesto que también tenemos motivos para hacerlo.
 - ◊ No discutir acerca las razones parciales que quizás sean aceptables.
 - ◊ Reconocer cualquier verdad contenida en las declaraciones de la otra persona, pero sin aceptar lo que propone.
 - ◊ Aceptar la posibilidad de que las cosas pueden ser como se nos presentan, utilizando expresiones como: "Es posible que...", "Quizás tengas razón en que...", "Puede ser que...".
 - ◊ Es conveniente reflejar o parafrasear los puntos clave de la postura mantenida por la otra persona y tras ello añadir una frase que exprese que nuestra opinión no ha cambiado ("...pero lo siento, no puedo hacer eso", "...pero no gracias", "...pero yo creo que no es así", etc.).
- Hacer una contraoferta: No podemos hacer lo que nos piden pero si algo menor. Por ejemplo; "No puedo dejarte cien euros pero podría prestarte veinte".

– Ejercicios:

Modelado: Los terapeutas practican el decir no, a través de las técnicas de Disco Rayado y Banco de Niebla, en situaciones comunes, por ejemplo, no dejar el coche, no cambiar de compañía de teléfono, no comprar algo, etc.

Role playing: Practicar el decir no en situaciones comunes, por ejemplo, no dejar el coche, no cambiar de compañía de teléfono, no comprar algo, etc.

Modelado: Los terapeutas practican hacer contraofertas en distintas situaciones.

Role playing: Practicar el hacer contraofertas en situaciones comunes, por ejemplo, “No puedo quedarme con los nietos todo el fin de semana pero si puedo llevármelos al parque el sábado por la tarde”.

– Tarea para casa:

- Establecer una jerarquía de situaciones difíciles para “Decir No”.
- Practicar decir no en situaciones cotidianas de la vida real. Realizar un autorregistro.

3.5. Sesión nº 5: pedir ayuda

Objetivos

- Ser capaces de poner en práctica nuestro derecho a hacer peticiones a los demás, en situaciones cotidianas, y en situaciones críticas de especial dificultad.

Contenidos

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos teóricos:
 - ◊ Discusión del derecho asertivo a hacer peticiones y del derecho de los demás a negarse.
 - ◊ Ser asertivos supone respetar los derechos y sentimientos de los demás.
 - ◊ Descartamos la manipulación y la coerción como métodos para tratar de conseguir lo que queremos ya que eso sería un comportamiento agresivo. La agresividad se contraponen a la inhibición que nos llevaría a no atrevernos a pedir cosas a los demás.
 - ◊ Análisis y reestructuración de temores e ideas irracionales como el pedir ayuda como signo de debilidad o las consecuencias de una negación.
 - ◊ Hacer peticiones nos ayuda a superar el temor irracional a que nos digan que no porque, en ocasiones, los demás las rechazarán y así nos acostumbraremos a ver normal que rechacen algunas de nuestras peticiones.

– Aspectos a tener en cuenta:

- Aspectos previos a tener en cuenta: buscar el momento adecuado, tener el objetivo claro y definido.
- Cuidar el lenguaje no verbal:
 - ◊ Hablar de forma clara, con un volumen de voz adecuado y un tono de voz amable y cordial.

- ◊ Procurar que haya congruencia entre el mensaje verbal y el lenguaje corporal.
- ◊ Mantener el contacto visual la mayor parte del tiempo, siempre que resulte adecuado.
- ◊ Mantener una distancia interpersonal adecuada.
- ◊ Utilizar gestos cordiales, sonreír, a menos que resulte inadecuado.
- ◊ Escuchar activamente.
- Cuidar el contenido y la forma del mensaje:
 - ◊ Pedir las cosas por favor.
 - ◊ Comenzar la frase en primera persona (“Me gustaría, desearía, quisiera...”).
 - ◊ Procurar que lo que pides sea realista.
 - ◊ Formular la petición de forma clara, concreta, directa y no contradictoria. Un error común es pedir ayuda de forma indirecta o poco clara, esperando que los demás adivinen nuestros deseos.
 - ◊ Cuidar de no inducir al otro a rechazar tus peticiones. Por ejemplo, si empiezas diciendo: “Sé que es una tontería de mi parte, pero...”, lo predispones a no tomarte en serio.
 - ◊ No sentirte obligado a dar explicaciones o a pedir disculpas por pedir ayuda.
 - ◊ Si el otro accede a ayudarte agradécelo.
 - ◊ En el caso de que la persona a la que se le pide el favor dude, la conducta asertiva consiste en insistir una vez más (sólo una vez...).
- Formas no asertivas de pedir ayuda: agresividad e inhibición.

Ejemplo:

Situación 1. Actitud *agresiva*:

P: Déjame lo apuntes.

R: No porque...

P: (Interrumpiendo mientras habla el otro) Que me dejes los apuntes (exigiendo).

La agresividad al pedir ayuda implica no respetar los derechos de los demás. Su ejemplo más claro es exigir lo que pedimos utilizando la coerción, la manipulación o la hostilidad. Esta actitud se basa en ideas irracionales como: que la otra persona está obligada a ayudarnos y que una negativa suya equivale a una ofensa.

Situación 2. Actitud *pasiva*:

P: Hola, mira, querría saber si el día 15 habías venido a clase...

R: Sí... ¿Por?

P: No, porque he faltado un par de días a clase, y no sé cómo tengo los apuntes y creo que me faltan cosas... (Tono inseguro)

R: Pero... ¿Quieres que te deje los apuntes?

P: Bueno...pues estaría genial, la verdad. Aunque sería sólo para completar... (Excusándose)

La inhibición al pedir ayuda consiste en no pedir lo que necesitamos, o pedirlo sin convencimiento, disculpándonos o utilizando un lenguaje no verbal que muestre inseguridad. La inhibición al pedir ayuda se relaciona con la falta de autoestima o con el temor excesivo al rechazo. Las personas inhibidas suelen creer que sus necesidades son menos importantes que las de los demás.

– **Ejercicios:**

Modelado: Con el ejemplo anterior, los terapeutas realizan la escenificación de cómo se realizaría la petición de forma asertiva.

Role playing: Cada miembro del grupo hace una petición a un compañero. Pueden elegirse situaciones propuestas por el terapeuta o por los miembros del grupo.

Ejemplo de situaciones para practicar el hacer peticiones:

- Pedir a una amiga que te acompañe a una entrevista de trabajo.
- Pedir a tu jefe que te deje salir del trabajo antes de la hora.
- Pedir a un compañero de trabajo que te acompañe a tomar algo.

– **Tareas para casa:**

Planificar una actividad de ocio y pedir a algún amigo o familiar que nos acompañe.

3.6. Sesión nº6: expresar y defender opiniones

Objetivos

- Ser capaces de verbalizar y mantener las propias opiniones.
- Ser capaces de mantener un comportamiento de oposición y diferenciación de otros.

Contenidos

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos teóricos:
 - ◊ Discusión sobre el derecho personal a mantener mis propias opiniones, a cambiar de opinión, y del derecho del otro a que se respeten sus opiniones.
La realidad es muy compleja, puede ser vista desde diferentes ángulos y muchos aspectos de la misma están en continuo cambio. Por ello, para ser realistas conviene aceptar que existen diversos puntos de vista. De igual modo, para conseguir un máximo de bienestar, conviene aceptar que cambiar de opinión es algo saludable y normal.
 - ◊ Análisis de creencias que dificultan expresar una opinión:
 - Temores e ideas irracionales: Necesidad de aprobación, temor al enfado o a las burlas del otro, temor a ser diferente: pensar que debemos conseguir el apoyo y la aprobación de toda la gente que nos rodea es una expectativa poco realista.
 - Distorsiones cognitivas: Emitir juicios sobre la validez o no de la opinión del otro; cuando una opinión es algo personal y subjetivo con lo que podremos estar de acuerdo o no, sin juzgar si es o no es válida.

- Aspectos a tener en cuenta a la hora de expresar una opinión:

- Cuidar el lenguaje no verbal: contacto visual, volumen, tono, gestos, distancia, postura, señales de escucha.
 - ◊ Hablar de forma clara, con un volumen de voz adecuado y un tono de voz amable y cordial.
 - ◊ Procurar que haya congruencia entre el mensaje verbal y el lenguaje corporal.
 - ◊ Mantener un contacto visual adecuado.
 - ◊ Mantener una distancia interpersonal adecuada.
 - ◊ Utilizar gestos para enfatizar el mensaje siempre que sea adecuado.
 - ◊ Escuchar activamente.
- Cuidar el contenido y la forma del mensaje:
 - ◊ Pensar antes lo que vamos a decir.
 - ◊ Hablar en primera persona para dejar claro que estamos expresando nuestra opinión. (Mensajes yo).
 - ◊ Presentar nuestras ideas de forma clara y concisa, sin divagaciones.
 - ◊ Aceptar las críticas y las posturas de los demás, aunque no te hagan cambiar de opinión.

- Ejercicios:

Role playing: Se propone un debate sobre un tema propuesto por el terapeuta o por los miembros del grupo (tema de actualidad, interés, etc). Se dividen los participantes en dos grupos. Uno de los grupos se mostrará de acuerdo y el otro en contra de una determinada premisa.

- Tareas para casa:

Practicar, siempre que exista la oportunidad, el defender “mi punto de vista”. Realizar un autorregistro.

3.7. Sesión nº7: negociar

Objetivos

- Ser capaces de llegar a un acuerdo manteniendo una relación positiva con el otro.
- Aprender a aceptar una solución intermedia si no es posible conseguir nuestro objetivo completo.

Contenidos

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos teóricos:
 - ◊ La negociación es un proceso de resolución de conflictos mediante el cual cada parte modifica sus demandas, inicialmente incompatibles, para llegar a un acuerdo aceptable por todos. Se basa en la idea de que las partes comparten un interés común por encontrar una solución negociada.
 - ◊ Uno de los problemas que pueden darse en las negociaciones es que una parte considere que ha cedido demasiado. En estos casos la persona se siente mal, la relación puede deteriorarse y el conflicto suele persistir.

- ◊ El objetivo más deseable no es tratar de salir vencedor a cualquier precio, sino llegar a un acuerdo equilibrado, que ambas partes consideren aceptable. Por tanto, lo más adecuado suele ser repartir equitativamente las ventajas y los costes.
- ◊ Sin embargo, en algunos tipos de negociación, por ejemplo en el ámbito laboral, a veces los acuerdos no se basan tanto en los criterios de lo que es justo o no, sino en la relación de fuerzas o en el poder relativo de cada una de las partes.
- ◊ Ser una persona asertiva significa, a veces, modificar mis objetivos, adecuarlos a la situación, para conseguir parte de ellos, frente a no conseguir nada.

- Aspectos a tener en cuenta a la hora de negociar:

En las negociaciones formales se suelen considerar tres fases:

1ª) Fase de preparación:

- ◊ Clarificar tus objetivos y el orden de prioridad entre ellos.
- ◊ Fijar tu margen de negociación, entre la solución ideal y los mínimos por debajo de los cuales no estás dispuesto a ceder.
- ◊ Establecer cuáles crees que van a ser los objetivos y el margen de negociación de la otra parte.
- ◊ Obtener el máximo de información relevante acerca del conflicto.

2ª) Fase de negociación propiamente dicha:

- ◊ Mantener una actitud positiva.
- ◊ Usar técnicas de comunicación eficaz: empatía, escucha activa, etc.
- ◊ Exponer el problema tal y como es visto por ambas partes.
- ◊ Avanzar las primeras propuestas de cada uno para solucionarlo.
- ◊ Acercar posiciones intentando ceder en lo que es menos importante para uno y de más valor para el otro.
- ◊ Llegar a un acuerdo satisfactorio para ambos.

3ª) Fase de finalización:

- ◊ Resumir el acuerdo al que se ha llegado para comprobar que ambas partes entienden lo mismo.
- ◊ Concretar la forma de llevarlo a cabo.

- Ejercicios:

Modelado: Los terapeutas interpretan una negociación en dos situaciones cotidianas planteadas por el grupo. Por ejemplo: negociar la división de las tareas de la casa, negociar la salida del fin de semana, etc.

Role playing: Elegir una situación e interpretarla mediante rol play entre dos miembros del grupo.

– Tareas para casa:

Elegir una situación personal que requiera una negociación y practicarla. Realizar un autorregistro.

3.7. Sesión nº7: expresar y recibir críticas.

Objetivos

- Aprender a emitir oposición y rechazo, con el objetivo de intentar cambios en el otro, manteniendo las buenas relaciones.
- Perder el temor a expresar críticas.
- Desensibilizarse frente a las críticas: cambio de actitudes defensivas y ansiosas.
- Aprender y practicar técnicas asertivas: banco de niebla, interrogación negativa, aserción negativa.
- Aprender y practicar el recibir críticas de forma adecuada, en función de las diferentes situaciones y objetivos.

Contenidos

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.

A) Expresar críticas

- Aspectos teóricos sobre cómo expresar críticas:
 - ◊ Diferenciar entre hacer una crítica y expresar un sentimiento negativo.
 - ◊ Discusión del derecho personal a expresar críticas y del derecho del otro a aceptarlas o ignorarlas.
 - ◊ Análisis de los temores e ideas irracionales: que el otro se enfade, que se sienta mal, etc.
 - ◊ Ventajas o consecuencias positivas de expresar críticas adecuadamente.
- Aspectos prácticos sobre cómo expresar críticas:
 - ◊ Componentes previos: elegir el momento, no esperar mucho tiempo, hacer una crítica cada vez.
 - ◊ Cuidar el lenguaje no verbal:
 - Utilizar un tono firme (no alterado), y un volumen audible (no gritar).
 - Intentar mantener una expresión relajada.
 - Mantener una distancia interpersonal adecuada.
 - ◊ Cuidar el contenido y la forma del mensaje:
 - Describir el comportamiento objeto de crítica.
 - Expresar cómo me afecta en primera persona.
 - Para no deteriorar la relación con el otro expresar algo positivo del comportamiento del otro.
 - Empatizar.
 - Aceptar alguna parte de la responsabilidad.
 - Para pedir un cambio de conducta hacer la petición proponiendo alguna solución y pidiendo sugerencias al otro.
 - Intentar llegar a un acuerdo.

– Ejercicios:

Modelado: Los terapeutas plantean distintas situaciones en las que escenifican como expresar críticas.

Role Playing: Los miembros del grupo, ensayan como expresar críticas (de las situaciones más sencillas a las más comprometidas).

– Tarea para casa:

Practicar en situaciones cotidianas reales, comenzando por las más sencillas. Realizar autorregistro.

B) Recibir críticas

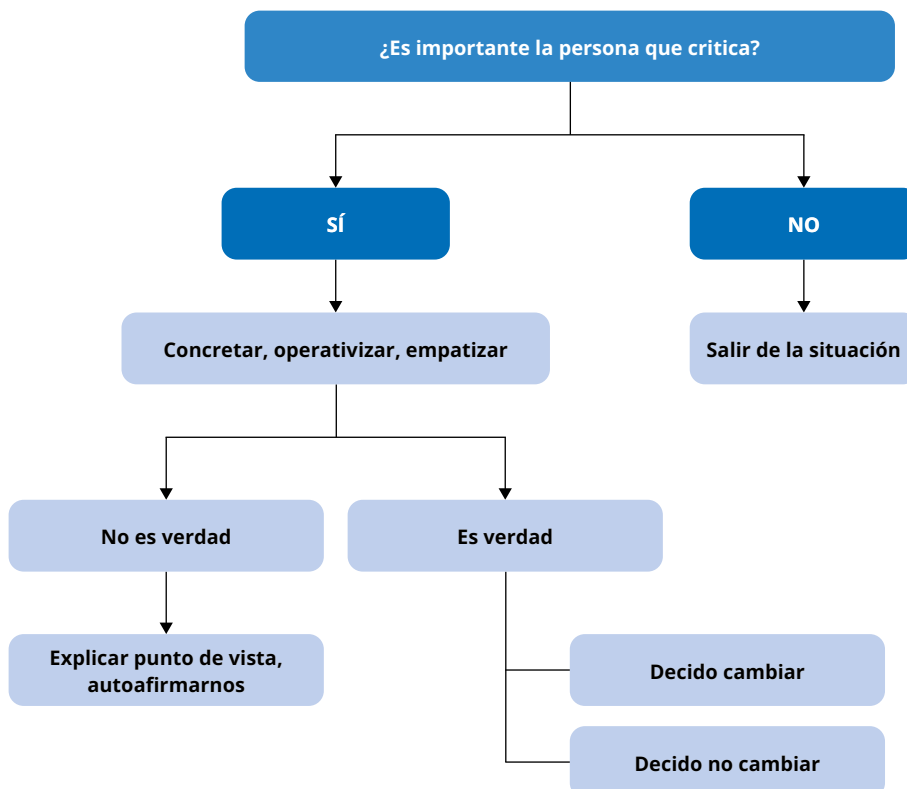
→ Aspectos teóricos sobre recibir críticas:

- ◇ Discutir sobre los siguientes derechos:
 - Derecho a cometer errores. En caso de que la crítica sea razonable, y los comentarios del crítico se ajusten, en líneas generales a la realidad, no hay ningún motivo para alterarnos. Tenemos derecho a equivocarnos como cualquier ser humano. No hemos de ser perfectos, nadie lo es. Lo único que tenemos que hacer es reconocer nuestro error y enmendarlo en lo posible.
 - Cuando los comentarios del crítico no se ajusten a la realidad, tampoco hay motivo para alterarnos. Esa persona también tiene derecho a equivocarse como cualquier ser humano.
 - Derecho a tener y expresar mis propias opiniones.
 - Derecho a cambiar.
- ◇ Analizar creencias irracionales frecuentes: Temor a no ser amado y aprobado por todo el que nos rodea. Se trata de una expectativa no realista ya que no se puede agradar a todo el mundo.
- ◇ Las críticas son inevitables: Aunque nos esforcemos por hacer las cosas lo mejor posible y por llevarnos bien con los demás siempre habrá personas que nos critiquen, unas veces con razón y otras sin ella.
- ◇ Tendemos a reaccionar negativamente a las críticas: Las críticas producen reacciones y emociones muy negativas porque tendemos a interpretarlas como un ataque. También es frecuente que hieran nuestra autoestima, sobre todo cuando depende mucho de la aprobación de los demás.
- ◇ Podemos aprender a reaccionar positivamente a las críticas: La práctica reiterada de técnicas de asertividad permite que nos habituemos a reaccionar de forma positiva a las críticas, reduciendo al mínimo el malestar emocional que provocan y aprovechando la información útil que contengan.
- ◇ Escuchar lo que el crítico dice. Cuando las críticas son realistas pueden proporcionarnos información valiosa que nos ayude a conocernos mejor. Esto es muy importante ya que reconocer nuestras potencialidades nos ayuda a que trabajemos para hacerlas realidad; pero ser conscientes de nuestros fallos y limitaciones nos ayuda a tener expectativas adecuadas, corregir errores y evitar problemas futuros.

-Aspectos prácticos sobre cómo recibir críticas:

Cómo recibir una crítica:

- Escuchar sin interrumpir.
- No contraatacar.
- No negar.
- Dedicar un momento a relajarnos:
 - ◇ Aprender a discriminar las señales de ansiedad que aparecen en mí ante las críticas, lo antes posible.
 - ◇ Reinterpretarlas como una posibilidad de poner en práctica estrategias de control como la respiración profunda.
- Analizar la información que contiene una crítica para valorar si puede ayudarnos a mejorar en algo:

**-Ejercicios:**

Role playing: Se pide a los miembros del grupo que anoten en un folio críticas que les han hecho o que podrían hacerles, pensando sobre todo en aquellas con las que creen que se sentirían peor. Señalar cuál de ellas les crearía mayor malestar. Utilizar las respuestas para representar la situación en parejas poniendo en práctica las habilidades trabajadas.

-Tareas para casa:

Provocar activamente alguna crítica si recientemente hemos cometido algún error o hemos realizado algún comportamiento molesto para otro, preguntando a los demás su opinión acerca de ello.

3.8. Sesión nº 8: expresar emociones negativas

Objetivos

- Aprender a expresar las emociones negativas de manera directa y controlada para evitar deteriorar nuestra relación con los demás.
- Permitirse expresar emociones negativas, aprender a desahogarse.

Contenidos

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos teóricos sobre la expresión de emociones negativas:
 - ◇ Las emociones ejercen gran influencia sobre nuestra conducta y están implicadas en muchas de nuestras decisiones. Por ello, vale la pena aprender a reconocerlas y a controlarlas.
 - ◇ Las emociones se definen como reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a los estímulos a los que nos enfrentamos. Las emociones tienen la función de adaptar el cuerpo a los cambios que puedan suceder, de comunicación con otras personas y de experiencia subjetiva.
 - ◇ Las emociones negativas son emociones desagradables que se experimentan por ejemplo cuando se percibe una amenaza, se bloquea una meta o sucede una pérdida. Ejemplos de estas emociones son el miedo, la ansiedad, la ira, la hostilidad, la tristeza y el asco.
 - ◇ Es importante comunicar a los demás nuestro estado emocional para evitar interpretaciones erróneas.
 - ◇ Existen ventajas de contar a otros cómo me siento:
 - Que me comprendan.
 - Que me escuchen.
 - Que me ofrezcan apoyo, cariño, ayuda.
 - Reducir nuestro malestar o tensión.
 - ◇ Aceptar que algunas ideas irracionales pueden dificultar la expresión de emociones negativas como el miedo a que piensen que soy débil, a que me critiquen, o a que no me comprendan.
 - ◇ No expresar cómo me siento puede tener consecuencias negativas como acumular sentimientos negativos o comportarnos de manera agresiva, irónica o evitar situaciones. Ejemplo: has tenido un día muy duro en el trabajo y al llegar a casa discutes con alguien de tu familia por cualquier excusa al no haber podido desahogar tu tensión.
- Aspectos prácticos sobre la expresión de emociones negativas:
 - ◇ Aspectos previos:
 - Esperar a que la tensión se haya reducido.
 - Dedicar un momento para relajarnos.
 - Buscar el momento adecuado, procurar que el otro esté disponible y pueda presarnos su atención.
 - ◇ Cuidar el lenguaje no verbal: Procurar que las señales no verbales sean congruentes con el contenido verbal expresado.
 - ◇ Cuidar el contenido y la forma del mensaje:
 - Describir la situación que ha motivado el sentimiento.
 - Expresar el sentimiento con claridad admitiéndolo como propio. (Mensajes yo).
 - Reforzar al otro por habernos escuchado.
 - Escuchar la devolución o los comentarios del otro.

-Ejercicios:

Role playing: Pensar en una situación que genere en nosotros emociones negativas: situaciones que nos den miedo, nos pongan nerviosos, tristes, enfadados, etc.

Practicar en parejas cómo expresar dichas emociones explicando las situaciones que las han generado.

-Tareas para casa:

A lo largo de la semana esforzarse en reconocer una situación que nos genere una emoción negativa y elegir a alguien para comunicárselo poniendo en práctica las habilidades aprendidas.

3.9. Sesión nº 9: reconocer y manejar la ira

Objetivos

- Reconocer la ira como una emoción negativa.
- Desdramatizar los sentimientos de ira.
- Aprender a manejar la ira.

Contenidos

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos teóricos sobre la ira:
 - ◇ La ira es una emoción y como tal se dispara automáticamente ante determinadas situaciones:
 - Injusticia: cuando creemos que estamos siendo tratados injustamente.
 - Obstáculos: cuando algo interfiere con nuestras metas u objetivos.
 - Amenaza a la autoestima: cuando nos sentimos insultados, criticados, no apreciados o burlados.
 - ◇ Como toda emoción la ira tiene una función que en este caso es preparar al cuerpo para realizar el esfuerzo necesario para vencer el obstáculo que se ha presentado.
 - ◇ El problema con esta emoción es que puede generar reacciones negativas o indeseadas:
 - Cuando reaccionamos de manera violenta porque no somos capaces de conseguir nuestro objetivo de otra manera.
 - Cuando aguantamos demasiado y reaccionamos por algo sin importancia, en realidad estamos reaccionando a todo lo que nos ha ocurrido previamente.
 - Cuando nosotros interpretamos que existe un ataque hacia nosotros y reaccionamos ante las intenciones de los demás en lugar de reaccionar ante los hechos. El juicio de intenciones es la causa más frecuente que nos puede llevar a tener reacciones inadecuadas, desproporcionadas o violentas.
 - ◇ Pensamientos y creencias irracionales que favorecen la ira:
 - Las exigencias y expectativas no realistas: Cuando mantenemos actitudes exigentes y no se cumple lo que demandamos, reaccionamos pensando y sintiendo que es terrible, que no podemos soportarlo, que el responsable debe ser condenado por ello. Esta forma de pensar favorece enormemente la ira. Mantener actitudes exigentes hacia los

demás suele ser muy frustrante porque nunca serán exactamente como queremos y la mayoría de las veces serán muy diferentes a lo que queríamos.

- Pensar que la ira no es un problema en sí mismo, sino una respuesta normal a otros problemas.
- Pensar que podemos hacer poco o nada para controlar nuestra ira.
- Pensar que la ira nos ayuda a conseguir lo que queremos y a evitar injusticias y adversidades.
- Pensar que expresar la ira nos ayuda a sentirnos bien y a reducirla.
- Lectura del pensamiento, atribuyendo al otro intenciones malévolas.
- Exagerar lo negativo, minimizando o negando los factores atenuantes.

- Técnicas para reconocer y manejar la ira:

- Técnicas cognitivas:
 - ◇ Detectar y cambiar los pensamientos irracionales.
 - ◇ Reconocer las situaciones generadoras de ira.
 - ◇ Considerar la ira como señal de que existe un problema.
- Técnicas conductuales:
 - ◇ Tiempo fuera y distracción.
 - ◇ Sentido del humor.
 - ◇ Técnicas de control de la ansiedad como relajación y respiración diafragmática lenta.
 - ◇ Evitar sustancias, situaciones y actividades generadoras de ira.

-Ejercicios:

Role playing: Cada miembro realiza un listado de situaciones en las que suele reaccionar con ira y al lado de cada una anota la técnica que podría utilizar para afrontarla de forma asertiva.

Cada miembro revisa las propuestas realizadas en el ejercicio anterior y escoge una situación para realizar una escenificación de inversión de roles en pareja. Cada participante adopta el papel contrario, es decir, el de la persona con la que suele enfadarse.

-Tareas para casa:

Pedir a los miembros del grupo que intenten poner en práctica lo trabajado en la sesión en situaciones de la vida real en las que podrían reaccionar con ira y realizar un autoregistro de las dificultades y resultados.

3.10. Sesión nº 10: reconocer y manejar la ansiedad

Objetivos:

- Conocer qué es la ansiedad, por qué se produce y cuales son sus manifestaciones y consecuencias.
- Desarrollar estrategias para manejar la ansiedad ante distintas situaciones a través del aprendizaje de técnicas cognitivas y fisiológicas.

Contenidos:

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos teóricos sobre la ansiedad: La ansiedad es una emoción normal, con una función activadora que facilita responder al ambiente. Cuando es excesiva en intensidad, frecuencia o duración, es cuando se considera un problema. Constituye una emoción compleja en la que pueden estar presentes los siguientes síntomas:
 - ◊ Fisiológicos: inquietud, sudoración, sensación de ahogo, aumento del ritmo cardíaco, tensión muscular, etc.
 - ◊ Cognitivos: Inseguridad, dificultad para decidir, miedo, temor a la pérdida del control y pensamientos del tipo: "No puedo aguantar esta situación", "Esto es horrible", "Me va a pasar algo terrible", etc.
 - ◊ Motores: escape o evitación de la situación molesta o desagradable, fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.), ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudear, quedarse paralizado, etc.

Las situaciones que generan ansiedad son aquellas en las que creemos que hay algún peligro o amenaza:

- Situaciones de *peligro físico* (en las que peligran la supervivencia o la integridad del individuo).
- Situaciones de *evaluación* (en las que nos sentimos evaluados y creemos que el resultado de esta evaluación puede arrojar un saldo negativo).
- Situaciones de *amenaza interpersonal o social* (situaciones de interacción social "cara-a-cara" donde creemos que podríamos ser juzgados).
- Situaciones en las que se encuentran *elementos fóbicos* (viajar en avión, inyecciones, sangre, tratamiento dental, animales inofensivos, aglomeraciones, espacios cerrados, aguas profundas, etc.).
- Situaciones *ambiguas o novedosas* (desconocidas para el individuo, sobre las que no tiene experiencia).
- Situaciones en las que el individuo percibe una *pérdida de control* (pérdida de control sobre los resultados, sobre su ansiedad, sobre su conducta, etc.).

Cabe resaltar la idea de que cualquier situación cotidiana puede ser una situación generadora de ansiedad si se interpreta como una posible amenaza. Recordar que la reacción de ansiedad es una *reacción de alarma* ante un peligro potencial.

- Aspectos a tener en cuenta en el manejo de la ansiedad:

Para el autocontrol de la ansiedad existen multitud de técnicas entre las que se destacan:

- **RESPIRACIÓN:** Mejorar la respiración favorece el control de la activación fisiológica y con ello la reducción de la tensión muscular, la sensación de ahogo, el ritmo cardíaco y todos los síntomas fisiológicos de la ansiedad. Ayudando a conseguir una sensación de tranquilidad y bienestar.

Pautas para llevar a cabo una adecuada respiración (abdominal):

1. Poner una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para poder notar hacia donde dirigimos el aire.
2. Tomar aire inspirando por la nariz lentamente, mientras contamos mentalmente hasta tres. Es importante, llevar el aire lo más profundo que se pueda, intentando que se levanten las manos que se tienen situadas en el estómago, sin mover el pecho.
3. Soltar el aire, lentamente, contando de nuevo hasta tres, hundiendo el estómago y sin mover el pecho.

Al empezar a practicar la respiración lenta debemos buscar un momento en que estemos tranquilos para la práctica. Es más fácil si estamos acostados aunque puede hacerse de pie o sentados. Es importante practicar varias veces al día (al menos 2 sesiones, de 10 minutos cada una) hasta que vayamos dominando la técnica para poder ponerla en práctica en diferentes posiciones y en distintos lugares.

- Ejercicios de respiración:

Práctica de la respiración con todos los participantes a la vez, distinguiendo entre respiración abdominal y pectoral. Atender y resolver las posibles dificultades que puedan aparecer durante la práctica.

- ➔ **AUTOINSTRUCCIONES:** Son mensajes o frases cortas que nos damos a nosotros mismos y que tienen un impacto sobre nuestro modo de actuar y sentir en cada momento. Nuestro dialogo interno puede ayudarnos a lograr nuestras metas u obstaculizar la consecución de las mismas.

En ocasiones no somos conscientes de cual es este dialogo interno, es importante poder pararnos a pensar, cuales son los mensajes que nos dirigimos a nosotros mismos.

Cuando este diálogo interno es negativo, está formado por frases como: "Soy un inútil...", "No puedo", "No vale la pena", "Es inútil", "Y si..." etc. Este tipo de pensamientos afectan a nuestra autoestima, nos limitan y alimentan todas nuestras emociones negativas siendo un obstáculo para lograr aquello que deseamos, y por lo tanto, debemos cambiarlos.

En el manejo de la ansiedad, se trata de utilizar, en vez de mensajes negativos que favorecen la ansiedad, autoinstrucciones que nos ayuden a regular nuestro estado emocional y dirigir nuestra conducta hacia la consecución de nuestros objetivos.

Autoinstrucciones importantes en el manejo de la ansiedad:

- ➔ De descatastrofización: "no pasa nada, es muy molesto pero puedo soportarlo".
- ➔ De información: "solo es ansiedad, es normal que esté nervioso en esta situación".
- ➔ De permanecer en el presente: "no voy a pensar en lo que puede suceder, solo en lo que esta sucediendo".

- Ejercicios de autoinstrucciones:

Detección por parte de los miembros del grupo de situaciones que generen ansiedad. Identificar los pensamientos que aparecen asociados a esas situaciones y crear pensamientos alternativos más realistas, favoreciendo la reducción de la ansiedad y el manejo de la misma. Las aportaciones de los miembros irán siendo anotadas en la pizarra por uno de los terapeutas, para favorecer el análisis y discusión grupal de las mismas.

- Tareas para casa:

1. Práctica de la respiración abdominal, durante diez minutos, dos veces al día, todos los días.
2. Autorregistro de situaciones ansiógenas, pensamientos asociados y autoinstrucciones que favorezcan el manejo.

3.11. Sesión nº 11: reconocer y manejar la depresión

Objetivos:

- Conocer qué es la depresión, por qué se produce y cuales son sus manifestaciones y consecuencias.
- Desarrollar estrategias para manejar la depresión ante distintas situaciones a través del aprendizaje de técnicas cognitivas y fisiológicas.

Contenidos:

- Aspectos teóricos sobre la depresión: La tristeza es una emoción que tiene su origen en la pérdida de algo querido. En casos extremos, su duración o intensidad la hace disfuncional y se convierte en patológica y aparece la depresión. Constituye una emoción compleja en la que pueden estar presentes los siguientes síntomas:
 - ◇ Síntomas del estado de ánimo:
 - Tristeza
 - Infelicidad
 - Sentimientos de vacío
 - ◇ Síntomas motivacionales y conductuales
 - Apatía, Indiferencia
 - Anhedonia
 - Lentitud
 - ◇ Síntomas cognitivos
 - Dificultades de memoria
 - De atención
 - Pensamientos negativos de uno mismo, del futuro y del mundo
 - Ideas de suicidio
 - Pérdida de autoestima
 - ◇ Síntomas interpersonales:
 - Pérdida de interés por la gente
 - Rechazo de los demás
 - ◇ Síntomas fisiológicos
 - Problemas de sueño

- Problemas de apetito
- Fatiga
- Dolores

En relación al origen de la depresión, es difícil pensar en una depresión determinada por un solo factor, siendo lo habitual un origen multicausal donde cabe destacar:

- ◊ Falta de refuerzos:
 - a. La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa.
 - b. La solución es programarse actividades para obtener los refuerzos que no tenemos. Ir recuperando actividades gradualmente.
- ◊ Pensamientos inadecuados:
 - c. La persona deprimida distorsiona la realidad.
 - d. Se ve a si mismo, al mundo y al futuro de forma negativa.
 - e. Solución: cambio de estos pensamientos. Buscar pensamientos realistas que se apoyan en datos objetivos.
- ◊ Indefensión aprendida:
 - f. Sentirnos indefensos ante todo, sin control.
 - g. Solución: Recuperar el control de nuestra vida. Responsabilizarnos de nuestros problemas y de las soluciones. Buscar las soluciones posibles a los problemas.
- ◊ Déficit de sustancias cerebrales
 - h. Solución: *antidepresivos*.

- Aspectos a tener en cuenta sobre la depresión:

Mas allá de las causas que nos han llevado al inicio de la depresión, ciertas actitudes y conductas favorecen su mantenimiento, del mismo modo existen estrategias de manejo y afrontamiento que pueden ayudarnos a superarla.

A continuación presentamos algunas estrategias generales que favorecen la disminución de los síntomas depresivos:

- Mantener relaciones sociales. (Ataque a la pérdida de reforzadores)
- Marcarse metas realistas y autorreforzarse. (Ataque a la pérdida de reforzadores)
- Retomar el control de nuestra vida. Tomar decisiones. (Ataque a la indefensión)
- Enfrentarse al crítico interno con pensamientos que nos ayuden a conseguir nuestros objetivos. (Ataque a los pensamientos negativos)
- Desahogo emocional. (Ataque a la tristeza)
- Planificación actividades graduales. (Ataque a la Inactividad)

Es muy importante alejarse de “ahogar” las penas en el alcohol o las drogas.

- El alcohol acaba por deprimir más, a pesar de que inicialmente y durante un breve período de tiempo pueda dar la sensación de un aparente alivio.

- Una persona deprimida que consume alcohol no buscará la ayuda adecuada para su trastorno y dejará de buscar alternativas a sus problemas, además de que será perjudicial para su salud física y mental.

– Ejercicios:

Planificación de actividades: Una parte muy importante del proceso de mejoría del estado de ánimo consiste en comenzar a realizar actividades que nos proporcionen un sentido de autosuficiencia y placer necesarios para continuar y ampliar el repertorio de conductas que conforman una vida sana.

– Tareas para casa:

1. Pensar en las actividades placenteras que realizaría cada uno de los miembros del grupo y configurar un horario de actividades a desarrollar.
2. Identificar algún problema urgente y buscar soluciones.

3.12. Sesión nº 12: reconocer y manejar la vergüenza y la culpa

Objetivos

- Reconocer la vergüenza y la culpa como una emoción negativa.
- Desdramatizar los sentimientos de vergüenza y culpa.
- Aprender a manejar la vergüenza y la culpa.

Contenidos

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos teóricos sobre la vergüenza-culpa:
 - ◇ La vergüenza es una emoción social y como tal se dispara automáticamente ante determinadas situaciones:
 - Sentirme juzgado por otra persona o grupo.
 - Sentir que no soy admitido a un grupo o aceptado por otra persona.
 - Sentir que no he estado a la altura de lo que se esperaba de mí.
 - Haber hecho algo que no ha gustado o agradado a otra persona o grupo porque se esperaba algo distinto de mí.
 - ◇ La culpa es otra emisión social muy ligada a la vergüenza que aparece en las siguientes situaciones:
 - He tenido un mal comportamiento con otra persona o grupo.
 - He roto o maltratado un objeto a propiedad de otra persona.
 - He avergonzado a otra persona con mi presencia.
 - ◇ Como toda emoción social la vergüenza tiene como función social la cohesión grupal y la integración en el grupo.
 - ◇ Como toda emoción social la culpa tiene la función del apaciguamiento y la cohesión social.
 - ◇ El problema con estas emociones es que pueden generar reacciones negativas o indeseadas: (la espiral de la vergüenza).
 - La vergüenza puede generar culpa y aislamiento, lo que a su vez puede aumentar la vergüenza por dicho aislamiento y así sucesivamente.

- La vergüenza moderada o extrema pueden provocar conductas impulsivas que a su vez pueden aumentar dicha emoción.
- La vergüenza y la culpa pueden provocar tristeza y depresión.
- ◊ Pensamientos y creencias irracionales que favorecen la vergüenza y/o la culpa:
 - Las exigencias y expectativas no realistas: Cuando mantenemos actitudes exigentes y no se cumple lo que demandamos, reaccionamos pensando y sintiendo que es terrible, que no podemos soportarlo, que el responsable debe ser castigado por ello y entonces pueden aparecer vergüenza y culpa.
 - No valgo para nada, no soy digno de estar con vosotros.
 - Debo estar a la altura de las circunstancias en esta reunión.
 - La reunión está siendo aburrida porque no hay alcohol en la mesa. La culpa es mía por ser alcohólico.
 - Entiendo que mis hijos no quieran hablarme después de lo que les he hecho.
 - Tener una madre alcohólica es algo horrible. No me extraña que mis hijos me odien.
 - Exagerar lo negativo, minimizando o negando los factores atenuantes.

- Técnicas para reconocer y manejar la vergüenza/culpa:

- Técnicas cognitivas:
 - ◊ Detectar y cambiar los pensamientos irracionales.
 - ◊ Reconocer las situaciones generadoras de vergüenza/culpa.
 - ◊ Considerar la vergüenza/culpa como señal de que existe un problema.
- Técnicas conductuales:
 - ◊ Tiempo fuera y distracción.
 - ◊ Sentido del humor.
 - ◊ Técnicas de control de la ansiedad como relajación y respiración diafragmática lenta.
 - ◊ Evitar sustancias, situaciones y actividades generadoras de vergüenza/culpa.

-Ejercicios:

Role playing: Cada miembro realiza un listado de situaciones en las que suele reaccionar con vergüenza y al lado de cada una anota la técnica que podría utilizar para afrontarla de forma asertiva.

Cada miembro revisa las propuestas realizadas en el ejercicio anterior y escoge una situación para realizar una escenificación de inversión de roles en pareja. Cada participante adopta el papel contrario, es decir, el de la persona con la que suele tener esos sentimientos.

-Tareas para casa:

Pedir a los miembros del grupo que intenten poner en práctica lo trabajado en la sesión en situaciones de la vida real en las que podrían reaccionar con vergüenza/culpa y realizar un autorregistro de las dificultades y resultados.

3.13. Sesión nº 13: reconocer y manejar el orgullo

Objetivos

- Reconocer un cierto tipo de orgullo (arrogancia) como una emoción que aunque nos produce cierta alegría o euforia, sin embargo genera problemas con los demás.
- Desdramatizar los sentimientos de orgullo maligno o arrogancia.
- Aprender a manejar el orgullo maligno o arrogancia.

Contenidos

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos teóricos sobre el orgullo maligno:
 - ◊ La arrogancia es una emoción y como tal se dispara automáticamente ante determinadas situaciones:
 - Haber conseguido un objetivo o meta importante y atribuirlo exclusivamente a nuestra valía personal.
 - Haber realizado una conducta por las que nos consideramos únicos y mejores que los demás.
 - Haber conseguido que los demás reconozcan mi éxito en algo que ellos no han podido.
 - ◊ Como toda emoción la arrogancia tiene una función que en este caso es que se reconozca que somos mejores, y en cierta medida que estamos por encima de ellos (jerárquicamente hablando).
 - ◊ El problema con esta emoción es que puede generar reacciones negativas o indeseadas:
 - Cuando reaccionamos de manera arrogante provocamos la crítica de los demás o el aislamiento (casi nadie quiere estar con una persona arrogante).
 - ◊ Pensamientos y creencias irracionales que favorecen la arrogancia:
 - Las exigencias y expectativas no realistas: "Tengo que ser mejor que las personas del grupo", "Soy mejor que ellos", "No soporto no estar por encima de ellos"
 - Pensar que podemos hacer poco o nada para controlar nuestra arrogancia. "Soy así. No lo puedo evitar".
 - Pensar que gracias a mi orgullo he conseguido estar abstinente.
 - Mi actitud puede servir a otros para conseguir la abstinencia: "Si yo lo he conseguido ellos pueden seguir mi ejemplo".

- Técnicas para reconocer y manejar la arrogancia:

- Técnicas cognitivas:
 - ◊ Detectar y cambiar los pensamientos irracionales.
 - ◊ Reconocer las situaciones generadoras de arrogancia/orgullo.
 - ◊ Considerar la ira como señal de que existe un problema.
- Técnicas conductuales:
 - ◊ Tiempo fuera y distracción.
 - ◊ Sentido del humor.
 - ◊ Técnicas de control de la ansiedad como relajación y respiración diafragmática lenta.
 - ◊ Evitar sustancias, situaciones y actividades generadoras de orgullo negativo.

-Ejercicios:

Role playing: Cada miembro realiza un listado de situaciones en las que suele reaccionar con arrogancia y al lado de cada una anota la técnica que podría utilizar para afrontarla de forma asertiva.

Cada miembro revisa las propuestas realizadas en el ejercicio anterior y escoge una situación para realizar una escenificación de inversión de roles en pareja. Cada participante adopta el papel contrario, es decir, el de la persona con la que suele mostrarse arrogante.

-Tareas para casa:

Pedir a los miembros del grupo que intenten poner en práctica lo trabajado en la sesión en situaciones de la vida real en las que podrían reaccionar con ira y realizar un autorregistro de las dificultades y resultados.

3.14. Sesión nº 14: cierre

Objetivos:

- Valoración del programa y despedida.

Contenidos:

- Repaso de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.
- Aspectos a tener en cuenta sobre las habilidades sociales en el día a día:
 - ◇ Solicitar feedback sobre la utilidad del programa.
 - ◇ Motivar la reflexión sobre los cambios percibidos en el ambiente natural, en la vida cotidiana de los miembros del grupo.
 - ◇ Reforzar el trabajo realizado a lo largo del programa.
 - ◇ Insistir en la importancia de la práctica/repeticón de estas habilidades.
 - ◇ Insistir en la utilización de las habilidades adquiridas, independientemente de los resultados obtenidos.

4. BIBLIOGRAFÍA

Libros y capítulos de libros:

- Elia Roca. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. 3ª edición revisada. Valencia: ACDE ediciones.
- Bellack A, Morrison R. (1982). Interpersonal dysfunction. En: Bellack A, Versen M, Kazdin (comps.). *Internacional Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum Press.
- Miller W R, Westerberg V S and Waldron H B. (1995). Evaluating alcohol problems. En: Hester R K, and Miller W R, eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2nd ed. Boston: Allyn & Bacon, pp. 61-88.
- Monti, P. M, Abra,s. D. B., Kadden, R. M., Cooney, N. L. (1989). *Treating Alcohol Dependence: A coping Skills Training Guide*. Guilford Press.

Vicente Caballo. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: SIGLO XXI.

Rubio G (Ed) (2021). *Alcohol, Alcoholismo y emociones sociales*. Delta Publicaciones Universitarias.

Artículos:

Martin L. (2002). Tratamientos psicológicos. *Adicciones*; 14, 409–420.

Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130–1145.

Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 58, 7–29.

Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300–1311.

Secades R, García O, Fernández J y Carballo J. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*; 28, 29–40.

ANEXO 1. SESIONES DE HABILIDADES SOCIALES

- SESIÓN nº 1: PRESENTACIÓN
- SESIÓN nº 2: COMUNICACIÓN NO VERBAL
- SESIÓN nº 3: INICIAR, MANTENER Y CERRAR CONVERSACIONES
- SESIÓN nº 4: INTRODUCCIÓN A LA ASERTIVIDAD
- SESIÓN nº 5: PEDIR AYUDA
- SESIÓN nº6: EXPRESAR Y DEFENDER OPINIONES
- SESIÓN nº7: EXPRESAR Y RECIBIR CRITICAS
- SESIÓN nº 8: EXPRESAR EMOCIONES NEGATIVAS
- SESIÓN nº 9: RECONOCER Y MANEJAR LA IRA
- SESIÓN nº 10: RECONOCER Y MANEJAR LA ANSIEDAD
- SESIÓN nº 11: RECONOCER Y MANEJAR LA DEPRESIÓN
- SESIÓN nº 12: RECONOCER Y MANEJAR LA VERGÜENZA/CULPA
- SESIÓN nº 13: RECONOCER Y MANEJAR EL ORGULLO MALIGNO O ARROGANCIA
- SESIÓN nº 14: CIERRE

13

PROGRAMA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

José Ramón López-Trabada, Nazaret Saiz

1. INTRODUCCION

Dentro de las múltiples consecuencias que tiene el consumo de drogas en diversos aspectos (económico, social, laboral, salud física, salud psicológica...), también se ve afectado el ámbito intrafamiliar.

Cuando una adicción está presente en la familia, esta tiende a convertirse en disfuncional:

- Son familias inflexibles (las reglas, las jerarquías y los límites son rígidos y difusos).
- La comunicación está alterada (es indirecta, agresiva y enmascarada).
- Hay incremento en las tensiones familiares (existe dificultad para resolver conflictos y buscar soluciones efectivas para resolverlos).
- Ocurre una reorganización de roles.
- Existe pérdida de cohesión y ruptura del núcleo familiar.

Por otro lado, del mismo modo que la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en éste; por lo que puede convertirse en una fuente importante de apoyo para la rehabilitación e integración o, por el contrario, obstaculizar el proceso terapéutico.

Así, podría decirse que la intervención con la familia de la persona adicta responde a una doble necesidad:

- Minimizar el impacto que la conducta problema tiene en la familia.
- Valorar y reconducir la influencia que el funcionamiento familiar tiene en el mantenimiento de la conducta problema.

2. GRUPO PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIAS DE PACIENTES CON ADICCION AL ALCOHOL O AL JUEGO

En este contexto, el término “familia” correspondería a un conjunto de personas vinculadas de manera significativa con el consumidor, paciente... que son susceptibles de algún tipo de intervención”. Más que referirse a personas unidas al paciente por lazos de consanguinidad, alianza o filiación, lo que se tiene en cuenta es que la unión sea en base a lazos afectivos.

La intervención con las familias por parte de los profesionales sanitarios puede darse tanto a nivel individual (en consulta de psiquiatría y/o en consulta de enfermería, anexo 1), como grupal.

El grupo terapéutico para familiares se lleva a cabo en la Unidad de Transición Hospitalaria del H. U. 12 de Octubre.

2.1. Encuadre y características del grupo terapéutico

- *Integrantes:* familiares de pacientes atendidos en el grupo de ludopatía y en el programa de alcohol del Hospital 12 de Octubre.
- Es abierto.
- Tiene una duración de 90 minutos aproximadamente.
- Es moderado por Enfermera Especialista en Salud Mental y Psiquiatra. Suelen estar presentes otros sanitarios como observadores (alumnos de Máster, de Grado de Psicología / Medicina, EIR, MIR)
- Puede participar cualquiera que esté auténticamente preocupado por el adicto y que quiera ayudarlo (familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc).
- Pueden acudir el número de familiares que deseen por paciente (siempre y cuando el paciente esté informado). También pueden asistir aunque el paciente ya no esté en el programa.
- Aclaremos desde el principio que es un espacio para los propios familiares y que no daremos información sobre la evolución de cada paciente para evitar la asistencia como medio de controlar el seguimiento de su familiar.
- En nuestra experiencia, las asistentes habitualmente son madres, esposas e hijas, siendo los familiares varones escasos, por no decir nulos.

Objetivo General: Interactuar con las familias de los pacientes estableciendo un marco terapéutico de diálogo que favorezca la expresión racional y emocional de los distintos problemas de los participantes, brindar información cognitiva sobre la enfermedad y modificar las interacciones entre los miembros, lo cual disminuye el estrés de la familia en crisis y facilita la recuperación del adicto.

Los participantes no siempre mantienen una regularidad en la asistencia (tampoco es requisito que solamos pedir), por lo que en las sesiones no es habitual exponer contenidos de manera correlativa/secuencial.

En primer lugar, el grupo atiende mediante escucha activa las demandas de expresión emocional de los familiares relacionada con la situación personal. Dependiendo del contenido de estos testimonios y las dudas que se generen, se adapta la información psicoeducativa que transmitimos a los asistentes.

Diversas cuestiones suelen plantearse durante las sesiones grupales:

- ¿Qué tipo de enfermedad es la adicción?
- Consecuencias familiares de la dependencia al alcohol / juego patológico.
- ¿Cómo se ve afectada la relación familiar durante el tratamiento de uno de sus miembros?
- ¿Cómo ser útiles y eficaces durante el tratamiento de uno de nuestros familiares?
- ¿Qué hacer ante una posible recaída?
- ¿Cuándo podemos decir que nuestro familiar está curado?
- ¿Qué es eso de la codependencia?
- ¿Qué podemos decirles a nuestros hijos sobre la enfermedad de uno de sus padres?
- ¿Qué papel desempeña FACOMA y otras asociaciones de ayuda mutua en el apoyo a pacientes y familiares en la ayuda a pacientes y familiares?

Para dar respuesta a estas preguntas, nos marcamos objetivos más específicos para ser resueltos en las sesiones. A continuación se exponen algunos, así como la metodología utilizada para su consecución:

Abordar el problema de si la dependencia por alcohol es o no una enfermedad.

Metodología:

- Cada uno de los asistentes va dando su opinión de lo que cree sobre si la dependencia es o no una enfermedad.
- Preguntar si consideran que se trata de un vicio.
- Explicar:
 - ◊ qué es la enfermedad adictiva (dicotomía vicio / enfermedad),
 - ◊ qué síntomas presenta,
 - ◊ cómo se manifiesta,
 - ◊ los cambios conductuales que genera en el enfermo,
 - ◊ cómo muchas de las conductas del enfermo, mentir, manipular, etc. son en realidad parte del trastorno pero que no obligatoriamente tienen que formar parte de la personalidad del paciente.
- Espacio de descarga emocional del familiar, ya que debido al estigma que conlleva esta patología, los familiares sufren en soledad la enfermedad de su allegado, no siendo frecuente que cuenten con el apoyo de otras figuras de su entorno.
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Responder a las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
- Cómo apoyar el tratamiento del familiar, dejando claro que el protagonista del mismo es el enfermo y evitando las actitudes “salvadoras” de los familiares.

Tomar conciencia de las disfunciones de pareja y de familia que existen cuando un integrante del núcleo familiar está bebiendo.

Reconocer las consecuencias familiares derivadas de la dependencia alcohólica.

Metodología:

Cada integrante expresa las dificultades de pareja surgidas durante la dependencia:

- Abandono de las responsabilidades de padre / madre, (la otra persona empieza a asumirlas).
- La ansiedad de la pareja, el deseo de ayudar y no saber cómo, (esto provoca riñas, discusiones).
- Las negativas del otro a aceptar que tiene que ir al médico / pedir ayuda, (más discusiones, más conflictos).
- El tirar la toalla por no saber qué hacer (aislamiento, silencios).
- En algunos casos abusos o malos tratos.
 - ◊ ¿Dónde ponemos los “límites de aguante personal” para tomar decisiones respecto a hasta dónde soportar la situación familiar?
 - ◊ ¿Los límites los ponemos en función de las repercusiones que tiene esta situación sobre los hijos? ¿Los ponemos en función de lo que está suponiendo para nosotros?
 - ◊ ¿Qué tiene que pasar para que les digamos a la pareja que ya no podemos más, que si esto sigue igual nos vamos?

Conocer cómo se puede ver afectada la relación familiar durante el tratamiento de uno de sus miembros.

Metodología:

Cada integrante expresará su experiencia sobre lo ocurrido durante estas semanas/meses que su pareja está en tratamiento:

- Intento de asumir las funciones de marido / padre por el mero hecho de haber dejado de beber (intento de retomar las relaciones sexuales, de dar órdenes a los hijos, etc).
- No querer hablar de su problema con la familia porque, a pesar de estar en tratamiento, siente vergüenza.
- Resistencia a hacer cambios en el estilo de vida porque “no bebe”.
- Intentos de hablar con la pareja para solucionar los problemas de comunicación que ha habido.

Explicar estrategias para poder ser útiles y eficaces durante el tratamiento de uno de nuestros familiares.

Metodología:

Cada integrante expresara su experiencia sobre lo ocurrido durante estas semanas / meses que su pareja está en tratamiento con relación a:

- Mejorar la comunicación de la pareja.
- Pensar en la mejoría individual de la pareja y no tanto en que el otro siga abstinente.
- Mantener un nivel de alerta para evitar posible recaídas.
- Retomar nuevos hábitos de vida en pareja donde el alcohol no tenga lugar.
- Retomar el ocio donde el alcohol no esté presente.
- Servir de modelo para la vida en abstinencia.
- Ayudarle a que sea autónomo respecto a la toma de decisiones (ir a las terapias, tomarse el tratamiento, etc.).

Analizar las posibles conductas de la pareja / familia ante la aparición de una recaída.

Metodología:

Explicar las diferentes conductas ante una posible recaída:

- Refuerzo de las estrategias de enfrentamiento adecuadas desarrolladas por la familia e implementación de otras no puestas en marcha todavía.
- Hacerle saber al adicto que el resto de familiares deben conocer que hay recaída.
- Insistírle en que pida ayuda sanitaria.
- No reforzar la conducta de recaída.
- Atención a la “toma de decisiones aparentemente irrelevantes” que lleva a cabo nuestra pareja (“hacerse la cama”).
- Manejo de la codependencia que con frecuencia desarrollan muchos de los familiares y que les hacen ineficaces en el soporte necesitado por su familiar y muchas veces se constituyen como parte del problema en el manejo del mismo.

Explicar que es la codependencia.

Metodología:

- Explicar que la codependencia (la cual la sufren generalmente mujeres) está presente en aquellos casos en los que la pareja tiene como objetivo en la vida el de “ser útil, de ayudar, de ser la cuidadora de...”. De esta forma cuando el paciente se encuentra bebiendo lo lleva al médico y colabora durante las primeras fases; pero cuando el paciente está empezando a ser autónomo, ella nota que está perdiendo su papel de “ayudar-colaborar-enfermera” y de alguna manera puede llegar a boicotear el tratamiento para que recaiga y ella pueda volver a ser útil.
- Esta conducta hay que distinguirla de la surgida durante el tratamiento y que sería propia de la adaptación a la nueva situación (él está haciendo cambios, plantea exigencias, quiere volver a “su normalidad” y yo tengo también mis necesidades, mis problemas y surgen roces de esa relación. Estos roces no deben interpretarse como conductas del codependiente).

Analizar las posibles explicaciones que se le pueden / deben dar a los hijos sobre la enfermedad.

Explicaciones:

- No es aconsejable hacer como que no pasa nada.
- El silencio puede provocar más ansiedad en los hijos.
- Se les puede dar una explicación a todos los hijos, o en función de las edades, a cada uno una explicación que puedan entenderla.
- Saber que se trata de una enfermedad alivia tanto al paciente como a sus hijos (algunos lo consideran un vicio y habría que intentar explicarles que se trata de una enfermedad).
- Conductas de los hijos ante la dependencia del padre:
 - ◊ Es frecuente que algunos se desestabilicen y que esto se traduzca en un bajo rendimiento escolar, en alteraciones de conductas (se vuelven agresivos y contestones).
 - ◊ Los mayores suelen adoptar el rol de padre y se ponen de parte de la madre.

- ◊ Otros adoptaran una conducta como de no quererse enterar de lo que ocurre. Puede que se aíslen y hasta mejoren el rendimiento escolar (se centran en los estudios como mecanismo de afrontamiento).
- Conductas de los hijos ante la dependencia de la madre:
 - ◊ El alcoholismo materno suele despertar mucha agresividad entre los hijos, tanto varones como mujeres.
 - ◊ Pueden llegar a encerrar a la madre para que no salga a beber o incluso agredirla.
 - ◊ Son frecuentes las malas respuestas / contestaciones cuando la ven bebida.

Explicar qué se entiende por curación.

- Curación en términos de enfermedad infecciosa: supone volver a recuperar el estado previo a la infección.
- Curación en términos de una enfermedad alérgica: se ha pasado la reacción pero el sujeto siempre tiene el riesgo de volver a padecer dicha reacción cada vez que se exponga al agente inductor de la reacción. Para evitar las reacciones el individuo ha de eliminar las situaciones en las que se encuentre el agente provocador de la reacción (han de hacer cambios en sus hábitos de vida).
- Curación en términos de una enfermedad crónica como la diabetes: supone que siempre va a tender a tener altos los niveles de glucosa en sangre, pero que el sujeto puede controlarlos haciendo cambios en su estilo de vida (ejercicio, dieta, medicación o insulina).

Explicar el papel de las asociaciones en la recuperación de la dependencia alcoholica.

Metodología:

- Suponen un punto de información sobre la enfermedad alcoholica para pacientes y familiares.
- Se llevan a cabo intervenciones terapéuticas del tipo autoayuda para pacientes y familiares.
- Se coordinan con agentes sanitarios para mejorar la atención a los pacientes y familiares.
- Llevan a cabo acciones orientadas a darse a conocer a la sociedad con la finalidad de prevenir el alcoholismo y sus consecuencias.

En nuestra experiencia, la proporción de familias que acuden al grupo, en comparación con el número de pacientes asistidos es muy reducida.

Nosotros suponemos que puede deberse a distintas explicaciones:

- Dificultad para asistir por el horario en turno de mañana (normalmente por tema laboral).
- Creencia de que el problema es del paciente y el familiar no tiene que ir a ningún sitio "a él no le pasa nada".
- No satisfacer expectativas iniciales. Hay familias que acuden con esperanzas de que se les pueda facilitar "la solución" al problema. Tras describir la evolución de la enfermedad, las opciones, procesos terapéuticos y los cambios generales necesarios que deben llevar a cabo las personas del entorno, el familiar puede verse demasiado involucrado en esos cambios, y no vuelve a solicitar ayuda.
- Abstinencia del paciente. El familiar acude al inicio del tratamiento con gran angustia por la situación crítica a la que ha llegado el paciente con la adicción y el efecto que está generando en el entorno. El familiar acude hasta que el paciente afianza algo más su abstinencia,

sin realizar cambios a nivel de dinámica familiar ni de autocuidado de uno mismo; después abandona.

- Familias que abandonan, porque no consiguen hacer cambios y continúan perpetuando la conducta problema. Pueden no tolerar bien los señalamientos que le hace el grupo sobre su falta de progreso.

Para las familias adheridas, el grupo terapéutico resulta un lugar seguro de expresión, escucha, confianza, disminución de angustia emocional y motivación al cambio y autocuidado personal.

3. BIBLIOGRAFÍA

- Calvo Botella, H., De Lucas Avilés, A. (2007) Intervenir con familias desde los centros de día. ASE-CEDI. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/IntervencionFamilias.pdf>
- Fundación Instituto Spiral. Programa de intervención familiar. Recuperado de: <https://fispiral.com.es/wp-content/uploads/pdf/10.3-Programa-de-Intervencion-Familiar.pdf>
- NNNConsult. (2015). Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. Elsevier. Recuperado de: <http://www.nnnconsult.com/>

ANEXO I

La atención enfermera dirigida a las familias debe orientar los cuidados al mantenimiento y la mejora de la dinámica familiar, facilitando su adaptación a situaciones de crisis.

En este contexto, la enfermera interviene con la familia a nivel individual y grupal.

Las principales intervenciones NIC que se llevan a cabo se muestran en la siguiente tabla:

INTERVENCIONES NIC DE ENFERMERIA	
[7150] Terapia familiar Ayuda a los miembros de la familia a vivir de un modo más productivo	[7140] Apoyo a la familia Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares
Actividades	
• Determinar los patrones de comunicación de la familia. • Identificar el modo de resolución de problemas de la familia. • Identificar los puntos fuertes/recursos de la familia. • Identificar las áreas de insatisfacción y/o conflicto. • Ayudar a los familiares a comunicarse con más eficacia. • Proporcionar educación e información.	• Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. • Presentar la familia a otras familias que estén pasando por experiencias similares. • Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia. • Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas. • Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia. • Ayudar a la familia a priorizar las necesidades de salud dentro de la misma. • Proporcionar retroalimentación a la familia respecto a sus estrategias de afrontamiento

14

ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN MUJERES

Raquel Prieto

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol en mujeres ha sido objeto de estudio e investigación reciente. Durante muchos años el consumo de bebidas alcohólicas ha sido atribuido casi en exclusividad a los hombres y cuando se consideraba el consumo en mujeres, era atribuido a las de niveles socioeconómicos bajos o en contextos de marginalidad.

Esta circunstancia motivó durante mucho tiempo que los resultados de los estudios realizados con hombres dependientes de alcohol fueran extrapolados a las mujeres, sin tener en cuenta las características clínicas y socioculturales diferenciales.

La escasa atención que ha recibido en el pasado la dependencia alcohol en mujeres ha estado circunscrita a la salud reproductiva de las mujeres y más en concreto al síndrome alcohólico fetal.

Ha sido recientemente cuando se ha empezado a incluir la perspectiva de género en los programas asistenciales y de prevención. El poder cuestionarse cuales son las principales diferencias entre el consumo de los hombres y mujeres, cuales son las especificidades en relación al abuso de alcohol y cuales son los condicionantes de género que explican esas diferencias y desigualdades ha facilitado una mejora en la planificación y ejecución de los planes de tratamiento.

2. EPIDEMIOLOGÍA

Aunque los porcentajes de consumo de todas las drogas siguen siendo más altos en población masculina, se ha ido acortando la diferencia en los últimos años, llegando incluso a igualarse en población adolescente respecto al consumo de alcohol.

En las encuestas ESTUDES del Plan Nacional de Drogas se evidencia un mayor consumo por parte de los hombres de todas las drogas ilegales, superando las mujeres en el consumo de hip-

nosedantes y tabaco. De todas las sustancias psicoactivas evaluadas en la encuesta ESTUDES, el alcohol es con amplia diferencia, la droga con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes en España de 14 a 18 años. En este sentido, el 73,9% menciona haber ingerido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en su vida, resultando que la gran mayoría de estos casos ha tomado alcohol en el último año.

Detallando los niveles de consumo de alcohol según sexo de los estudiantes, se concluye que la prevalencia de consumo de esta sustancia es más alta en las chicas que en los chicos. Se aprecia que para el tramo del consumo en el último año, las mujeres llevan registrando porcentajes más altos que los hombres desde 1996, alcanzando la mayor diferencia en 2021.

Así mismo, si atendemos al consumo en los últimos 30 días, las estudiantes llevan consumiendo bebidas alcohólicas en mayor medida que los chicos desde 2008, alcanzando en 2021 la mayor variación en ambas proporciones. La edad de inicio de consumo de alcohol es la misma en chicas que en chicos, sobre 14 años. Además, las chicas presentarían mayores porcentajes en patrón de consumo tipo atracón.

3. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL

El género es el sistema simbólico que construye las categorías masculino y femenino. Las representaciones sobre la masculinidad y feminidad son creaciones culturales que se ofrecen como modelos ideales. Estos últimos orientan el comportamiento, la imagen de sí mismos y la autoestima. La percepción de sí mismos, las metas y aspiraciones están regulados por estos ideales.

Si eres mujer se te presupone cuidadora de los demás por encima de ti, en una búsqueda de agradar y gustar a través de tu cuerpo, necesitada de conexión y permanencia, principalmente emocional. Por el contrario, si eres hombre se asume que tienes poder y ejerces control, utilizas la violencia y agresividad para regular y resolver conflictos, asumes riesgos y eres principalmente racional.

Incorporar la perspectiva de género en la intervención con mujeres dependientes supone tener en cuenta a lo largo del proceso y en las distintas etapas de tratamiento el hecho diferencial de ser mujeres en esta cultura y en este momento histórico, así como la asimetría que existe en las relaciones entre hombres y mujeres, y en la diferente valoración social de ambos.

3.1. Aspectos diferenciales

Las diferencias entre los hombres y mujeres en la sociedad también se reflejan en los consumos de sustancias. Los roles de género asignados se manifiestan en los contextos y usos de las drogas.

La valoración social de las mujeres dependientes de alcohol es más negativa, recayendo mayor estigma social hacia ellas. Esto redundaría en un mayor sentimiento de culpa, vergüenza y baja autoestima en estas mujeres.

En relación al inicio de consumo de alcohol, las mujeres se suelen iniciar en compañía de parejas y/o amistades, ocupando la pareja un lugar protagonista. Los hombres suelen iniciarse más en compañía de iguales, no influyendo tanto la pareja. En las mujeres, el inicio del consumo iría más

relacionado con el mundo emocional privado, con la aprobación de los demás. En los hombres iría más con relaciones de poder, búsqueda de riesgo o el ámbito público.

Si atendemos a los efectos del consumo, las mujeres serían biológicamente más vulnerables a los efectos físicos. Se constata por las diferencias biológicas, menor distribución grasa/agua corporal y menor actividad de la enzima aldehidodeshidrogenasa, un deterioro físico con un menor consumo de alcohol en comparación con los hombres. De la misma manera, la progresión es más rápida para el desarrollo de la dependencia.

El consumo se consideraría algo propio de la masculinidad, siendo algo desviado de la feminidad. Una mujer consumiendo alcohol podría asociarse a promiscuidad, vulnerabilidad al acoso y agresión sexual, peor aún si la mujer tiene hijos. Por el contrario, un hombre consumiendo podría considerarse divertido, gracioso, atrevido. Incluso si el consumo del varón llega a convertirse en problemático, y se asociara a peligrosidad y marginalidad, despertaría cierta solidaridad y comprensión.

En las mujeres existe mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos: ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria y tentativas suicidas.

Los significados y motivaciones en las mujeres son distintos, habitualmente se describe un uso del consumo para paliar síntomas de trastornos psiquiátricos o condiciones sociales adversas. No cabe olvidar que, en la mayoría de las ocasiones, las circunstancias sociales son más precarias y desiguales en las mujeres.

3.2. Dificultad de acceso al tratamiento

La mayoría de estudios coinciden en señalar el menor número de mujeres que acceden a los programas de tratamiento y que se mantienen en los mismos. Las mujeres, aún con un mayor nivel de motivación inicial para el tratamiento, presentan índices de retención más bajos.

Los programas históricamente fueron diseñados para los hombres, usuarios mayoritarios tanto en los programas asistenciales como en los ensayos clínicos. El consumo de sustancias en mujeres, en general, ha generado menor alarma social. Por una parte, por no considerarlas objeto de problema y, por otra, por no vincularlas a las conductas violentas consecuentes del consumo (criminalidad, delincuencia, violencia género...). En las mujeres se ha subestimado la gravedad del problema al ser el consumo mayoritario en el contexto privado (bebedoras en casa, en soledad...).

Las mujeres presentan mayores dificultades y obstáculos para acceder a la red asistencial que los hombres. Algunos factores que nos ayudan a explicar este hecho serían:

- ➔ La detección tardía de los problemas debido a la ocultación o una vida social "normalizada".
- ➔ Protocolos de recogida de datos y diagnóstico que no contemplen diferencias entre hombres y mujeres.
- ➔ Influencia de estereotipos que los profesionales pudiéramos tener a la hora de tratar a las mujeres.
- ➔ El escaso número de mujeres atendidas en los programas de atención podrían generar estereotipos que se generalizaran a todas las mujeres.
- ➔ Los problemas de salud físicos y mentales podrían enmascarar el uso de alcohol.

- El escaso número de grupos específicos para mujeres podría contribuir a la escasa vinculación de las mujeres a los dispositivos.
- El hecho de que tengan hijos puede ser una fuente de motivación para dejar de beber pero al mismo tiempo, puede suponer una dificultad para continuar el seguimiento, sobre todo, si son menores.
- Que las mujeres tengan parejas dependientes de alcohol, podría interferir, al no apoyar o boicotear la vinculación a los tratamientos, si ellos no están contemplando dejar de consumir. Esto supondría una gran ambivalencia en las mujeres, temerosas, en algunas ocasiones, de perder la relación de pareja si inician un tratamiento.
- El aislamiento familiar y la ausencia de red social dificulta la vinculación a los recursos.
- Considerar que el consumo, si bien problemático, no es prioritario respecto a otras circunstancias (falta de recursos económicos, crianza de menores, situaciones de violencia...).
- El temor al juicio moral, la transgresión de los comportamientos asignados a las mujeres, con la consecuente vergüenza y culpa, puede mantener alejadas a las mujeres de la demanda de ayuda y atención profesional.

4. RELACIÓN TERAPÉUTICA

Algo a tener muy presente es que la dimensión relacional es un elemento clave en la vida de las mujeres y, por tanto, en su recuperación. La relación terapéutica es uno de los elementos que sostendrá el tratamiento y el éxito del mismo. Es muy importante mantener una relación empática, aceptante, cuidadosa y sensible para detectar y cuestionar prejuicios que pudieran interferir en ella, evitar la confrontación. Colocar a la mujer en una posición subordinada y revictimizada podría llevar a un probable abandono prematuro del tratamiento.

Debemos garantizar una calidad en la relación terapéutica, una asiduidad y constancia de la atención tanto individual como grupal.

A veces, las mujeres dependientes de alcohol se colocan en un rol maternal, negando sus propias dificultades y necesidades, preocupadas por sobrecargar al profesional, cuidadoras de éstos últimos y con pobre conciencia de la necesidad de ayuda. Otras, se colocan en un rol de víctima, delegando en los profesionales sin hacerse cargo de los pasos para el cambio. En algunas otras, pudieran colocarse en un rol seductor, lo que exigiría a los terapeutas no responder desde una apreciación superficial, defensiva o enjuiciadora. Es importante que como profesionales seamos conscientes de esto para poder avanzar e intervenir de forma adecuada.

En la fase de evaluación es importante:

- Mantener una cierta flexibilidad en el encuadre y garantizar la confidencialidad.
- La creación de un entorno seguro, acogedor y confiable.
- Abordar contenidos que habitualmente pudieran no estar incluidos en los protocolos de evaluación e intervención: modelos de feminidad o masculinidad con que se identifican, situaciones de violencia presentes o pasadas, aspectos relacionados con su sexualidad, autoestima, apoyos o ausencia de los mismos...

En la fase de deshabituación es clave motivar para el tratamiento a largo plazo:

- Identificar medidas de control externo de la abstinencia y recursos propios de las mujeres, tanto personales como apoyos externos.
- Resignificar habilidades personales.
- Abordar estrategias inadecuadas en el logro de objetivos.
- Reconocer y validar sus necesidades.
- La coordinación con servicios sociales y atención específica a violencia puede ser de gran ayuda.
- La ampliación de red de apoyo de la mujer.

Es muy importante dedicar todo un espacio al desarrollo de habilidades sociales:

- Favorecer la expresión de necesidades y deseos.
- El establecimiento de límites.
- La toma de decisiones.
- La expresión de opiniones y desacuerdos.
- La expresión de emociones negadas a las mujeres (enfado, placer...).
- Desarrollo de habilidades de negociación.

5. TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

El tratamiento psicoterapéutico favorece el que las mujeres puedan pensar sobre si mismas, reconocer cualidades y recursos propios. Identificar y aceptar los sentimientos, reconocer necesidades y deseos.

Las mujeres se recuperan en relación, no en aislamiento. Por ello, es fundamental promover un espacio grupal que permita la motivación al cambio, ofrecer apoyo y facilitar la identificación con otras personas. Al inicio es habitual que muchas mujeres acudan solas a los dispositivos, la terapia grupal puede convertirse en una referencia significativa para ellas. El grupo es una herramienta importante en ese acompañamiento, en la tolerancia a la soledad, en la búsqueda de estrategias de afrontamiento del vacío y frustración.

Ante la cuestión de si es preferible llevar a cabo grupos mixtos o grupos exclusivos de mujeres no existe consenso. Los grupos de mujeres pueden facilitar el abordaje de temas específicos que no se abordarían con la misma facilidad en presencia de pacientes hombres (sexualidad, vivencias traumáticas...). Estos grupos favorecen la legitimación emocional y un soporte emocional mejor y más seguro. Los grupos de mujeres recogerían y cuidarían mejor las experiencias y emociones compartidas, facilitando que se desarrollen relaciones de apoyo no competitivas. En los grupos mixtos, a menudo, los hombres acaparan más espacio. Las mujeres se muestran más reservadas en su presencia y, en algunos casos, compiten por su atención.

Si las mujeres son minoritarias en los grupos, como es habitual que suceda, tienden a identificarse con la experiencia masculina, desconectándose de otras vivencias íntimas.

Todos estos aspectos pueden empezar a abordarse una vez las mujeres llevan un tiempo en abstinencia. Solo de esta manera, las mujeres pueden ir fomentando su autonomía en la toma de decisiones, gestionando sus necesidades e identificando sus miedos y deseos. Como profesionales debemos analizar los estereotipos de género y su influencia en el establecimiento y mante-

nimiento de relaciones dependientes. Los mandatos de género se han ido transformando en los últimos años con la incorporación de las mujeres al mundo laboral y los espacios públicos. Esto ha generado un aumento en las expectativas hacia las mujeres y, por ello, en una mayor exigencia atrapando en muchas ocasiones a las mujeres en unos modelos idealizados imposibles de alcanzar (buena profesional, buena madre, buena esposa, estar delgada, ser atractiva...)

En numerosas ocasiones nos encontramos con mujeres con baja autoestima. Esto puede ser caldo de cultivo para el consumo. Al mismo tiempo la adicción representa una lesión en la autoestima.

6. DEPENDENCIA DE ALCOHOL A NIVEL RELACIONAL

A nivel familiar, la transgresión de la norma no es neutral, tiene distinto peso en las mujeres y en los hombres. La afectación negativa del rol femenino que incide en el ámbito social, familiar y personal dificulta la identificación del problema, la búsqueda de apoyos y la solicitud de tratamiento. A nivel familiar es posible que se oculte el problema para evitar ser desprestigiada, ahondando el sufrimiento y la falta de apoyos. Por el contrario, si se identifica y esclarece el problema, se soportaría el peso de la reprobación social, familiar y propia. Tener una madre o hija dependiente a alcohol genera mayor culpa o vergüenza.

Es frecuente que de inicio las mujeres acudan solas a los recursos de tratamiento y en muchos casos, el apoyo familiar, está condicionado a la permanencia en los mismos.

También presenciamos de manera habitual que es más fácil que las mujeres acaben excluidas del medio familiar que los hombres.

Algunas mujeres se inician en el consumo a través de sus parejas dependientes, en un sentimiento de mayor unidad o compartiendo la experiencia, adaptándose progresivamente al consumo de su compañero.

Otras mujeres perciben en el consumo de alcohol un facilitador social. Especialmente en mujeres con dificultades de integración desde la infancia, pudiendo actuar el consumo en un proceso de identificación con los pares.

En algunos casos tiene que ver con un intento de manejar situaciones de dolor por la pérdida de un ser querido, duelos, separaciones....Otros con respuestas a situaciones traumáticas o de violencia física o psicológica.

En todos ellos habría un uso como forma de mejorar o intentar adaptarse al tipo de relación que la mujer necesita.

La dependencia de alcohol y la dependencia de la relación de pareja colocaría a las mujeres en un no afrontamiento de aspectos de insatisfacción personal, depresión, baja autoestima, traumas pasados...

La motivación para buscar tratamiento a menudo no es coincidente en mujeres y hombres. Lo relacional suele cobrar mayor relevancia en las mujeres, la búsqueda de mejorar sus vínculos (ser mejor madre, mejor pareja, mejor hija...), de poder cuidar mejor de los otros.

En los hombres la motivación relacional suele estar centrada en el deseo de no perder un apoyo, una relación. A menudo, presionados por la pareja o la familia para buscar ayuda.

En las mujeres la dificultad para poder atender bien a sus hijos o el riesgo de poder perder la custodia de los mismos es habitual que actué como catalizador en la búsqueda de ayuda.

Una aspecto muy importante en el tratamiento con mujeres tiene que ver con abordar la dependencia relacional. Poder tratar el miedo a la separación, al abandono, las carencias afectivas y el vacío emocional. Apuntalar la maltrecha autoestima en la gran mayoría de mujeres dependientes, alimentada en exclusiva de fuentes externas y de la necesidad de agradar y satisfacer a los otros. La tendencia a idealizar a las parejas, la pérdida de proyectos personales y la desconexión de sentimientos y necesidades propias. Sumisas y sometidas a las parejas en muchas ocasiones.

7. SALUD REPRODUCTIVA Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

Se establece una relación compleja entre sexualidad y dependencia. Los estados de intoxicación, disminuyen la percepción del riesgo y posibilitan la elección poco exigente de parejas sexuales. También puede sostener creencias erróneas sobre etapa fértil en períodos de consumo generando embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y trastornos menstruales.

Algunos trabajos indican cifras de historia de abuso sexual en la infancia entre el 32 y el 66% de las mujeres dependientes de alcohol. En estos casos, el alcohol podría usarse como anestésico para evitar el recuerdo doloroso del abuso sexual.

En el caso de producirse embarazos, el consumo abusivo de alcohol podría conducir a la detección tardía de los mismos con el consecuente riesgo.

El consumo durante la gestación ocasiona partos prematuros, crecimientos intrauterinos retardados, nacimiento de bebés con síndrome de abstinencia o bebés con síndrome alcohólico fetal (2 de cada 1000 en España).

En algunas ocasiones las mujeres dependientes de alcohol idealizan la maternidad y sostienen la fantasía de ésta como una solución a sus problemas de dependencia.

8. VIOLENCIA DE GÉNERO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

La macroencuesta del Instituto de la Mujer (2019), estimó que el 57,3% de las mujeres habían sufrido algún tipo de violencia machista (más de 4 millones de violencia física, 2,8 de violencia sexual y más de 8 millones de mujeres de acoso sexual). El alcohol sería la droga más prevalente en situaciones de violencia.

Habitualmente la literatura se ha centrado en los hombres como agresores y, en menor medida, en las mujeres agredidas, como víctimas.

La incidencia de conductas violentas en los hombres es mayor en los dependientes de alcohol. El estudio de Kilpatrick y Best (1990) puntúa la dependencia de alcohol como el mejor predictor

de violencia y abuso sexual. En muchas ocasiones el abuso de alcohol es una estrategia, desadaptativa, de afrontamiento de maltrato.

Puede ocurrir que los profesionales consideremos que estas cuestiones queden fuera de nuestro margen de acción. En otros casos, pueden existir carencias en la formación especializada que dificulten el abordaje y tratamiento. No debemos obviar que esto tendrá una clara influencia en la evolución del tratamiento.

Es importante que como profesionales facilitemos y legitimemos la expresión de emociones, explicitando apoyo y contención. Que las mujeres puedan contar lo que está sucediendo. Que comprendamos y validemos su experiencia y favorezcamos la identificación de expectativas y necesidades.

Ofrecer un acompañamiento emocional constante, independiente del momento en que se encuentren y las decisiones que adopten. Desvelar la funcionalidad del consumo de alcohol e identificar y desarrollar objetivos propios y reflexionar acerca de la compatibilidad entre consumo y relación de pareja.

Como profesionales estamos obligados a reflexionar sobre el significado de ser hombre o mujer en nuestra sociedad. Revisar nuestros propios prejuicios, diferencias, desigualdades. Reflexionar sobre la violencia y tener presente la dificultad y la ambivalencia de las mujeres en los procesos de separación y recuperación de la dependencia. Cuidadosos de no juzgar, no patologizar, no dar consejos ni buscar soluciones rápidas que en muchos casos acabarían con el abandono de los tratamientos.

Debemos tener presente que el tratamiento de la dependencia no implica exclusivamente el cese del consumo de alcohol. Tenemos que tener en cuenta los cambios identitarios que implica, el establecimiento de nuevas relaciones sociales y de pareja así como la necesidad de incorporar recursos educativos, profesionales y económicos.

El éxito del tratamiento vendrá condicionado por el tratamiento profesional, pero también por los recursos sociales de apoyo, las oportunidades de inserción sociolaboral y la valoración social.

9. EXPERIENCIA EN TERAPIA GRUPAL CON MUJERES DEPENDIENTES DE ALCOHOL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Con la puesta en marcha del programa para atención a problemas relacionados con alcohol del Hospital 12 de Octubre se gestionó la apertura de una consulta de tratamiento específico en cada uno de los centros ambulatorios del área asistencial. La actividad asistencial engloba tanto atención individual como grupal. Una apuesta del programa fue la incorporación de un espacio grupal para mujeres y reflejo de esa actividad asistencial son los datos que se detallan a continuación.

Se recopilaron datos de una muestra de 172 pacientes atendidos desde 2018 a 2020. 75 de ellos, fueron mujeres. El porcentaje mayor por franja de edad se encontró entre los 46-60 años, siendo el 59% del total. También en los hombres fue así. El porcentaje por debajo de 30 años se redujo al 4% en el caso de las mujeres.

Si atendemos a las características sociodemográficas en función del sexo, casi el 50% de las mujeres atendidas estaban separadas, mientras que en los hombres predominaban los solteros. Se infiere una mayor tolerancia en las mujeres al consumo de alcohol en sus parejas que al contrario.

Esto apoyaría los datos de los estudios que ponen en relieve la mayor desaprobación del consumo de alcohol en las mujeres por parte de la sociedad. Mientras que el 50% desaprobaba el consumo de alcohol en mujeres rotundamente en una fiesta, sólo el 30 % lo haría si fuera un hombre, existiendo una mayor sanción social en las mujeres. Esta menor tolerancia social hacia las mujeres actuaría de manera relevante en el rechazo de éstas por parte de sus parejas.

Según los datos del Instituto de Investigación de Drogodependencias, alrededor del 50% de las mujeres mantendrían el apoyo de sus parejas, ascendiendo al 70% en el caso de los hombres.

Si nos fijamos en la convivencia, predomina tanto en hombres como en mujeres la convivencia con familia propia. Sin embargo, existen matices, en las mujeres la convivencia suele ser con hijos menores tras la separación conyugal y, en un menor porcentaje, con nuevas parejas. En los hombres suele ser con la pareja habitual. El porcentaje de mujeres que viven solas es también más alto que el de los hombres, viviendo ellos en un 30 % con familias de origen.

Sólo el 44% de la muestra se encontraba en una situación activa laboral.

En relación a problemas médicos asociados, consideramos fundamentalmente los efectos del alcohol a nivel digestivo, neurológico, endocrino y cardiológico. Se evidenciaba que las mujeres se ven más afectadas por las consecuencias físicas del alcohol. Esto podría ser debido a una mayor sensibilidad del organismo femenino en relación a esta sustancia, la mayor absorción por parte del organismo en las mujeres, la presencia de menor cantidad de agua corporal respecto a porcentaje de tejido graso y a una menor actividad de la enzima alcoholdehidrogenasa.

Si poníamos el foco en la comorbilidad psiquiátrica, las mujeres presentaban significativamente una prevalencia mucho más alta que los hombres. En las mujeres, en muchos casos, la derivación a salud mental se realizaba con diagnósticos de ansiedad o episodios depresivos crónicos y, posteriormente, se detectaba la dependencia de alcohol que las propias pacientes encuadraban dentro de esos procesos ansioso-depresivos. El 20% de las mujeres atendidas habían protagonizado una tentativa autolesiva previa. No se reflejaba en muchas historias si en contexto o no de intoxicación con alcohol.

Del mismo modo, diversos autores encontraban que, en el caso de la dependencia alcohólica femenina, ejercían un gran impacto los rasgos psicopatológicos y de personalidad previos. En este sentido, Ambrogne encontró que las mujeres empleaban el alcohol y otras drogas con la finalidad de aliviar sentimientos de inadecuación y depresión. Además, en aquellos casos en los que la abstinencia llegaba a tener éxito perduraban los sentimientos vinculados con el estado de ánimo depresivo.

El porcentaje de mujeres consumidoras de otras drogas aparte de alcohol fue del 30,6%, porcentaje inferior a la muestra masculina. Es importante matizar que en las mujeres es mayor el abuso de hipnosedantes y ansiolíticos.

En cuanto al tratamiento con interdictores, el uso de antabus era más alto en mujeres que en hombres pero no de forma significativa.

Los porcentajes de discontinuación del seguimiento ambulatorio en nuestra muestra eran mayores en los hombres, siendo la continuidad del tratamiento del 80% en las mujeres y del 56% en los hombres.

Si se planteaba el análisis por intervalos de edad, en los hombres los porcentajes de abandono menores se producirían en el intervalo de 46 a 60 años. En las mujeres los mayores porcentajes de abandono se concentrarían en el intervalo de menores de 30 años.

Al fijarnos en tiempos de abstinencia a lo largo del tratamiento, consideramos periodos de 3 meses de abstinencia, más de 6 meses y más de un año. No consideramos abstinencia periodos inferiores a 3 meses o consumo activo. Evidenciamos que la abstinencia estaba directamente relacionada con los abandonos. De 99 pacientes que seguían consumiendo alcohol pese al tratamiento, dejaron de venir 49 (50 %).

Solo el 25,3% de las mujeres de la muestra habían tenido ingresos de desintoxicación/deshabitación.

La actividad grupal se realizó de forma habitual hasta verse interrumpida por la pandemia Covid.

La edad media de las mujeres que acudían a los grupos era de 54,6 años, con un máximo de 76 años y un mínimo de 36.

Parece que el hecho de participar en el grupo de terapia aumentaba la percepción de buscar medidas que aseguren la abstinencia. Posiblemente, el feedback producido entre los miembros del grupo favorezca la aceptación del tratamiento con interdictores.

De la misma manera, la vinculación al grupo favorecería la permanencia en el tratamiento, con un porcentaje de abandonos inferior al 8%. En los hombres ocurriría de manera similar pero de forma menos determinante.

El 63% de las mujeres que participaban en el grupo de terapia se mantenían abstinentes, mientras que en seguimiento individual este porcentaje se reducía al 37%. Dentro del grupo además, más del 70% se mantenían abstinentes más de un año. Estos datos coinciden con los datos de la mayoría de estudios donde la terapia grupal favorece la abstinencia y continuidad del tratamiento.

10. CONCLUSIONES

Se necesitan intervenciones adaptadas a las particularidades de las mujeres, que presten especial atención a la presencia de psicopatología comórbida y de determinados factores de riesgo que puedan ser relevantes para la recuperación y prevención de las recaídas.

Resulta necesario desarrollar protocolos de cribaje adaptados según el género con el fin de detectar problemas de alcoholismo, en muchas ocasiones tapados bajo la demanda de síntomas de ansiedad y/o depresión.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Bach L (1997). Alcoholismo, mujer y familia. *Revista Española de Drogodependencias*, 22(4), 257-261.
- De la Villa M, Rodríguez F.J., Sirvent C. (2005). Motivaciones de consumo de alcohol en adolescentes, análisis de diferencias inter género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17, 105-120.
- Díaz EM, García-Portilla P, Fernández-Artamendi S, Saiz P.A., Bobes-Bascarán T, Casares MJ y Bobes J. (2016). Diferencias de género en la gravedad de la adicción. *Adicciones*, 28, 221-230.
- Escribano JJA. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19, 383-392.
- Fernández M, Dema S, Fontanil Y (2005). La influencia de los roles de género en consumo de alcohol. *Adicciones*, 31 (4).
- Gómez J, Arnal A., Martínez A.M., Muñoz D. (2010). Mujeres y uso de alcohol en sociedades contemporáneas. *Revista Española de Drogodependencias*, 3, 273-284.
- Gongora J, Leyva M.A. (2005). El alcoholismo desde perspectiva de género. *El cotidiano*, nº 132, 84-01.
- Lyons A.C , Willot S.A. (2008). Alcohol consumption. Gender identities and women`s changing social positions. *Sex Roles*, 59, 694-712.
- Markez I. (2015). Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 113-125.
- Míguez M.C., Permuy B. (2017). Características del alcoholismo en mujeres. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65 (1), 15-22.
- Monrás A. (2010). Características diferenciales del alcoholismo femenino. *Adicciones*, 22, 339-352.
- Montero FJ. (2006). Aspectos psicosociales de la dependencia alcohol mujer. *Salud y Drogas*, 6 (2), 197-214.
- Morales E, Camarena M.F., Llopis J.J. (1992). Evolución del alcoholismo en la mujer. *Adicciones*, 4, 33-44.
- Observatorio Español de las Drogas y Adicciones (OEDA). Informe 2023.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción mundial sobre el alcohol 2022-2030.
- Ortiz P y Clavero E. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis del discurso. *Acta Sociológica*, 64, 121-144.
- Plan Nacional sobre Drogas. Fundación Atenea. (2016). Hombres, mujeres y drogodependencias. 60-117
- Romo N., Marcos J, Gil E, Marquina A y Tarragona A. (2015). Bebiendo como chicos: consumo compartido de alcohol y rupturas de género en poblaciones adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 40, 13-28.
- Secades R, López C, Fernández-Artamendi S., Weiberg S y Fernández-Hermida J. R. (2013). Diferencias de género en la prevalencia de los trastornos por uso de alcohol del DSM-IV en adolescentes. *Adicciones*, 25, 260-268.

15

DISMINUCIÓN DE CONSUMO Y DISMINUCIÓN DE DAÑOS EN LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL

Francisco Arias, Rosa Jurado

1. INTRODUCCIÓN

Como indican Nutt et al. (2010), el alcohol es la droga más dañina cuando se valoran los daños individuales y al entorno, por encima de la heroína y la cocaína. Destacan los daños relacionados con lesiones a otros por acción directa e indirecta del alcohol, por violencia (incluyendo violencia doméstica), accidentes de tráfico, daños al feto, etc.; problemas familiares (ruptura, malestar económico y emocional, negligencia en el cuidado de los hijos, etc.) y costes económicos (costes directos como costes sanitarios, sociales, legales e indirectos como pérdida de productividad y absentismo).

Además hay que destacar la elevada morbilidad relacionada con dicho consumo, que está relacionado con el 15–20% de las urgencias psiquiátricas, un tercio de los ingresos en hospitales psiquiátricos y el 20% de los ingresos en hospitales generales, siendo el porcentaje mayor en servicios como aparato digestivo o medicina interna.

El alcohol en España causa entre 20.000 y 25.000 muertes anuales, relacionándose con un alto porcentaje de los accidentes mortales de tráfico y otras muertes accidentales, laborales y domésticas. Del 5 al 27% de los pacientes con dependencia de alcohol se suicidan y el alcohol está presente en el 25–40% de los suicidios consumados. Por otro lado, el alcohol incrementa el porcentaje de mortalidad por otras enfermedades. Existe una fuerte asociación de dicho consumo con patologías médicas potencialmente mortales como cirrosis hepática y diversos tipos de cánceres.

El alcohol es una sustancia que afecta a todo el organismo, no precisándose de un consumo crónico e intenso, es decir, de una dependencia para producir daño orgánico. Tanto el riesgo relativo como el riesgo absoluto de mortalidad se incrementan a medida que aumenta el consumo de alcohol y el riesgo es mayor entre los sujetos de 45–64 años (Rehm et al. 2011). Esto es visible principalmente en patologías tales como la cirrosis hepática. Otras como el ictus, la hipertensión arterial y patologías de la cavidad oral y faringe también presentan una relación con la cantidad en gramos de alcohol, reduciendo el riesgo al disminuir el consumo.

Hay una relación dosis dependiente entre el consumo de alcohol y los diferentes tipos de cáncer, existiendo una fuerte relación con el cáncer de boca, de faringe, esófago o laringe, pero también con el de estómago, colon, hígado, ovario y mama (Bagnardi et al. 2001). En Europa, el consumo de alcohol está relacionado con el 10% de todos los cánceres en hombres y el 3% de todos los cánceres en mujeres.

Estos daños se han relacionado con el patrón de consumo habitual en nuestro medio que es el consumo diario, pero el consumo intensivo de alcohol (binge-drinking) que va aumentando en frecuencia, sobre todo entre jóvenes, también provoca alteraciones estructurales y funcionales en el cerebro de estos jóvenes, siendo dianas especiales los lóbulos frontales (lo que se relaciona con peor rendimiento en procesos de atención, razonamiento, planificación, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones, control comportamental...) y el hipocampo (relacionado con la memoria, por ej. peor rendimiento en tareas de recuerdo). La toxicidad del etanol puede alterar la plasticidad cerebral y modificar de forma irreversible ciertas regiones cerebrales en el adolescente. A los dos años de seguimiento parecen persistir las dificultades en tareas cognitivas.

Además de la comorbilidad física, el consumo de alcohol se asocia con una elevada comorbilidad psiquiátrica. Por un lado, el mencionado deterioro cognitivo asociado al consumo tanto intensivo como continuado de alcohol pero, también, se presenta una alta frecuencia de trastornos del humor, de ansiedad y de psicosis, que en muchos casos van a tener una relación directa con la cantidad de consumo realizado.

Por lo tanto, para aquellos pacientes que no se plantean la abstinencia de alcohol, un objetivo a contemplar puede ser la disminución de daños.

1.1. La abstinencia como objetivo terapéutico

La mayoría de los programas de tratamiento ofrecen tratamiento orientado a la abstinencia, al igual que ocurre con los grupos de autoayuda. La abstinencia sigue siendo considerada como el objetivo principal del tratamiento de la dependencia del alcohol dado que se relaciona con una mejor evolución del trastorno. Sin embargo, no es aceptada por muchos pacientes.

La imposición de la abstinencia como único objetivo terapéutico comporta un obstáculo para el acceso al tratamiento (Sobell et al. 1995). Por lo que la reducción del consumo es una opción viable y no ofrecerlo puede desmotivar a los pacientes, cuando el reto es involucrar a estos pacientes en el proceso terapéutico (Marlatt et al. 2002).

La dependencia del alcohol presenta un porcentaje de tratamiento inferior al 10%, inferior al de otros trastornos mentales (Kohn et al. 2004), por lo que al disminuir las exigencias se puede incrementar la demanda de tratamiento.

Además, un porcentaje elevado de los pacientes refieren que no se sienten preparados para dejar de beber o manifiestan escaso compromiso. En el estudio controlado y aleatorizado UKATT, en Reino Unido, se compararon las características basales de aquellos pacientes que preferían abstinencia y no-abstinencia y valoraron las preferencias de los objetivos al inicio. El 54,3% de los pacientes expresó la preferencia de abstinencia y el 45,7% la de no abstinencia (Heather et al. 2010). En un estudio canadiense, en la evaluación inicial, el 46% de los pacientes con alcoholismo eligieron abstinencia y el 44% eligieron consumo moderado de alcohol. A lo largo del tratamiento,

un alto porcentaje de pacientes cambiaron de objetivo de consumo moderado a abstinencia y después de 4 semanas, dos tercios habían elegido la abstinencia como objetivo. Por el contrario, sólo un pequeño porcentaje de pacientes cambiaron el objetivo de abstinencia a reducción de consumo (Hodgins et al. 1997).

Distintas guías clínicas del tratamiento de la dependencia de alcohol consideran la reducción del consumo como una alternativa terapéutica, así la Guía Clínica de Socidrogalcohol indica que "Asimismo, la práctica totalidad de ensayos clínicos se han desarrollado con el paradigma de la abstinencia. Aunque los tratamientos orientados a la abstinencia siguen siendo la primera opción clínica, en la actualidad existe evidencia suficiente para indicar tratamientos orientados a la reducción de consumo...".

Por lo tanto, la valoración de la eficacia del tratamiento no puede basarse exclusivamente en la obtención de la abstinencia total. Hay que valorar otras medidas que incluyan la disminución de consumo y la mejora de otras variables clínicas y funcionales.

Así pues, reducir el consumo de alcohol ofrece una alternativa "complementaria" a la abstinencia, como:

- Objetivo "intermedio" para alcanzar la abstinencia.
- Objetivo inicial en aquellos pacientes con dependencia del alcohol leve o moderada o que no responden a la abstinencia por:
 - ◊ No pueden alcanzar la abstinencia.
 - ◊ No pueden mantener la abstinencia.
 - ◊ No aceptan la abstinencia.

Según el tipo de paciente se pueden considerar distintas intervenciones (Tabla 1). En el caso de pacientes con consumo de riesgo que acuden a atención primaria o a urgencias hospitalarias, son útiles las intervenciones breves. En el caso de pacientes con dependencia de alcohol leve que no se plantean la abstinencia pueden ser útiles los programas de bebida controlada y en aquellos con dependencia grave que no se plantean o no pueden conseguir la abstinencia se pueden establecer estrategias de disminución de daños. Vamos a centrarnos en los dos últimos.

Tabla 1.

	Tipo de técnica	Tipo de paciente
PREVENCIÓN PRIMARIA	Intervenciones breves (Atención primaria, urgencias)	Consumo de riesgo
PREVENCIÓN SECUNDARIA	Intervención motivacional/Programas de bebida controlada	Consumo de riesgo/dependencia leve
PREVENCIÓN Terciaria	Programas para sujetos que no quieren dejar de beber (Programas de Reducción de Daños)	Dependencia grave/graves problemas sociales/Pacientes con diagnóstico dual

2. PROGRAMAS PARA REDUCIR EL DAÑO EN DEPENDIENTES QUE NO QUIEREN O NO PUEDEN DEJAR DE BEBER

Se trata de realizar distintos tipos de intervenciones para disminuir daños relacionados con el consumo en pacientes con dependencia grave que no se plantean la abstinencia o no pueden conseguirla.

En los adictos a la heroína se extendieron numerosos programas en este sentido como fueron: Programas de intercambio de jeringuillas, reparto de preservativos a sujetos con conductas de riesgo, programas de mantenimiento con agonistas como metadona o heroína, salas de consumo supervisado, etc.

La idea de estos programas es que, aunque la abstinencia sigue siendo considerada como la meta deseable, en muchos pacientes esta no se consigue o no la aceptan. Se asume que cualquier disminución del consumo descende los riesgos asociados, dado que existe un continuum de gravedad de las consecuencias en relación con el nivel de consumo y, además, se pueden desarrollar una serie de intervenciones y programas de cuidados para continuar la atención aunque no se haya conseguido la abstinencia. La reducción del consumo va a conllevar una mejora de los problemas laborales, legales, médicos, etc.

La reducción del consumo se correlaciona con (Gual *et al.* 1999; Barbosa *et al.* 2010):

- Menos problemas laborales.
- Menos problemas legales y financieros.
- Mejoría en la calidad de vida.
- Descenso de costes.
- Menos daños sociales (peleas, daños en el hogar, relaciones o vida social).

Se pueden plantear distintas intervenciones para los distintos daños asociados con el consumo de alcohol:

- Problemas médicos
- Problemas psicológicos
- Problemas familiares
- Problemas legales
- Problemas económicos

Algunas de las intervenciones que se pueden realizar son:

- Derivación a atención médica especializada (hepatopatías, otras)
- Detección de hepatitis B, hepatitis C, VIH y tratamiento de estas.
- Control de deficiencias nutricionales (vitaminas, otras).
- Información sobre hábitos asociados al consumo.
- Concienciación/motivación progresiva para intentar disminuir el consumo.
- Ayuda residencial, asesoramiento legal...
- Intervención familiar.
- Tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica.

3. PROGRAMAS DE BEBIDA CONTROLADA

Este tipo de programas suelen denominarse de “beber controlado” o “entrenamiento en autocontrol de la conducta de consumo”. Se trata de programas útiles en sujetos con dependencia leve y que no presenten contraindicaciones para este tipo de intervenciones (Guardia, 2015).

Hay varias razones que hacen recomendable este tipo de programas.

1. En primer lugar, algunos pacientes consideran exagerado que el primer tratamiento que se les prescribe para su problemática con el alcohol sea la abstinencia, sin intentar otra posibilidad que les permita moderar su consumo. Es cierto que cuando se intenta este tipo de programa se crea una excelente relación entre el médico y el paciente, de forma que si se fracasa en el objetivo, se suele estar en buena disposición para aceptar la abstinencia. Desde el punto de vista epidemiológico, en la población general hay más individuos con problemas leve-moderados por el alcohol que dependientes graves.
2. Además esta forma de abordaje permite captar y tratar un mayor número de pacientes que con los programas basados exclusivamente en la abstinencia.
3. En tercer lugar, algunos pacientes cuando han alcanzado el objetivo de controlar su consumo pasan voluntariamente a la abstinencia.

El terapeuta y el paciente establecen los límites sobre el consumo y el seguimiento se realiza mediante un diario de consumo y del deseo de beber. Los pacientes deben de aprender a manejar el deseo de beber en determinadas situaciones ambientales y ante determinados estados emocionales.

3.1. Definición de normalización del consumo de alcohol

Un problema importante en este tipo de programas es definir qué se entiende por consumo normal. Deben de tenerse en cuenta al menos dos criterios: la dimensión objetiva definida por la cantidad/frecuencia y el aspecto subjetivo de la normalidad. La primera viene definida por los límites correspondientes al consumo de riesgo. Cantidades superiores a 420 g de alcohol por semana en los varones, 280 g en las mujeres y 16-20 g de alcohol por ocasión, suelen ser las pistas que nos llevan a plantearnos la posibilidad de introducir este tipo de intervenciones. Con referencia a la frecuencia del consumo, hay sujetos que consumen diariamente, pero cantidades parecidas, y otros que circunscriben sus consumos en breves periodos de tiempo. Aunque estas técnicas pueden utilizarse en sujetos con ambos tipos de patrones de consumo, debe evitarse el consumo diario y queda excluida la intoxicación. Por lo que respecta al concepto subjetivo de normalidad, la cuestión se complica por las diferencias individuales presentes en este criterio. Debería conseguirse, con el tratamiento, que la actitud hacia las bebidas alcohólicas se pareciese a la mantenida hacia los refrescos o zumos. Es decir, que el sujeto, cuando ingiera alcohol, no estuviera pendiente de si le queda mucho o poco contenido, o si va a poder o no tomar otra copa. Hay que procurar que el paciente, cuando beba, pueda estar atento a la conversación de su grupo de referencia, o a la lectura de la prensa o de la actividad que esté realizando simultáneamente mientras consume. Esta actitud hacia la bebida tarda bastante en adquirirse incluso para quienes han conseguido beber cantidades inferiores a las señaladas anteriormente.

3.2. Criterios de selección de los pacientes

- Los mejores resultados se obtienen en dependientes leves y de corta evolución.
- En algún estudio se considera que las mujeres tienen mejor pronóstico.
- Con corta evolución de la dependencia, que no hayan desarrollado a lo largo de su vida sintomatología de abstinencia y cuyas complicaciones psicológicas, médicas o sociales no contraindiquen el uso del alcohol.
- Ausencia de patología psiquiátrica relevante. Se excluirán los siguientes: Trastornos depresivos. Trastornos por uso/dependencia de benzodiacepinas, opiáceos, cocaína, cannabis. Trastornos de ansiedad. Trastornos de la personalidad. Embriagueces patológicas.
- Ausencia de complicaciones físicas que contraindiquen total o parcialmente el uso del alcohol. Se excluirán las siguientes: Enfermedades neurológicas como epilepsia, parkinson, traumatismos o tumores del sistema nervioso central. Patología digestiva o hepática. Patología cardiovascular. Patología endocrinológica o metabólica.
- Ausencia de complicaciones sociales graves: indigencia, falta de soporte social.
- Demanda externa importante para beber.
- No deben incluirse embarazadas.
- Personas motivadas para este objetivo.

Dos son los prototipos de pacientes más frecuentes:

- a. sujeto que bebe diariamente por encima del consumo de riesgo y que nunca se ha planteado dejar de beber, porque tiene un hábito de consumo muy incorporado a su estilo de vida.
- b. individuo que no suele beber a diario y que, en algunas ocasiones en las que bebe, suele perder el control y acaba embriagándose. Reconoce que desde que le ocurre esto tiene un cierto temor a beber y que la mayoría de las veces había bebido licores, o se encontraba en situaciones sociales en las que "le resultaba muy difícil decir que no".

3.2. Predictores de buena evolución en estos programas

Joven, dependencia no grave, no tratamientos previos, no antecedentes familiares de adicción, creer en el autocontrol del consumo, tener trabajo, ser mujer, estar casado, alta estabilidad psicológica y social.

3.3. Contraindicaciones

- Trastornos médicos o psiquiátricos que puedan exacerbarse con el consumo o comorbilidad médica o psiquiátrica destacada.
- Intentos fallidos de reducción de consumo.
- La presencia de sintomatología de abstinencia suele contraindicar este tipo de programas.
- La motivación constituye un elemento de capital importancia para conseguir el objetivo. Las personas con tendencia al control, a la autorresponsabilidad son más capaces de conseguir este objetivo. Los pacientes depresivos o ansiosos pueden aprender a utilizar el alcohol para afrontar dichos estados psicológicos, lo que supone el desarrollo o agravamiento de la dependencia.
- No debe usarse si existe descontrol impulsivo, clínica afectiva, poco soporte social o patología médica que se agrave con el consumo.

3.4. Duración

El problema puede surgir cuando el paciente está decidido a realizar este tipo de programas y el terapeuta tiene algunas dudas sobre su éxito. En estos casos es posible pactar la realización del programa durante 6–8 semanas y si al final de ese periodo el sujeto presenta dificultades para controlar el consumo se considerará orientar la intervención hacia la abstinencia. Los estudios llevados a cabo apuntan que si tras este periodo el sujeto no es capaz de controlar su consumo, es poco probable que lo consiga en el futuro.

3.5. Descripción del programa

El programa puede llevarse a cabo en grupos o en terapia individual. Las sesiones suelen durar 90 minutos para las grupales, a razón de una visita por semana durante ocho semanas. Es recomendable realizar un seguimiento mensual durante los primeros seis meses.

Inicialmente el paciente debe permanecer al menos 2–3 semanas de abstinencia. Si el sujeto es incapaz de conseguirlo, debería llevar a un replanteamiento del objetivo, cambiándose por un programa orientado a la abstinencia. Durante este periodo se puede llevar a cabo una evaluación exhaustiva sobre las circunstancias en las que el sujeto bebe. Se extraerán las reglas en las que el sujeto bebe sin complicaciones, advirtiéndole que debe procurar “beber menos”. Suele ser un indicador de mal pronóstico el hecho de que el paciente beba siempre al límite de las normas pactadas.

El paciente, durante las primeras entrevistas, recibe información básica sobre el alcohol y las formas de beber con más riesgo. Debe saber que todas estas medidas intentan que no se alcancen los niveles de alcoholemia que le ocasionaron problemas en el pasado. Si conoce que su capacidad de metabolización es de aproximadamente de 10 g de etanol por hora, podrá hacer una estimación del nivel de alcoholemia asociado con las situaciones en las que perdía el control. Con la finalidad de no alcanzar esos niveles se podrán pactar medidas tendentes a disminuir la ingesta (distanciar los consumos) o retrasar la absorción del alcohol (evitar beber en ayunas, las bebidas carbonatadas o con altos contenidos en azúcar).

Evaluaciones psicológicas básicas para realizar programas de bebida controlada

- ➔ Análisis funcional del consumo problemático que incluye: Autorregistro de bebida diaria normal. Análisis de situaciones en las que el beber le ocasiona problemas. Análisis de las situaciones en las que beber no le ocasiona problemas.
- ➔ Extraer reglas particulares para beber, haciendo hincapié en las situaciones en las que el sujeto bebe sin problemas.

Intervenciones en los programas de disminución del consumo (Tabla 2):

- ➔ Recomendación de beber bebidas de baja graduación (cerveza, vino).
- ➔ Evitar beber en situaciones de riesgo (estando solo, deprimido, con dependientes de alcohol).
- ➔ Procurar no beber más de una UBE por hora. Alternar con bebidas no alcohólicas. No beber todos los días.
- ➔ Comenzar por la tarde.
- ➔ Procurar progresión en las metas: disminuir el consumo, llegar a alcanzar el consumo de riesgo, bajar del consumo de riesgo, etc.

- Aprender a rechazar bebidas, a manejar el deseo de consumir.
- Buscar formas de pasar el tiempo que no impliquen consumo.
- Cualquier cambio es positivo.

Tabla 2. Recomendaciones para beber menos

Acciones	Explicación o motivo
Tomar alcoholes de baja graduación	Se evitan picos de alcoholemia
Espaciar los consumos	Se evitan picos de alcoholemia e intoxicaciones. Se procurará no tomar más de 10 g de etanol por hora (suele ser la cantidad que se puede metabolizar normalmente en ese tiempo)
Alternar bebidas alcohólicas con refrescos y zumos	Se evitan picos de alcoholemia e intoxicaciones
No beber con el estómago vacío	Se retrasa la absorción del alcohol. De ahí que se opte por el consumo durante las comidas
Evitar combinaciones de alto contenido en azúcares o en anhídrido carbónico	Los azúcares y el anhídrido carbónico aceleran el paso del etanol desde el tubo digestivo al torrente sanguíneo
Evitar beber sólo, o cuando se está triste o nervioso	En esas situaciones es más fácil que se condicione el alcohol a cambios en el estado de ánimo y, por tanto, se aumenta el riesgo de volverlo a utilizar en parecidas circunstancias
Practicar deportes o actividades de ocio a las horas en las que habitualmente se bebía	Se produce un contracondicionamiento, de forma que si el sujeto vuelve a su antiguo patrón de consumo notará haber perdido el refuerzo que obtenía con las otras actividades y le resultará más fácil dejar de beber

La mayor parte de los programas publicados contienen los siguientes ocho pasos:

1. Limitar el número de copas al día.
2. Registrar las conductas relacionadas con el consumo.
3. Cambiar el patrón de consumo.
4. Entrenar conductas asertivas para rechazar consumiciones.
5. Establecer un programa de refuerzo para alcanzar los objetivos.
6. Aprender en qué situaciones hay más probabilidades para controlar y cuáles no.
7. Aprender habilidades para enfrentarse a determinadas situaciones, sin recurrir a la bebida.
8. Aprender a evitar las recaídas.

Limitar el número de copas. En primer lugar hay que delimitar con el paciente lo que se entiende por “copa”, así como el número de ellas que puede beber. Una “copa” es el equivalente a una unidad de bebida estándar (unidad de bebida estándar, UBE). Es decir, el equivalente a una caña de cerveza, una copa de vino, o media copa de licor. Aunque es necesario pactar los límites para cada uno de los pacientes, se procura que no sobrepasen las 12 unidades por semana en el caso de los varones y de 7 por semana para las mujeres, no debiendo beber más de tres unidades en un mismo día. Hay que insistir en que no deben beber diariamente.

Es importante que el paciente entienda el porqué de los límites. Estos vendrán definidos porque en la evaluación del sujeto, determinados consumos y situaciones se asociaban frecuentemente con problemas.

Registrar las conductas relacionadas con el consumo. Es muy recomendable que el paciente disponga de un pequeño registro. El hecho de que tenga que anotar los consumos, hace que se dirija su atención a la tarea que le ocupa: la de controlar su consumo. Además, estos registros son una fuente importante de información, tanto para el paciente como para el terapeuta. Los pacientes pueden relacionar determinados lugares con haberse excedido en el consumo y comenzar a plantear estrategias correctoras, como las de evitación.

Cambiar el patrón de consumo. Una de las primeras normas es la de cambiar las bebidas de alta graduación por otras de menor grado alcohólico. Se les aconseja evitar las de alto contenido en azúcares o las carbonatadas, ya que en ambos casos, la absorción del alcohol es más rápida y se consiguen unos niveles de alcoholemia más altos y precoces. Conviene que aprendan a beber despacio y a que dejan un tiempo entre consumos, alternando con refrescos o zumos. Ante preguntas como cuánto tiempo tiene que durarles una caña y en qué momento pueden pedirse otra, se les suele explicar que han de beber pequeños sorbos en lugar de grandes tragos, de esta forma se evitaban picos de alcoholemia. El mínimo número de sorbos que debe durar una caña de cerveza suele ponerse en 12, transcurriendo un mínimo de 60-90 segundos entre sorbos. Una vez que se ha consumido la caña, se alternará con un refresco, para que entre consumos de alcohol haya más de una hora.

Entrenar conductas asertivas para rechazar consumiciones. Es frecuente que los pacientes se vean sometidos a determinadas presiones para que beban, pese a haber alcanzado el límite pactado. En algunas ocasiones puede ser suficiente con decir que no, pero en otras se verán obligados a actuar de forma más asertiva. De ahí la utilidad de tener una serie de frases que poder utilizar con rapidez, así como haber ensayado su utilización. El sujeto puede observar los componentes verbales y no verbales de su respuesta y modularlos para ser asertivo.

Establecer un programa de refuerzo para alcanzar los objetivos. Es importante que cuando el sujeto vaya alcanzado los objetivos previstos durante el tratamiento sea reforzado adecuadamente. Hay varias fórmulas de autorrefuerzo que pueden ser utilizadas. La más sencilla consiste en verbalizar lo bien que uno lo está haciendo. También pueden utilizarse como refuerzos propuestas del propio paciente. En este tipo de programa también se incluyen las sanciones por no haber conseguido las metas previstas.

Aprender en qué situaciones hay más probabilidades para controlar y en cuáles no. Una vez que el sujeto realiza los registros de qué bebe, cuándo, cuánto, donde, con quién y qué tipo de consecuencias aparecen, estará en disposición de tomar algunas de las siguientes estrategias: a) evitar por completo el consumo de alcohol en presencia de un tipo de antecedente, como por ejemplo al salir del trabajo, o tras algún tipo de discusión. b) limitar el tiempo y/o el dinero que uno había dispuesto para situaciones en las que habitualmente bebe. c) Encontrar fórmulas de afrontar las situaciones en las que bebe en exceso, de forma que no pasen por la utilización del alcohol. Suele ser muy útil enseñarles a manejar emociones como la frustración y la rabia.

Aprender habilidades para enfrentarse a determinadas situaciones, sin recurrir a la bebida. Cuando un individuo se ha acostumbrado a beber, se da cuenta que el alcohol lo utiliza para mejora de su estado de ánimo, de la ansiedad, le despeja sus preocupaciones. Si el alcohol es la única alternativa que utiliza para afrontar estas situaciones, es muy probable tienda a beber cada vez que aquellas aparezcan. Si por el contrario, tuviera un amplio abanico de alternativas, el riesgo de utilizar el alcohol disminuiría. La intervención con nuestros pacientes pasará pues por: a) analizar

con el paciente cual es la función que cumple su deseo de beber; b) establecer que conductas alternativas a la bebida pueden también satisfacerlas. Esta técnica también ha recibido el nombre de «nuevos caminos».

Se recurre a diseñar una tabla con tres columnas donde se anotarán las situaciones desencadenantes, los efectos deseados y las alternativas al consumo. Para encontrar el mayor número de alternativas deben de apuntarse todas y cada una de las que el paciente considere posibles, con posterioridad se elegirán las más idóneas. Tras este tipo de técnicas el terapeuta deberá entrenar a su paciente en aquellas habilidades necesarias para llevar a cabo las alternativas seleccionadas, como son las técnicas de relajación, en habilidades de comunicación, o en resolución de problemas.

Aprender a evitar las recaídas. Suelen producirse cuando el paciente va sobrepasando los límites marcados en el tratamiento. Puede aparecer de forma brusca o más frecuentemente de manera gradual. De ahí que los autorregistros constituyan un buen indicador de la misma. Tras producirse puede volverse a los niveles iniciales del consumo o si tras varios intentos no ha habido éxito cabe plantearse la abstinencia. Aunque existen programas específicos de prevención de recaídas, en estos casos se trata de que el paciente aprenda correctamente a detectar las situaciones de riesgo y a evitarlas, utilizando para ello todas las habilidades que se hayan podido ir entrenando a lo largo del tratamiento.

3.6. Tratamiento farmacológico

Hay disponible un fármaco orientado al objetivo de disminución del consumo, el nalmefeno, que actúa como:

- Antagonista del receptor Mu-opioide
- Antagonista del receptor Delta-opioide
- Agonista parcial del receptor Kappa-opioide

Actúa modulando la liberación de dopamina provocada por el alcohol en las áreas cerebrales de recompensa (área tegmental ventral, nucleus accumbens), dado que está establecido el papel regulador del sistema opioide endógeno sobre la acción del sistema dopaminérgico en los centros de recompensa cerebrales. Al reducir la liberación de dopamina reduce los efectos de recompensa del alcohol, ayudando al paciente a reducir el consumo de alcohol.

El nalmefeno es el primer fármaco comercializado con el objetivo de la reducción del consumo en dependientes de alcohol y con la peculiaridad de uso según sea necesario. Es un fármaco modulador del sistema opioide, sistema implicado en los mecanismos de recompensa del consumo de alcohol pero posiblemente relevante en otros aspectos de la dependencia de alcohol. Así, por ejemplo, los receptores kappa y sus ligandos endógenos, las dinorfinas, cuando son estimulados tienen un efecto aversivo contrapuesto al efecto reforzante resultante del estímulo de los receptores mu o delta. Con el consumo crónico de alcohol se produce una regulación hacia arriba del sistema kappa que se considera relevante en el mantenimiento y progresión de la conducta adictiva, favoreciendo el consumo de alcohol mediante mecanismos de refuerzo negativos, implicados en las recaídas en el consumo en relación con situaciones de estrés, en los cuadros de abstinencia prolongados y se ha sugerido su implicación en algunos de los efectos deletéreos del consumo crónico del alcohol sobre la cognición, posiblemente mediados por la modulación del sistema kappa sobre el sistema glutamatérgico (Kuzmin et al. 2013).

De esta forma, un agonista parcial del receptor kappa mejoraría dicha hiperactivación del sistema kappa/dinorfinas y podría tener un efecto beneficioso sobre otras características de la dependencia de alcohol como la cognición o el consumo en relación con estados afectivos negativos. Igualmente existe la posibilidad de que el descenso en el consumo de alcohol producido por el nalmefeno sea debido a la mejora de la impulsividad, es decir, a un efecto anti“priming” y que impida la pérdida de control sobre el consumo una vez iniciado este.

El nalmefeno siempre debe de estar incluido en un programa de tratamiento con psicoterapia. La naltrexona igualmente sería efectivo en este tipo de pacientes.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Bagnardi, V.; Blangiardo, M.; Vecchia, C.; Corrao, G. (2001) A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British Journal of Cancer*, 85(11), 1700-1705. doi: 10.1054/bjoc.2001.2140
- Barbosa, C.; Taylor, B.; Godfrey, C.; Rehm, J.; Parrott, S.; Drummond, C. (2010) Modelling lifetime QALYs and health care costs from different drinking patterns over time: a Markov model. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(2), 97-109. doi: 10.1002/mpr.306
- Gual, A.; Lligoña, A.; Colom, J. (1999) Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol and Alcoholism*, 34(2), 183-92. doi: 10.1093/alcalc/34.2.183
- Guardia, J. (2015). La reducción del consumo de alcohol. Un nuevo objetivo en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. *Adicciones*, 27: 3-7.
- Heather, N.; Adamson, S.J.; Raistrick, D.; Slegg, G.P.; UKATT Research Team. (2010). Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. *Alcohol and Alcoholism*, 45(2):128-35. doi: 10.1093/alcalc/agg096
- Hodgins, D.C.; Leigh, G.; Milne, R.; Gerrish, R. (1997). Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 22(2), 247-55. doi: 10.1016/s0306-4603(96)00013-5
- Kohn, R.; Saxena, S.; Levav, I.; Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Kuzmin, A.; Chefer, V.; Bazov, I.; Meis, J.; O’Gren, S.O.; Shippenberg, T.; Bakalkin, G. (2013). Upregulated dynorphin opioid peptides mediate alcohol-induced learning and memory impairment. *Translational Psychiatry* 3, e310. doi:10.1038/tp.2013.72
- Marlatt GA, Witkiewitz K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behavior*; 27(6):867-86. doi: 10.1016/s0306-4603(02)00294-0
- Marlatt A, Gordon J. (1985). Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. The Guilford Press, New York.
- Nutt, D.J.; King, L.A.; Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376, 1558-1565. doi.org: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6
- Rehm, J.; Zatonksi, W.; Taylor, B.; Anderson, P. (2011). Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction*, 106 Suppl 1:11-9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03326.x.
- Sobell, M. B.; Sobell, L. C.; & Gavin, D. R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Different yardsticks of success. *Behavior Therapy*, 26, 643-669.

16

PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN PARA PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO POR CIRROSIS ALCOHÓLICA

Francisco Arias

1. INTRODUCCION

El alcohol es una sustancia hepatotóxica. El consumo crónico favorece la esteatosis hepática por una menor oxidación de ácidos grasos y un aumento de la lipogénesis. Además son relevantes los mecanismos inflamatorios (infiltración de neutrófilos y estimulación de citocinas proinflamatorias) y el aumento del estrés oxidativo. El consumo crónico de alcohol se relaciona con un amplio número de hepatopatías como la hepatitis alcohólica, la esteatosis hepática, la cirrosis hepática y el hepatocarcinoma. En estos dos últimos casos puede estar indicado el trasplante hepático como opción terapéutica.

La cirrosis constituye la culminación de un largo proceso que aboca finalmente a la formación de septos fibrosos y nódulos de regeneración en el tejido hepático, que representan el sustrato morfológico de esta enfermedad. La historia natural de la cirrosis se caracteriza por una fase asintomática (denominada cirrosis hepática compensada), seguida de una fase sintomática y rápidamente progresiva (cirrosis hepática descompensada) en la que se manifiestan complicaciones derivadas de la hipertensión portal y de la insuficiencia hepática.

El trastorno por consumo de alcohol representa la primera causa de cirrosis hepática en países occidentales. La persistencia del consumo de alcohol en pacientes con enfermedad hepática de origen alcohólico está asociada con una elevada mortalidad. La principal medida terapéutica en estos pacientes es el abandono del consumo, ya que los tratamientos médicos y quirúrgicos una vez establecida la enfermedad tienen importantes limitaciones si se mantiene dicho consumo. Cuando la abstinencia completa no mejora significativamente la función hepática, el tratamiento para la cirrosis hepática en su estadio final puede ser el trasplante hepático ortotópico (THO), tratamiento que consigue alcanzar una supervivencia a los 5 años superior al 70%.

A pesar del incremento importante en el número total de trasplantes hepáticos realizados en España, sigue habiendo un déficit considerable de donantes. Como consecuencia, la selección de los posibles candidatos debe ser precisa para asignar los escasos órganos a los candidatos más

adecuados. Es imprescindible tener unos criterios de evaluación comunes, así como una coordinación adecuada entre los distintos profesionales implicados en este proceso. La valoración de candidatos con antecedentes de conductas adictivas conlleva su evaluación psiquiátrica y, a su vez, implica un abordaje terapéutico para conseguir la abstinencia, la toma de conciencia sobre el problema y la adaptación a un nuevo estilo de vida que garantizará el cuidado del órgano trasplantado y contribuirá a la supervivencia del paciente.

En nuestro hospital existe una larga trayectoria y una elevada actividad del uso de trasplante hepático como medida terapéutica para pacientes con distintos tipos de hepatopatía. La indicación más habitual para el trasplante son las cirrosis hepáticas de origen alcohólico. Pero se observó que eran frecuentes los consumos de alcohol previos al trasplante y que un elevado número de estos pacientes recaen en el consumo después del trasplante lo que puede llevar al rechazo del injerto. Por otro lado, el equipo de trasplante hepático requería la valoración psiquiátrica para determinar la idoneidad del paciente candidato a este por lo que surgió la necesidad de la implicación del programa de alcohol con el equipo de trasplante.

Desde el año 2014 existe un subprograma dentro del programa de alcohol para estos pacientes donde el elemento fundamental es la terapia grupal semanal de pacientes candidatos a trasplante y el seguimiento post-trasplante, además de la valoración de la idoneidad del paciente candidato a trasplante.

Existe controversia entre los equipos de trasplante sobre el uso del THO en pacientes con cirrosis hepática de origen alcohólico, incluyendo la reticencia para trasplantar a pacientes con riesgo de recidiva. Además, el trastorno por consumo de alcohol a menudo se considera una enfermedad "autoinfligida" y una amplia parte de la sociedad y de los profesionales consideran que dichos pacientes no son merecedores de un THO. Esto hace que en ocasiones el riesgo de recaída se utilice para justificar la no elegibilidad de estos pacientes para el THO. Por otro lado, cuando se produce dicha recaída se produce una reducción de la supervivencia a largo plazo y la pérdida del injerto. Cuando no se produce recaída en el consumo, la supervivencia de estos pacientes es más alta que la de los pacientes trasplantados por otras etiologías. La falta de unificación de criterios para el trasplante hepático en cirrosis alcohólica se evidencia en las diferencias entre países en los datos de trasplante hepático: en Europa la cirrosis alcohólica es la causa de al menos el 60% de los trasplantes hepáticos, mientras que en EEUU únicamente representa el 20% de los mismos.

2. RECAÍDAS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL TRAS EL TRASPLANTE

La recidiva en el consumo de alcohol después del trasplante hepático es un problema importante ya que, aunque en algunos casos no condiciona la reaparición de la enfermedad hepática, en general sí lleva asociado un mal cumplimiento del tratamiento necesario y la pérdida del injerto. Existen datos muy diversos en la bibliografía respecto al porcentaje de recaída en pacientes alcohólicos tras un THO. Lucey et al. (2011) señalan que los porcentajes de recaída tras el trasplante varían entre un 10% y un 90%, si bien en estos porcentajes se incluyen los datos sobre cualquier consumo de alcohol. DiMartini et al. (2006) observaron que el 22% de los pacientes bebieron en el primer año post-trasplante y el 46% lo hicieron en los 5 años post-trasplante. Dom et al. (2015) indican que en torno a un 20-25% de los pacientes que han recibido un trasplante o injerto hepático por origen alcohólico recaen tras el mismo. Además, el consumo excesivo de alcohol tras el trasplante incrementa el riesgo de daños y la mortalidad (Lucey, 2014; Rice y Lucey, 2013).

Este amplio rango en las cifras se debe a múltiples factores, incluyendo los diferentes criterios de selección de los pacientes y la falta de consenso sobre conceptos relacionados con el consumo de alcohol (por ejemplo, consumo puntual vs recaída, etc.). Además, en los estudios publicados, los tiempos de seguimiento de los pacientes después del trasplante son muy variados y no está claramente definido cuando es el periodo de mayor riesgo para la recaída en el consumo de alcohol (algunos autores apuntan que existe mayor riesgo en los primeros años después del trasplante y otros refieren que el riesgo es más tardío). Por último, posiblemente en muchos de ellos existe una infravaloración del consumo por la dificultad para la detección del consumo o por la ausencia de exploración de este tras el trasplante.

2.1. Factores de riesgo de las recaídas tras el trasplante

Existen varias publicaciones sobre los factores de riesgo para la recaída en el consumo de alcohol después del trasplante hepático con resultados poco consistentes y difíciles de interpretar debido a las variaciones en la metodología, la definición y evaluación de la recaída y la duración del seguimiento. En un metaanálisis realizado por Dew et al. (2008) se identificaron algunos factores que predisponen a la recaída en pacientes dependientes al alcohol tras el trasplante hepático: escaso soporte sociofamiliar, antecedentes familiares de alcoholismo y tiempo de abstinencia pre-trasplante menor a 6 meses. Otros estudios han identificado como factores predisponentes a la recaída los siguientes: presencia de comorbilidad psiquiátrica, una elevada puntuación en la escala HRAR (High-Risk Alcoholism Relapse) y la ausencia de programa de tratamiento de alcohol previo al trasplante (Rustadt et al. 2015). En la revisión de Chuncharunee et al. (2019), los factores de riesgo para la recaída más importantes fueron: la comorbilidad psiquiátrica, un periodo de abstinencia menor a 6 meses antes del trasplante, no estar casado y el consumo de tabaco.

En la actualidad, se considera un requisito para el THO una abstinencia total de alcohol de al menos 6 meses. Sin embargo, esta condición ha sido cuestionada por su arbitrariedad ya que, según algunos autores, no se ha demostrado claramente que sea un factor predictor de recaída y pueden influir otros factores. Además, un subgrupo de pacientes con cirrosis hepática grave no se puede permitir este tiempo de espera, por lo que hay estudios que sugieren que podría acortarse (incluso a los 3 meses) al menos en pacientes seleccionados. Mellinger et al. (2018) plantean las cuestiones éticas de este criterio y el riesgo de discriminación que puede suponer respecto a candidatos a trasplante hepático de causa no alcohólica. Bravata et al. (2001) realizaron una revisión de 68 estudios sobre el consumo de alcohol en pacientes con trasplante hepático, encontrando que había un mayor porcentaje de recaída en los pacientes que habían tenido menos de 6 meses de abstinencia antes del trasplante en comparación con aquellos que no habían consumido durante más de 6 meses. Otros autores señalan que por cada mes de abstinencia antes del trasplante disminuye un 5% la probabilidad de tener una recaída después del mismo (Tandon et al. 2009). Por lo tanto, el mayor tiempo de abstinencia previo al trasplante predice una mejor evolución pero no está claro dónde se puede poner el límite de corte y que hacer en situaciones de urgencia vital.

Por lo tanto, los posibles factores relacionados con el riesgo de recaída serían:

Factores sociales: vivir solo, falta de apoyo sociofamiliar, actividades sociales relacionadas con el consumo.

Puntuación en la escala HRAR (High-Risk Alcoholism Relapse): valora duración de consumo intenso, número habitual de bebidas diarias y tratamientos previos de alcoholismo ingresados.

- Periodo de abstinencia previo.
- Gravedad de la dependencia.
- Comorbilidad psiquiátrica. Uso de otras sustancias.
- Adherencia al tratamiento de la dependencia alcohólica y no aceptación del diagnóstico de dependencia.
- Ausencia de programa tratamiento de alcohol previo a trasplante. El tratamiento antes y después del trasplante implica menor riesgo de recaída.

Se ha observado que es más probable que los pacientes alcohólicos logren la abstinencia total a largo plazo si realizan seguimiento psiquiátrico específico. Sin embargo, en la práctica clínica las unidades de conductas adictivas no suelen estar integradas en los equipos de trasplante hepático y la figura del psiquiatra o psicólogo queda relegada a la evaluación puntual del consumo de alcohol en pacientes que van a ser sometidos a THO. La intervención de personal especializado en alcoholismo puede reducir la reticencia de los cirujanos a trasplantar pacientes alcohólicos y, a su vez, aumenta la posibilidad de lograr y mantener la abstinencia a largo plazo.

Se han evaluado distintos enfoques terapéuticos para reducir las recaídas en pacientes con THO (grupos de apoyo, intervenciones psicosociales, psicoeducación, terapia motivacional, etc.), con resultados poco consistentes. A pesar de ello, sí que se ha demostrado una disminución de la mortalidad en pacientes atendidos en una unidad de alcohol respecto a los pacientes no atendidos y que la recaída en el consumo altera la supervivencia a largo plazo después de un THO.

Addolorato et al. (2013) evaluaron la efectividad de un tratamiento en una unidad de tratamiento del alcohol para pacientes candidatos a trasplante con cirrosis alcohólica, encontrando que aquellos que habían seguido el tratamiento en esta unidad tras el trasplante recaían menos y tenían mejor pronóstico que aquellos que no habían seguido este tratamiento. La mortalidad también fue menor en el grupo tratado en comparación a los que no siguieron este tratamiento. Este estudio es de los pocos que muestra la efectividad de un programa específico para este tipo de pacientes candidatos a trasplante hepático.

2.2. Evolución post-trasplante

Por lo tanto, respecto a la evolución de los pacientes tras el trasplante se puede señalar:

- Situación hepática: mejor evolución del trasplante por cirrosis alcohólica que por otras causas como cirrosis víricas.
- Evolución del consumo de alcohol: 50% pueden tener algún consumo tras el trasplante a los 5 años y un 30% de recaídas. Con consumo de alcohol, tendrán más problemas médicos y riesgo de rechazo del injerto. Existen dudas sobre el periodo post-trasplante de mayor riesgo de recaída.
- Mejoría cognitiva y del estado de ánimo con la abstinencia de alcohol.
- Mayor riesgo de problemas neoplásicos, sobre todo en fumadores activos (Jiménez et al. 2007). Predominan los tumores digestivos y pulmonares. También existe una mayor mortalidad cardiorrespiratoria y cerebrovascular.

2.3. Dificultades diagnósticas

Como hemos comentado, en la valoración de estos pacientes nos encontramos con una serie de dificultades a la hora de realizar el diagnóstico que se deben a:

- El paciente y la familia saben lo que se juegan y tienden a minimizar el consumo u ocultarlo.
- Ambos lo plantean como un consumo menos problemático.
- Los marcadores biológicos son menos fiables.
- La CDT (transferrina deficiente en carbohidratos) presenta frecuentes falsos positivos en pacientes hepatópatas.
- Necesidad de detección del consumo por alcohol en aire espirado o etilglucurónido.
- Deterioro cognitivo debido al consumo y por encefalopatías hepáticas reiteradas, con lo que existen dificultades para establecer cambios conductuales, para la toma de conciencia del problema y para la comprensión de lo que implica el trasplante.
- Presentan problemas médicos múltiples que son el foco de sus preocupaciones y causa de limitaciones para acudir a terapia. Además suelen estar en tratamiento con múltiples fármacos por estos problemas.
- Con presencia de una cirrosis avanzada, consideran que no volverán a beber jamás: Sensación de invulnerabilidad a la recaída.
- La comorbilidad psiquiátrica más frecuente son los trastornos adaptativos en relación con sus problemas médicos, además del deterioro cognitivo mencionado.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LOS CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Los pacientes dependientes de alcohol candidatos a trasplante suelen ser predominantemente de sexo masculino, aunque las mujeres son más sensibles a los efectos hepatotóxicos del alcohol, con un patrón de consumo continuo, social y con menos repercusiones sociofamiliares o psicopatológicas, así como menos estigma social y familiar que los pacientes con dependencia de alcohol derivados por otros motivos. Suelen ser pacientes que presentan un consumo de alcohol crónico “normalizado” y “adaptado” por lo que no han recibido tratamiento psiquiátrico previo para la dependencia de alcohol (muchos de ellos tienen el primer contacto con psiquiatría en el primer ingreso de debut de la cirrosis hepática). Esto dificulta la evaluación psiquiátrica pre-trasplante ya que saben la importancia de demostrar la abstinencia de alcohol para entrar en lista de espera de trasplante hepático y muchos de ellos minimizan el consumo (tanto los pacientes como las propias familias). Por otro lado, existe un subgrupo importante, alrededor del 25%, de pacientes policonsumidores que suelen tener peor pronóstico post-trasplante y que presentan más comorbilidad psiquiátrica y alteraciones conductuales y con frecuencia tienen hepatitis B o C.

Así se podría establecer una serie de características de la dependencia de alcohol en estos pacientes, aunque con importantes excepciones, como son:

- Consumo regular de alcohol, habitualmente patrón social o familiar.
- Menos estigma social y familiar.
- Menos conductas disruptivas, menor problemática familiar.
- Menos conciencia de enfermedad. Negación de problemas con alcohol.
- No relacionan consumo con problemas hepáticos.
- Expresan menos “craving”.
- Mayoría no han recibido tratamiento de la dependencia previamente.
- Menos interés en el tratamiento.

4. PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN PARA PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO POR CIRROSIS ALCOHÓLICA

4.1. Justificación del programa

Por lo tanto, los siguientes hechos llevaron a la creación de un programa específico para estos pacientes:

- Mayoría de los candidatos al trasplante hepático tienen dependencia de alcohol.
- Se estima un elevado porcentaje de recaídas en el consumo tras el trasplante.
- Dificultad en detectar si existe consumo activo previo al trasplante.
- El equipo de trasplantes demanda valoración de competencia, de estado de abstinencia y de riesgo de recaída de forma transversal.
- La mayoría de los candidatos a trasplante por cirrosis alcohólica no eran conocidos por el programa de alcohol.
- La mayoría de los pacientes procedentes de la interconsulta hospitalaria son pacientes con hepatopatía, muchos de ellos futuros candidatos a trasplante.
- Necesidad de evaluación longitudinal de los pacientes, existiendo claras limitaciones con la evaluación transversal sobre el estado de consumo, valoración de competencia, de motivación para la abstinencia y del riesgo de recaída.

4.2. Descripción del programa

Dentro de la cartera de servicios del programa de alcohol, se encuentra el programa para pacientes dependientes de alcohol en lista de espera para trasplante hepático, llevado a cabo por la interconsulta de adicciones del hospital desde 2014. Se trata de un programa dirigido a la evaluación y tratamiento de pacientes dependientes de alcohol con enfermedad hepática avanzada candidatos a trasplante hepático. La vía habitual de llegada de los pacientes al programa es a través de los servicios de Hepatología y de Cirugía Digestiva, con los que se trabaja de forma coordinada.

Los objetivos del programa son:

1. Valorar los pacientes dependientes de alcohol más adecuados para la lista de espera de trasplante hepático (LET): para ello se realizan reuniones semanales con el equipo de trasplante hepático donde se valoran los pacientes candidatos a trasplante hepático.
2. Evaluar la competencia y si se considera apto para el trasplante (comprensión del proceso, capacidad de elegir, entender, apreciar y razonar, estado cognitivo, adherencia al tratamiento, situación sociofamiliar...).
3. Intervención terapéutica con los objetivos de:
 - ◊ Conseguir una abstinencia estable.
 - ◊ Disminuir el riesgo de recaída tras el trasplante.
 - ◊ Aumentar la conciencia de problemática con el consumo.
 - ◊ Incremento de la motivación para establecer cambios.
 - ◊ Establecer cambios de estilo de vida.
 - ◊ Mejorar la comorbilidad psiquiátrica asociada.

Por lo tanto, además de la evaluación psiquiátrica pre-trasplante, el programa está dirigido al tratamiento de la dependencia de alcohol, tanto antes como después del trasplante hepático, ya que se considera que el tratamiento del alcoholismo previo al trasplante facilita el “enganche” para el seguimiento después del trasplante. Se realiza un abordaje multidisciplinar de dichos pacientes

que incluye seguimiento de cuidados por parte de enfermería, monitorización de la abstinencia, seguimiento psiquiátrico y tratamiento de posibles comorbilidades psiquiátricas, coordinación con el servicio de digestivo y el equipo de trasplante, etc.

La principal herramienta para la intervención terapéutica consiste en una terapia grupal semanal para pacientes dependientes de alcohol candidatos a trasplante hepático y pacientes ya trasplantados. Se trata de un grupo abierto en el que se trabajan distintos contenidos divididos en módulos (motivacional, psicoeducación sobre la enfermedad hepática y la dependencia de alcohol, prevención de recaídas, resolución de problemas, habilidades sociales, cambios en el estilo de vida, repercusiones psicológicas de la enfermedad, etc.). El objetivo de la terapia grupal es consolidar la abstinencia y prevenir recaídas, mejorar la conciencia de la problemática del consumo y la adaptación a la enfermedad hepática, así como mejorar el manejo de las emociones, resolución de problemas y asertividad.

Por lo tanto, se considera que la terapia grupal tiene una serie de ventajas como son:

- El favorecer el enganche al programa.
- Incremento en la conciencia de problemática con el consumo.
- Mejora en estrategias de afrontamiento de situaciones de riesgo de consumo.
- Mejor adaptación a la enfermedad hepática.
- Mejora en manejo de emociones, resolución de problemas y asertividad.
- La intervención pretrasplante “obligada” favorece la adherencia post-trasplante “no obligada”.

En coordinación con el equipo de trasplante se evalúa periódicamente la evolución de los pacientes en lista de espera de trasplante hepático según la evolución de la dependencia de alcohol y de su situación orgánica.

4.3. Contenidos del programa

Por lo tanto, los elementos del programa comprenden:

- Terapia grupal semanal para candidatos a lista de espera trasplante hepático y trasplantados.
- Seguimiento individual.
- Cuidados de enfermería.
- Reunión semanal con equipo de trasplante del hospital para valoración de candidatos a trasplante.
- Evaluación cognitiva si precisa

En la coordinación semanal con la unidad de trasplantes se establece:

- El estado de abstinencia
- Competencia para toma de decisiones
- Implicación en el tratamiento y previsión de adherencia al tratamiento postrasplante y al tratamiento psiquiátrico.
- En ocasiones surge el dilema entre la urgencia vital versus la necesidad de un periodo mayor para trabajar el aumento de motivación y la toma de conciencia del problema, analizando cada caso de forma individual.

4.4. Dificultades en el programa

Durante los años de funcionamiento de este programa han surgido una serie de dificultades:

Por el equipo de trasplante:

- La derivación desde el equipo de trasplante: no hay criterios aun claramente establecidos (se pueden derivar por periodo de abstinencia breve, dudas sobre la abstinencia, peor estado cognitivo, dudas sobre adherencia al tratamiento...)
- Derivación tardía con frecuencia: pacientes sobre los que urge una decisión y no da tiempo a realizar un trabajo terapéutico con ellos.

Por parte del programa de alcohol:

- Dificultad de valorar el consumo en los hepatópatas candidatos a trasplante (marcadores biológicos menos sensibles, ocultamiento por parte de la familia).
- Pocos programas similares.
- Problemas éticos: Exclusión de candidatos menos adecuados. Incluye estimación de riesgo de recaída sin disponer de variables predictoras fiables.

Por parte de los pacientes:

- Mala situación física para poder acudir a grupos semanales.
- Frecuentes ingresos.
- Elevado porcentaje de pacientes de otras ciudades y de fuera del área sanitaria.
- Escasa motivación y conciencia de enfermedad de la dependencia alcohólica.
- Intervalos de tiempos imprevisibles y muy variables entre pacientes para inclusión en LET y desde inclusión hasta el trasplante.

En la terapia grupal igualmente surgen una serie de dificultades debido a las características de dichos pacientes. En muchos de los casos existe un importante deterioro físico que hace que centren gran parte de su discurso en los problemas médicos asociados, así como en las múltiples consultas médicas e incluso ingresos hospitalarios que presentan. Además, el deterioro cognitivo destacado en muchos de ellos dificulta la comprensión y supone dificultades para establecer cambios conductuales. La escasa motivación inicial lleva a frecuentes faltas al grupo y pérdidas de seguimiento. Todo esto repercute en la adherencia y en la utilidad del programa.

Por lo tanto, se pueden señalar las siguientes dificultades en el grupo:

- Discurso centrado en limitaciones físicas y en la cirrosis.
- Deterioro cognitivo frecuente.
- Ritmo de progreso más lento.
- Angustia por la urgencia en la resolución del problema hepático.
- Mezcla de pre y post-trasplantados.
- Grupo abierto.
- Mayor dificultad en establecer cambios conductuales (por deterioro cognitivo).
- Sensación de invulnerabilidad a la recaída previa al trasplante.

4.5. Evaluación pretrasplante

En la evaluación para valorar la idoneidad del paciente para el trasplante hay que considerar entre otros factores el tiempo de abstinencia, la conciencia de la enfermedad, el apoyo familiar, la comorbilidad psiquiátrica o la presencia de tratamiento de su adicción (Lligoña et al. 2009).

Así, la evaluación pre-trasplante incluiría:

- Evaluación de la competencia.
- Tiempo de abstinencia de alcohol (mínimo 6 meses) y de otras drogas (1 año) previo al trasplante.
- Conciencia de enfermedad.
- Adherencia al tratamiento.
- Tratamiento actual de la dependencia.
- Apoyo sociofamiliar.
- Deterioro cognitivo.
- Comorbilidad psiquiátrica (psicosis, riesgo autolítico, trastorno de personalidad).
- Dependencia de tabaco: no es criterio de exclusión absoluto pero ha de tenerse en cuenta.
- Comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias (TUS).
- Riesgo de recaída tras el trasplante: fundamental pero no criterios establecidos

Contraindicaciones para el trasplante:

- Tiempo abstinencia alcohol (<6 meses) y drogas (<6-12 m).
- No conciencia de enfermedad adictiva.
- Expectativas de no adherencia al tratamiento.
- Ausencia de tratamiento de la dependencia.
- Comorbilidad psiquiátrica (psicosis en activo, riesgo autolítico persistente).
- Deterioro cognitivo destacado.
- No comprensión de lo que implica el trasplante, medidas de tratamiento posteriores, no capacidad para autocuidado.
- Comorbilidad con otros TUS activos.
- Elevado riesgo de recaída tras trasplante.
- Escaso apoyo sociofamiliar.

4.6. Importancia del tratamiento de la dependencia de alcohol previo a trasplante

La valoración psiquiátrica del paciente antes del trasplante y el inicio del tratamiento de su adicción en ese momento, con frecuencia presionado para que pueda incluirse en la lista de espera de trasplante, presenta claras ventajas:

- Favorece el enganche para el seguimiento post-trasplante y así poder evitar las recaídas.
- Control y consolidación de la abstinencia.
- Aumento de motivación para la abstinencia y de toma de conciencia del problema.
- Estrategias para prevenir recaídas.
- Psicoeducación de riesgos del consumo post-trasplante.
- Favorecer la implicación familiar.
- Evaluar y tratar la comorbilidad psiquiátrica.

Los estudios encuentran grandes dificultades para conseguir la incorporación de los pacientes tras el trasplante en un programa de adicciones con el objetivo de evitar las recaídas, por lo que la intervención debe de ser previa al trasplante.

Nuestros datos señalan que los pacientes que presentaron mejor adherencia a la terapia grupal recayeron menos tras el trasplante y que la mortalidad fue mayor entre los pacientes que recayeron.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Addolorato, G., Mirijello, A., Leggio, L., Ferrulli, A., D'Angelo, C., Vassallo, G., & Gasbarrini, A. (2013). Liver transplantation in alcoholic patients: impact of an alcohol addiction unit within a liver transplant center. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(9), 1601-1608.
- Bravata, D. M., Olkin, I., Barnato, A. E., Keeffe, E. B., & Owens, D. K. (2001). Employment and alcohol use after liver transplantation for alcoholic and nonalcoholic liver disease: a systematic review. *Liver Transplantation*, 7(3), 191-203.
- Chuncharunee, L., Yamashiki, N., Thakkestian, A., & Sobhonslidsuk, A. (2019). Alcohol relapse and its predictors after liver transplantation for alcoholic liver disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC gastroenterology*, 19(1), 150.
- Dew, M. A., DiMartini, A. F., Steel, J., De Vito Dabbs, A., Myaskovsky, L., Unruh, M., & Greenhouse, J. (2008). Meta-analysis of risk for relapse to substance use after transplantation of the liver or other solid organs. *Liver transplantation*, 14(2), 159-172.
- DiMartini, A., Day, N., Dew, M. A., Javed, L., Fitzgerald, M. G., Jain, A., & Fontes, P. (2006). Alcohol consumption patterns and predictors of use following liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transplantation*, 12(5), 813-820.
- Dom, G., Wojnar, M., Crunelle, C. L., Thon, N., Bobes, J., Preuss, U. W., ... & Wurst, F. M. (2015). Assessing and treating alcohol relapse risk in liver transplantation candidates. *Alcohol and Alcoholism*, 50(2), 164-172.
- Jiménez C, Manrique A, Marqués E, Ortega P, Loinaz C, Gómez R, Meneu JC, Abradelo M, Moreno A, López A, Moreno E. (2007) Incidence and risk factors for the development of lung tumors after liver transplantation. *Transplant International*, 20(1):57-63. doi: 10.1111/j.1432-2277.2006.00397.x
- Llagoña A, Freixa N, Bataller R, Monràs M, Rimola A. (2009) Guía clínica de evaluación de pacientes con conductas adictivas para trasplante hepático. *Gastroenterología y Hepatología*, 32(3):155-61.
- Lucey, M. R. (2011). Liver transplantation in patients with alcoholic liver disease. *Liver transplantation*, 17(7), 751-759.
- Lucey, M. R. (2014). Liver transplantation for alcoholic liver disease. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*, 11(5), 300.
- Mellinger JL, Volk ML. (2018) Transplantation for alcohol-related liver disease: Is it fair? *Alcohol and Alcoholism*, 53(2):173-7.
- Rice, J. P., & Lucey, M. R. (2013). Should length of sobriety be a major determinant in liver transplant selection?. *Current opinion in organ transplantation*, 18(3), 259-264.
- Rustad JK, Stern TA, Prabhakar M, Musselman D. Risk Factors for Alcohol Relapse Following Orthotopic Liver Transplantation: A Systematic Review. *Psychosomatics*. (2015). 56, 21-35.
- Tandon, P., Goodman, K. J., Ma, M. M., Wong, W. W., Mason, A. L., Meeberg, G., ... & Bain, V. G. (2009). A shorter duration of pre-transplant abstinence predicts problem drinking after liver transplantation. *American Journal of Gastroenterology*, 104(7), 1700-1706.

Anexo I.

PROGRAMA DE TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPATICO

1. Introducción. Explicación del programa.
- 2-4. Módulo incremento motivacional**
- 5-7. Módulo Psicoeducativo:** mecanismos neurobiológicos y psicológicos de adicciones.
8. Psicoeducativas: cirugía.
9. Hepatología.
10. Nutrición.
11. Hepatotoxicidad del alcohol.
12. Problemas médicos relacionados con el consumo de alcohol. (Digestivo)
13. Problemas médicos relacionados con el consumo de alcohol. (Cerebro)
14. Problemas médicos relacionados con el consumo de alcohol. (Corazón, Diabetes).
15. Repercusiones psicopatológicas del consumo.
16. Efectos de inmunosupresores. Adherencia al tratamiento.
17. Donación de órganos, legislación, donantes y receptores, papel de paciente y familia.
18. Revisión psicoeducación.
- 19. Módulo prevención recaídas.** Análisis de la conducta
20. Identificación de estímulos internos y externos.
21. Identificación de la respuesta fisiológica del deseo de beber
22. Análisis de consecuencias
23. Estrategias de afrontamiento del deseo de beber
24. Afrontamiento de las Situaciones de riesgo
25. Estrategias para afrontar los pensamientos molestos
26. Afrontamiento de situaciones de presión. Aprender a decir "NO"
27. Cambios en el estilo de vida relacionados con alcohol.
28. El proceso de recaída
29. Afrontamiento de las trampas psicológicas ocurridas durante el proceso terapéutico.
30. Revisión prevención de recaídas.
- 31. Módulo de cambio en estilo de vida pre y posttrasplante**
32. Cambios estilo de vida (nutricionales, ejercicio físico, tabaco).
33. Sexualidad.
34. Actividades de ocio.
- 35. Módulo afrontamiento de emociones:**
- 36-37. Manejo de la ansiedad.
- 38-39. Afrontamiento de la depresión,
- 40-41. Reconocer y manejar la ira.
- 42-43. Módulo de Resolución de problemas.**
- 44. Módulo asertividad.** Introducción a la asertividad.
45. Expresar y defender opiniones.
46. Negociar. Pedir cambio de conducta.
47. Expresar y recibir críticas.
48. Expresar emociones negativas.
- 49. Módulo familiar.** Papel de la familia.
50. Alcohol, cambios estilo de vida, trasplante, cirrosis hepática.
- 51. Repercusiones psicológicas enfermedad crónica y posttrasplante.**
- 52. Mejora cognitiva.** Ejercicios de memoria. Recomendaciones para casa.

17

PROGRAMA DE LUDOPATÍA DE LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS

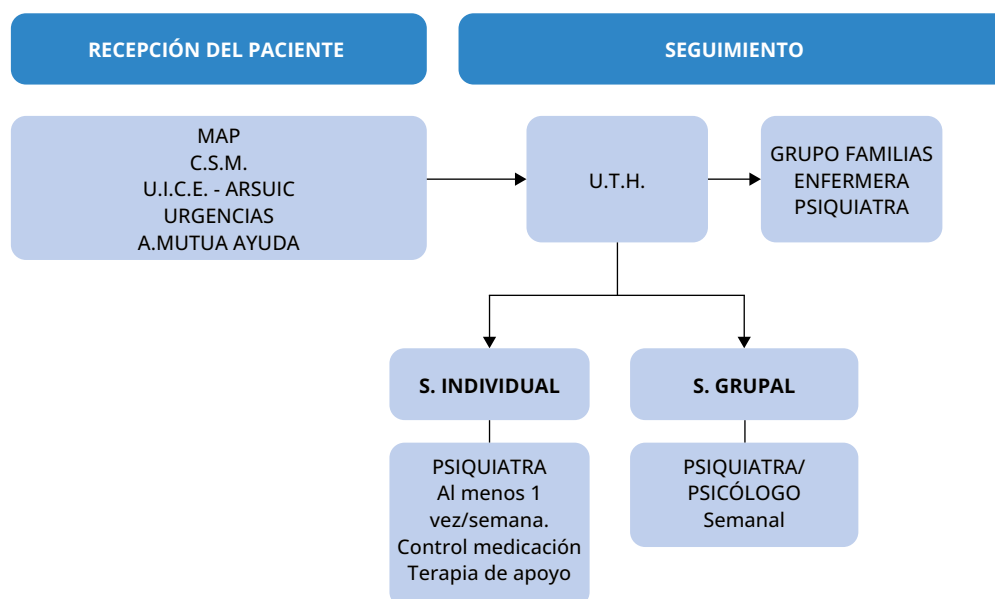
José Ramón López-Trabada

1. RECEPCIÓN DE PACIENTES

Hay varias vías por la que puede llegar el paciente al programa de Ludopatía del Hospital:

- Atención Primaria. El médico de atención primaria (MAP) detecta un problema de juego en el paciente y tras valorar la motivación del mismo para el cambio lo deriva a la Unidad de Transición Hospitalaria (UTH).
- Desde el Centro de Salud Mental (CSM). Pacientes que piden asistencia por presentar este trastorno o paciente en seguimiento por otras patologías y que en el transcurso del mismo se detecta un problema añadido de juego patológico.
- Desde la Unidad de Interconsulta (UICE), el programa de suicidio (Arsuic), en pacientes con intentos autolíticos derivados de su adicción al juego y en seguimiento en este programa.
- Desde la Urgencia. Pacientes que acuden por intentos autolíticos, de elevada incidencia en esta población, en el contexto de fase depresiva por su situación económica, personal (desesperación), familiar, legal, etc.
- Y, por último, los pacientes también son derivados desde las Asociaciones de Mutua Ayuda. Son pacientes derivados para su valoración e inclusión en nuestro programa, manteniendo simultáneamente sus seguimientos en la Asociación, pacientes en recaída que necesitan tratamiento, pacientes con intenso "craving" o con patología psiquiátrica asociada.

Los pacientes al llegar son valorados por el psiquiatra encargado del programa en la UTH, valoración encaminada a determinar gravedad de la adicción, motivación del paciente y existencia o no de patología dual, el seguimiento habitual es de tipo grupal, pero los pacientes con patología dual, TOC, Psicosis esquizofrénicas o Trastorno bipolar, no se incluyen en el grupo pasando a ser seguidos de manera individual, ya que la manera de jugar de estos pacientes difiere de la de los ludópatas puros o con algún trastorno de personalidad, lo que hace que su integración en el grupo y su capacidad de cambio no se acompañe con el resto.

Esquema del Programa de ludopatía en la U.T.H.**2. MEDIDAS DE CONTROL EXTERNO**

Habitualmente pedimos al paciente que venga acompañado por el familiar o conviviente más cercano a fin de establecer una serie de medidas iniciales de control externo, pactadas con el paciente y de las que el acompañante asume la supervisión.

Medidas de control externo:

- Control del dinero/tarjetas: cuentas mancomunadas, tarjeta monedero, justificación de gastos.
- Autodenuncia.
- Cierre de cuentas on-line, neutralizar publicidad.
- Dejar cualquier tipo de juego.

2.1. Medidas económicas

Pactamos entre otras medidas, no llevar dinero en efectivo ni tarjetas de crédito, o si llevamos cierta cantidad justificar el gasto por medio de los tickets de compra en que se ha empleado dicho dinero.

Cuentas mancomunadas en las que ninguno de los titulares puede sacar dinero sin el consentimiento del otro/otros.

Tarjeta monedero, que es una tarjeta de recarga, en la que podemos disponer de cantidades concretas y cuyos gastos quedan reflejados

2.2. Autoexclusión del Juego

La autodenuncia o autoexclusión es un recurso que la Dirección General de Ordenación del Juego, ente dependiente del Ministerio de Hacienda que se ocupa de la gestión del juego en territorio nacional, pone a disposición de cualquier persona para facilitar su inclusión en una lista de perso-

nas que de forma voluntaria, tienen que ser ellos mismos quienes lo soliciten, se inscriben en ella para evitar poder entrar en los distintos centros de juego por apuestas y que es comprobada a la entrada de los mismos, Salones, Bingos, Casinos o Webs de juego on-line. Esta lista con los DNI de los autodenunciado debería garantizar la exclusión del jugador en ella apuntado de la posibilidad de entrar en los mismos.

2.3. Cierre de cuentas On-Line y Bloqueo de publicidad

Hay jugadores autoexcluidos que mantienen cuentas on-line relacionadas con apuestas, como cualquier estímulo de juego supone una situación de riesgo elevada, proponemos cerrar todas aquellas Webs que tengan relación con el juego y así mismo bloquear, en la medida de lo posible, toda publicidad sobre el juego, lo cual no es fácil ya que dicha publicidad está muy extendida, aunque con la última legislación se ha restringido mucho la presencia de la misma.

2.4. Móvil de “abuelo”

En algunos casos se puede llegar a proponer al paciente el uso de móviles sin conexión a internet a fin de facilitar lo anterior

2.5. Curatela

Hasta el año 2021, esta figura legal, la Curatela, era una medida de protección para aquellas personas aquejadas de una clara incapacidad para manejar sus intereses económicos, tras un procedimiento judicial en el que se peritaba dicha capacidad, el Juez si lo consideraba adecuado, nombraba un Curador (Tutor) que supervisaba y aprobaba las decisiones del Curatelado en el ámbito económico exclusivamente, manteniendo el mismo el resto de sus derechos Jurídicos.

En 2021 se modificó la antigua figura de la Curatela, pasando el Curador a ser más un asesor, que debe respetar siempre la máxima autonomía del curatelado en el ejercicio de su capacidad jurídica y deben atender en todo caso a su voluntad, deseos y preferencias y solo en casos excepcionales y con autorización judicial asumir funciones representativas.

2.6. No jugar a ningún tipo de juego

Muchos pacientes piensan que su problema con el juego se limita al juego del que dependen pero no a otros sobre los que aparentemente no han perdido el control, se les explica que Juego es Juego y que todos ellos se soportan en los mismos principios, refuerzo positivo a corto plazo, negativo a largo plazo, refuerzo intermitente, competitividad, etc., por que jugar a cualquier juego es estimular sus deseos de jugar al juego del que dependen y por tanto sería una conducta de riesgo. Esto es algo que cuesta mucho que entiendan y respeten, sobre todo con juegos de tradición social como la lotería en Navidad, etc.

Se explica al responsable que estas medidas de control externo son barreras para dificultar el acceso al mismo, pero no son la solución, solo un facilitador inicial de la abstinencia, y que su misión es de supervisión no de férreo control económico, para neutralizar las actitudes “policiales” del familiar, y que la decisión de en que gasta el paciente su dinero es del propio paciente, limitando su supervisión a comprobar la veracidad del gasto realizado por el, todo ello para no generar un ambiente contraproducente en la evolución del paciente.

3. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

No existen tratamientos específicos para la adicción al juego, por ello valoramos mucho la necesidad o no de su empleo.

Tratamientos farmacológicos:

- Anticomiciales.
- I.S.R.S.
- ¿Ansiolíticos?
- Hipnoinductores
- Antagonistas Opioides
- Interdictores

3.1. I.S.R.S.

Aunque se han recomendado el uso de I.S.R.S. como fármacos que pueden reducir el impulso a jugar, los estudios clásicos recomiendan entre otros la fluoxetina a dosis de entre 40 – 60 mg/día, en nuestra Unidad solo se prescriben si realmente existe una alteración del estado de ánimo que lo justifique, y en las dosis habituales para estos trastornos.

3.2. Anticomiciales

En casos de pacientes con una clara dificultad en el control de impulsos o con un índice elevado de compulsividad, lo que es frecuente en la mayoría de ellos, empleamos anticomiciales, generalmente, pregabalina, gabapentina o eslicarbazepina, que se han mostrado muy eficaces en la reducción de la Impulsividad/Compulsividad.

	Dosis orientativas
Pregabalina	150 - 300 mg/día
Gabapentina	300 - 600 mg/día
Eslicarbazepina	800 - 1600 mg/día

Son fármacos seguros, con bajo índice de generar tolerancia y dependencia a las dosis aconsejadas y presentan una buena tolerancia.

3.3. Hipnoinductores

Como Hipnoinductores empleamos habitualmente Trazodona o Quetiapina a dosis bajas, evitando los hipnoinductores benzodiacepinicos y farmacos Z por elevado riesgo de generar adicción, más aun en pacientes con alta vulnerabilidad.

3.4. Antagonistas Opioides

En caso de intenso deseo de jugar, utilizamos o bien Antagonistas Opioides, que producirían una disminución del refuerzo positivo y por tanto del deseo de jugar o interdictores del alcohol,

Disulfiram, más aun si hay comorbilidad con abuso/dependencia del mismo, ya que además de la inhibición de la aldehído deshidrogenasa, base de su acción antialcohólica, también produce una inhibición de la Dopamina Beta Hidroxilasa produciendo niveles de dopamina más elevados que neutralizarían en parte el “Craving”.

3.5. Benzodiacepinas

Por regla general no utilizamos benzodiacepinas por la razón ya esgrimida con los hipnoinductores, son fármacos con un alto potencial adictivo por lo que en población con alta vulnerabilidad adictiva representan un elevado riesgo de transformarse en problema más que en solución. Como alternativa empleamos en casos de elevados niveles de ansiedad los anticomiciales ya referidos, que controlan la ansiedad de manera adecuada y no tiene el peligro adictivo de las benzodiacepinas.

4. GRUPO DE TERAPIA

Características del grupo terapéutico:

- Cerrado.
- Homogéneo.
- Estructurado.
- Frecuencia semanal.
- 16 sesiones.
- Terapeutas: psicólogo y psiquiatra.

Como ya mencionamos el seguimiento es sobre todo de tipo grupal, que se complementa con un seguimiento individual, para ajuste farmacológico, terapia individual si precisa o sesiones con familiares. Ver anexo 1.

SESIONES:

- PRIMERA PARTE: PSICOEDUCACIÓN DE LA ADICCIÓN.
 - ◊ SESIÓN 1: Presentación, normas y primeros conceptos.
 - ◊ SESIÓN 2-3: ¿Por qué se produce una adicción?
 - ◊ SESIÓN 4: Sistema de aprendizaje.
 - ◊ SESIÓN 5: Distorsiones cognitivas.
- SEGUNDA PARTE: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.
 - ◊ SESIÓN 1: Sesión informativa
 - ◊ SESIÓN 2: El proceso de la recaída
 - ◊ SESIONES 3: Identificación y manejo del craving inminente.
 - ◊ SESIÓN 4-5: Reestructuración de pensamientos que se muestran como posibles desencadenantes de consumo.
 - ◊ SESIÓN 6-7-8: Expresar emociones negativas: manejo de la ira, ansiedad, depresión...
 - ◊ SESIÓN 9-10: Entrenamiento en HHSS.
 - ◊ SESIONES 11: ¿Y si ocurre una recaída?...

Durante su asistencia a la Unidad fomentamos la inclusión del paciente en grupos externos de Ayuda mutua para que una vez finalizado su seguimiento en nuestra unidad, el paciente cuente con

un recurso de mantenimiento adecuado y mantenido en el tiempo. Manteniendo el seguimiento individual en nuestra Unidad o en el CSM correspondiente.

El grupo de familias que se lleva en la UTH y del que hablaremos en capítulo aparte, es mixto incluyendo tanto familiares de pacientes alcohólicos como de adicciones comportamentales como la ludopatía o las compras compulsivas

ANEXO I



Hospital Universitario
12 de Octubre



AGC Psiquiatría y Salud Mental

PSICOEDUCACIÓN DE LA ADICCIÓN

Carla Russo Ferrari, Ángela Vargas Villate, José Ramón López-Trabada

1. SESIÓN 1: Primeros conceptos. Conceptos básicos, definiciones

Vamos a ver algunas definiciones: sobre la dependencia y la adicción para entender por qué se producen las adicciones, ¿qué sucede en el cerebro?, ¿por qué nos enganchamos?, ¿por qué hay tanta tendencia a tener recaídas?

- **ABSTINENCIA:** Este es un concepto sencillo, decimos que alguien es abstinentes si nunca ha tomado una sustancia o realizado determinada conducta, o bien si, después de haberlo hecho durante un tiempo deja de hacerlo.
- **USO NO PROBLEMÁTICO:** consumo/práctica ocasional que no ocasiona problemas. No es lo que hace „todo el mundo“ pero sí que podemos decir que un porcentaje importante de personas lo practica con cierta frecuencia sin desarrollar problemas con ello. Se puede ver en el juego (como en otras adicciones) Ej.: en Navidad, el Niño y la rifa de mi pueblo juego un cupón de lotería.
- **USO EXCESIVO:** es el concepto de „tomar mucho“ o „hacerlo mucho“. Sólo tiene interés a nivel epidemiológico, si bien, cuanto mayor es el uso o consumo, mayor es la probabilidad de tener problemas, pero hay personas que pueden pasar sin tenerlos, y hay personas que con cantidades muy inferiores tienen problemas muy graves.

Por tanto, NO ES LA CANTIDAD LO QUE DEFINE EL PROBLEMA: lo que va a definir mi situación son otras circunstancias, son los problemas que me produce el consumo.

- **USO PERJUDICIAL / ABUSO:**
 1. Es un hábito (da igual la frecuencia de uso, da igual si es diario, o cada tres meses, da igual si lo hace poco a poco o todo de golpe, da igual si es a solas o con gente),
 2. y ese uso comienza o pone en riesgo de generar problemas.
- **DEPENDENCIA / ADICCIÓN:**
 1. Es un hábito. (y aquí también nos da igual la frecuencia de consumo, da igual si es diario, o cada tres meses, da igual si lo hace poco a poco o todo de golpe, da igual si es a solas o con gente, etc.),
 2. Y el uso genera problemas. Se da cuando un hábito (una conducta que se repite) genera problemas (y da igual el tipo de problema).

Lo que va a definir la dependencia es que al percibir que hay un problema la persona muestra mucha dificultad para abandonar dicho hábito.

Decimos, por tanto, que hay una adicción cuando existe un hábito (el que sea), que da problemas (los que sean), y que no puede abandonarse sin esfuerzo, lo que provoca que tienda a repetirse a pesar de que uno tenga claro que le resulta perjudicial.

2. SESIÓN 2: ¿Porqué se produce una adicción?

En la actualidad sabemos que nos enganchamos porque las sustancias y conductas con potencial adictivo producen una activación en ciertas zonas del cerebro que nos llevan a REPETIR sistemáticamente esa conducta, independiente de los efectos subjetivos que tengamos o lo que experimentemos en nosotros.

Sistema biológico de recompensa

Existe en nuestro cerebro una región llamado Núcleo Estriado. Está en la parte interior del cerebro y es una parte muy antigua y primitiva, forma parte de lo que llamamos cerebro reptiliano, y funciona igual en todos los animales. Este núcleo se encarga de que las conductas motoras que no forman parte de nuestros instintos automáticos, las que tenemos que aprender, con el tiempo y la práctica se conviertan en procesos automáticos, que podemos hacer sin pensar en ellos. Por ejemplo: aprender a andar

En la parte delantera y por debajo, existe una zona que se llama Núcleo Accumbens. No es exclusiva del ser humano y aparece también en el cerebro reptiliano de todos los animales. Hace algo muy similar a lo que hemos dicho para las conductas motoras, pero en este caso con comportamientos más complejos, conductas generalmente encaminadas a la supervivencia individual y de la especie, como comer, dormir, tener relaciones sexuales, etc.

Cuando uno realiza una conducta, X, la que sea, y como consecuencia de esta actividad se consigue algo importante para la supervivencia del individuo o la especie, como comida, líquido, relaciones sexuales y en nuestra especie y otras también cualquier forma de interacción social satisfactoria, en el Núcleo Accumbens se produce un aumento de la actividad de una sustancia llamada dopamina.

El aumento de dopamina en el N. Accumbens, lo que hace es dar una señal de que la conducta realizada es positiva, puesto que sirve para conseguir cosas positivas. Es decir, es el centro del sistema de aprendizaje, puesto que funciona como una señal para decidir qué conductas son exitosas, y por tanto deben “aprenderse”, esto se traduce en que el cerebro ordena que se deben hacer cada vez con más frecuencia, con más intensidad, con más eficacia y de forma más automática cada vez.

Por esta elevación, el organismo entiende que son buenas, si suben la dopamina en el N. Accumbens por definición son buenas, e igualmente hay que repetirlas, sin reparar en el carácter perjudicial de las mismas. Ello no implica que el cerebro funcione mal, hace su función como debe hacerla, simplemente ocurre que el cerebro está hecho para desenvolverse en una naturaleza en que no existe el alcohol, el tabaco, el juego, etc.

Existe igualdad de funcionamiento con los animales superiores con la excepción de la corteza frontal, que nosotros los humanos tenemos muy desarrollada y ellos no. En los demás animales es apenas una lámina lisa, pero en el ser humano ocupa la tercera parte de todo el cerebro. En esta parte del cerebro reside nuestra capacidad para ser conscientes de nosotros mismos y de la rea-

lidad de la forma especial que lo hacemos los seres humanos, y la capacidad de tomar decisiones en función del conocimiento consciente de nosotros, la realidad, y la conciencia del tiempo, en vez de hacerlo de forma instintiva o mediante automatismos aprendidos, como hacen el resto de los animales.

Esta parte del cerebro establece conexiones muy potentes hacia el sistema de recompensa, de forma que desde aquí, controlamos el sistema a voluntad. Ejemplo, llega la una del mediodía, sentimos hambre, tenemos la nevera llena de comida y, sin embargo, nos decimos “no voy a comer nada ahora, que me va quitar el apetito justo antes de la hora de comer”. Esto es absolutamente imposible para ningún animal. Si un animal tiene hambre y acceso a la comida, come. Esta capacidad de decisión está intacta en todos, incluidos las personas con dependencia.

Por todo lo anterior, podemos decir:

1. La adicción es una enfermedad, producida por el impacto de determinadas sustancias y conductas sobre el Núcleo Accumbens. Uno no es culpable de haberla desarrollado, aunque sí es responsable de lo que hace con ella, de no enfrentarse a ella.
2. El Núcleo Accumbens y el resto de sistemas cerebrales funcionan previamente bien, realizan su función adecuadamente, aun cuando sea hacia una sustancia o conducta inadecuada.
3. Una vez establecida la adicción, la propensión a realizar la actividad en forma patológica se mantiene toda la vida, por lo que nunca puede uno volver a ponerse en contacto con la sustancia o realizar la actividad de forma controlada.
4. El sistema de recompensa trabaja por la supervivencia, la adicción no está motivada por un instinto de autodestrucción.
5. La corteza cerebral humana hace posible que solo nosotros podamos bloquear al sistema primitivo del circuito de recompensa, todos tenemos la capacidad de no actuar automáticamente bajo su dirección.
6. Las justificaciones o autoengaños son el medio que ineludiblemente tiene que utilizar el sistema primitivo para saltarse nuestra barrera racional.
7. Las recaídas no indican que se pierda la capacidad de mantenerse en abstinencia indefinidamente, tras un tropezón uno puede volver a levantarse y continuar.

3. SESIÓN 3: Cómo se pasa de jugador social a jugador problema

El proceso sería el siguiente: la persona empieza a jugar en exceso, las pérdidas cada vez son mayores, el jugador sigue jugando y recurre a diversas estrategias (pedir dinero prestado, cometer desfalcos,...) para hacer frente a los gastos. Esto termina en un círculo vicioso. Además el jugador suele esconder el problema, las mentiras son frecuentes, y esto junto a las pérdidas deteriora las relaciones familiares.

El juego se convierte en lo más importante de su vida. Pasa gran parte de su tiempo pensando en el juego y en cómo obtener dinero para cubrir las pérdidas y seguir jugando. Se enfada cuando se le contradice o se le interroga sobre el juego. Aparece la culpa, aunque trata de justificarse mediante excusas como “me recuperaré en la próxima jugada”, pero a veces termina en un estado deprimido que le puede llevar al suicidio como única salida.

Se ha estructurado el proceso de pasar de jugador social a jugador patológico a través de tres fases:

1. Fase de ganancias: El jugador da gran importancia a las ganancias y minimiza las pérdidas, lo que le lleva a aumentar su autoestima y optimismo.
2. Fase de pérdidas: Aumenta la frecuencia y cantidad de dinero invertido en el juego, lo que incrementa las pérdidas. Para hacerlas frente, el jugador se va endeudando, por lo que juega para obtener dinero y hacer frente a más pérdidas, así entra en un círculo vicioso del que es difícil salir. Aquí comienza el deterioro familiar y laboral, ya que cada vez está más irritable y se distancia de amigos y familia. Ya existe una falta de control de impulsos. En esta fase es difícil que la persona reconozca el problema. La familia descubre las consecuencias del juego y presionan al jugador para que lo deje. Para ayudarlo suelen hacerse cargo de las deudas con lo que el jugador no asume sus responsabilidades, ni padece las consecuencias negativas de su conducta, por lo que suele seguir jugando, aunque hay personas que puede que lo dejen por un tiempo.
3. Fase de desesperación: La persona recae en su conducta de juego y trata de ocultarlo a su familia y allegados. Se vuelve a ver desbordado por sus problemas financieros, deudas y esto le suele llevar a cometer actos ilegales para conseguir el dinero. Estos delitos no suelen ser violentos. La persona cree que devolverá el dinero con las próximas ganancias. Cuando la familia descubre las nuevas mentiras, el deterioro familiar llega a ser extremo. La persona se siente atrapada, puede iniciarse el incremento de ingesta de alcohol para evadirse de los problemas. Aumentan los signos de malestar físico y psicológico e incluso puede llegarse al suicidio.

4. SESIÓN 4: Sistema de aprendizaje

En la sesión anterior se ha visto el papel del sistema dopaminérgico en las adicciones, y se ha comentado que el Núcleo Accumbens es el centro del sistema de aprendizaje. Ahora veremos cuáles son las leyes fundamentales que gobiernan los procesos de aprendizaje, identificando para ello tres tipos de aprendizaje:

Condicionamiento simple o aprendizaje pauloviano

Lo llamamos pauloviano por I. Pavlov, un científico ruso que, a finales del XIX y principios del XX realizó unos conocidísimos experimentos con perros.

Esquema:

PERRO

Ver comida produce saliva.

Oír campana por sí sola no produce nada.

Ver comida + Campana –de manera simultánea– Produce saliva (por la comida).

Tras varias repeticiones

Oír campana –Produce saliva (sin que haya comida).

En primer lugar, se observaba que el animal producía saliva ante la vista de la comida. La visión de la comida es el estímulo que de forma natural dispara una respuesta fisiológica, producir saliva para preparar la boca para la masticación. Este estímulo natural se denomina estímulo incondicionado, es automático. Durante una serie de veces, cada vez que se presenta la comida al animal, al mismo tiempo se hace sonar una campana, así todas las veces, de esta manera se presentan juntos el estímulo incondicionado con un estímulo que, en principio, es un estímulo neutro no produce ninguna respuesta automática en nosotros, porque ni en los perros ni en nosotros escuchar campanas tiene nada que ver con la producción de saliva. Entonces, llega un momento en que,

simplemente con que el animal oiga la campana, sin que se presente la comida, hace que empiece a producir saliva. El estímulo neutro se ha convertido en un estímulo condicionado, porque el organismo del animal ha aprendido que se asocia con la llegada de la comida.

En relación a la adicción, algunos fenómenos que pueden sentirse se explican por este proceso de condicionamiento simple. Por ejemplo, cuando nos enfrentamos a un estímulo asociado en el pasado con la práctica de la conducta adictiva, puede aparecer bruscamente en nosotros una sensación o un conjunto de sensaciones, a veces similares, a veces contrarias al efecto que nos producía; a veces agradables, a veces desagradables; y que pueden relacionarse o dar lugar a una percepción de deseo. Puede aparecer al pasar por una calle en la que está el bar en que solía jugar a las máquinas, al encontrarnos al camarero del bar en el que jugaba, etc. Los fabricantes de máquinas tragaperras conocen bien este fenómeno, y lo utilizan en las luces y sonidos que habéis comprobado que se ponen en marcha cuando está sin usar, para desencadenar estas sensaciones en los presentes.

Condicionamiento operante o Aprendizaje instrumental

Las leyes del condicionamiento operante son muy simples: Una conducta se va a repetir más o menos en el futuro, en función de si tiene consecuencias positivas o negativas para el individuo, sobre todo a corto plazo. Esto se produce automáticamente, de forma animal, sin que haya una elaboración consciente de la causalidad, la asociación temporal, consciencia del futuro, evaluación consciente de las consecuencias o decisión voluntaria en ello.

- ➔ Refuerzo positivo: Aumenta la probabilidad de ocurrencia de la conducta porque produce placer (aumenta la dopamina del Núcleo Accumbens)
- ➔ Refuerzo negativo: Aumenta la probabilidad de ocurrencia de la conducta porque elimina sensaciones negativas, como la ansiedad de la abstinencia (aumentando también la dopamina en el N. Accumbens).

Las conductas adictivas se comportan, por definición, como refuerzos positivos o recompensas porque aumentan la dopamina en el N. Accumbens, simplemente. El refuerzo negativo es un añadido que puede aparecer en muchas personas para facilitar el desarrollo de la adicción, y ayudar a mantenerla después, aunque no sea imprescindible. Una situación típica es que el refuerzo negativo puede tener importancia cuando una persona en una etapa de su vida empieza a practicar la conducta adictiva y se encuentra en una situación desagradable. Por ejemplo, cuando está ansioso, o triste, o tras una situación de conflicto y enfrentamiento personal. Aunque lo haga para aliviar un estado negativo, lo cierto es que cada una de estas dosis/conducta provoca su correspondiente aumento masivo de dopamina en el N. Accumbens, que es lo que lleva al desarrollo de la adicción, a quedar enganchado. Aunque se solucione después la causa que provocaba el malestar, uno ya no puede dejar la conducta. Esta situación tiene importancia para estas personas también porque, en el futuro, cuando quiera dejar la sustancia, los estados negativos funcionarán como disparadores de la conducta de búsqueda y consumación del comportamiento adictivo.

Modelado

El modelado es un proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta de un individuo o un grupo de individuos actúa como estímulo para generar conductas semejantes en otros individuos que observan la actuación del modelo. La mayor parte del aprendizaje en los humanos es un aprendizaje observacional, desde pequeños.

El modelado puede utilizarse para aprender nuevas conductas, inhibir o desinhibir patrones comportamentales.

Ejemplo: Hijos que han tenido algún familiar jugador, ir con el grupo de amigos a apostar de forma lúdica, etc.

5. SESIÓN 5: Distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas pueden observarse en multitud de situaciones. Son comunes a todos los seres humanos, por muy distintas que sean sus circunstancias personales, su historia, su personalidad; son iguales en todas las diferentes culturas, y a lo largo de la historia.

Se entienden como un error en el procesamiento de la información asociado a unas creencias desadaptativas o que no se ajustan al entorno. Este error en el procesamiento puede influenciar la conducta y el estado emocional. Serían una especie de fallo en el pensamiento crítico.

Estas percepciones y pensamientos distorsionados son acerca de uno mismo, del mundo y del futuro.

Las distorsiones cognitivas no son un trastorno ni una enfermedad, y todos hacemos alguna distorsión con más o menos frecuencia, pero sí es cierto que son parte del cuadro central de muchos trastornos como los trastornos de personalidad, la depresión y las adicciones, que pueden llegar a mantenerse por estas corrientes de pensamiento erróneas.

Las distorsiones cognitivas muchas veces se mencionan como pensamientos negativos automáticos o creencias irracionales.

Las creencias irracionales se diferencian de las racionales por varias características:

- Son automáticos.
- Son absolutas.
- Son creídos sin duda ni crítica de los mismos.
- Son difíciles de desviar, mezclándose con los demás pensamientos
- Son negativos
- Son aprendidos (por tanto se pueden desaprender).

La principal distorsión utilizada como justificación es la negación. Y no me refiero a “decir que no”, sino a “no-ver”, “no-darse cuenta”, “no-ser consciente” de los problemas que ha generado la adicción, de la gravedad de los problemas, de la relación entre la adicción y los problemas

Se desarrolló un método de investigación llamado “pensar en voz alta”, que consiste en entrenar a los sujetos a verbalizar en voz alta todo lo que se les pase por la cabeza mientras realizan una tarea (jugar). Los resultados obtenidos con población normal indican que cuando una persona juega tiene gran número de pensamientos sobre el juego, de los cuales más del 70 por 100 de los mismos implican errores cognitivos.

Algunos de ellos serían:

- Relación causa-efecto.
- Formular hipótesis sobre el juego: tener un sistema para ganar, predicciones,...
- Confirmación de una hipótesis o predicción, o sorpresa cuando ésta no se confirma.
- Personificación de la máquina.
- Situar el mérito o el error en uno mismo, percepción de habilidad personal y/o control, referencia a habilidades personales.
- Referencia a un estado personal (suerte).

Estas creencias irracionales guardan relación con distintos sesgos cognitivos que están afectando a la percepción del juego. Los más importantes son:

- a. La ilusión de control: son las expectativas sobre el éxito personal que se mantienen sin tener en cuenta las leyes de la probabilidad. Los jugadores parece que sobrestiman la posibilidad de control sobre los resultados, olvidando que se trata de juegos de azar. Muchas veces, este supuesto control sobre los resultados se ejerce mediante rituales y supersticiones, resultado del pensamiento mágico, que consiste en creer en la existencia de una relación entre la presencia de determinados objetos o hechos y unas consecuencias.
- b. Atribuciones diferenciales en función del resultado: se ha demostrado que las personas tratan de atribuir el éxito a factores personales (habilidad o esfuerzo), y los fracasos a factores externos (mala suerte). Este sesgo atribucional también está presente en el juego. Este sesgo refuerza la creencia del jugador de que el premio siempre está a punto de salir, por lo que debe seguir jugando. Se ha comprobado que las jugadas que se pierden por muy poco producen mayor excitación y funcionan como un adelanto del refuerzo provocando una nueva jugada para buscar el resultado anhelado. Esta podría ser una explicación por la cual los jugadores siguen jugando a pesar de las pérdidas.
- c. El sesgo confirmatorio: hace referencia a la atención selectiva que las personas mostramos hacia la información que apoya nuestro punto de vista. De este modo, el jugador solo atiende a los resultados positivos (ganancias), interpretándolos como una señal de habilidad, suerte,...mientras que no atiende a los resultados desfavorables y de este modo no afectan a su sistema de creencias. Este fenómeno también aparece en las recaídas, ya que el jugador puede catalogarse como "persona sin solución", de modo que una recaída se interpreta como una confirmación de esta idea, llevándole de nuevo al juego sin control.
- d. La falacia del jugador: esta creencia está en relación con la conducta de "cazar pérdidas" (recuperar). Se refiere a la creencia de que cuanto más se pierda más probabilidad hay de ganar en la siguiente ocasión.
- e. La falacia del talento especial: Tienen un talento especial para ciertos juegos, "su sistema infalible".
- f. El resplandor de ganar: Situación en la que los jugadores prestarán atención a los resultados positivos, pero se olvidarán de los negativos.
- g. Razonamiento emocional: Distorsión cognitiva que se encuentra también en pacientes deprimidos: se centran en las emociones negativas y suponen que éstas representan los hechos, en los jugadores sucede al revés.

Las ideas irracionales aparecen en distintos momentos a lo largo del juego, dificultando que el jugador haga frente a su problema de juego.

FILTROS de las ideas irracionales.

1º Evidencia

Lo primero que me plantearé será conocer la evidencia o certeza del pensamiento. Este filtro por sí solo ya deshecha gran parte de nuestros pensamientos irracionales. Me haré preguntas del tipo de:

¿Es totalmente cierto este pensamiento? ¿En qué pruebas me baso? ¿Podría existir otra explicación u otra forma de pensar más realista? ¿Es un hecho probado científicamente?

2º Gravedad

Nos vamos a hacer preguntas encaminadas a evaluar la magnitud de las consecuencias, en caso de que el pensamiento fuera cierto.

¿Serían tan terribles las consecuencias? ¿Qué ocurriría si...? ¿A cuántas áreas de mi vida afectaría? ¿Podría encontrarme bien aun cuando esto sea así? ¿Hay otras personas a quienes les haya ocurrido y cómo lo han vivido?

3º Utilidad

Preguntas que intentan evaluar los efectos de pensar de esa manera.

¿Qué consecuencias tiene para mí pensar así? ¿Me ayuda a solucionar mis problemas? ¿Me hace sentirme bien?

ANEXO II

MÓDULO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Carla Russo Ferrari, Ángela Vargas Villate, José Ramón López-Trabada

1. SESIÓN 1: Sesión informativa

El objetivo general de esta sesión es:

- Información y psicoeducación sobre la prevención de recaídas

Los objetivos específicos que se persiguen son:

- Conocer la importancia de la prevención de recaídas en el proceso global de tratamiento de los problemas de juego.
- Poder diferenciar una caída de una recaída.
- Aprender a manejar las caídas en el caso de que se produzcan, de modo que no acaben transformándose en una recaída.

Psicoeducación:

Este es uno de los puntos clave en el tratamiento de las adicciones. El verdadero problema con el que nos encontramos en nuestro campo no es lograr que los pacientes abandonen la adicción, sino lograr que la abstinencia se mantenga a lo largo del tiempo.

Hay una serie de variables que marcan una mayor o menor tendencia a las recaídas, como son:

- Tiempo de juego.
- Frecuencia de juego.
- Cantidad de tiempo dedicada al juego.
- Existencia de comorbilidad con otros trastornos de índole psicológico o psiquiátrico.
- Existencia o no de policonsumos.
- Relativas al tratamiento: frecuencia de asistencia a citas, adherencia o no al tratamiento farmacológico, implicación de la familia...

La mayor parte de las recaídas vienen precisamente porque los pacientes se siguen aferrando al estilo de vida que llevaban anteriormente, teniendo la falsa creencia de que pueden dejar de jugar sin abandonar su antigua vida.

Caída vs recaída:

Por caída entendemos un episodio aislado de juego en un sujeto que realmente desea dejar de jugar.

Por recaída entendemos el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa que ya se habían superado y que finalmente llevan de vuelta a la conducta anterior retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación.

Síntomas de una recaída:

Una persona en recuperación puede comenzar a mostrar síntomas de una recaída antes del consumo o conducta adictiva. Poder identificar estos síntomas y actuar a tiempo puede prevenir una recaída.

Algunos de los síntomas más frecuentes son los siguientes, no obstante cada persona es diferente y presentará síntomas propios:

- Retorno al pensamiento obsesivo respecto a la conducta adictiva: sueños, deseos...
- Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación (volver a los lugares de riesgo, volver a ver a personas relacionadas con la conducta...)
- Descuidar el plan de recuperación: dejar de ir a los grupos, no tomar la medicación...
- Aislamiento social o pérdida de contacto con nuevas relaciones de recuperación.
- Irritabilidad.
- Sentimientos de depresión o ansiedad flotantes (que no se relacionen claramente con eventos externos).
- Discusiones frecuentes en la familia.
- Actitud defensiva al hablar de la recuperación o cuando se refuerzan los avances conseguidos.
- Insomnio, intranquilidad, dificultad para descansar.
- Preocupación obsesiva por lo económico.

Una de las paradojas del proceso de recaída es que mientras más marcados son los síntomas menos capacidad tiene la persona para poder aceptar las críticas constructivas sobre ellos de quienes le rodean.

Reglas de actuación ante una caída

A continuación hay una serie de reglas para aplicar en el caso de que se produzca una caída, y evitar que éste se transforme en una recaída total:

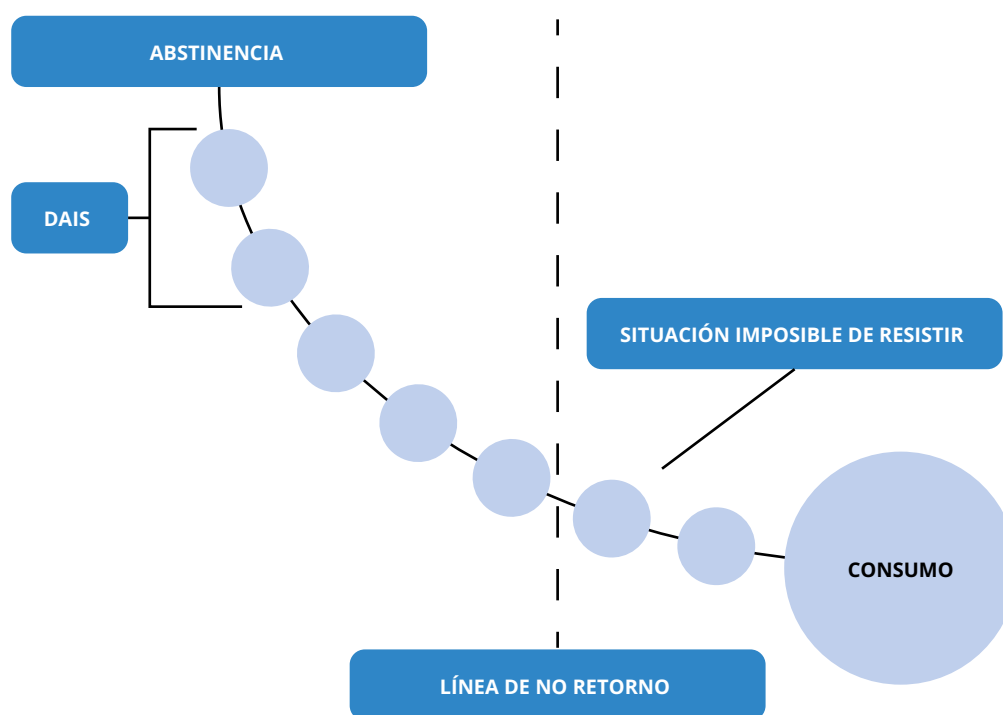
- En estos momentos es posible que te encuentres cabreado o culpable por lo que ha pasado. Es normal, pero piensa que las caídas son frecuentes en el proceso de rehabilitación. Lo que sí es más problemático es que se repitan las situaciones de juego.
- Evitar volver a jugar (que la caída no se convierta en recaída).
- También es posible que pienses que esto es una tontería que sólo ha sido un momento aislado, y que no tiene importancia. Pues sí la tiene: ¿cuántas veces te has dicho lo mismo?, ¿cuántas veces has vuelto a jugar porque de esta manera eliminas el malestar que sientes por haber vuelto a “picar” después de estar un tiempo abstinente?
- No te engañes a ti mismo: sabes que volver a jugar es un bache. Aunque lo niegues va a estar ahí.
- Habla con una persona de confianza y cuéntale lo que te ha pasado.
- Pide cita cuanto antes con el centro de tratamiento. No lo dejes para mañana, te harán un hueco ese mismo día.
- No dudes en contar todo lo que ha pasado.
- No ocultes nada, pues de lo contrario no podrán ayudarte. Recuerda que ¿quién si no va a entender qué es lo que ha pasado?
- Esto no es más que un bache que a la mayoría de la gente que tiene un problema de adicción le pasa. Y pese a todo consigue salir.

2. SESIÓN 2: Proceso de recaída

Una de las falacias de la recaída es definir ésta cómo simplemente la vuelta al juego. Aunque esto es cierto parcialmente en realidad se llama recaída a todo el proceso que lleva desde un estado de abstinencia sostenida hasta la adicción activa.

Este proceso ocurre a lo largo del tiempo y se manifiesta como una serie de síntomas o cambios que en realidad son regresiones a los antiguos patrones de conducta y pensamiento que ya se habían superado.

Normalmente en este proceso influyen, entre otros factores los llamados **DAIS** o DECISIONES APARENTEMENTE IRRELEVANTES que la persona toma y enlazadas unas con otras y que van llevando a construir el camino hacia la recaída. Estas pequeñas decisiones aparentemente irrelevantes no tienen aparentemente importancia, pero su efecto es acumulativo y van llevando a la persona hacia una situación imposible de resistir donde será inevitable la conducta adictiva pues los márgenes de la susceptibilidad ya se han sobrepasado.



Existe una línea imaginaria o de no retorno después de la cual no es posible dar marcha atrás a la conducta de búsqueda y el jugar es inminente. En la zona de transición entre la línea de no retorno y el juego, la recaída es primariamente de conducta y de actitud sin que haya ocurrido aún la conducta adictiva.

Ejemplos de DAIS:

- Necesito tabaco y entro en un bar a comprarlo, donde hay tragaperras.
- Decido hacer un pago de algo en efectivo cuando lo podría hacer por transferencia.

3. SESIÓN 3: Identificación y manejo del craving inminente

El craving es el deseo irrefrenable por el consumo o ansia por jugar. De forma más general, representa un deseo muy intenso por una experiencia concreta del tipo que sea.

- Impulso: consecuencia instrumental del craving. Es la **intención** de realizar una conducta consumatoria cuyo objetivo sería reducir el estado de craving.
- Consumo. Es la **conducta consumatoria** propiamente dicha que reduce a corto plazo el estado de craving.

Se asume que:

1. El craving forma parte de la adicción. Explica por qué se mantiene la conducta de consumo y está en el origen de muchas recaídas tras un periodo de abstinencia.
2. El craving se intensifica si la persona recibe el impacto de señales asociadas a la conducta adictiva. (Estímulos externos)
3. Es esencial que la persona aprenda a analizar, afrontar y manejar los cravings y observar cómo desaparecen sin la necesidad de consumo.

Se han identificado 4 tipos de craving:

1. Craving como respuesta a los síntomas de la abstinencia: en este caso el craving representaría algo así como una necesidad de sentirse bien de nuevo.
2. Craving como respuesta a la falta de placer o a estados emocionales negativos: señalaría un intento por mejorar los estados de ánimo de la forma más rápida y más intensa posible.
3. Craving como respuesta condicionada a las señales asociadas a la conducta adictiva: responde a la asociación establecida durante el consumo entre algunos estímulos neutros en principio, pero que acaban asociados al acto de jugar y la intensa recompensa obtenida de la utilización del juego. La presencia de estos estímulos induciría un craving automático.
4. Craving como respuesta a los deseos placenteros: se puede producir craving cuando se desea aumentar una experiencia positiva (alcohol y juego, estar con amigos y juego, deportes y juego...)

Tarea: Elaborar de un listado de posibles estrategias para abordar el craving.

4. SESION 4: Estrategias de afrontamiento del craving

4.1. Detención del pensamiento

Detener el pensamiento no es otra cosa que interrumpir y modificar, por medio de la sustitución, los pensamientos asociados al craving. La persona ha de excluir de la mente cualquier pensamiento indeseable que se sigue de emociones negativas, de modo que estas queden cortadas incluso antes de que surjan claramente

Es muy común que en determinados momentos nos dejemos llevar por una cadena de pensamientos "obsesivos", repetitivos, que realmente no nos llevan a ningún sitio pero que si no detenemos, van produciendo más y más emociones negativas. En el caso del craving, no detener los pensamientos asociados, no hacen sino aumentar el deseo y el ansia de jugar, hasta que llega un momento en que uno siente que la ansiedad sólo puede eliminarse jugando.

Una técnica sencilla en apariencia, como es la de verbalizar (o pensar de forma firme si uno está en un lugar público) la palabra ALTO nada más detectar la presencia de este tipo de pensamientos, resulta eficaz para detener éstos, seguida de la sustitución por otro pensamiento o acción incompatible o de distracción.

4.2. Técnicas de distracción

El principal objetivo de este tipo de técnicas es lograr un cambio en el enfoque atencional, de interno (pensamientos automáticos, recuerdos, sensaciones físicas) a externo. Así, se logra generalmente una disminución del craving.

Existen varias estrategias de distracción, algunas bastante sencillas pero eficaces, que pueden ser utilizadas:

- Concentrar la atención en el entorno inmediato en el que la persona se encuentra, describiendo éste de la forma más exhaustiva posible (coches, tiendas, etc.)
- Hablar como forma de distraerse
- Escapar, si es posible, del ambiente propio de los estímulos que disparan el craving. Pueden ir de paseo, conducir, visitar a alguien, etc.
- Implicarse en una actividad que requiera la suficiente atención (sudokus, cálculos matemáticos, etc.)

4.3. Autoinstrucciones

Cuando el craving es muy intenso, parece que la persona pierde la habilidad para razonar de forma objetiva ("bloqueo cognitivo"). En este punto, las autoinstrucciones ofrecen la posibilidad de salir de este bloqueo y decantar la balanza del lado de la abstinencia. Una autoinstrucción es la verbalización de palabras que sugieren a la persona qué es lo que debe hacer o pensar, realizadas por el mismo sujeto (lenguaje interior). La persona se hace sugerencias o comentarios específicos que guían su propia conducta.

Dentro de esto, merece atención especial el tema del autorrefuerzo, verbalización en que la persona se felicita por haber logrado un objetivo propuesto (manejar craving, realizar una actividad alternativa, etc.). Cualquier tipo de refuerzo positivo, incluso el que uno se da a sí mismo, alienta a repetir la conducta y aumenta la autoeficacia percibida, aspecto que se ha demostrado que tiene relación directa con el mantenimiento de la abstinencia

4.4. Tarjeta – Flash

Estrategia que puede ir combinada con la anterior. Se trata de tarjetas en las que uno escribe sus propias frases recordatorio que alientan el afrontamiento del craving. Conviene que estas tarjetas sean de tamaño tal que la persona pueda llevarlas encima donde vaya

4.5. Técnicas de imaginación

Estas técnicas incluyen:

- Sustitución por imágenes negativas. Con frecuencia, el craving puede tomar forma de imágenes en las que la persona se ve jugando, pudiendo llegar a tomar un matiz positivo como forma de vencer la angustia que se está experimentando. Como respuesta a esto, es útil que la persona la reemplace por una imagen negativa que haga referencia a las consecuencias negativas del consumo, como sentirse desesperado y deprimido después de jugar, la pérdida de dinero, trabajo o relaciones personales

- Sustitución por imágenes positivas. Relacionada con la anterior, ayuda a superar el craving relacionado con los estados emocionales negativos o con la falta de placer. Por ejemplo, si en un momento dado la persona experimenta imágenes negativas acerca de su situación actual (enfado con la pareja) y, en consecuencia, aparece el deseo de jugar, éste puede contrarrestarse imaginando una escena agradable y alentadora, como puede ser la satisfacción después de haber logrado manejar y controlar la situación, sin recurrir a la adicción.
- Repaso mediante imaginación. Ayuda a prepararse cuando uno sabe que va a tener que enfrentarse a una situación que puede provocar o disparar el craving. En el repaso mediante imaginación, la persona se imagina la situación, la repite varias veces y controla los pensamientos y sensaciones asociadas, de modo que llega a desarrollar confianza y habilidades que le permiten luego manejar la situación de forma satisfactoria

5. SESIÓN 5: Reestructuración de pensamientos como posibles desencadenantes de la conducta de juego

Lo primero que hay que decir es que trabajar los pensamientos que puedan estar presentes en las recaídas es posiblemente uno de los objetivos más difíciles que tenemos.

Esto se debe a que no estamos acostumbrados a analizar los pensamientos que tenemos, y menos cuando se trata de pensamientos de recaída.

Reestructuración:

Lo primero que debemos señalar, es que entre la situación de riesgo y la conducta de recaída median una serie de pensamientos que actúan como disparadores de los consumos.

Al hilo de esto debemos aprender a identificar aquellos pensamientos que estuvieron presentes en recaídas anteriores. Para ello podemos recordar que pensamientos aparecieron en la última recaída que tuvimos y analizar cuáles nos fueron acercando más a ella.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA	MODIFICACIÓN
Donde ocurrió	Que pensaba	Como me sentía	Que hice	Que podría haber hecho

Tarea:

Retomar ideas distorsionadas que se vieron en las sesiones anteriores y ver de qué manera se pueden reestructurar:

Con esta dinámica lo que se busca es retomar las ideas distorsionadas que podían acabar generando una recaída, y transformarlas en pensamientos más adecuados, es decir, en pensamientos que vayan a favor de la abstinencia más que a favor de una recaída.

Para ello se recomienda que se anoten en un papel algunos ejemplos de pensamientos distorsionados que han salido en sesiones anteriores e intentar transformarlos en pensamientos más adaptados y dirigidos a la abstinencia.

6. SESIÓN 6: Emociones negativas

Objetivos:

- Aprender a expresar las emociones negativas de manera directa y controlada para evitar deteriorar nuestra relación con los demás.
- Permitirse expresar emociones negativas, aprender a desahogarse.

Aspectos teóricos sobre la expresión de emociones negativas:

- Las emociones ejercen gran influencia sobre nuestra conducta y están implicadas en muchas de nuestras decisiones. Por ello, vale la pena aprender a reconocerlas y a controlarlas.
- Las emociones se definen como reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a los estímulos a los que nos enfrentamos. Las emociones tienen la función de adaptar el cuerpo a los cambios que puedan suceder, de comunicación con otras personas y de experiencia subjetiva.
- Las emociones negativas son emociones desagradables que se experimentan por ejemplo cuando se percibe una amenaza, se bloquea una meta o se sucede una pérdida. Ejemplos de estas emociones son el miedo, la ansiedad, la ira, la hostilidad, la tristeza y el asco.
- Es importante comunicar a los demás nuestro estado emocional para evitar interpretaciones erróneas.
- Existen ventajas de contar a otros cómo me siento:
 - ◊ que me comprendan.
 - ◊ que me escuchen.
 - ◊ que me ofrezcan apoyo, cariño, ayuda.
 - ◊ reducir nuestro malestar o tensión.
- Aceptar que algunas ideas irracionales pueden dificultar la expresión de emociones negativas como el miedo a que piensen que soy débil, a que me critiquen, o a que no me comprendan.
- No expresar cómo me siento puede tener consecuencias negativas como acumular sentimientos negativos o comportarnos de manera agresiva, irónica o evitar situaciones. Ejemplo: has tenido un día muy duro en el trabajo y al llegar a casa discutes con alguien de tu familia por cualquier excusa al no haber podido desahogar tu tensión.

Aspectos prácticos sobre la expresión de emociones negativas:

- Aspectos previos:
 - ◊ Esperar a que la tensión se haya reducido.
 - ◊ Dedicar un momento para relajarnos.
 - ◊ Buscar el momento adecuado, procurar que el otro este disponible y pueda prestarnos su atención.
- Cuidar el lenguaje no verbal:
 - ◊ Procurar que las señales no verbales sean congruentes con el contenido verbal expresado.
- Cuidar el contenido y la forma del mensaje:
 - ◊ Describir la situación que ha motivado el sentimiento.
 - ◊ Expresar el sentimiento con claridad admitiéndolo como propio. (frases con yo).
 - ◊ Reforzar al otro por habernos escuchado.
 - ◊ Escuchar la devolución o los comentarios del otro.

Tareas para casa:

A lo largo de la semana esforzarse en reconocer una situación que nos genere una emoción negativa y elegir a alguien para comunicárselo poniendo en práctica las habilidades aprendidas.

7. SESIÓN 7: Manejo de la ansiedad

Objetivos:

- Conocer qué es la ansiedad, por qué se produce y cuáles son sus manifestaciones y consecuencias.
- Desarrollar estrategias para manejar la ansiedad ante distintas situaciones a través del aprendizaje de técnicas cognitivas y fisiológicas.

Aspectos teóricos sobre la ansiedad:

La ansiedad es una emoción normal, con una función activadora que facilita responder al ambiente. Cuando es excesiva en intensidad, frecuencia o duración, es cuando se considera un problema. Constituye una emoción compleja en la que pueden estar presentes los siguientes síntomas:

- Fisiológicos: inquietud, sudoración, sensación de ahogo, aumento del ritmo cardiaco, tensión muscular, etc.
- Cognitivos: Inseguridad, dificultad para decidir, miedo, temor a la pérdida del control y pensamientos del tipo: “No puedo aguantar esta situación”, “Esto es horrible”, “Me va a pasar algo terrible”, etc.
- Motores: escape o evitación de la situación molesta o desagradable, fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.), ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudear, quedarse paralizado, etc.

Las situaciones que generan ansiedad son aquellas en las que creemos que hay algún peligro o amenaza:

- Situaciones de *peligro físico* (en las que peligran la supervivencia o la integridad del individuo).
- Situaciones de *evaluación* (en las que nos sentimos evaluados y creemos que el resultado de esta evaluación puede arrojar un saldo positivo o negativo).
- Situaciones de *amenaza interpersonal o social* (situaciones de interacción social “cara-a-cara” donde creemos que podríamos ser juzgados).
- Situaciones en las que se encuentran *elementos fóbicos* (viajar en avión, inyecciones, sangre, tratamiento dental, animales inofensivos, aglomeraciones, espacios cerrados, aguas profundas, etc.).
- Situaciones *ambiguas o novedosas* (desconocidas para el individuo, sobre las que no tiene experiencia).
- Situaciones en las que el individuo percibe una *pérdida de control* (pérdida de control sobre los resultados, sobre su ansiedad, sobre su conducta, etc.).

Cabe resaltar la idea de que cualquier situación cotidiana puede ser una situación generadora de ansiedad si se interpreta como una posible amenaza. Recordar que la reacción de ansiedad es una *reacción de alarma* ante un peligro potencial.

Aspectos a tener en cuenta en el manejo de la ansiedad:

Para el autocontrol de la ansiedad existen multitud de técnicas entre las que se destacan:

RESPIRACIÓN: Mejorar la respiración favorece el control de la activación fisiológica y con ello la reducción de la tensión muscular, la sensación de ahogo, el ritmo cardiaco y todos los síntomas fisiológicos de la ansiedad. Ayudando a conseguir una sensación de tranquilidad y bienestar.

Pautas para llevar a cabo una adecuada respiración (abdominal):

1. Poner una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para poder notar hacia donde dirigimos el aire.
2. Tomar aire inspirando por la nariz lentamente, mientras contamos mentalmente hasta tres. Es importante, llevar el aire lo más profundo que se pueda, intentando que se levanten las manos que se tienen situadas en el estómago, sin mover el pecho.
3. Soltar el aire, lentamente, contando de nuevo hasta tres, hundiendo el estómago y sin mover el pecho.

Al empezar a practicar la respiración lenta debemos buscar un momento en que estemos tranquilos para la práctica. Es más fácil si estamos acostados aunque puede hacerse de pie o sentados. Es importante practicar varias veces al día (al menos 2 sesiones, de 10 minutos cada una) hasta que vayamos dominando la técnica para poder ponerla en práctica en diferentes posiciones y en distintos lugares.

AUTOINSTRUCCIONES: Son mensajes o frases cortas que nos damos a nosotros mismos y que tienen un impacto sobre nuestro modo de actuar y sentir en cada momento. Nuestro dialogo interno puede ayudarnos a lograr nuestras metas u obstaculizar la consecución de las mismas.

En ocasiones no somos conscientes de cual es este dialogo interno, es importante poder pararnos a pensar, cuales son los mensajes que nos dirigimos a nosotros mismos.

Cuando este diálogo interno es negativo, está formado por frases como: "Soy un inútil...", "no puedo", "no vale la pena", "es inútil", "y si..." etc. Este tipo de pensamientos afectan a nuestra autoestima, nos limitan y alimentan todas nuestras emociones negativas siendo un obstáculo para lograr aquello que deseamos, y por lo tanto, debemos cambiarlos.

En el manejo de la ansiedad, se trata de utilizar, en vez de mensajes negativos que favorecen la ansiedad, autoinstrucciones que nos ayuden a regular nuestro estado emocional y dirigir nuestra conducta hacia la consecución de nuestros objetivos.

Autoinstrucciones importantes en el manejo de la ansiedad:

- De normalización (descatastrofización): no pasa nada, es muy molesto pero puedo soportarlo.
- De información: solo es ansiedad, es normal que esté nervioso en esta situación.
- De permanecer en el presente: no voy a pensar en lo que puede suceder, solo en lo que está sucediendo.

Ejercicios de autoinstrucciones:

Detectar situaciones que generen ansiedad. Identificar los pensamientos que aparecen asociados a esas situaciones y crear pensamientos alternativos más realistas, favoreciendo la reducción de la ansiedad y el manejo de la misma

Tareas para casa:

1. Práctica de la respiración abdominal, durante diez minutos, dos veces al día, todos los días.
2. Autoregistro de situaciones ansiógenas, pensamientos asociados y autoinstrucciones que favorezcan el manejo.

8. SESIÓN 8: Manejo de la depresión

Objetivos:

- Conocer qué es la depresión, por qué se produce y cuáles son sus manifestaciones y consecuencias.
- Desarrollar estrategias para manejar la depresión ante distintas situaciones a través del aprendizaje de técnicas cognitivas y fisiológicas.

Contenidos:

- Aspectos teóricos sobre la depresión:

La tristeza es una emoción que tiene su origen en la pérdida de algo querido. En casos extremos, su duración o intensidad la hace disfuncional y se convierte en patológica y aparece la depresión. Constituye una emoción compleja en la que pueden estar presentes los siguientes síntomas:

- Síntomas anímicos:
 - ◊ Tristeza
 - ◊ Infelicidad
 - ◊ Sentimientos de vacío
- Síntomas motivacionales y conductuales
 - ◊ Apatía, Indiferencia
 - ◊ Anhedonia (ausencia de la capacidad de disfrutar)
 - ◊ Lentitud
- Síntomas cognitivos
 - ◊ Dificultades de memoria
 - ◊ De atención
 - ◊ Pensamientos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo
 - ◊ Ideas de suicidio
 - ◊ Pérdida de autoestima
- Síntomas interpersonales:
 - ◊ Pérdida de interés por la gente
 - ◊ Rechazo de los demás
- Síntomas fisiológicos
 - ◊ Problemas de sueño
 - ◊ Problemas de apetito
 - ◊ Fatiga
 - ◊ Dolores

En relación al origen de la depresión, es difícil pensar en una depresión determinada por un solo factor, siendo lo habitual un origen multicausal donde cabe destacar:

- Falta de refuerzos:
 - a. La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa.
 - b. La solución es programarse actividades para obtener los refuerzos que no tenemos. Ir recuperando actividades gradualmente.
- Pensamientos inadecuados:
 - c. La persona deprimida distorsiona la realidad.
 - d. Se ve a sí mismo, al mundo y al futuro de forma negativa.

- e. Solución: cambio de estos pensamientos. Buscar pensamientos realistas que se apoyan en datos objetivos.
- Indefensión aprendida:
- f. Sentirnos indefensos ante todo, sin control.
- g. Solución: Recuperar el control de nuestra vida. Responsabilizarnos de nuestros problemas y de las soluciones. Buscar las soluciones posibles a los problemas.
- Déficit de sustancias cerebrales
- h. Solución: antidepresivos.

– Aspectos a tener en cuenta sobre la depresión:

Más allá de las causas que nos han llevado al inicio de la depresión, ciertas actitudes y conductas favorecen su mantenimiento, del mismo modo existen estrategias de manejo y afrontamiento que pueden ayudarnos a superarla.

A continuación presentamos algunas estrategias generales que favorecen la disminución de los síntomas depresivos:

- Mantener relaciones sociales. (Ataque a la pérdida de reforzadores)
- Marcarse metas realistas y autoreforzarse al conseguirlas. (Ataque a la pérdida de reforzadores)
- Retomar el control de nuestra vida. Tomar decisiones. (Ataque a la indefensión)
- Enfrentarse al nuestro crítico interno con pensamientos que nos ayuden a conseguir nuestros objetivos. (Ataque a los pensamientos negativos)
- Desahogo emocional. (Ataque a la tristeza)
- Planificación actividades graduales. (Ataque a la inactividad)

– Ejercicios:

Planificación de actividades:

Una parte muy importante del proceso de mejoría del estado de ánimo consiste en comenzar a realizar actividades que nos proporcionen un sentido de autosuficiencia y placer necesarios para continuar y ampliar el repertorio de conductas que conforman una vida sana.

– Tareas para casa:

1. Pensar en las actividades placenteras y configurar un horario de actividades a desarrollar.
2. Identificar algún problema urgente y buscar soluciones.

9. SESIÓN 9: Manejo de la ira

Objetivos

- Reconocer la ira como una emoción negativa.
- Desdramatizar los sentimientos de ira.
- Aprender a manejar la ira.

–Aspectos teóricos sobre la ira:

- La ira es una emoción y como tal se dispara automáticamente ante determinadas situaciones:
 - ◊ Injusticia: cuando creemos que estamos siendo tratados injustamente.
 - ◊ Obstáculos: cuando algo interfiere con nuestras metas u objetivos.
 - ◊ Amenaza a la autoestima: cuando nos sentimos insultados, criticados, no apreciados o burlados.

- Como toda emoción la ira tiene una función que en este caso es preparar al cuerpo para realizar el esfuerzo necesario para vencer el obstáculo que se ha presentado.
- El problema con esta emoción es que puede generar reacciones negativas o indeseadas:
 - ◊ Cuando reaccionamos de manera violenta porque no somos capaces de conseguir nuestro objetivo de otra manera.
 - ◊ Cuando aguantamos demasiado y reaccionamos por algo sin importancia, de manera desmedida y en realidad estamos reaccionando a todo lo que nos ha ocurrido previamente.
 - ◊ Cuando nosotros interpretamos que existe un ataque hacia nosotros y reaccionamos ante las supuestas intenciones de los demás en lugar de reaccionar ante los hechos. El juicio de intenciones es la causa más frecuente que nos puede llevar a tener reacciones inadecuadas, desproporcionadas o violentas.
- Pensamientos y creencias irracionales que favorecen la ira:
 - ◊ Las exigencias y expectativas no realistas:

Cuando mantenemos actitudes exigentes y no se cumple lo que demandamos, reaccionamos pensando y sintiendo que es terrible, que no podemos soportarlo, que el responsable debe ser condenado por ello. Esta forma de pensar favorece enormemente la ira. Mantener actitudes exigentes hacia los demás suele ser muy frustrante porque nunca serán exactamente como queremos y la mayoría de las veces serán muy diferentes a lo que querríamos.

- Pensar que la ira no es un problema en sí mismo, sino una respuesta normal a otros problemas.
- Pensar que podemos hacer poco o nada para controlar nuestra ira.
- Pensar que la ira nos ayuda a conseguir lo que queremos y a evitar injusticias y adversidades.
- Pensar que expresar la ira nos ayuda a sentirnos bien y a reducirla.
- Lectura del pensamiento, atribuyendo al otro supuestas intenciones malévolas.
- Exagerar lo negativo, minimizando o negando los factores atenuantes.

- Técnicas para reconocer y manejar la ira:

- Técnicas cognitivas:
 - ◊ Detectar y cambiar los pensamientos irracionales.
 - ◊ Reconocer las situaciones generadoras de ira.
 - ◊ Considerar la ira como señal de que existe un problema.
- Técnicas conductuales:
 - ◊ Tiempo fuera y distracción.
 - ◊ Sentido del humor.
 - ◊ Técnicas de control de la ansiedad como relajación y respiración diafragmática lenta.
 - ◊ Evitar sustancias, situaciones y actividades generadoras de ira.

-Ejercicios:

Realiza un listado de situaciones en las que sueles reaccionar con ira y al lado de cada una anota la técnica que podrías utilizar para afrontarla de forma asertiva.

-Tareas para casa:

Poner en práctica lo trabajado en la sesión en situaciones de la vida real en las que podrían reaccionar con ira y realizar un autoregistro de las dificultades y resultados.

10. SESIÓN 10: Entrenamiento en habilidades sociales (HHSS): Asertividad

Las habilidades sociales (HHSS) son una serie de conductas observables pero también de pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias, y a procurar que los demás respeten nuestros derechos y no nos impidan lograr nuestros objetivos.

Son pautas de funcionamiento que nos permiten relacionarnos con otras personas, en forma tal, que consigamos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas, tanto a corto como a largo plazo

Asertividad

La asertividad es una parte esencial de las HHSS. Podemos definirla como una actitud de autoafirmación y defensa de nuestros derechos personales, que incluye la expresión de nuestros sentimientos, preferencias, necesidades y opiniones, en forma adecuada; respetando al mismo tiempo, la de los demás

Características de la persona asertiva:

- Se conoce a sí misma y suelen ser consciente de lo que siente y de lo que desea en cada momento.
- Se acepta incondicionalmente, sin que ello dependa de sus logros ni de la aceptación de los demás. Por eso, cuando gana o pierde, cuando obtiene un éxito o cuando no consigue sus objetivos, conserva siempre su propio respeto y dignidad.
- Sabe comprender y manejar adecuadamente sus sentimientos y el de los demás.
- No exige las cosas que quiere, pero tampoco se autoengaña pensando que no le importan.
- Acepta las limitaciones de cualquier tipo pero, al mismo tiempo, lucha con todas sus fuerzas por realizar sus posibilidades.
- Se mantiene fiel a sí mismo en cualquier circunstancia y se siente responsable de su vida y de sus emociones.
- Como tiende a conocerse y a aceptarse a sí misma y a expresar lo que piensa, quiere y siente, suele dar una imagen de persona congruente y auténtica.
- Se respeta y valora a sí misma y a los demás.
- Puede comunicarse con personas de todos los niveles: amigos, familiares y extraños, y esta comunicación tiende a ser abierta, directa, franca y adecuada.
- Elige, en lo posible, a las personas que le rodean, y en forma amable, pero firme, determina quiénes son sus amigos y quiénes no.
- Suele expresar adecuadamente sus opiniones, deseos y sentimientos en vez de esperar a que los demás los adivinen.

Consecuencias positivas de la asertividad:

- Facilita la comunicación y minimiza la posibilidad de que los demás malinterpreten nuestros mensajes.
- Ayuda a mantener relaciones interpersonales más satisfactorias.
- Aumenta las posibilidades de conseguir lo que deseamos.
- Incrementa las satisfacciones y reduce las molestias y conflictos producidos por la convivencia.
- Mejora la autoestima.
- Favorece las emociones positivas, en uno mismo y en los demás.
- Los que se relacionan con la persona asertiva obtienen una comunicación clara, se sienten respetados y perciben que el otro se siente bien con ellos

Conductas no asertivas: inhibición y agresividad

La inhibición es una forma de comportamiento no asertivo caracterizado por la sumisión, la pasividad, el retraimiento y la tendencia a adaptarse excesivamente a las reglas externas o a los demás, sin tener suficientemente en cuenta los propios intereses, sentimientos, derechos, opiniones y deseos

Las personas inhibidas tienden a pensar, sentir, y actuar de formas contraproducentes, como las siguientes:

- No expresan adecuadamente lo que sienten y quieren, esperan que los demás lo adivinen, y se sienten mal cuando necesitan algo y los otros no les responden.
- No se atreven a rechazar peticiones o se sienten culpables al hacerlo.
- Se dejan dominar por los demás porque creen que tienen razón o por temor a que se ofendan.
- Permiten que otros las involucren en situaciones que no son de su agrado.
- Suelen callar o hablar con voz baja e insegura, mostrándose nerviosas y evitar el contacto ocular, mostrando así su incomodidad al relacionarse con otras personas.
- Piensan que necesitan ser apreciadas por todos y creen que si, dejan de mostrarse sumisas, no obtendrán la aprobación de los demás, sin la cual se derrumba su frágil autoestima.
- No se atreven a defender sus derechos porque no se respetan lo suficiente a sí mismas y tienden a creer que los derechos de los demás son más importantes que los suyos.
- Se sienten obligadas a dar demasiadas explicaciones de lo que hacen o no hacen.
- Temen expresar sus sentimientos y deseos. En ocasiones, están tan acostumbrados a reprimirlos que no llegan a darse cuenta de ellos.
- No afrontan los conflictos.
- No se sienten dueñas de sus sentimientos, experimentando de vez en cuando “explosiones emocionales” que escapan de su control.
- Les molesta ser dependientes de otras personas pero no se atreven a romper esa dependencia.
- Adaptan excesivamente su comportamiento a las reglas y caprichos de otras personas y a lo que creen que los demás esperan de ellas.

La agresividad es otra forma de conducta no-asertiva de carácter opuesto a la inhibición. Consiste en no respetar los derechos, sentimientos e intereses de los demás y, en su forma más extrema, incluye conductas como ofenderlos, provocarlos o atacarlos.

Entre las características de las personas agresivas podemos citar las siguientes:

- Pueden mostrarse seguras de sí mismas, sinceras y directas, pero de forma inadecuada.
- Expresan sus emociones y opiniones de forma hostil, exigente o amenazadora.
- Toman cualquier conflicto o desacuerdo como un combate donde no hay más opción que ganar o perder, y creen que ceder es igual a perder.
- Confían demasiado en la eficacia de la imposición o de la violencia para resolver conflictos.
- No respetan suficientemente los derechos y sentimientos de los demás.
- No se sienten responsables de las consecuencias negativas que, a medio y largo plazo, tiene su comportamiento agresivo para los demás y para ellas mismas.
- Pueden sentirse bien en el momento en que se muestran hostiles, pero a medio o largo plazo, obtienen consecuencias muy negativas.
- Suelen justificar su agresividad en nombre de la sinceridad y la congruencia, pensando que su comportamiento es deseable porque son sinceras, dicen lo que piensan, etc.

Derechos asertivos

Se consideran derechos asertivos aquellos que asumimos que tiene cualquier ser humano por el hecho de serlo.

- El derecho a ser tu propio juez.
- El derecho a elegir si nos hacemos o no responsables de los problemas de los demás.
- El derecho a elegir si queremos o no dar explicaciones.
- El derecho a cambiar de opinión.
- El derecho a cometer errores
- El derecho a decir “no lo sé”.
- El derecho a no necesitar la aprobación de los demás.
- El derecho a tomar decisiones ajenas a la lógica.
- El derecho a no comprender las expectativas ajenas.
- El derecho a no intentar alcanzar la perfección.

Los derechos asertivos son válidos para nosotros, y para las demás personas. Por tanto, lo lógico es respetar en lo posible esos derechos en los demás.

No hay que confundir derechos con preferencias. Por ejemplo, sería una equivocación creer que para ser asertivo es preferible cometer errores.

Los derechos asertivos consisten en atreverte a ser tu propio juez, trazar tus propias metas y no dejarse manipular por los demás. Pero ejercerlos no impide que tengas en cuenta las opiniones ajenas, des explicaciones cuando te parezca adecuado, y procures ser amable, hacer las cosas bien siempre y cuando eso no te impida ser fiel a ti mismo.

11. SESIÓN 11: Entrenamiento en habilidades sociales (HHSS): Hacer y rechazar peticiones

Hacer peticiones

Hacer peticiones a los demás es algo natural y deseable ya que somos seres sociales y una gran parte de nuestras metas, y de su consecución o no, tienen que ver con el comportamiento de otras personas.

Las personas asertivas trabajan activamente para satisfacer sus necesidades, hacer realidad sus deseos y conseguir sus objetivos, en lo posible. Para ello, una habilidad importante es ser capaces de pedir lo que queremos y de hacer esas peticiones de forma eficaz, para aumentar las posibilidades de que los demás accedan a ellas. Además hacerlas con frecuencia nos ayuda a superar el temor irracional a que nos digan que no y a acostumbrarnos y a ver como normal que rechacen algunas de nuestras peticiones.

Ser asertivos supone respetar los derechos y sentimientos de los demás, por tanto se descarta la manipulación y la coerción como métodos para tratar de conseguir lo que queremos (comportamiento agresivo). También se descarta la inhibición que nos llevaría a minimizar nuestros legítimos deseos y a no atrevernos a pedir las cosas a los demás.

Cómo hacer peticiones de forma asertiva:

A. Analizar la situación

En primer lugar, antes de hacer una petición, **conviene analizar nuestros objetivos, así como las características de la situación y de la persona a quien se las vas a hacer. Procura que tu petición sea razonable y que respete los sentimientos y los derechos de la otra persona, y elige un momento oportuno para hacerla.**

B. Cuidar lo que te dices a ti mismo

Hay que detectar y cambiar cualquier pensamiento o actitud de: exigencia, hacia ti mismo o hacia la otra persona; catastrofismo, por ejemplo, suponer que si rechaza tu petición **te está rechazando como persona; o minimización de tus legítimos deseos y preferencias. Tienes derecho a hacer peticiones, y tu interlocutor tiene derecho a acceder a ellas o no, en función de sus deseos y preferencias.**

C. Cuidar el lenguaje no verbal

Por lo que se refiere al lenguaje no verbal suele recomendarse:

- Observa el lenguaje no verbal de tu interlocutor para saber si es el momento adecuado para hacer la petición
- Hablar de forma clara, volumen de voz adecuado y tono amable
- Congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal
- Mantener contacto visual, siempre que resulte adecuado
- Mantener una distancia adecuada

D. Cuidar la forma y el contenido de la petición

Hay que procurar que lo que se pide sea realista y parezca fácil de aceptar para el otro (no pedir más de una cosa a la vez, etc.). Además se puede explicar el interés que tiene para uno mismo lo que se pide y si el acceder a tu petición puede tener consecuencias positivas para él, explicarlo también.

Es importante también, cuidar de no inducir al otro a rechazar tus peticiones. Por ejemplo, si empiezas diciendo: "Sé que es una tontería por mi parte, pero..."

Rechazar peticiones

Las personas que nos rodean intentan con frecuencia que hagamos cosas que no queremos hacer, utilizando diferentes métodos: insistiéndonos una y otra vez, ofreciéndonos muchas razones, criticándonos o intentando que nos sintamos culpables por negarnos.

Algunas personas en este tipo de situaciones, siempre acaban haciendo lo que les piden (aunque no quieran hacerlo) porque se sienten culpables de decir que no y porque creen que necesitan a toda costa la aprobación de los demás y que sería terrible que se molestasen con ellas.

Cómo rechazar peticiones de forma asertiva

A. Antes de responder, analizar la situación

Conviene que nos aseguremos bien de que la hemos entendido adecuadamente, y, en caso contrario, pedir que nos la clarifiquen hasta que la entendamos. Después, **piensa si quieres acceder o no a ella. Para eso, a veces hay que analizar las repercusiones que puede tener, en tus objetivos a corto y largo plazo, el acceder a la petición o rechazarla. Si no estás seguro de tu respuesta puedes exponerlo, pedir aclaraciones o solicitar un tiempo para pensarlo.**

Por supuesto, cuando la petición de la otra persona no esté en contra de nuestros deseos o intereses, suele ser conveniente que accedamos a ella. Como cualquier derecho asertivo, decir que no, es un derecho, no una obligación.

B. Expresar la negativa de forma clara, breve y amable

Usar expresiones claras y firmes y no dar demasiados rodeos ni hablar más de la cuenta. **Si quieres acceder bajo determinadas condiciones conviene aclararlo**

C. Usar la técnica del sándwich

Consiste en expresar algo positivo inmediatamente antes y después **de emitir el mensaje al que acompaña. Se usa para “suavizar” mensajes que pueden resultar molestos al interlocutor.**

Ejemplo: Si un amigo te invita a cenar y no deseas ir, puedes responder: “Gracias por invitarme. Hoy no me viene bien, pero podemos quedar otro día”

18

LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN EL ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Enrique Rubio, Gabriel Rubio

1. INTRODUCCIÓN

Hubo un tiempo en que cuando un profesional acudía a algún grupo de ayuda mutua solía escuchar frases como que “sólo un alcohólico saca a otro alcohólico”, o que los profesionales sanitarios desconocíamos cómo tratar a un paciente dependiente del alcohol “porque no éramos alcohólicos”. Del otro lado, también se escuchaban comentarios como que “en los grupos de ayuda mutua te lavaban el cerebro” o que, algunas de esas organizaciones, se parecían a “sectas religiosas”. Afortunadamente hace mucho tiempo que profesionales y usuarios de estos grupos se han convencido de que ni los unos ni los estaban en lo cierto.

Un grupo de ayuda mutua (GAM) o de autoayuda es cualquier grupo cuyo objetivo es proporcionar apoyo, ayuda práctica y atención a personas que tienen un problema común. Los modelos de asistencia sanitaria han desempeñado un papel importante en la mayoría de los problemas de salud, pero por sí solos no pueden lograr los resultados deseados sin la participación de los propios usuarios de los servicios.

Los grupos de ayuda mutua han encontrado, desde sus orígenes, un lugar destacado en el campo de la adicción. De ahí que a largo de este capítulo hayamos abordado los orígenes de estos grupos, su naturaleza, ideología, los beneficios derivados de recuperarse en ellos, y, por supuesto, el programa de recuperación de la Federación de alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA, 2016).

2. LOS ORÍGENES DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA DEDICADOS AL ALCOHOLISMO

Las asociaciones o sociedades de ayuda mutua para la recuperación de las adicciones tienen una rica historia, especialmente en Estados Unidos, que se inició en el siglo XVIII con los llamados “círculos

por la recuperación de los nativos americanos” (White, 2004). Las organizaciones que surgieron posteriormente preconizaban la temperanza, es decir tenían como objetivo la abstinencia completa e incluso alentaban el prohibicionismo de la venta del alcohol. Los usuarios de algunas de ellas se reunían en el seno de las iglesias o parroquias, las cuales procuraban cuidados y un lugar donde poder iniciar su proceso de recuperación. Una de estas organizaciones, llamada “grupos Oxford”, fue la que dio apoyo a uno de los fundadores de AA (Bill, W), de ahí que podamos entender el sello y las raíces de esta organización. Durante los siglos XIX y XX este tipo de GAM se extendieron no solo por ese país sino por todo el mundo, especialmente tras la amplia difusión de Alcohólicos Anónimos (AA) (White, 2004). La historia de estas organizaciones le debe mucho a AA, ya que, en realidad, AA, nacida en 1935, fue el primer grupo de ayuda mutua ampliamente reconocido que demostró que se podía recibir ayuda fuera del tratamiento médico ortodoxo (White, 2000). Como suele pasar en todos los inicios, los grupos de AA, que se reunían en locales parroquiales, alejados del sistema sanitario, no gozaron, en sus inicios, de un buen reconocimiento.

Durante el siglo el XX aparecieron otro tipo de modalidades de ayuda mutua que, como las anteriores, estaban basadas en el apoyo recibido por pares, es decir por otras personas que también tenían problemas con el alcohol y que se encontraban en recuperación. Según Vattano (1972), fueron los movimientos sociales de la década de 1960 quienes realmente proporcionaron vías para el desarrollo de estos grupos. En este tipo de intervenciones por pares, la persona que ofrecía sus servicios lo hacía de forma altruista. Los casos más paradigmáticos de estas actuaciones los tenemos en las visitas que hacen algunos miembros de AA a los hospitales generales, donde explican, a las personas allí ingresadas, **cómo abordaron ellos la adicción al alcohol en los grupos de AA, así como los lugares donde poder acudir**, tras ser dados de alta del hospital.

Posteriormente surgieron otro tipo de intervenciones, también realizadas por pares, pero esta vez, no de manera altruista, sino tras ser contratados por alguna administración local o estatal, de forma que sus servicios se veían recompensados económicamente. En la década de 1980, las agencias que apoyaron este tipo de voluntariado, surgidas en países como EEUU y Alemania, favorecieron el desarrollo de estos grupos en esos y en otros países occidentales (Matzat & Estorff, 1989; Wollert, 1987). En 1980, la Organización Mundial de la Salud creó un grupo de trabajo sobre autoayuda y salud, que dio lugar a un interesante informe sobre la autoayuda (Hatch & Kicbusch, 1983) que tuvo sus réplicas en otros países como el Reino Unido, Alemania, Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda (Pancoast et al., 1983) lo que consolidó el papel del voluntariado no solo en el ámbito de las adicciones sino en otros ámbitos de la salud. Respecto del alcoholismo, en Europa, un colectivo de asociaciones de diferentes países constituyeron la European Mutual Help Network for Alcohol Related Problems (EMNA), con el objetivo de homogeneizar la atención, ayudar a quien lo precise y defender las derechos de los GAM. En la década de los 90, como resultado de la revolución de la tecnología de la comunicación, surgieron los grupos de autoayuda en la web (Madara & White, 1997).

La tabla 1 recoge por orden cronológico la aparición de las diferentes organizaciones en las tareas clásicas de ayuda mutua, en las intervenciones de apoyo no grupales realizadas por pares y finalmente las realizadas por profesionales en recuperación contratados por agencias locales o estatales para servir de apoyo y guía a las personas con adicción.

Tabla 1. Historia de los movimientos de ayuda mutua y los basados en pares en Estados Unidos

Historia de la aparición de las organizaciones de ayuda mutua clásicas (basadas en intervenciones grupales)	
1840	Washingtonianas
1840-70	Movimientos de temperanza
1870-90	La insignia del lazo azul
1870	Drunkard's Club
1914	United Order of Ex-Boozers
1935	Alcohólicos Anónimos
1976	Mujeres por la sobriedad/Organización secular por la sobriedad
1996	Apoyo a través de la web
Movimientos de apoyo basado en pares	
1860-90	Asociaciones Goodwing
1910	Club Jacobeo de la clínica Emmanuel de Boston
1940-50	Grupos de AA en hospitales
1940-50	Grupos de AA en comunidades terapéuticas y en hospitales de media estancia
2000	Presencia de organizaciones en las universidades
Historia de las asociaciones basadas en pares- contratadas por las administraciones- y cuyos miembros reciben una remuneración para llevar a cabo las intervenciones	
1840-90	Misioneros por la temperanza
1860-1900	Casas de temperanza/por la sobriedad
1890-1920	Médicos del Instituto Keeley
1906	Visitadores de la clínica Emmanuel de Boston
1912-40	Psicoterapeutas noveles en alcoholismo
1940-50	Personas de AA que dirigían clínicas o casas de recuperación
1960-70	Paraprofesionales, y exadictos
2000	Mentores y asesores para la recuperación y especialistas en recuperación

La historia de estos grupos en España ha sido bastante distinta. Los primeros GAM para personas con alcoholismo aparecieron en 1960, inicialmente de la mano de AA. Posteriormente surgieron otros grupos, fruto de la colaboración de pacientes dependientes del alcohol con médicos y psiquiatras que desempeñaban sus actividades profesionales en centros o dispositivos dedicados al tratamiento del alcoholismo (en 1967 Exalcohólicos Españoles, con el apoyo del Dr. Joaquín Santo-Domingo). Estas asociaciones, diferentes a AA, distribuidas a lo largo del país, constituyeron en 1976 la Federación de Alcohólicos Rehabilitados (FARE) que por problemas económicos tuvo que disolverse hasta que, en 2015, volvieron a reagruparse en la Confederación de Adictos Alcohólicos en Rehabilitación y Familiares de España (CAARFE). Esta confederación ha comple-

tado su estructura con la participación de tres pilares: los enfermos en rehabilitación, familiares y profesionales, e incluyendo otras adicciones distintas a alcohol, ya que las formas de consumo han cambiado y el perfil del consumidor presenta un patrón de policonsumo o incluso adicciones comportamentales, especialmente la ludopatía (Pascual, 2015).

En los últimos años ha surgido en España una asociación sin ánimo de lucro que ha supuesto un cambio importante en este tipo de entidades dedicadas a la ayuda mutua: se trata de In recovery (2021). En ella se integran personas con adicción en recuperación, familiares, y profesionales del mundo de la salud, del derecho, de la comunicación y de la empresa con el objetivo de apoyar la recuperación de los usuarios integrados en los GAM, facilitar la integración laboral y social de personas en recuperación y luchar contra el estigma. Para In Recovery, la recuperación de estas personas y de sus familias implica, o debe implicar, a toda la sociedad, de ahí el amplio espectro de profesionales integrados en ella y sus ambiciosos objetivos.

2.1. ¿Por qué surgieron estas organizaciones?

En el apartado anterior señalábamos que fueron los movimientos de temperanza norteamericanos los que sirvieron de semillero para estas organizaciones, pero se necesitaron, como ahora se verá, de relevantes cambios sociales para su expansión.

En nuestra opinión, fueron varias las razones por las que se fomentaron estos grupos. En primer lugar, tuvo que aceptarse, por parte de los gestores sanitarios, el papel de los pacientes en la planificación de los servicios de salud. La Declaración de Alma Ata, de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1978) señalaba que «al igual que los gobiernos deben proporcionar medidas sanitarias y sociales adecuadas, «la población de cualquier país tiene «el derecho y el deber de participar individual o colectivamente en la planificación de su atención sanitaria». Era evidente que para que se llevara a cabo la participación de los ciudadanos en la planificación de los servicios se hacía necesaria la presencia de pacientes expertos, como lo eran los usuarios de los GAM, de forma que estas organizaciones pasaron a ser tenidas en cuenta como elementos de la atención primaria (Robinson, 1980). En el ámbito de las adicciones, como la del alcohol, por lo menos desde mediados del siglo XX, la participación de los GAM en el tratamiento de esta enfermedad fue, y son, una parte relevante para la recuperación de pacientes y sus familiares (Rubio et al, 2021).

Otra de las razones de su expansión hay que buscarla en la hostilidad de bastantes personas con adicción hacia los modelos profesionales de atención a las drogodependencias, lo que las ha llevado a unirse en un proceso de empoderamiento (Baldacchino & Rassool, 2006). Posiblemente la orientación jerarquizada de los modelos médico y psicológico ha podido socavar el derecho del individuo a recuperarse fuera del sistema sanitario. Además, es de suponer, que cuando hay un sesgo muy importante hacia los tratamientos profesionalizados, surjan los GAM con la finalidad de ofrecer una vía alternativa a los primeros. También estos grupos pueden haber surgido como resultado de la falta de atención, por parte de los profesionales, a esos colectivos, o como una respuesta a la inadecuación social en la que están instaladas muchas personas con adicción. En bastantes países, la ausencia de sistemas de apoyo naturales (iglesia, familia y comunidad), ha posibilitado que los GAM sean una respuesta interesante para salvar esas carencias (Borkman, 1999). Estos grupos sirven como familias ampliadas y actúan como comunidades que proporcionan apoyo mutuo a quienes comparten un problema o un interés particular. Los miembros se ayudan mutuamente para encontrar soluciones prácticas a dificultades específicas de la adicción. Los GAM

también ofrecen oportunidades para descubrir nuevos estilos de vida basados en la confianza y la comprensión mutuas.

3. IDEOLOGÍA Y NATURALEZA DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN LAS ADICCIONES

Es importante que el lector conozca los principios que subyacen en los GAM implantados en el campo de alcoholismo y de las otras adicciones, ya que, con matices, difieren de los grupos de ayuda mutua dedicados a otras áreas de la salud.

Existen varias ideas centrales que subyacen en los GAM para el alcoholismo. La primera de ellas está basada en el principio de que *ayudar es beneficioso para quien lo hace* (Riessman, 1965). La cuestión aquí es: ¿Quién se beneficia de quién? El asunto no es baladí porque si se considera que los mayores beneficios lo obtienen quienes prestan la ayuda, entonces su conducta sería claramente egoísta y no basada en el altruismo de que se hace gala. Según Borkman (1999), para que los grupos de ayuda mutua sean auténticos es necesario que los integrantes del grupo compartan la experiencia de la adicción, pero además deba existir una *acumulación de experiencias*, aportadas por otros integrantes que llevan más tiempo en estos grupos, los llamados veteranos, de forma que quienes se incorporan por primera vez comprendan que lo que se comparte en los grupos representa una acumulación de experiencias de muchos de los usuarios con un problema común: el de la adicción.

La tercera idea se centra en la noción de que la perspectiva de la adicción que tiene un usuario de un GAM *es diferente a la que posee el profesional* (Kennedy & Humphreys, 1994). Una inadecuada interpretación de esta perspectiva es, posiblemente, la que haya servido para que muchos usuarios estuvieran convencidos de que “solo un alcohólico saca a otro alcohólico”.

La cuarta idea se basa en la visión de los GAM como organizaciones voluntarias, *no como una forma de terapia* o tratamiento profesional. Los GAM en el ámbito de las adicciones proporcionan un enfoque sin prejuicios, afectuoso y de apoyo, con fácil acceso a cualquier persona que desee integrarse o acudir a las sesiones grupales.

3.1. ¿Qué principios y dinámicas grupales se llevan a cabo en los GAM?

Como se ha señalado anteriormente la mayor parte de los GAM se rigen por normas de funcionamiento general bastante similares, de las cuales, las que se enumeran a continuación son las más habituales (Baldacchino & Rassool, 2006). Es complicado concluir cuál de las siguientes es de más utilidad, ya que posiblemente todas, de una manera u otra, cumplan su función.

Hablando de ayuda mutua, hay que empezar este apartado por el principio de que “*quien ayuda es quien más se beneficia de la intervención*”, descrito por el Dr. Fran Riessman en 1965. Es frecuente escuchar a los usuarios de estos grupos expresiones como que «si ayudas a alguien a subir la colina, tú mismo te acercas a la cima». Los beneficios de quienes, de forma voluntaria, sostienen el día a día de estas organizaciones, pueden ser muy diferentes, en función de la persona que presta la ayuda y de sus carencias, pero sin lugar a duda, tras meses y años de voluntariado todos tienen la posibilidad de mejorar sus habilidades interpersonales, la autoimagen deteriorada por los años de adicción, su imagen de competencia y su percepción de integridad personal.

Desde luego, la asistencia a las reuniones grupales ofrece una amplia variedad de *modelos positivos de recuperación*. Aquellos que han pasado por la adicción y se están recuperando demuestran a los nuevos miembros que la superación y/o la recuperación son posibles. Su ejemplo y sus acciones, a menudo, proporcionan un estímulo necesario y una esperanza que no está disponible de otra manera.

En estos grupos *no se exigen cuotas*, por lo que son más accesibles desde el punto de vista económico. También se mejora su accesibilidad por otras fórmulas: no requieren la presentación de documentos o formularios de derivación, y en el caso de los grupos de AA, no es necesario dar nombres; y uno puede ir a un grupo simplemente para aprender, y no tiene que permanecer en una *lista de espera* para ser atendido. Muchos grupos también tienen lugares de reunión en diferentes lugares de una localidad o región, en horarios adaptados a las necesidades laborales de los usuarios.

El hecho de ser aceptado en grupos de iguales permite a los que llegan por primera vez *sentirse comprendidos*. Posteriormente, la puesta en común de las experiencias facilita el aprovechamiento que supone la exposición a diferentes experiencias de recuperación.

Durante las primeras sesiones, el usuario de estos GAM adopta un *papel activo en su recuperación* lo que contribuye a su empoderamiento. Cuando las personas que acuden comprueban que sus experiencias son similares a las de los otros integrantes del grupo, tienen la *sensación de sentirse "normales"*. Esta validación de sus experiencias contribuye también a disminuir la sensación de aislamiento y de estigma. El *anonimato* practicado específicamente en los grupos de AA, es considerado por muchos usuarios, al menos durante los primeros meses, un aliciente para seguir acudiendo.

En 1988, el psicólogo G. Albee, explicaba que la asistencia a los GAM podía ser un factor determinante en la *"ecuación de la prevención"* de problemas psicológicos derivados del estrés. En el numerador de dicha evaluación incluía los factores constitucionales y los acontecimientos estresantes, mientras que el denominador recogía el grado de apoyo social, las habilidades para afrontar las situaciones estresantes y la competencia para poderlo hacer. Para el profesor Albee, los GAM proporcionan apoyo social, mejoran las habilidades de afrontamiento y aumentan el nivel de competencia, lo que contribuye a reducir los problemas derivados del estrés. También en diferente grado, los GAM cumplen una función de prevención de problemas psicológicos al mejorar los vínculos y las conexiones sociales que pueden servir de amortiguador del estrés, y al promover la competencia de las personas para afrontar situaciones estresantes, de forma que se mejora así la capacidad preventiva de desarrollar estos trastornos a lo largo de las diferentes etapas de la vida. También se ha señalado que, aunque las dificultades ocurridas como consecuencia de las *transiciones vitales* estresantes no pueden prevenirse, sin embargo, la asistencia a los GAM puede ser una herramienta que facilite el aprendizaje de las habilidades necesarias para amortiguarlas (Silverman, 1980). El hecho de compartir las experiencias personales constituye un excelente banco de pruebas para encontrar y probar determinadas alternativas que a otros les hayan funcionado. Donde antes una persona se desesperaba, pensando que no tenía opciones, otros miembros del grupo suelen aportar diferentes estrategias y soluciones, basadas en sus propias experiencias.

No nos cansaremos de señalar que los GAM son una fuente de altruismo y también un lugar donde poder encontrar sentido a la vida de muchos de los usuarios de estos grupos (Rubio et al., 2018). Este es uno de los motivos por los que muchos de los usuarios de los GAM permanecen en AA o en otros GAM durante años. En ellas, ayudando a otros, encuentran el sentido a sus vidas,

además de otros valores propios de la ayuda mutua. Muy probablemente en estos grupos cada usuario encuentre lo que vaya buscando: apoyo, amistad, una familia alternativa, un lugar donde poder madurar y realizarse, de ahí el éxito de los GAM. En definitiva, los GAM convierten lo que la sociedad considera un pasivo (la experiencia de la adicción) en un activo, por su capacidad única para proporcionar comprensión y ayuda a los demás. En este sentido se puede decir que la recuperación devuelve a la sociedad lo que la adicción quitó.

4. TIPOS DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA Y MODELOS DE INTERVENCIÓN EN EL ALCOHOLISMO

Hasta ahora se ha hablado de aspectos generales de los GAM, pero en los siguientes apartados nos adentraremos en los modelos de intervención para poder entender, posteriormente, los resultados de en este campo.

4.1. Grupos de AA

Los grupos de AA tienen un programa llamado de los 12 pasos y unas normas de funcionamiento agrupadas en las llamadas 12 tradiciones (AA, 2012). La recuperación de la adicción, según ese modelo, se basa en el despertar espiritual seguido del deseo de ayudar a otras personas con adicción al alcohol a través de la sobriedad (Marín y Rubio, 2021).

Edwards (1987) identificó una lista de procesos esenciales a través de los cuales operan los grupos de AA, y que en nuestra opinión podría extenderse a otras organizaciones de ayuda mutua, como son: a) la presencia de una idea flexible y coherente (una ideología); b) un programa de actuación (los 12 pasos), y c) una serie de beneficios para poder conseguir y mantener la sobriedad y la posibilidad de recuperación. En nuestro entorno, hay otros grupos de ayuda mutua que siguen una filosofía diferente AA, y que cumplen con esos criterios propuestos por Edwards, como los de FACOMA-Red CAPA, de los que se hablará a continuación.

Los grupos que han basado su ideología en los 12 pasos, de forma similar a AA, como Narcóticos Anónimos, Cocainómanos Anónimos o Jugadores Anónimos, contemplan la adicción como una enfermedad y basan su recuperación también en el *despertar espiritual*, que ocurre durante el proceso de recuperación y que lo mantiene, junto con la *voluntad de servicio al grupo*. Los usuarios, mediante la participación en las sesiones grupales, tienen la oportunidad de cambiar su actitud hacia el proceso de enfermar, hacia la familia y amigos y consiguen aliviar el sentimiento de culpa y el estigma que supone la adicción. En los grupos se anima al sujeto a intentar permanecer en abstinencia “por 24 horas, por una hora, o si es necesario, por un minuto”. Con el apoyo del grupo y de los miembros individuales-padrinos o madrinas-, una persona es capaz de evitar beber esa primera copa que podría llevar a una recaída.

Para muchos miembros del grupo de AA, el sentimiento de impotencia para poder controlar el alcohol se traduce en una solicitud de ayuda a “Dios o al Poder superior” que, en el día a día, se materializa en buscar apoyos y consejos entre los usuarios del grupo. En este entorno, la persona nunca se ve como «curada», sino en un estado continuo de recuperación. Paradójicamente, según el modelo de los 12 pasos, y a pesar de reconocer que se trata de una enfermedad, la recuperación de esta enfermedad se logra, según AA, a través de un enfoque no farmacológico. La idea

errónea de que estos grupos son religiosos y no espirituales, con una mentalidad prohibicionista, ha desanimado, hasta cierto punto, a algunas personas a entrar en estos grupos.

Los grupos de ayuda mutua en el ámbito de las adicciones no son utilizados exclusivamente por personas en recuperación. Existen grupos para familiares que también han surgido bajo este mismo modelo, son los grupos de Al-Anon para las parejas o de Alteen para los hijos, que también se han extendido mundialmente. Estos grupos, además, sirven para reducir el aislamiento, ofrecer apoyo mutuo y fomentar el intercambio de experiencias y la empatía. Su función en el campo de las adicciones es dar un alivio inmediato a las familias u otros amigos de la persona con adicción, que pueden sentirse culpables y estigmatizados por la sociedad.

A largo plazo, los usuarios de AA, de Al-Anon y Alateen aprenden de otros miembros diferentes estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes, son más conscientes de sus propias habilidades y recursos, con el consiguiente crecimiento personal.

4.2. El programa Ayúdate-ayúdanos de la Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA-Red CAPA)

La heterogeneidad de grupos de ayuda mutua, diferentes a los AA, en países del arco mediterráneo es muy amplia. En concreto en España, estas asociaciones nacieron en la década de los años 60, y aunque adoptaron bastantes ideas y recomendaciones que se ofrecían en los grupos de AA, sin embargo, no se incluyeron los aspectos nucleares de la filosofía de AA como el del despertar espiritual o el de poner a Dios o al Poder Superior como eje del programa. En este contexto español, la Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA-Red CAPA) ha sido la que, en nuestra opinión, más avances ha impulsado, dado que tienen una ideología de la adicción al alcohol basada en un modelo bio-psico-social, han desarrollado un programa escrito ("Ayúdate-Ayúdanos" FACOMA, 2016) tanto para las personas con adicción al alcohol como para sus parejas, y lo han evaluado en el contexto de su colaboración con el programa del Hospital Universitario 12 de octubre (Madrid) (Rubio et al, 2013; 2018). En sus asociaciones se incluyen grupos para pacientes con adicción al alcohol y para los familiares de estos pacientes. Junto a los grupos de ayuda mutua, los usuarios pueden incluirse en sesiones de apoyo a la recuperación que están moderadas por voluntarios (principalmente profesionales de la psicología) y en otras actividades impulsadas por la propia asociación, bien sean de ocio, culturales o deportivas, con la intención de facilitar la recuperación de los pacientes y de sus familias. En algunas de ellas, los propios pacientes se organizan para facilitar un servicio de guardería, mientras las madres con hijos pequeños acuden a las reuniones grupales. La Tabla 2 recoge las diferencias entre el modelo de los 12 pasos, de AA (AA, 2012), y el de "Ayúdate-Ayúdanos" de FACOMA-Red CAPA (FACOMA, 2016).

Tabla 2. Diferencias entre las asociaciones de ayuda mutua basadas en los 12 pasos y las basadas en el programa Ayúdate-Ayúdanos

	AA	FACOMA-Red CAPA
Programa	12 pasos	Ayúdate-Ayúdanos
Modelo de recuperación	Basado en el despertar espiritual y en la voluntad de servicio	Basado en la adquisición de nuevos valores

	AA	FACOMA-Red CAPA
Papel de los familiares	Se les aconseja que acudan a los grupos de Al-Anon	En la misma asociación hay grupos para pacientes y para los familiares. En ocasiones hay reuniones conjuntas de pacientes y familiares
Papel del voluntariado	No se aceptan voluntarios (sean o no profesionales de la salud)	Se aceptan voluntarios que de forma altruista colaboran con la asociación
Relación con los profesionales de la salud	Los miembros de AA informan a los profesionales acerca de la localización de los grupos y del programa	Los miembros informan sobre localización y facilitan la coordinación de usuarios. Se les ofrece participar como voluntarios de FACOMA-Red CAPA
Otras actividades de apoyo a los integrantes	El apoyo mutuo, la posibilidad de hacer el programa con el apoyo de un padrino/madrina	La propia asociación pone en marcha actividades de ocio, culturales, deportivas o de otro tipo que facilitan la integración de los usuarios en las asociaciones y en la sociedad
Reivindicaciones a las administraciones	Entre sus normas se explicita que AA no llevará a cabo ninguna reivindicación a las administraciones: Local, Autonómica o Estatal	Reivindican la mejora de los programas de tratamiento, de prevención y reinserción social. Colaboran en proyectos de investigación para conseguir mejorar los tratamientos públicos del alcoholismo. Se llevan a cabo iniciativas para disminuir el estigma.

4.3. Fases del programa Ayúdate-ayúdanos para pacientes

Principios básicos: aceptación sincera y respetuosa de las experiencias de personas adictas al alcohol y de sus familias. Aceptar la mutua ayuda para liberarse de la necesidad de beber, para desarrollar un proyecto de crecimiento/maduración personal y conseguir la estabilidad familiar. Colaborar con profesionales de la salud para mejorar nuestro estado físico y mental. En estos grupos no van a encontrar recetas fáciles o consejos que no hayan pedido, sin embargo, cada uno de los integrantes del grupo va a explicar qué les pasaba a ellos en cada una de las fases de su recuperación y cómo consiguieron sortear las dificultades.

Con relación a la duración de cada fase, hemos incluido el periodo medio en el que se suelen alcanzar los objetivos. Estos tiempos son muy variables y la mayor o menor duración depende del grado de complicaciones de cada persona, de la motivación que se tiene y de la frecuencia con la que se asiste a las reuniones de la Asociación. Sabemos que algunas personas, por diferentes motivos, no se plantean o no pueden terminar el programa en nuestras Asociaciones, pero esta perspectiva temporal sirve para hacerse una idea, bastante aproximada, de lo que se puede conseguir en cada una de las fases.

A continuación, se incluye el texto íntegro del programa para pacientes con adicción al alcohol (FACOMA, 2016).

Fase 1. Considerar que el consumo de alcohol es un problema y que la abstinencia es el camino para empezar a solucionarlo.

Objetivos: Dejar de beber y aceptar la abstinencia como alternativa para mejorar nuestros problemas. Aprender a cuidarnos: Importancia de acudir a un profesional de la salud y seguir sus orientaciones. Duración: 1-3 meses

Cuando llegamos a la Asociación hay quien lleva días sin beber y quien lleva sólo unas horas. Pronto notamos que las personas que integran el grupo muestran una aceptación sincera y respetuosa hacia cada participante, lo que nos tranquiliza: “no somos tan poco comunes como pensábamos. A otras personas también les ha pasado lo mismo”. Insistimos en que acudan a Atención Primaria porque el alcohol no solo produce adicción, sino que daña casi todos los órganos del cuerpo. Hay quien se resiste a consultar con profesionales, por sentir vergüenza de su consumo o por ignorar otros problemas médicos. Nuestra obligación es explicarles que además de las complicaciones médicas, las personas con adicción al alcohol tenemos más riesgo de sufrir depresiones, estados de ansiedad y problemas de memoria, que deben ser diagnosticados y tratados por profesionales del sistema sanitario.

Lo cierto es que en cuanto dejamos de beber con ayuda de profesionales, nuestra recuperación física suele ser espectacular. Al principio, nos sentimos tan “liberados” del alcohol, que la mayoría ni siquiera sienten deseos de beber. Se trata de una especie de “luna de miel” con la abstinencia, común en bastantes personas. No obstante, lo normal, en los primeros meses de abstinencia, es sentir deseos de beber cuando nos encontramos en lugares o con personas con las que habitualmente bebíamos alcohol. De ahí que la mayoría de los que integran el grupo procuren evitar entrar en bares y las compañías con las que bebían, y de esa forma tener menos recuerdos y deseos de beber.

El ejercicio físico moderado, iniciado en esta etapa, constituye una excelente alternativa para ir sustituyendo antiguos hábitos por otros claramente saludables. Es raro encontrar una Asociación que no promueva este tipo de actividades entre las personas que acuden a los grupos.

Durante los primeros meses de estar en la Asociación las personas de reciente incorporación suelen intervenir poco en los grupos, pero “son como esponjas que absorben y aprenden de los demás las estrategias y los trucos para no beber”. Cuando intervienen se expresan con la tranquilidad que proporciona el saber que “te entienden”, y esto anima a continuar con la abstinencia.

El hecho de no sentirnos en exposición a consejos moralizantes o a la reprobación de nuestros actos constituye la base para que podamos decidir qué cambios queremos hacer y cuándo. En ocasiones, las personas veteranas suelen mostrarse impacientes porque consideran que “vamos con lentitud” en nuestros cambios, pero esto es algo normal en nuestros grupos: “nadie quiere que repitamos los errores que otras personas han cometido, pero cada cual lleva su propio ritmo”.

Una situación frecuente en estos meses es la de comparar nuestros problemas con los de las demás personas que integran el grupo. Las comparaciones las hemos hecho todas y todos, pero si se mantienen en el tiempo pueden ser una señal de no aceptación de nuestra enfermedad, de no estar en disposición a continuar con los cambios de estilo de vida o de no aceptar el apoyo recibido por el grupo. Cuando las personas más veteranas explican que evitaron durante meses entrar en bares o llevar mucho dinero en el bolsillo, como forma de cambiar rápidamente sus antiguos hábitos, algunas personas, que llevan menos tiempo en nuestras asociaciones, ponen en marcha el mismo tipo de estrategia exitosa, pero hay a quien le cuesta encontrar la suya.

Un hecho sorprendente consiste en que, a pesar de que en muchos casos hayan sido nuestras familias las que nos han “convencido para acudir a la Asociación”, sin embargo, no suele gustarnos que acudan al grupo de familiares. Erróneamente, creemos que el problema es “sólo nuestro” y que el resto no tienen que participar; otras personas ven en el hecho de acudir a los grupos de

familias una forma de control (“si viene mi familiar al grupo de familias, me siento en la obligación a tener que venir” “cuando me acompaña mi padre o mi madre, me pongo más nerviosa/o”), y hay quienes hemos cometido la torpeza de disuadir a las familias de venir porque “aprendían muchas cosas sobre esta enfermedad” y podían utilizar esta información para señalarnos la ambivalencia que tenemos para sustituir nuestros antiguos hábitos por un nuevo estilo de vida.

Fase 2. Comprender que la adicción al alcohol es una enfermedad de la que el individuo no puede recuperarse exclusivamente con la fuerza de voluntad.

Objetivos: Comprender en qué consiste la adicción al alcohol. Consolidar los cambios en el estilo de vida realizados en la etapa anterior y recuperar hábitos y actividades de ocio saludables. Duración: 3-6 meses.

Una vez conseguidos los primeros meses de abstinencia y haber realizado determinados cambios en nuestro estilo de vida, el bienestar resultante es considerable, hasta el punto de que llegamos a dudar si realmente “somos personas adictas al alcohol o no”. Nos ha resultado tan fácil llegar hasta aquí que nos sentimos diferentes y nos creemos con fuerzas suficientes como para “intentar volver a beber”. O bien, nos conformamos con los pequeños cambios realizados en nuestro estilo de vida: “Total, para que voy a cambiar más hábitos si con los realizados hasta ahora no bebo”.

Al principio, tenemos la creencia de que con lo aprendido en los primeros meses y con fuerza de voluntad se consigue el resto. De hecho, alguna vez alguien ha comentado en el grupo la experiencia de haber permanecido abstinentes, únicamente “con fuerza de voluntad”. Sin embargo, la realidad de la mayoría no es esa. Pese a haber dejado de beber, nuestro “cerebro adictivo” pretende, soterradamente, que no rompamos la relación con la bebida, de ahí que nos cueste un esfuerzo considerable evitar estar en bares o con los “amigos de barra”. Nuestro cerebro, en esta etapa, sigue queriendo evitar las emociones negativas y el esfuerzo psicológico que supone cambiar, de ahí que, de alguna manera, procura que mantengamos inalterados muchos de nuestros antiguos hábitos que estaban relacionados con la bebida. Los equipos científicos dicen que el cerebro de personas con adicción al alcohol tiende a comportarse como si fuese “miope”. La persona que padece miopía tiene dificultades para ver lo que está alejado, sin embargo, no tiene problemas para observar las cosas cercanas. Pues bien, quienes tenemos adicción al alcohol, durante meses, tendemos a darle más valor a los efectos inmediatos que produce el alcohol, que a las consecuencias que podría tener ese consumo a medio y largo plazo. Es decir, somos más proclives a actuar para conseguir los efectos inmediatos provocados por el alcohol, que a tener en cuenta las graves consecuencias que el consumo nos puede producir. Este hecho puede explicar el riesgo de recaídas que solemos experimentar.

En el grupo se insiste en la conveniencia de “pensar todos los días en nuestra enfermedad y en los beneficios conseguidos con la abstinencia”.

Al contrario de lo que la gente cree, nuestra experiencia nos indica que es muy conveniente pensar todos los días, un rato, en nuestra enfermedad. No hacerlo, supone un tremendo error: no querer pensar en lo ocurrido nos lleva a caer en el círculo de la bebida. Sabemos que el discurso interno sobre los cambios y las motivaciones para seguir abstinentes, favorece nuestra autoestima y el mantenimiento de la abstinencia. Algo tan sencillo como levantarnos cada mañana y decirnos “hoy voy a intentar no beber” consigue milagros en nuestra capacidad para cambiar.

Algunas personas que se conforman con haber realizado pequeños cambios en su estilo de vida y no beber, suelen dejar de acudir a los grupos. No se dan cuenta que unos pocos meses de hábitos saludables no tienen la fuerza suficiente como para contrarrestar el daño provocado por tantos años de consumo. Hemos aprendido que, si “nos ha costado años desarrollar la adicción al alcohol, también tenemos que invertir años en nuestra recuperación”. No hay que extrañarse si durante estos meses notamos que comemos más dulces, o que compramos más o que se reactivan antiguas conductas adictivas, ya que cuando cerramos la posibilidad de premiar al cerebro adictivo con el alcohol, este tiende a que lo hagamos mediante otras conductas (comer, comprar, fumar, café, etc.).

¿Qué tal si invertimos las horas que nos hemos pasado bebiendo, por horas de acudir a los grupos de la Asociación? Para la mayoría de nuestro colectivo ha sido la mejor inversión de nuestras vidas.

Si priorizamos acudir a las reuniones del grupo, siendo constantes en la asistencia, y, además, procuramos ser humildes, evitar el alcohol, los lugares y las personas con las que bebíamos, tenemos mucho ganado en nuestra recuperación. Una de las frases que suelen comentarse en los grupos es: “el alcohol saldrá de nuestra mente si lo sacamos de nuestras vidas”. Intentar construir una nueva vida alejada del alcohol, es la base de nuestro éxito. Es cierto que “el alcohol está en muchos lugares” y “que es imposible aislarse de ello”, pero hemos aprendido de las personas veteranas a “impermeabilizarnos a ese ambiente”.

Si en esta etapa de nuestra recuperación, nos enfrentamos a una de las típicas situaciones de riesgo donde está muy presente el alcohol (un bar, una fiesta, una reunión social), y allí “nos sentimos bien”, eso significa que “nuestro cerebro adictivo está contento” y por lo tanto está archiviando esa experiencia, junto a otras de nuestro pasado en las que disfrutábamos con la bebida. De alguna manera, el cerebro adictivo se está saliendo con la suya y más bien pronto que tarde intentará que repitamos la experiencia. Por el contrario, si en esas situaciones nos “impermeabilizamos” para protegernos del alcohol, la cosa cambia.

Ponerse el impermeable consiste en “intentar ser conscientes de lo que estamos haciendo”: preguntándonos, con frecuencia, qué hacemos allí, para qué hemos acudido y cómo nos estamos sintiendo. Es así como la mayoría hemos evitado posibles recaídas.

Debemos de cambiar, cuanto antes, el hábito de recurrir a “pequeñas o grandes mentiras” para poder aproximarnos al alcohol, sin que nuestra familia se entere. Para la gran mayoría de quienes acudimos por primera vez a una Asociación, nuestra meta oculta es poder aprender a controlar el alcohol, poder hacer muchas de las cosas que hacíamos antes, pero “sin beber”. De ahí que evitemos implicar a la familia en la recuperación y que recurramos a las mentiras. En ocasiones, la mentira es una expresión más de nuestro “cerebro adictivo”. Utilizábamos el alcohol para evitar malestares, responsabilidades y conflictos, y, de alguna manera, la mentira cumplía también esas mismas funciones.

El estrés de mentir, más el estrés de suprimir determinada emoción nos anula. Por el contrario, cuando decimos la verdad somos capaces de experimentar la calma que proporciona la honestidad, el alivio y la liberación de darnos permiso para ser “personas”. Cuando fingimos o mentimos, aumentan nuestros problemas emocionales, por eso hay que buscar el nicho reparador en el grupo de ayuda-mutua para ensayar la sinceridad. La honestidad es uno de los valores que se aprende en

nuestras Asociaciones porque no hemos visto a ninguna persona recuperada de esta enfermedad recurriendo sistemáticamente a las mentiras.

Como se observa en el dibujo, el recorrido que una persona realizaba para ir a la cafetería o al bar estaba tan ritualizado que, en cada secuencia, según se aproxima al lugar donde bebía, el refuerzo o premio es cada vez mayor. De forma que cuando ha dejado de beber y se plantea ir al supermercado, su cerebro, de forma automática, elige el recorrido recompensado. De ahí la necesidad de revisar muchos de nuestros hábitos para evitar que, como en este caso, estén recompensados por el alcohol.

Fase 3. Asumir las consecuencias de nuestro pasado caótico relacionado con el alcohol.

Objetivos: Diferenciar entre culpabilidad y responsabilidad de lo acontecido en nuestro pasado. Compromiso para no recurrir a la mentira como forma de evadir responsabilidades. Aceptar las emociones negativas que sentimos en nuestro día a día. Afrontar las dificultades generadas por la búsqueda de un nuevo proyecto de vida. Duración: 6-12 meses

Las personas de nuestro colectivo, cuando estábamos bebiendo, hemos realizado conductas que han perjudicado a las personas de nuestro entorno. También hemos llegado a transgredir la ley. A todo esto, en las Asociaciones, lo llamamos “tener la mochila cargada”. Cuando recuperamos la sobriedad y repasamos nuestro pasado, llegamos a sentir vergüenza de lo ocurrido.

Este es uno de los motivos por el que nos resistimos a recordar, y a que nos recuerden nuestro pasado. Preferimos pensar que hay que mirar el futuro y que de nada sirve remover el pasado. Este profundo sentimiento de vergüenza nos lleva, a veces, a reaccionar con “enfado” cuando alguien nos reprocha algo de lo ocurrido cuando estábamos bebiendo. En el grupo aprendemos que para poder avanzar en nuestra recuperación hay que saber discernir entre culpabilidad y responsabilidad. No éramos culpables de lo que hacíamos cuando estábamos en consumo, pero sí responsables de nuestros actos. La mayoría no hubiéramos hecho nada vergonzoso o ilegal si hubiésemos estado en sobriedad.

Cada integrante del grupo nos ayuda a que podamos hablar de esas dolorosas experiencias, a aceptarlas y a poder comprobar el alivio que supone poder compartirlas con el grupo. Para poder superar ese terrible sentimiento de culpa, que puede aparecer en muchos momentos de nuestra recuperación, tenemos que ser capaces de “descargar la mochila” y, sobre todo, de pedir perdón a las personas dañadas, que suelen ser principalmente familiares y amistades. En esta etapa aprendemos lo liberador que resulta decirles la verdad, aunque las explicaciones sean comprometidas.

En las ocasiones en las que decidimos hablar de esto al grupo, nos suele invadir una sensación agri dulce. De un lado sentimos alivio por poderlo contar, por recibir apoyo del grupo, pero también nos suelen invadir pensamientos y emociones negativas, que nos hacen sentir como personas abyectas, rencorosas y sin valores.

La compasión mostrada por cada integrante del grupo es un valor presente en nuestras Asociaciones. Se trata de procurar aliviar el sufrimiento y de mejorar nuestro bienestar. Uno de nuestros lemas es que “no te hagas a ti, lo que no harías a los demás” y también el de que “para poder decir te quiero hay que quererse”.

Cuando bebíamos, no sabíamos cuidarnos ni querernos, por lo que difícilmente podíamos querer a los demás.

Otro aspecto novedoso que ocurre tras meses de abstinencia tiene que ver con la aceptación de nuestras emociones. Aceptar las emociones no significa que aceptemos los comportamientos que se derivan de ellas. Podemos tener ansiedad ante un problema y aceptar el reto. La aceptación activa implica, primero reconocer las cosas tal y como son y luego, actuar de la forma que consideremos apropiada y digna. Implica la posibilidad de elección en la vida. Tras muchos años de bloqueo emocional provocado por el alcohol nos cuesta “sentirnos padres, madres, esposos, hijos, hijas o simplemente amigos”.

Hemos utilizado el alcohol tantas y tantas veces para cambiar emociones negativas o ideas desagradables, que se nos hace extraño volverlas a sentir y reaccionar de forma normal. La aceptación genuina de las emociones es la base para desarrollar nuestra capacidad de aceptación. El grupo es un excelente banco de pruebas para este proceso. En él somos capaces de darnos cuenta de nuestros sentimientos, manifestarlo y recibir la sincera opinión del grupo. Si dejamos que fluyan las emociones negativas, nuestro “canal emocional estará limpio”. Aprendemos que, en lugar de oponernos al dolor, a la ansiedad o la tristeza, es mejor aceptarlos y dejar de castigarnos por sentirlos.

Expresar nuestros pensamientos y compartir nuestros sentimientos en grupo (con alguien de confianza) favorece la aceptación y el alivio de este tipo de emociones.

Nuestra autoestima también puede fluctuar a lo largo de nuestra recuperación, pero gracias al grupo, al apoyo de la familia y de profesionales de la salud, solemos remontar los periodos críticos. Alguien del grupo puso una vez un ejemplo muy gráfico que ilustra bien este periodo al que denominamos etapa del jarrón roto. Cuando se cae un jarrón al suelo se rompe en varios pedazos. La visión del mismo suele resultar descorazonadora. ¿Qué hago ahora? ¿Por dónde empiezo a recoger los trozos de porcelana? ¿Los pego con pegamento de contacto? ¿Los pego con celo o con un esparadrapo? Esta persona nos contaba, al grupo, que cuando realmente nos damos cuenta de lo “rotos que estamos como consecuencia del alcohol”, la angustia y la tristeza es tan grande, que en ocasiones nos paraliza. La actitud más apropiada sería la de recoger todos y cada uno de los pedazos rotos, colocarlos en un sitio seguro para no perderlos o se rompan más. Después habrá que pensar en una forma de reconstrucción que sea lo más firme y duradera posible, empleando el tiempo y energía suficiente para que cada pieza quede unida lo más sólidamente posible con las demás. Nos aseguraremos de que los trozos de la base estén sólidamente unidos, porque han de aguantar el resto del jarrón y su contenido. Como en el caso del jarrón, en nuestra recuperación seremos conscientes de que hay trozos que necesitan ser cuidados con mayor mimo y durante más tiempo, como es el caso de nuestra salud física y psicológica, y de las relaciones familiares. Una base sólida, aunque dañada, puede servir para adquirir los nuevos valores inherentes al proceso de maduración personal iniciado en la Asociación. Es cierto que no siempre que acudimos a una Asociación tenemos el mismo grado de complicaciones. Hay quienes no tienen deteriorada gravemente su vida familiar o laboral, y esto supone cierta alegría para el resto del grupo, ya que cuando más “rotos o rotas estemos, más tiempo debemos dedicar a recomponernos”.

Como ocurre en toda reparación, tenemos que decidir qué utilidad queremos darle al jarrón que estamos reparando, y esto suele llevar tiempo. En ocasiones, priorizamos la recuperación de la familia, pero cada cual suele encontrar la respuesta tras escuchar las sinceras opiniones del grupo.

Fase 4. *Empezar a diseñar un plan de vida que favorezca un estilo de vida saludable y el crecimiento/maduración personal. Objetivos: Diseñar un nuevo plan de vida que favorezca un estilo de vida saludable. Asumir el reto del proceso de maduración/crecimiento personal. Duración: 12-24 meses.*

Tras varios años de abstinencia y de compartir muchas terapias de grupo, llegamos a considerar que “nos lo sabemos todo, que las terapias son un rollo porque no se dice nada que no sepamos ya”. Empezamos a faltar al grupo, a poner excusas como que no tenemos tiempo, que otros que-haceres nos impiden acudir a las reuniones.

Esta actitud es frecuente, y suele ocurrirnos en diferentes momentos de nuestra recuperación. Suele significar que hemos paralizado nuestro proceso de cambio: “me encuentro bien, no voy a bares, mi familia empieza a estar tranquila, lo que se dice en el grupo ya me lo sé.

¿Para qué voy a seguir acudiendo a la Asociación, si ya sé que no puedo beber? Creemos “saber tanto sobre el alcoholismo”, que incluso consideramos la posibilidad de “poder volver a beber sin perder el control”. No conocemos a nadie, de los que han acudido a nuestras Asociaciones, que haya podido volver a beber sin problemas. Algunas de estas personas dejan el grupo y pueden llegar a permanecer sin recaer meses, pero desde nuestro punto de vista han abandonado la Asociación en el momento crítico que debían plantearse qué y cómo cambiar en la vida, sin las servidumbres del alcohol.

En esta fase de nuestra recuperación, como en las demás, puede ocurrir que quienes acudimos a las sesiones grupales, caigamos en la monotonía de un discurso superficial del tipo: “Me encuentro bien. Mi familia está bien. Todo está bien. No hay muchas cosas que me hayan ocurrido”. Estas frases suelen reflejar, una vez más, una situación de bloqueo en nuestra recuperación, que el grupo la suele señalar. Cuando detectamos una situación así, decimos que venimos a “calentar la silla”, porque el nivel de participación en el grupo es mínimo y poco comprometido.

Sin darnos cuenta, mientras bebemos no hemos podido madurar, pues el propio alcohol y la forma de afrontar los problemas (bebiendo) han impedido la capacidad de madurar, de diseñar un plan de vida sincero y honesto.

Esta inmadurez, que la mayoría traemos cuando venimos a una asociación, no se resuelve en 2-3 años de abstinencia: requiere tiempo, esfuerzo, humildad y sinceridad consigo y con el grupo. Pero nuestro deseo de ir lo más rápido posible, de intentar resolverlo casi todo con atajos, nos vuelve imperturbables a lo que el grupo nos descubre día a día.

A veces, nuestro empeño por hacer las cosas a “nuestra manera” nos lleva a querer atravesar muros, cuando lo más prudente es rodearlos y seguir el camino.

Continuar acudiendo a la Asociación nos hace superar estos baches y seguir con los cambios que hayamos decidido realizar.

Cuando llevamos varios años en la Asociación nuestros comentarios y experiencias son tomados en cuenta por el resto de integrantes del grupo y comprobamos que “somos importantes para muchas personas de la Asociación”. Además, hemos recuperado algunas de las aficiones que el alcohol nos había quitado y lo que es más importante: empezamos a asumir el reto de desarrollar

un nuevo plan de vida, alejado de la bebida. Para este nuevo plan hace falta ilusión, determinación y el apoyo del grupo. En ese imaginario “mapa de nuestra nueva vida” hay que ir marcando itinerarios, paradas, y hasta desvíos estratégicos. La experiencia de quienes llevan más tiempo en ese camino nos sirve de guía, siempre y cuando estemos en disposición de escucharlos. No suele ser fácil tomar esa decisión, para muchos y muchas la ambivalencia entre iniciar el nuevo camino y quedarse como están, puede provocar que permanezcan indecisos meses o hasta incluso años. Salir de nuestra zona de confort nunca es una tarea sencilla. Si imaginamos que somos profesionales de la jardinería, nuestro nuevo proyecto equivaldría a saber cuidar un “árbol frágil”. Tenemos que procurar evitar que su crecimiento se vea truncado por nuestra inexperiencia en cómo cuidarlo o por no saber prevenir las consecuencias de las inclemencias ambientales. Es necesario que procuremos ubicar las raíces en un terreno seguro y bien nutrido. De igual manera, intentaremos asegurarnos la confianza de nuestra familia y amistades más próximas. Es posible que varias ramas del árbol estén rotas y debamos repararlas, o incluso, sacrificar a alguna que esté poniendo en riesgo el desarrollo del árbol. En nuestro caso, tendremos que ser capaces de renunciar a determinadas personas, situaciones, antiguos proyectos que pongan en peligro nuestra recuperación.

Tendremos cuidado con el ambiente y lo protegeremos del excesivo sol, la excesiva lluvia o el intenso viento. Sabremos elegir y cuidar nuestro ambiente: ningún árbol puede sobrevivir sin cuidados adecuados y esto es algo que a la mayoría de nuestro colectivo nos cuesta entender, porque nos hemos pasado media vida maltratándonos.

Aunque este periodo es decisivo en nuestra recuperación, nos ha costado meses superar este “bloqueo”. El temor a decidir libremente puede detener nuestra capacidad de cambio. Nuestra experiencia es que el desarrollo de nuestro propio plan de crecimiento/maduración personal nos permite pasar de la fase del “no puedo beber al no quiero beber”.

Fase 5. Desarrollo activo de un proyecto de vida basado en nuevos valores y en mi potencialidad: equilibrio entre lo que puedo y lo que quiero alcanzar. Objetivos: Promover mi propio plan de crecimiento personal asumiendo nuevos valores. Asumir que el viaje de la vida tiene fracasos y éxitos. Lo realmente importante es poder disfrutar del viaje. Sentir las emociones positivas y las negativas y poderlas compartir sin temor o vergüenza. Aceptarme tal y como soy, si deseo cambiar. Sentir la serenidad, como persona, de “estar haciendo en la vida lo que he de hacer”. Duración: 2-4 años.

Esta fase es determinante en nuestra recuperación, al alcanzarla nos sentimos “personas distintas a cómo éramos antes”. El crecimiento personal desarrollado en nuestras Asociaciones es casi un salvoconducto de no retorno al estilo de vida anterior. Todo crecimiento personal implica aceptar las pérdidas. Hemos perdido tanto, a lo largo de nuestra vida en consumo, que esas pérdidas, lejos de provocarnos dolor y pena, nos han transformado de una manera radical: ahora hemos aprendido a valorar más la vida. También implica aceptar los desafíos de nuestra existencia. Si evitamos los desafíos por miedo a fracasar, sabemos que nuestra autoestima se resiente y bloqueamos nuestra recuperación. Aunque pueda parecer sorprendente, la mayor parte de quienes hemos hecho este recorrido en nuestras Asociaciones, somos capaces de concentrarnos y de disfrutar del nuevo viaje, en lugar de obsesionarnos con llegar pronto al destino.

También hemos aprendido que, como en todo viaje, hay que parar, descansar, disfrutar y aceptar los múltiples tropiezos. ¿Quién nos iba a decir que podríamos ser capaces de cambiar radi-

calmente nuestras vidas? Vemos diariamente a personas veteranas que lo han conseguido, nos cuentan su experiencia y nos sirve de estímulo para seguir acudiendo a las reuniones del grupo.

En una ocasión, un médico le preguntó a uno de nuestros veteranos por sus logros tras 7 años de estar asistiendo a los grupos. Éste respondió: “ahora creo soy mejor marido y mejor padre”. El doctor, se dirigió a la esposa del veterano y le preguntó si estaba de acuerdo con esa afirmación, y ella respondió que efectivamente, su marido “era totalmente distinto al que había acudido años atrás a la Asociación”.

Dirigiéndose nuevamente al veterano le pidió que le explicase cómo se había producido el cambio, y la respuesta fue que él únicamente quería que le enseñasen a dejar de beber, pero que en la Asociación “había aprendido a vivir”. Para nuestro colectivo, el grupo constituye una escuela de vida. El grupo nos permite ir eligiendo el tipo de valores que cada cual quiere que gobiernen su vida. Uno de estos valores elegidos, por la mayoría, es el altruismo. Llevamos años compartiendo experiencias, ideas, sentimientos, fracasos y éxitos con el resto del grupo, y todo porque hemos aprendido la importancia de compartir. Colaboramos de forma altruista con la Asociación, porque nos sentimos bien haciéndolo, porque hemos asumido ese valor.

Otra de las cosas que aprendemos en los grupos es la “magia de la constancia”. Los primeros meses de acudir a la Asociación nos costaba esfuerzo dejar lo que estábamos haciendo y venir al grupo, sin embargo, tras años de asistencia, estamos deseando que llegue la hora del grupo para poder venir a la Asociación. La constancia en acudir a las reuniones ha mejorado nuestra propia valoración. Hay quien tarda años en aceptarse como es. Bebíamos porque no nos gustábamos, y la abstinencia y el grupo nos han enseñado a considerar aquellos aspectos positivos que nos negábamos a ver. Efectivamente, no somos personas perfectas ni lo pretendemos, pero con el tiempo aprendemos el valor de la aceptación personal y de los acontecimientos de la vida como la clave de nuestra maduración. Para nuestro colectivo, la aceptación es el prerequisite de una vida emocionalmente sana. Aceptación no es resignación: “solo si me acepto tal y como soy puedo cambiar”.

En los grupos aprendemos a mostrar gratitud hacia las y los demás. Las personas más veteranas nos sorprenden cuando agradecen a alguien que acaba de llegar, el hecho de haber contado algún aspecto de su vida relacionada con el alcohol. Escuchar esa experiencia les has permitido volver a reencontrarse con su pasado, pero esta vez sin dolor y sin rencor. Damos, con frecuencia, las gracias a integrantes del grupo por su ejemplo sincero. Como decía Cicerón “La gratitud no es solo la mejor de las virtudes sino la madre de todas las virtudes”

Al final de esta fase reconocemos que la autoaceptación es la base de una vida sana y plena, que nos genera un sereno sentimiento e integridad por “estar haciendo en la vida lo que, como personas, hemos de hacer”. Algunas de las personas, cuando finalizan esta fase, deciden dejar la Asociación y continuar su proyecto vital, aunque teniendo presentes los valores adquiridos en el grupo. Es frecuente que, cuando esto ocurre, surjan emociones agriadas en alguna de las personas integrantes del grupo. De un lado, nos sentimos agradecidos por haber podido compartir años de experiencias, pero también nos entristece su marcha. En muchos casos, este alejamiento es solo parcial, ya que bastantes de las personas que acuden a nuestras Asociaciones no quieren perder del todo el contacto con el grupo y vienen, como dicen ellos a saludar, a “cargar las pilas” y a expresar la gratitud hacia los miembros de la Asociación.

Fase 6. *Compromiso con los valores de la Asociación y con los grupos de Ayuda-Mutua para personas y familiares con adicción al alcohol u otras drogas. Objetivos: Aceptar los valores promovidos desde FACOMA RED- CAPA. Asumir el compromiso de ayudar a otras personas con adicción al alcohol desde las Asociaciones de ayuda mutua. Duración: Según decisión personal del sujeto.*

No siempre, quienes acuden a nuestras Asociaciones pasan a esta fase. Tampoco nadie se lo debería de exigir: el altruismo y la gratitud son dos de los valores esenciales que se fomentan en nuestros grupos. Algunas personas, tras años de compartir y de crecer en el contexto de nuestras Asociaciones deciden voluntariamente aceptar nuestros valores y el compromiso activo y altruista de mantener viva la Asociación. Creemos que esta labor es importante porque a nosotros y nosotras nos ha servido, y porque consideramos que puede ser de utilidad para otras familias.

Tenemos el convencimiento de que, como personas con enfermedad alcohólica que desean recuperarse, tenemos los mismos derechos y obligaciones que las personas con otras enfermedades. Desde nuestras Asociaciones intentamos ayudar a otras familias y personas con adicción al alcohol, pero creemos que es justo reivindicar que se nos reconozca el papel de facilitadores en el proceso de recuperación. No nos resulta indiferente el grado de sensibilidad de la sociedad en la que vivimos hacia el alcoholismo. FACOMA RED-CAPA siempre ha reivindicado mejoras en la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad y hemos explicitado nuestro compromiso a colaborar con quienes deseen una sociedad que no estigmatice, sino que ayude a las familias y a las personas con adicción al alcohol.

Hemos recibido tanto del grupo de nuestra Asociación, que nos sentimos moralmente implicados en la continuidad de esta. De esta forma se puede mantener encendida la llama del movimiento de ayuda mutua para la recuperación de personas con adicción y de sus familias. Hasta ahora, han sido miles de familias las que han pasado por FACOMA en los últimos 30 años y son centenares los que de forma activa mantienen vivo este movimiento asociativo.

Es cierto que no nos sentimos solos. Contamos con el apoyo de un gran número de profesionales, de personas que ocupan puestos en las diferentes Administraciones y de familias y personas con dependencia del alcohol, que tras años de recuperación vienen, de vez en cuando, como si se tratase de "antiguos alumnos", a sus Asociaciones, a las escuelas donde aprendieron a vivir.

5. BIBLIOGRAFIA

- Albee, G.W., Joffe, J.M. & Dusenbury, L.A. (1988). Prevention, powerlessness and politics; readings on social change. Newbury Park, London: Sage.
- Alcohólicos Anónimos World Services. (2012). Alcohólicos Anónimos. AAWS LD, Avilés, 2012.
- Arias, F., Sion, A., Espinosa, R., Jurado-Barba, R., Marín, M., Martínez-Maldonado, A. & Rubio, G. (2021). Fases de la recuperación psicológica en pacientes dependientes del alcohol tras un tratamiento intensivo: un seguimiento de 4 años. *Adicciones*, 12;0(0), 1575.
- Back, K. W. & Taylor, R. C. (1976). Self-help groups. *Journal of Applied Behavioural Science*, 12, 295–309.
- Baldacchino, A. & Rassool, G.H. (2006). The Self-Help Movement in the Addiction Field. *Journal of Addictions Nursing*, 17:47–52.
- Banks, A., & Waller, T. A. N. (1987). Drug misuse: a practical handbook for GPs. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

- Bassuk, E.L., Hanson, J., Greene, N., Richard, M. & Laudet, A. (2016). Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1–9.
- Bebbington, P. E. (1976). The Efficacy of AA: The elusiveness of hard data. *British Journal of Psychiatry*, 128, 572–580.
- Borkman, T. (1999). Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Clark, W. H. (1987). On professional therapists and Alcohol Anonymous. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19, 223–242.
- Cooney, N., Babor, T., DiClemente, C. & Del Boca, F. (2003). Clinical and scientific implications of Project MATCH. In Babor, T. & Del Boca, F. (Ed.) *Treatment matching in alcoholism*. New York: Cambridge University Press. Vol 4, pp 222–237.
- Cross, G.M., Morgan, C.W., Mooney, A.J., Martin, C.A. & Rafter, J.A. (1990). Alcoholism treatment: A ten-year follow up study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 169–173.
- Edwards, G. (1987). *The treatment of drinking problems: a guide for the Helping professions*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Edwards, G., Hensman, C. & Hawker, A. (1967). Alcohol Anonymous: The anatomy of a self-help group. *Social Psychiatry*, 1(4), 195–204.
- FACOMA. (2016). *Ayúdate-Ayúdanos. Programa para pacientes y familiares de personas con problemas por el alcohol u otras drogas*. Madrid: Ediciones MAPA. (www.facoma.org).
- Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3:CD005032.
- Forcehimes, A.A. (2004). De Profundis: Spiritual Transformations in Alcoholics Anonymous. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 503–517.
- Friedman, S. R., Des Jarlais, D. C. & Sotheman, J. L. (1987). AIDS and self-help organisations among intravenous drug users. *The International Journal of the Addictions*, 22(3), 201–219.
- Gray, P. (1988). *Getting together: a study of self-help groups for drug user's families*. London: Policy Studies Institute.
- Groh, R.D., Jason, L.A., Keys, C.B. (2008). Social Network Variables in Alcoholics Anonymous: A Literature Review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 430–450.
- Hatch, S. & Kickbusch, I. (1983). *Self-help and health in Europe: New approaches in health care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S. & Martinovich, Z. (1993). A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 678–685.
- Humphreys, K., Finney, J.W. & Moos, R.H. (1994). Applying a stress and coping framework to research on mutual help organizations. *Journal of Community Psychology*, 22, 312–327.
- Humphreys, K., Mankowski, E.S., Moos, R.H. & Finney, J.W. (1999). Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse? *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 54–60.
- Kelly, J.F., Humphreys, K., Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3: CD012880.
- Kelly, J.F., Magill, M. & Stout, R.L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research and Theory*, 17(3): 236–259.
- Kelly, J.F., Stout, R.L., Magill, M., Toningan, J.S. & Pagano, M.E. (2010). Mechanisms of behaviour change in alcoholics anonymous: does Alcoholics Anonymous lead to better alcohol use outcomes by reducing depression symptoms? *Addiction*, 105, 626–636.

- Kennedy, M. & Humphreys, K. (1994). Understanding worldview transforming in members of mutual help groups. *Prevention in Human Services*, 11(1), 181–198.
- Kus, R.J. (1991). Sobriety, friends, and gay men. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5:171–177.
- Laudet, A.B., Morgan, K. & White, W.L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcohol Treatment Quarterly*, 24, 33–73.
- Madara, E. & White, B. J. (1997). On-line mutual support: The experience of a self-help clearinghouse. *Information & Referral*, 19, 91–108.
- Marín, M., Prieto, R. & Rubio, G. (2021). ¿Qué se entiende por recuperación de la dependencia del alcohol? En Rubio G. (Editor). *Alcohol, alcoholismo y emociones sociales*. Delta Publicaciones Universitarias, Alicante, pp:69–115.
- Marín, M. & Rubio, G. (2021). ¿Qué lugar ocupan las emociones sociales en los programas de recuperación del alcoholismo? En: Rubio G. (Editor). *Alcohol, alcoholismo y emociones sociales*. Delta Publicaciones Universitarias, Alicante, pp:131–144.
- Matzat, J. & Estorff, A. (1989). On support for self help groups at the local level. In S. Humble & J. Unell (Eds.), *Self help in health and social welfare: England and West Germany* (pp. 93–98). London: Routledge.
- Nelles, B. (1990). Self-help for drug users with HIV/AIDS. In J. Strang and G. Stimson (Eds.). *AIDS and Drug Misuse* (pp. 242–244). London: Routledge.
- NICE guideline. (2016). Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services. www.nice.org.uk/guidance/ng58.
- Oka, T. & Borkman, T. (2000). The history, concepts and theories of self-help groups: From an international perspective. *The Japanese Journal of Occupational Therapy*, 34(7), 718–722.
- Owen, P.L., Slaymaker, V., Torigan, J.S., McCrady, B.S., Epstein, E.E. & Kaskutas, L.A. (1983). Participation in Alcoholics Anonymous: Intended and unintended change mechanisms. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 524–532.
- Pancoast, D. L., Parker, P. & Froland, C. (1983). *Rediscovering self-help: Its role in social care*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Pascual, F. (2015). The role of mutual-help for alcohol related problems in Spain. *Alcohol and Alcoholism*, 50, i23.
- Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300–1311.
- Reif, S., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S. & DelphinRittmon, M. E. (2014). Peer recovery support for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(7), 853–861.
- Riessman, F. (1965). The “Helper” Therapy Principle. *Social Work*, 10, 27–32.
- Robinson, D. (1980). The self-help component of primary health care. *Social Science and Medicine*, 14A, 415–421.
- Rubio, G., Esteban-Rodríguez, L., Jurado-Barba, R., Arias-Horcajadas, F. (2021). La recuperación de pacientes dependientes del alcohol en un programa de tratamiento público y en grupos de ayuda-mutua de la ciudad de Madrid: Proyecto In Recovery. En: Rubio G (ed). *Del tratamiento del alcoholismo y de su recuperación*, pp. 117–143. Madrid: Círculo Rojo.
- Rubio, G., Marín, M., López-Trabada, J.R., Arias, F. (2020). Efectos de la integración de grupos de ayuda mutua sobre la adherencia al programa de continuidad en el cuidado a pacientes con dependencia del alcohol realizado en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 52, 8, 555–562.
- Rubio, G., Marín, M., Arias, F., López-Trabada, J.R., Iribarren, M., Alfonso, S., Prieto, R., Blanco, A., Urosa, B., Montes, V., Jurado, R., Jiménez-Arriero, M.Á. & de Fonseca, F.R. (2018). Inclusion of

- Alcoholic Associations Into a Public Treatment Programme for Alcoholism Improves Outcomes During the Treatment and Continuing Care Period: A 6-Year Experience. *Alcohol and Alcoholism*, 1;53,78-88.
- Rubio, G., Martínez-Gras, I., Ponce, G., Quinto, R., Jurado, R. & Jiménez-Arriero, M.A. (2013). Integración de los grupos de autoayuda para familiares em um programa público de tratamento del alcoholismo. *Adicciones*, 25,37-44.
- Silverman, R. (1980). Mutual helpgroups organization and development (SAGE Human Services Guides). SAGE Publications.
- Vattano, A. J. (1972). Power to the people: Self-help groups. *Social Work*, 17, 7-15.
- Vigdal, M.I., Moltu, C., Bjornestad, J., Selseng, L.B. (2022). Social recovery in substance use disorder: A metasynthesis of qualitative studies. *Drug and Alcohol Review*, 41, 974-987.
- Watson, E. (2017): The mechanisms underpinning peer support: a literature review. *Journal of Mental Health*, 28(6):677-688
- White, W. (2004). The history and future of peer-based addiction recovery support services. Prepared for the SAMHSA Consumer and Family Direction Initiative 2004 Summit, March 22-23, Washington, DC. Posted at www.williamwhitepapers.com
- White,W. L. (2000). The history of recovered people as wounded healers: From Native America to the rise of the modern alcoholism movement. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(1), 1-23.
- Woff, I., Toumbourou, J., Herlihy, E., Hamilton, M. & Wales, S. (1996). Service providers' perceptions of substance use self help groups. *Substance Use and Misuse*, 31:1241-1258.
- Wollert, R. (1987). Human services and the self-help clearinghouse concept. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6(1), 79-90.
- World Health Organization. (1978). Declaration of Alma Ata: Report of International Conference on Primary Health Care: WHO/UNICEF/ICPHC/ALA 78-10.

19

PROGRAMA DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL: ENFERMERÍA EN LA DESINTOXICACIÓN

Nazaret Saiz

1. INTRODUCCION

La sustancia de la que se abusa con más frecuencia en todo el mundo es el alcohol (etanol o alcohol etílico). El alcohol sigue siendo la droga con mayor prevalencia de consumo en España y su consumo es uno de los problemas más importantes de salud pública.

Se debe considerar al alcohólico como un enfermo que precisa ayuda en la esfera orgánica, psicológica y sociofamiliar. El alcohol, además de ser una droga es, también, en nuestra sociedad, un elemento cultural de primer orden, lo que no facilita la recuperación. El alcoholismo se presenta en un alto porcentaje como comorbilidad de otras enfermedades mentales.

La enfermería de Salud Mental es una profesión sanitaria especializada en la prestación de cuidados al paciente con enfermedad mental. La misión específica de la enfermera especialista es proporcionar los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia, garantizando su participación, autonomía y dignidad, así como el derecho a la intimidad y confidencialidad.

La actitud de la enfermera ante el paciente con dependencia del alcohol y otras sustancias es un componente crucial en el proceso de la entrevista donde el enfoque inicial ha de ser objetivo y carente de crítica. La actitud deberá ser empática, de aceptación e interés.

El objetivo principal es intentar que, en la medida de lo posible, la persona mejore su calidad de vida, se recupere y pueda llevar una vida funcional sin que el alcohol interfiera en ella.

Se describirá el funcionamiento de nuestra unidad de desintoxicación (que forma parte del Programa de alcohol del Hospital 12 de octubre), recomendaciones con respecto a la actitud profesional que más favorece la recuperación y aspectos prácticos para establecer una relación terapéutica. También se orientará para valorar y detectar qué necesidades de salud son las que predominan en las personas con alcoholismo y cuáles son las intervenciones y correspondientes

actividades de la enfermera especialista en salud mental dirigidas a resolver dichas necesidades utilizando la taxonomía.

2. ABORDAJE DE LA DEPENDENCIA ALCOHOLICA

La desintoxicación alcohólica es la primera de las fases del tratamiento de la dependencia al alcohol. Suele tener una duración de entre 7-14 días.

Los objetivos de esta fase son:

- interrumpir el consumo de alcohol, lo que conlleva el inicio de la abstinencia
- facilitar la eliminación de la sustancia del organismo, con ayuda farmacológica si fuese necesario para prevenir/ceder el Síndrome de Abstinencia Alcohólica (SAA) y las complicaciones médicas asociadas.

Sintomatología de abstinencia a valorar:

- hiperactividad autonómica (taquicardia, palpitaciones, diaforesis, HTA temblor, hipertermia)
- alteraciones del sueño (insomnio, aumento fase REM, disminución fases 3 y 4),
- alteraciones gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómitos),
- manifestaciones psicológicas (ansiedad, agitación, inquietud, alteración memoria, labilidad emocional, craving).

Mientras el síndrome de abstinencia es leve o moderado, lo ideal es facilitar al paciente citas diarias de seguimiento para ajustar la dosis de medicación, asegurarse de que no hay ingesta de alcohol, administrar la medicación, prestar ánimo y apoyo, y controlar la evolución valorando la posibilidad de ingreso si fuera necesario.

En nuestra unidad, la unidad de Transición Hospitalaria (UTH), se realiza la desintoxicación ambulatoria de la persona que acude al programa de tratamiento para el alcoholismo.

También comienza el proceso de deshabitación (el cual se trabajará con mayor profundidad en la siguiente fase del programa). Las visitas con enfermería son diarias, hay visitas semanales (o según necesidad) con psiquiatría; asimismo realizamos terapias grupales semanales tanto para pacientes, como para familiares. El tiempo de seguimiento que realiza el paciente en la unidad de desintoxicación es alrededor de 2-3 meses, individualizando según el caso concreto.

Deshabitación: Extinción de la conducta condicionada de búsqueda y consumo de alcohol. Se tratan los aspectos psicológicos de dependencia del consumo para: mantener la abstinencia, prevenir recaídas, adquirir conciencia de enfermedad, reorganización de actividades con búsqueda de alternativas, etc.

La unidad se caracteriza por: horario de atención amplio y flexible (los pacientes pueden acudir entre las 8.30h-14h cuando lo deseen), seguimiento estrecho (a diario al comienzo de la desintoxicación, y semanas después el seguimiento se hace a días alternos, acudiendo el paciente unos 3 días a la semana), la atención es tanto programada, como a demanda para los pacientes que ya son conocidos.

3. INCLUSIÓN DE PACIENTES

El paciente llega al programa procedente de: Médico Atención Primaria, Servicio de Urgencias, Servicio de Digestivo, Servicio de Medicina Interna u otras especialidades.

Es recibido por el psiquiatra coordinador del programa que, tras valoración de la situación del paciente, motivación y disponibilidad para realizar el programa, es derivado a nuestra unidad para comenzar desintoxicación o para continuar con la misma y comenzar seguimiento.

Una vez en la unidad, es valorado por el psiquiatra referente durante la fase de la desintoxicación; y si el paciente está dispuesto a realizar seguimiento en el programa, es derivado con enfermería (previa coordinación del caso entre profesionales).

4. ACOGIDA Y RELACION DE AYUDA

Desde el primer momento en que tenemos contacto con el paciente, es muy importante realizar la acogida. Esto ayudará a establecer una adecuada relación de ayuda y, en consecuencia, conseguir el vínculo terapéutico.

Se podría definir la relación de ayuda como: encuentro personal que se produce entre una persona que pide ayuda para modificar algunos aspectos de su modo de pensar, sentir y actuar, y otra persona que quiere ayudarle dentro de un marco interpersonal adecuado.

Para comenzar a generar esta relación deberíamos:

- Mostrar actitud empática que demuestre escucha, aceptación e interés
- Utilizar un enfoque carente de crítica, sin juicios y sin imposición
- Crear un clima de confianza
- Respetar la autonomía del paciente y la confidencialidad

Durante esta relación debemos:

- Utilizar una comunicación que exprese claramente el contenido del mensaje, teniendo en cuenta la coherencia con el paralenguaje.
- Fomentar la expresión los sentimientos y respetarlos.
- Centrarnos en lo que necesita el paciente, ayudarle a que profundice en su problema, en las causas/desencadenantes del mismo y en lo que cree que le ayudaría.
- Evitar aconsejar (entre otros motivos, solemos utilizar el consejo de manera más o menos consciente para reducir el tiempo que se dedica al paciente en consulta), ya que es una actitud paternalista, en la que estaríamos juzgando la indecisión del otro. Sí está indicado aconsejar: cuando el paciente lo pida; cuando, tras intentarlo no pueda descubrir las cosas por sí mismo y cuando se encuentre en situación de crisis.
 - ◊ Barrera comunicación: dar consejo. El paciente es quien debe tomar las decisiones, de acuerdo con el principio ético de autonomía. El paciente será el único que sufra las consecuencias de cualquier decisión relacionada con su salud, por lo que el paciente debe recibir información del personal sanitario y después se le debe permitir decidir.

- Mostrarnos con paciencia. Hay personas desconfiadas que necesitan que el acercamiento sea prudente y progresivo; otras personas acuden por coacción de seres cercanos, por lo que se muestran distantes, con irritabilidad o enfado al comienzo de la relación. Así mismo, es primordial cultivar y demostrar nuestra paciencia ante el trato a personas con deterioro cognitivo.
- Marcar límites firmes (pero sin olvidar el respeto) en situación de crisis de ansiedad; cuando se dispersan y evitan abordar, con frecuencia, el problema del alcoholismo; cuando no muestran compromiso por el tratamiento/seguimiento y hacen excesivas demandas '*sin dar a cambio*' su responsabilidad en el proceso; si malentienden la relación terapéutica de cercanía como una relación interpersonal común.

5. SEGUIMIENTO EN CONSULTA

Mientras llevamos a cabo la acogida (la cual también precede a cada encuentro con el paciente), para conseguir establecer relación terapéutica, realizamos nuestro trabajo como enfermeras.

En la primera consulta de la fase de desintoxicación, se explica en qué consiste el tratamiento, la fase en la que se encuentra y la duración en la misma. Se entrega por escrito la información: nuestros nombres, resto de fases del programa, horarios de grupo y consulta, precauciones con la toma de interdictores, síntomas de la reacción Antabús, teléfono de la unidad y se resuelven dudas. También se toman constantes vitales y se mide alcoholemia mediante alcoholimetría de aire espirado; si fuese oportuno, se comienza a administrar el Antabús y mediación necesaria para prevenir/paliar el síndrome de abstinencia.

En consultas sucesivas es de gran importancia trabajar para ir generando y afianzando el vínculo terapéutico, para así incrementar la adherencia al tratamiento y facilitar el cumplimiento de indicaciones.

Dentro de la consulta nos encontraremos con personas que estarán en distintas fases de motivación para el cambio. Nuestro principal objetivo es que el paciente acuda.

Para conseguir fomentar la atracción del paciente a la consulta, nos mostramos flexibles y con accesibilidad continua con respecto a los horarios de atención, siempre que sea posible. También es importante personalizar las características del seguimiento según necesidades personales del paciente (tema laboral / formativo, cuidado de otras personas...).

Durante cualquier encuentro con el paciente, se puede ir realizando la valoración de enfermería, para detectar necesidades y respuestas humanas ante problemas de salud, plantearnos objetivos/ resultados que necesita cumplir para satisfacer esas necesidades y planear intervenciones para ayudarlo a conseguirlo (PAE, proceso de atención de enfermería. Fases: Valoración-Diagnóstico-Planificación-Ejecución-Evaluación).

6. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.

La recogida de datos para la valoración se realiza de manera paulatina y se va adaptando al momento del paciente, su demanda, inquietud o queja.

En esta parte del capítulo aparecen aspectos que hay que valorar en los distintos patrones funcionales **¿Qué valorar en este patrón?** Esto sirve de ayuda para detectar las necesidades más primordiales y que más están afectando a la salud del paciente; de esta manera intervenimos precozmente mediante los cuidados.

En el apartado de **-Aclaraciones-** se describen generalidades, detalles que ayudan a entender el manejo diario con estos pacientes. Situaciones y casos que con frecuencia nos podemos encontrar en consulta.

A continuación aparecen las *Intervenciones de enfermería* NIC y Actividades que más habituales son en nuestra consulta.

6.1. Percepción-manejo de la salud

¿Qué valorar en este patrón?

- Alergias:
- Antecedentes físicos relevantes: (HTA, DM, DL, Hepatitis, Pancreatitis, Demencia, Cirrosis, Epilepsia, Otros)
- Última analítica completa: Fecha.....*Alteración de parámetros.....
- Antecedentes psiquiátricos:
- Antecedentes familiares:
- Hábitos higiénicos (personal y bucodental):
- Consumo de tóxicos: *no / pasado...../ actual.....*
- Consumo de alcohol:
 - ◇ edad de comienzo:
 - ◇ patrón consumo actual (*diario / en fin de semana / alternancia entre temporadas de consumo y abstinencia*)
 - ◇ evolución de la frecuencia:
 - ◇ cantidad:
 - ◇ tipo de bebida: (*fermentada / destilada*)
 - ◇ contexto: (*solo / acompañado / en casa / en otro lugar privado (coche) / en el bar / en otro lugar público*)
 - ◇ objetivo por el que consume: (*situaciones de ansiedad o depresión, lograr los efectos psicoactivos del alcohol, favorecer relaciones interpersonales, afrontar situaciones complicadas, celebrar éxitos, olvidar fracasos*)
 - ◇ mezcla con otras drogas:
- Realización de tratamientos anteriores: Motivos por el que lo abandona.....
(*Pueden influir los siguientes factores: edad, pobre introspección, abuso de otras sustancias, efectos secundarios, duración, tipo de tratamiento y seguimiento posterior, accesibilidad al sistema, tiempos de espera, implicación de la familia, circunstancias personales etc...*)

- Periodos previos de abstinencia:
- Recaídas previas, explorar:
- Consumo de fármacos: *cumple indicaciones / no cumple / abuso / abandonos anteriores del tratamiento (explorar abandono o incumplimiento de la pauta de interdictores).*
- Conciencia enfermedad: *total / parcial / nula*
- Actitud frente a la enfermedad: *aceptación / negación / sobrevaloración / pasiva*
- Conductas de riesgo: *(no cambio de hábitos y rutinas relacionados con el consumo / exposición al alcohol / presencia de alcohol en casa / consumo de bebidas alcohólicas con graduación 0: cerveza 0.0).....*
- Experiencia en terapia grupal:
- Asistencia actual a grupos terapéuticos: *(especificar: en el programa, grupos ayuda mutua de alcohólicos rehabilitados, CAD/CAID...).*

-Aclaraciones

- Es frecuente que la persona acuda a las primeras consultas (hace poco tiempo que han estado con consumo activo) con **aspecto** descuidado, higiene deficiente.
- También es habitual que los pacientes padezcan **problemas orgánicos** ocasionados por el consumo abusivo de alcohol como dislipemias (aumento de colesterol, de triglicéridos), hipovitaminosis, problemas digestivos (gastritis, hepatopatías, pancreatitis, hipertensión portal, varices esofágicas), alteraciones neurológicas, alteraciones en valores del hemograma (aumento del VCM, anemias). Otros problemas orgánicos que puede causar el consumo excesivo de alcohol pueden ser: riesgo de osteoporosis, acción mielosupresora, miopatías, malnutrición, neoplasias, convulsiones.
- Es común, sobre todo al principio del proceso, que el paciente se exponga a **situaciones de riesgo**. Suelen minimizar el riesgo y sobrevalorar la voluntad propia. En estos casos se recalcan las probables consecuencias que podrían derivarse de esas decisiones que conducen a la situación de riesgo, se fomenta la participación en grupos terapéuticos para que escuchen experiencias de otros afectados.

Cuando la negación está presente

- por un lado, negación de la etiqueta *alcohólico*
 - por otro lado, negación de que el alcohol actualmente le esté causando problemas
- a. La **palabra** alcohólico genera estigma y autoestigma. Tanto es así que los propios alcohólicos no se identifican con dicha etiqueta.
- Tenemos que ayudar a **aclarar el concepto** alcohólico/alcoholismo. Exploraremos qué definición da el paciente a la etiqueta 'alcohólico', ¿en qué medida considera que el alcohol le ha ocasionado problemas en su vida? *"El alcohol me ha dado X problema, pero yo no soy alcohólico..." "Un alcohólico es el que bebe a todas horas, se vuelve agresivo, pide en la calle, parece un vagabundo..."* Se le explica el **concepto de dependencia** – adicción (alcoholismo):

HÁBITO + PROBLEMAS + ESFUERZO Y DIFICULTAD PARA DEJARLO

"tomar alcohol se ha vuelto un hábito (independientemente de la cantidad de alcohol, el tipo de alcohol o la frecuencia y cantidad del consumo) que genera problemas y al intentar abandonar ese hábito surgen dificultades para dejarlo o no volver a retomarlo, a pesar de las consecuencias negativas"

→ Criterios para considerar que una persona padece adicción:

- ◇ La sustancia se convierte en la máxima **prioridad** para el individuo.
- ◇ Este uso excesivo genera **consecuencias negativas** (independientemente de si su uso es continuado, intermitente o durante los fines de semana).
- ◇ Existe **síndrome de abstinencia**.
- ◇ Craving: compulsión / fuerte deseo de consumir para experimentar un estado positivo o librarse de un estado negativo.
- ◇ Priming: Dificultad para controlar el uso. “sensación de que se les calienta el morro”.
- ◇ Se usa la sustancia en **mayor cantidad** o durante un periodo de **tiempo** más largo de lo que se pretendía.
- ◇ La **prioridad** es el consumo. Reducción / **abandono** de actividades sociales, laborales, recreativas.
- ◇ **Persistencia en el consumo** la sustancia a pesar de ser conscientes de las consecuencias negativas.
- ◇ Poco que ver con el tipo de alcohol, tiempo que se ha estado bebiendo, cantidad ingerida.

Debemos intentar:

- ◇ **Desestigmatizar el diagnóstico:** el paciente padece una enfermedad crónica. No tiene cura, pero es posible la recuperación. El paciente es una persona válida, no mentirosa, que no quiere hacer daño a sus queridos, que puede hacer una vida ‘normal’ siempre y cuando no consuma alcohol.
- ◇ **Fomentar autorresponsabilidad:** Aceptación de la enfermedad crónica. Aceptar la necesidad de tener que cuidarse para no recaer en su enfermedad. Es responsable de sus decisiones.

b. Si el paciente niega que el alcohol le haya provocado problemas o se los esté causando actualmente y este acude al programa a ponerse en tratamiento “porque X persona le ha insistido”...

- ◇ **No** deberíamos centrarnos en el **tema del alcohol** durante la entrevista. Si tras confrontar leve-moderadamente los motivos reales por los que está en un tratamiento para el alcoholismo (seguramente todavía no se haya forjado un vínculo terapéutico) el paciente sigue negando problemas con el alcohol... tengamos paciencia, cada persona lleva su tiempo y decide cambiar cuando lo considera.
- ◇ Nuestro **objetivo** principal no es que el paciente deje de beber y reconozca que tiene esta enfermedad. Nuestro objetivo es que el paciente **acuda** a consulta. Mientras acuda, se pueden trabajar otras áreas de la salud en las que el paciente sienta necesidad (higiene sueño, autoestima, mejora en la alimentación y actividad física, estimulación cognitiva...).
- ◇ Con el paso de los días es útil preguntar por **aspectos** de su vida que hayan **mejorado** desde que no bebe alcohol “aunque no tuviera ningún problema” (suelen dormir mejor, tienen menos malestar gástrico por las mañanas, comienzan a tener apetito y les agrada, surgen menos conflictos con la gente de su entorno, tienen más energía para hacer actividades cotidianas, sienten la mente más despejada).
- ◇ Si el paciente acude, aunque no refiera conciencia de enfermedad / problema, y tiene consumos puntuales, se puede **trabajar** la **ambivalencia**, balance decisonal...
- ◇ Hay ocasiones en las que **el paciente decide continuar bebiendo** (alguna vez lo comunican abiertamente, otras veces conocemos que hay consumos por pruebas objetivas como

alcoholimetría o análisis de sangre). En este caso, intentaremos motivar para el cambio, fomentar la reflexión y el balance, pero sobre todo mostraremos disponibilidad por si en algún momento deciden hacer el cambio de abandonar el consumo y regresar al Programa.

Actuación ante una recaída.

La recaída se define como el restablecimiento de la conducta adictiva, pensamientos y sentimientos asociados a esta tras un periodo de abstinencia.

El paciente suele **vivir** las recaídas como un **fracaso**, y que supone vuelta atrás en el proceso. Es frecuente el pensamiento de creer que podrían controlar el consumo. Debemos recalcarle que ello no implica volver a la situación inicial, le ayudaremos a que fomente su aprendizaje reconociendo la secuencia de decisiones y conductas que le condujeron a la recaída, y pueda poner en marcha alternativas para evitar que le pueda volver a ocurrir en una situación futura.

Nuestra **actuación** irá encaminada a:

- Reforzar el sentido de autoestima, evaluar intentos previos de cambio.
- Abordar la ambivalencia
- Facilitar la reducción de la disponibilidad de la sustancia

Importante que todo ello lo hagamos con una **actitud** cálida y exenta de punición.

Recomendaciones:

- Que les hagan saber a sus miembros más cercanos su intención de dejar el alcohol, así ellos les pueden ayudar y apoyar.
- Alejarse de personas, sitios, situaciones que pueden provocarle el deseo de beber.
- Practicar el decir "no".
- Evitar tentaciones en casa, no tener alcohol.
- Reflexionar acerca de cómo se siente física y emocionalmente tras varios días de abstinencia.
- Recordar las consecuencias negativas.
- Buscar nuevas actividades e intereses. Hacer actividades que le satisfagan.
- Intentar afrontar las causas primarias que le llevan a beber, para que no vuelvan a afectarle en un futuro.
- Pilares: familia + tratamiento + asociaciones de ayuda mutua.

En cuanto a la ADHERENCIA, cuando un paciente que acude habitualmente empieza a fallar a alguna cita y no llama justificándose, es conveniente que realicemos una **llamada** algún miembro del equipo de la unidad. En la llamada preguntaremos cómo se encuentra, los motivos que le han llevado a ausentarse, su intención de continuar o no en el programa. En caso de caída o recaída, fomentar y facilitar una cita presencial lo antes posible. En caso de que el paciente no esté disponible, realizar llamada a familiar y orientar sobre la actuación más adecuada según la situación actual.

Intervenciones de enfermería NIC y Actividades

[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad

- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.

[6610] Identificación de riesgos

- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.

[2380] Manejo de la medicación

- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.

[4510] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas

- Ayudar al paciente a comprender el trastorno como una enfermedad relacionada con varios factores.
- Instruir a los pacientes o familiares acerca de los medicamentos utilizados para el tratamiento.
- Instruir al paciente sobre los síntomas o conductas que incrementan las posibilidades de recaída (p. ej., agotamiento, depresión, falta de honradez y complacencia).

6.2. Nutricional-metabólico

¿Qué valorar en este patrón?

- Medidas antropométricas: (registrar mínimo 3 veces durante el seguimiento en la unidad)
Peso – talla – IMC – Perímetro abdominal
- Dieta: *equilibrada / no equilibrada / dieta específica..... (Observaciones)*
- Número de Ingestas al día (*durante el consumo y durante la abstinencia. Registrar cambios*):
Desayuno – Almuerzo – Comida – Merienda – Cene – Picoteos (especificar qué alimentos, horario, contexto, cogniciones...)
- Variaciones de la ingesta: *sin variación / disminución / aumento / impulsividad / restricción*
- Horarios establecidos y modificaciones:
- Problemas masticación (presencia piezas dentales):
- Ingesta de líquidos:
- Tipo (*agua, refrescos con gas, zumos, té, cerveza 0.0...*):
- Cantidad:

-Aclaraciones

- Durante periodo de consumo activo: es frecuente que exista desorganización en la alimentación, ingestas escasas normalmente en forma de picoteos, déficit nutrientes (riesgo de desnutrición sobre todo en edades avanzadas) y vitaminas (riesgo síndrome de Wernicke).
 - Tras comenzar la abstinencia: Pueden utilizar la comida como ansiolítico. Es frecuente el aumento ponderal, aumento de los picoteos y de la apetencia por los dulces. La ingesta de frutas, verduras y fibra tiende a ser pobre. Querencia por tomar más alimentos ricos en hidratos de carbono y grasas (bollería, bolsas snacks...).
- También suele encontrarse aumento en la ingesta de **líquidos**, por el consumo compulsivo o por la necesidad provocada por la xerostomía ocasionada por el tratamiento farmacológico. Es frecuente el aumento en la ingesta de refrescos, tienden a preferir bebidas con gas (coca cola-sustituto-). Ingesta hídrica disminuida (suele desagradarles el sabor del agua. Recomendar darle sabor con limón u otro aditivo). Muchos pacientes refieren que les gusta el zumo de tomate, bebidas amargas (tónica, Bitter kas).
- Para facilitar la incorporación de conocimientos sobre Educación para la Salud, si se precisa se le **entregan documentos** con información sobre:
 - ◊ Recomendación en la alimentación para personas con hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, HDL disminuido; asimismo se entregan autoregistros de comidas para ayudar a la valoración y autoconciencia de su propia forma de alimentarse.

- ◊ Ideas de menús semanales, distribución de alimentos saludable.

Intervenciones de enfermería NIC y Actividades

[5246] Asesoramiento nutricional

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.

[1260] Manejo del peso

- Animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarlas a diario.

[6680] Monitorización de los signos vitales

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.

6.3. Eliminación

¿Qué valorar en este patrón?

- Patrón Habitual:
 - ◊ *intestinal...*
 - ◊ *vesical...*
- Problemas: *estreñimiento / diarrea / incontinencia fecal o urinaria / nicturia / náuseas o vómitos.*
- Función excretora cutánea:

-Aclaraciones

- Durante periodo de consumo activo, es frecuente la presencia de náuseas, vómitos matutinos, diarrea (en general patrón intestinal irregular). Tras horas sin consumir, sudoración profusa. Puede darse también incontinencia urinaria.
- Tras comenzar la abstinencia: estreñimiento, nicturia que suele estar relacionada con el aumento de ingesta de líquidos, enuresis en ocasiones por el tratamiento sedante e hipnótico que suelen precisar para superar el SAA.
- Es de utilidad, para afianzar la Educación para la salud (EpS), **entregar documentación** sobre medidas higiénico-dietéticas para el manejo del estreñimiento, útiles sobre todo para pacientes con riesgo de encefalopatía hepática.

Intervenciones de enfermería NIC y Actividades

[0450] Manejo del estreñimiento

- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.
- Instruir al paciente sobre el uso correcto de laxantes.

6.4. Actividad-ejercicio

¿Qué valorar en este patrón?

- Vestido y arreglo personal: *cuidado / descuidado*
- Constantes vitales: TA..... mmHg, FC..... lpm
- Actividades de la Vida Diaria: *autónomo / dependiente (Especificar si precisa algún tipo de ayuda.....)*
- Problemas motores: tipo de marcha (*estable / inestable*), temblor distal, problemas de movilidad, ataxia: *No / Si (especificar.....)*, agitación psicomotora.

- Presencia de energía para movilizarse/ debilidad-cansancio:
- Rutina diaria: (*descripción sucesiva de actividades habituales que ocurren durante un día entre semana y un día en fin de semana*). Identificar momentos críticos.
- Actividades ocupacionales:
- Actividades de ocio y recreativas:
- Ejercicio físico: (*tipo.....frecuencia.....duración.....*)

-Aclaraciones

- Durante periodo de consumo activo: es frecuente el escaso cuidado del aspecto personal, la presencia de actividades relacionadas principalmente en el consumo. Si existe SAA, hay temblor distal acusado, aumento de TA y FC, inestabilidad en la marcha.
- Tras comenzar la abstinencia: se atenúa el temblor distal, a veces se mantiene ligero por el daño neurológico.
Encontramos personas que sufren **disfunción cerebelosa**. El cuadro clínico se instaura lentamente, con inestabilidad troncal, ampliación de la base de sustentación y marcha atáxica. Puede seguir dañado y afectando al equilibrio del paciente tras tiempo de abstinencia.
- **Tendencia a la inactividad y sedentarismo**: por apatía, limitaciones físicas (dolor, lesiones, alteración en la marcha e inestabilidad). La apatía / desinterés / amotivación para la realización de actividades cotidianas también se debe a la secreción disminuida de la **dopamina** en el circuito de recompensa. Entra dentro de la normalidad que las personas permanezcan cierto tiempo en este estado.
- Es común la escasez / ausencia de **actividades** placenteras no relacionadas con el consumo; desconocimiento de gustos personales y aficiones.
- Hay tendencia a **mantener hábitos** que estaban presentes durante la época de consumo (quedar con amigos consumidores, o acudir al bar).
- Asimismo, se dan casos (en los que predomina una **personalidad inmadura**) donde la recuperación de responsabilidades domésticas o readquisición del rol que le correspondería dentro de núcleo familiar, se retrasa.
- **Importante identificar ciertos hábitos** que pueden interferir en la recuperación: consumo de bebida no alcohólica de forma compulsiva, similar a como se hacía con el alcohol; servirse el mismo refresco que utilizaba para mezclar el combinado en el mismo recipiente o en el mismo contexto.
- Por ejemplo: realizar una actividad (como pintar, escribir, teletrabajar, cocinar) mientras consume tinto de verano sin alcohol, o mientras bebe una lata de coke (algunos comienzan a abusar de bebidas con cafeína) en lugar de lata de cerveza..., etc.
- Trabajaremos para ayudar en la **reestructuración de las tareas rutinarias con horarios organizados** (alimentación, sueño, ocupación...). El lugar que antes era ocupado por el alcohol, debe ser completado por otra actividad. Decimos que *"dejar de beber no es solo dejar de beber. Dejar de tomar alcohol es fácil, lo complicado es mantenerse en esa decisión"*. Para ello es primordial que las personas con adicción reestructuren sus hábitos y ocupaciones para que creen una estructura / base donde el consumo no tenga lugar. (Cambiar la ruta para ir a trabajar, comprar en otra tienda de alimentación diferente de la que solían ir a comprar el alcohol, cambiar de trabajo si fuera posible –si este le genera estrés, o las compañías fomentan el consumo o si está relacionado con la hostelería...–).
- Fomentar y ayudar en la búsqueda de **actividades alternativas, otras fuentes de refuerzo** tanto ocupacionales, formativas, ocio o desarrollo personal. Puede ser de ayuda consultar la oferta de los recursos sociocomunitarios y culturales de la zona.

También se les **entrega** un listado de posibles actividades junto con registro de ocupación diaria (realizar pasatiempos, cocinar, hacer puzles, manualidades, modelar figuras, maquetas, voluntariado, pintar, dibujar, leer, hacer bricolaje, aprender a tocar un instrumento con clases online gratuitas, hacer costura, jardinería, yoga, aprender un baile, etc.).

- Debido a la escasa actividad y sedentarismo (unido al aumento de la ingesta alimentaria) suele producirse una **ganancia ponderal** que dificulta aún más la movilidad.
- Para que tengan recursos e ideas de cómo poder ocupar el tiempo y mantenerse más activos, se les **entrega documentación** con información sobre asociaciones del barrio, grupos de ayuda mutua (por lo general grupos de alcohólicos rehabilitados como los del FACOMA o Alcohólicos Anónimos), centros culturales de la zona, centros deportivos municipales, espacios de igualdad de los distritos...

Intervenciones de enfermería NIC y Actividades

[0200] Fomento del ejercicio

- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

[4310] Terapia de actividad

- Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades.
- Remitir a centros comunitarios o programas de actividad, según corresponda.
- Fomentar la participación en actividades recreativas y de diversión que tengan por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupos, voleibol, tenis de mesa, paseos, natación, tareas sencillas concretas, juegos simples, tareas rutinarias, quehaceres domésticos, arreglo personal, puzles y cartas.

6.5. Sueño-descanso

¿Qué valorar en este patrón?

- Horas totales de sueño al día:
 - ◊ *Horas diurnas:*
 - ◊ *Horas nocturnas:*
- Percepción del descanso y la calidad del sueño: *reparador / no reparador*
- Rutina previa al momento de acostarse:
- Ayudas que utiliza para conciliar el sueño:
- Alteraciones: *conciliación / mantenimiento / sueño discontinuo y fragmentado/pesadillas / despertar precoz /apneas/ somnolencia diurna*
- Factores que alteran el sueño: *ambientales / psicológicos / sustancias estimulantes...*

-Aclaraciones

- Durante periodo de consumo activo: Alteración del ritmo sueño-vigilia, tanto por el efecto de la sustancia como por las manifestaciones conductuales de búsqueda y consumo. Presencia de sueño poco reparador. Hay personas que consumen alcohol para poder conciliar el sueño.
- Tras comenzar la abstinencia: las personas suelen tener excesiva somnolencia, relacionada con la medicación para la desintoxicación, ello dificulta la reanudación de hábitos activos. Se explica que es un proceso normal, ya que el organismo aumentara la tolerancia a la medicación, además de que esta se irá reduciendo progresivamente tras el periodo de desintoxicación.
- En general, la calidad del sueño suele ser una de las **mejorías** que más rápidamente detecta la persona al comenzar la abstinencia.

- Otro de los aspectos que causa malestar con respecto al sueño es la presencia de **pesadillas**. Es normal que el contenido de estos **sueños**, durante una temporada, este relacionado con el alcohol. Pueden soñar que se despiertan y justo han bebido alcohol, que se visualizan consumiendo, o se dan cuenta de que tienen un vaso en la mano pero no están seguros de si han bebido no. A ello se le une la inquietud por “haberse fallado con su compromiso”, o por ver como lo van a comunicar a los profesionales. Es importante tranquilizarles señalando que no es indicativo de futura recaída ni de que tengan deseos de consumo; simplemente están llevando ese cambio en su vida, es una preocupación actual y su cerebro lo expresa mediante sueños.
- Se realiza educación en higiene del sueño y se **entrega documentación** al paciente con pautas por escrito sobre medidas higiénicas del sueño, ello sirve de apoyo. Es importante que ayudemos a individualizar la rutina previa al sueño de cada persona. Exploraremos particularidades o preferencias del paciente para llevar a cabo conductas para mejorar este patrón.

Intervenciones de enfermería NIC y Actividades

[1850] Mejorar el sueño

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama.
- Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.

6.6. Cognitivo-perceptivo

¿Qué valorar en este patrón?

- Lenguaje: *normal / lento / acelerado / disartria / otros*
- Tono de voz: *Aumentado / normal / bajo*
- Alteraciones memoria: *no / si (reciente, pasada).*
- Afectación de atención: *si/no*
- Orientación: *tiempo / lugar / persona*
- Capacidad para la toma de decisiones:
- Alteraciones perceptivas: *no / visual / auditiva / olfativa / gustativa.*
- Problemas con el idioma :
- Sensaciones dolorosas:

-Aclaraciones

- Las alteraciones cognitivo-perceptivas son consecuencia de la **atrofia cerebral** (disminución de masa encefálica, lesiones en el lóbulo frontal...):
 - ◊ La metabolización del etanol produce un aumento de radicales libres que causan daño neuronal, que unido a una disminución de sustancias antioxidantes, da como resultado una situación de estrés oxidativo. Esto ocasiona la pérdida de neuronas provocando **atrofia cerebral y disminución de masa encefálica**.
 - ◊ **Las lesiones del lóbulo frontal** originan pensamiento **rígido** y **poco flexible**, disminución de la fluidez verbal, distractibilidad atencional, deficiencias en la solución de problemas, así como en la planificación y en la generación de alternativas de conducta.
- Esta atrofia cerebral inducida por el alcohol es **parcialmente reversible** con un cierto período de abstinencia. Debemos insistir en mantenerla fomentando la motivación. A la vez que intervenimos para disminuir/suplir estas carencias cognitivas (facilitar el aprendizaje, apoyo en la toma de decisiones, orientación, entrenamiento de la memoria...).

- Derivado del poder tóxico del alcohol, también encontramos en consulta personas que cursan con **síndromes demenciales** asociados al consumo de alcohol.
- En algunos casos de personas con deterioro hepático, como la cirrosis, pueden aparecer cuadros de **encefalopatía hepática** (somnolencia, confusión, desorientación, lenguaje incoherente, disartria, cambios conductuales, de ánimo o de personalidad, lentitud psicomotriz...). Debemos apoyar recordando los cuidados básicos de esta afección (fomentar eliminación, cumplimiento de tratamiento farmacológico y medidas dietéticas).
- Otro problema relacionado suelen ser el **síndrome de Wernicke-Korsakoff**. Se caracteriza por un fracaso de memoria anterógrada y retrógrada con conservación de la memoria inmediata y otras funciones cognitivas. El paciente suele presentar confabulación, rellenando los huecos de la memoria con recuerdos falsos y falsos reconocimientos.
- Se ven claramente alteradas las **funciones ejecutivas**: memoria de trabajo, planificación, razonamiento y resolución de problemas, flexibilidad cognitiva, inhibición, toma de decisiones, ejecución dual.
- Tras comenzar el periodo de abstinencia, encontramos personas que empiezan a verbalizar quejas sobre:
 - ◊ las dificultades en la **atención**
 - ◊ fallos **mnésicos**, sobre todo afectada memoria a corto plazo
 - ◊ **dolor** en miembros inferiores, calambres, hormigueo, adormecimiento... síntomas que sugieren polineuropatía periférica.
(Suelen comentar que estas dificultades o dolores no los presentaban anteriormente cuando consumían. Aclararles que más bien no eran capaces de ser conscientes y percibir dicha sintomatología).
- Algunas personas tienden a mantener/aumentar el consumo de alcohol precisamente para atenuar dolores físicos, pero también emocionales.
- Un problema, frustrante con el que solemos encontrarnos en consulta es con la presencia de **deterioro cognitivo precoz**, normalmente en personas que tienen alrededor de 50 años. Es un problema principalmente por la ausencia de recursos disponibles para personas menores de 60 años. Sí existen recursos para la prevención del deterioro cognitivo en personas con riesgo, pero no para la rehabilitación, tratamiento, o recursos residenciales.

Intervenciones de enfermería NIC y Actividades

[5250] Apoyo en la toma de decisiones

- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.

[4760] Entrenamiento de la memoria

- Comentar con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado.
- Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información...
- Controlar cambios de la memoria con el entrenamiento.

6.7. Autopercepción–autoconcepto

¿Qué valorar en este patrón?

- Descripción y valoración de la percepción de su imagen corporal:
- Descripción y valoración de la percepción de su personalidad:
- Sentimientos en cuanto a autocompetencia y autoevaluación personal: *inferior / superior / culpa / tranquilidad / inutilidad / rechazo/ impotencia / ansiedad / rabia / tristeza / apatía / indiferencia / otro.....*
- Estado de ánimo: *eutimia / hipotimia / hipertimia*
- Reactividad emocional: control de impulsos (*si/no*), tolerancia a la frustración (*si/no*)
- Intereses personales/aficiones:
 - ◇ *Pasado.....*
 - ◇ *Actualidad.....*
- Habilidades:
 - ◇ *Pasado.....*
 - ◇ *Actualidad.....*
- Riesgo de violencia: *no / si (autodirigida / heterodirigida / sufrida)*
- Riesgo de suicidio: *no / pasado /actualidad (ideas autolíticas, ideas de muerte, planes, intentos previos...).*

–Aclaraciones

- Es usual la **ausencia de intereses** personales no relacionados con el consumo. Es común tanto el **abandono de aficiones** cuando se está en periodo de consumo activo, como la ausencia de las mismas por propio **desconocimiento** de gustos personales, ya que en su vida, su mayor motivación y diversión giraba en torno al consumo de alcohol.
- En el alcoholismo, como ocurre en otras adicciones, es común que la persona que lo padece tenga de base rasgos de una **autoestima baja**. Esta baja estima personal, entre otros motivos, condujo más fácilmente a la persona a desarrollar la adicción.
- También vemos casos con autoestima baja situacional, la cual está relacionada con el **efecto depresor de esta droga**; que junto con el deterioro del autocuidado personal y las consecuencias derivadas de la adicción (a distintos niveles como pueden ser laboral, familiar, económico, relacional, ocupacional) potencia la percepción de un **autoconcepto negativo**. En estos casos, recuperar una visión positiva de sí mismo es más alcanzable tras eliminar el consumo de la sustancia, aunque es preciso incidir en la modificación de formas de afrontamiento de los problemas y conflictos.
- Es habitual que las personas con alcoholismo tengan rasgos de **personalidad** con tendencia a la impulsividad y poca tolerancia a la frustración, así como dificultades para la regulación emocional.
- Podemos encontrarnos personas con distintos estados anímicos:
 - ◇ **Hipotimia, apatía, desmotivación.** Se ha retirado de la vida de la persona algo que le acompañaba gran parte del día y que le permitía afrontar (aunque de manera desadaptada) los conflictos y problemas que le surgían. El alcohol como “compañero”. Debemos fomentar que la persona identifique los beneficios que siente a todos los niveles con la abstinencia y fomentar hábitos agradables.
 - ◇ **Aumento del ánimo, euforia, alegría** por considerar que han comenzado un proceso menos complicado de lo que se esperaban y con muchos beneficios. Debemos validar esa emoción, fomentar su disfrute, pero contextualizarla. Avisar de su duración limitada. Fomentar la calma, ayudar a tomar consciencia del problema y del

- riesgo del exceso de confianza. El tratamiento es un proceso duro y largo donde hay que mantenerse continuamente (motivación fluctuante) en “la decisión del NO”.
- El **riesgo de violencia** heterodirigida y autodirigida suelen ocurrir sobretodo en contexto de intoxicación (bastantes personas llegan al programa con intentos autolíticos previos). Las ideas autolíticas suelen disiparse tras el cese del consumo.
 - Muchos reconocen daño autoinfligido mediante el propio consumo.
 - Una de las consecuencias que más afecta a la esfera relacional es el **cambio de carácter** de la persona alcohólica, que puede manifestarse con agresividad verbal o física hacia las personas de su entorno; que junto con el resto de alteraciones de conducta provocan sentimientos de rechazo hacia sí mismo y por parte de los demás. Esto conlleva **sentimientos** de culpa, vergüenza, pérdida de valía, desconfianza hacia la persona, etc.
 - El alcohólico tiende a tener **conductas suicidas** con el fin de poder acabar con el círculo vicioso en el que se encuentra inmerso, que no le permite ver salida a los problemas ni a la manera de poder parar el consumo (el consumo se mantiene por el refuerzo negativo, para evitar sentir el malestar del cese).
 - Es importante tener en cuenta que una de las características de la personalidad de estos pacientes es la de la **dificultad para pedir ayuda** (particularidad frecuente desde el inicio de su crecimiento–maduración–desarrollo). Trabajar con ellos para la modificación de este aspecto durante el proceso de recuperación.

Intervenciones de enfermería NIC y Actividades

[5400] Potenciación de la autoestima

- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Explorar los logros de éxitos anteriores.

[5390] Potenciación de la autoconciencia.

- Facilitar la identificación por parte del paciente de sus formas de respuesta habituales a diversas situaciones.
- Ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación.

[4480] Facilitar la autorresponsabilidad

- Considerar responsable al paciente de su propia conducta.
- Fomentar el reconocer las malas conductas, según corresponda.

[5395] Mejora de la autoconfianza

- Identificar los obstáculos al cambio de conducta.
- Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.
- Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.

6.8. Rol-relaciones

¿Qué valorar en este patrón?

- Estado civil: *solterx – casadx – divorciadx – pareja estable – separadx – viudx*
- Con quién convive:
- ¿Es cuidador de alguien? *si/no. Especificar.....*
- ¿Precisa cuidador? *si/no. Especificar.....*
- Vivienda: *propia / familiar / alquiler*
- ¿Cómo son las relaciones con sus familiares?:

- ◊ Reacción familiar: *apoyo / sobreprotección / preocupación / codependencia / desinterés / desconfianza / abandono*
- Relaciones sociales (*amigos / compañeros trabajo / no tiene*) (*satisfactorias / insatisfactorias*):
- ¿Quiénes conocen su problema de alcoholismo?:
 - ◊ ¿Quién sabe que se encuentra en tratamiento?:
- Personas con las que existe conflicto:
- Figuras que considera de apoyo:
- Estudios/Formación:
- Situación laboral: *empleado / desempleado / en paro / incapacidad temporal / incapacidad permanente / trabajos temporales sin contrato*
 - ◊ Profesión:
 - ◊ Empleos previos:
- Fuente de ingresos y cuantía:
- Problemas económicos/deudas:
- Grado de discapacidad reconocido:

-Aclaraciones

- Se podría decir que es habitual que nos encontremos pacientes varones de media edad (+40) que regresan a casa de los padres y se acomodan a su cuidado. Madre / esposa cuidadora que se encarga al completo las tareas domésticas y del cuidado de su hijo adulto / esposo.
 - Es común que quien **cuida** al alcohólico y realiza la petición de ayuda, habitualmente tras tiempo de insistencia, sea la esposa / madre / hija. Cuando la dependiente al alcohol es una mujer, lo habitual es que acuda sola a solicitar ayuda / tratamiento (mayor sentimiento de vergüenza debido al rol social). Con menos frecuencia, vemos como cuidador al familiar varón.
 - Es usual encontrarnos con la presencia de **familias** cuyo apoyo no es del todo adecuado. La dinámica familiar mantiene hábitos dañinos (ausencia de responsabilidades e implicación en tareas rutinarias). Pueden presentar ocultación del problema, sobreprotección, desconfianza continuada, hipervigilancia, control, mantenimiento de reproches, síntomas de codependencia. Esta dinámica desadaptada puede estar influida por el desconocimiento de la enfermedad por parte de los familiares. Es crucial, sobretodo en estos casos, la psicoeducación, para que logren entender la adicción como enfermedad, y no como un vicio que depende de la voluntad del individuo.
 - En cuanto al **círculo social / compañías / amistades** de las personas con alcoholismo, suele estar relacionado con el consumo. Les resulta de gran complejidad generar nuevas amistades y compañías con las que puedan realizar actividades donde no quepa el consumo de alcohol.
 - Cuando se niegan a beber delante de amigos, suelen justificarse diciendo que están tomando alguna medicación incompatible con alcohol. De esta manera 'salen del paso' de forma puntual y temporal. Muy probablemente en la próxima situación similar le volverán a ofrecer alcohol. Otras veces "para no quedar mal... para parecer más normal", deciden tomar bebidas alcohólicas, pero 0.0 (cerveza, vino...)
- Aquí se puede apreciar la influencia que tiene la presión social con respecto al consumo de alcohol.
- La sociedad incita al consumo, pero un consumo con condiciones "lo justo y sin pasarte". Para ayudar al paciente fomentaremos el aprendizaje de habilidades sociales asertivas.
- Es importante que cuenten con **personas de apoyo** a quien confiar sus emociones y la evolución en el proceso de recuperación. Donde sientan la confianza para verbalizar sus deseos de consumo sin sentirse juzgados.

- En el ámbito laboral, suele haber aprensión a comentar el verdadero motivo de la ILT. Debido al estigma que tiene la población (y también al propio autoestigma del alcohólico), suelen expresar que el motivo de la ILT es por temas de ansiedad o depresión (problemas con menos estigma). A esto se le une el temor a un posible despido o no renovación.
Para las personas con empleo y que están en tratamiento en el Programa, puede darse el hándicap de que tengan dificultades para cumplir la exigencia del mismo. Con relativa frecuencia, nos encontramos con personas cuyos **contratos de trabajo** son temporales o incluso carecen de contrato laboral (con lo cual no es posible una ILT) y la necesidad de seguir trabajando es imperiosa. Esto ocasiona que se complique la asistencia a citas de seguimiento. En estos casos nos adaptamos a la persona y a su disponibilidad, priorizando la asistencia a terapias grupales sobre la asistencia a nivel individual, siempre que el paciente esté de acuerdo.
Los **empleos** que más frecuentemente causan dificultades para mantener la abstinencia (tanto por el entorno como por la cultura) son la hostelería y la construcción.
- Se dan bastantes casos de personas cuya fuente de **ingresos económicos** es muy reducida (en nuestro Área sanitaria de intervención). Esto complica la inclusión de la persona en actividades de ocio o deportivas, cursos de formación que no sean gratuitos. Así mismo, limita el acudir a citas con frecuencia por el pago del transporte, o la compra de medicación necesaria (que, en estos casos, nosotros solemos facilitarla desde la farmacia del hospital).
- En caso de que a la persona le sea de utilidad, se **entrega información** sobre oficinas de empleo, centros de educación de personas adultas, sobre fuentes donde poder buscar distintos cursos gratuitos, o de cursos con certificado de profesionalidad.

Intervenciones de enfermería NIC y Actividades

[5440] Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

[7110] Fomentar la implicación familiar

- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
- Identificar junto con los miembros de la familia las dificultades de afrontamiento del paciente, así como los puntos fuertes y las habilidades del mismo.

[7140] Apoyo a la familia

- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.

6.9. Sexualidad-reproducción

¿Qué valorar en este patrón?

- Activ@ sexualmente: *si / no*
- Satisfacción: *si / no*
- Problemas: (*alteraciones en la respuesta sexual: disminución libido, impotencia, falta excitación, falta eyaculación, ausencia de orgasmo*)
- Fecha última regla (FUR):
- Anticoncepción / prevención ETS
- Historia de reproducción: *hijos (si / no)*

-Aclaraciones

- El consumo abusivo y crónico del alcohol provoca **desequilibrios hormonales** (ya que ocasiona una disminución en la síntesis de testosterona), esto ocasiona atrofia testicular, esterilidad, disminución tamaño ovarios, abortos espontáneos, ginecomastia (este último efecto también es potenciado en muchas ocasiones por la toma de fármacos como la espironolactona –diurético utilizado en el tratamiento de la cirrosis–).
- Durante el consumo que este patrón esté alterado, tanto por los problemas existentes en las fases del ciclo de respuesta sexual (disminución de libido, disfunción eréctil, falta de lubricación vaginal, ausencia/retraso en la eyaculación u orgasmo), como por el aumento de conductas sexuales de riesgo.
- Tras tiempo de abstinencia, suele haber mejorías en el patrón aunque en bastantes ocasiones nos encontramos también con alteraciones en la respuesta sexual relacionadas con los efectos adversos que produce el tratamiento farmacológico.

Intervenciones de enfermería NIC y Actividades**[5248] Asesoramiento sexual**

- Introducir las preguntas sobre la sexualidad explicando al paciente que muchas personas tienen dificultades sexuales.
- Determinar la duración de la disfunción sexual y las posibles causas.
- Comentar el efecto de la medicación y suplementos sobre la sexualidad.

6.10. Adaptación-tolerancia al estrés

¿Qué valorar en este patrón?

- Cambios o crisis recientes importantes: *pensamientos / problemas familia / trauma / problemas laborales.*
- Resistencia a los cambios. Capacidad de adaptación.
- Percepción de habilidades para controlar las situaciones estresantes.
- Estado y Control del estrés/ansiedad: *no presenta / presenta / controlada / dificultades en el manejo.*
- Respuestas de adaptación y afrontamiento:
- *(Evitación / agresividad / inhibición/ consumo drogas / toma de medicación pautada/ abuso de medicamentos / somatizaciones / técnicas relajación / análisis del problema, verbalización del problema/ otros:.....).*
- Efectividad estrategias: *control total / parcial / inefectiva.*

-Aclaraciones

Las **estrategias de afrontamiento** se relacionan con los esfuerzos de las personas para manejar situaciones potencialmente amenazantes o que superan los propios recursos.

Este patrón se encuentra **alterado** en todas las personas con **alcoholismo**. Estas presentan desadaptación en el manejo de situaciones estresantes o de cambio mediante el consumo de alcohol. Estas situaciones tienden a preceder a las recaídas, de ahí la importancia de aprender **estrategias de afrontamiento alternativas** durante el tratamiento.

Si la persona, durante el proceso de recuperación, se mantiene sin poner en práctica estrategias efectivas, es más probable que ocurran recaídas y que estas sean frecuentes.

Es común que estos pacientes desconozcan mecanismos de afrontamiento adaptativos. Si el consumo comenzó en la juventud y se tiende a utilizar el alcohol ante cualquier malestar, el **aprendizaje** de formas para afrontar los problemas se **dificulta**.

A veces, el **abuso** del alcohol se **desencadena** a raíz de un problema / cambio / crisis que la persona no es capaz de manejar de otra manera que no sea mediante el consumo excesivo de alcohol.

En consulta suelen darse **características comunes** en estos pacientes, con lo que respecta a este patrón:

- Su paciencia es escasa. Tienden a querer la inmediatez, que los problemas se solucionan ya.
- Tiene que ver también con esto que busquen satisfacer de forma inmediata la necesidad de consumir
- **Poca tolerancia / resistencia a los cambios.** Ante cambios que consideren significativos, puede producirse una recaída debido al déficit de capacidad de utilizar estrategias más adaptativas de afrontamiento
- **Tendencia a la rigidez de pensamiento**, poco flexibles.
- La mayoría tiene baja autoestima, por lo que su **percepción** es **negativa** en cuanto a las **habilidades** para el afrontamiento. Algunos tienen una percepción **positiva** de las habilidades que posee para controlar las situaciones estresantes. **Debemos** motivar, pero señalando la realidad: está en la fase de desintoxicación de un programa para el alcoholismo, eso indica de alguna manera que todavía no pone en práctica correctamente las estrategias que posee. A estos pacientes debemos avisarles del riesgo de recaída si se dejan llevar en exceso por su percepción de autocapacidad y 'se confían'.
- **Escaso locus de control interno.** Las estrategias de prevención en recaídas se pretende que el paciente identifique pensamientos de ansiedad asociados a desencadenantes externos e internos, emociones y sentimientos que son precipitantes o detonantes de una recaída. Deberán adquirir habilidades de autocontrol, de modo que son capaces de anticipar y afrontar situaciones de alto riesgo en el proceso que dura toda la vida.
- **Manejo inefectivo de la ansiedad.** La estrategia más utilizada por las personas dependientes suele ser el consumo de sustancias (cannabis, cafeína, cocaína benzodiacepinas u otros fármacos...). Si abandonan el alcohol, pero continúan con otras sustancias, puede que el proceso de recuperación al principio les resulte más llevadero y "fácil" En ocasiones ocurre que aumentan el consumo de esta droga secundaria, estarían "sustituyendo" una sustancia por otra. Trabajamos para fomentar el cambio de hábitos y aprendizaje de otras estrategias.

Podemos sugerirles diversas **estrategias** de afrontamiento que podrían ser **beneficiosas**: búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, expresión de la dificultad de afrontamiento, expresión de emociones, verbalización del problema, practicar ejercicios de relajación...

Es recomendable (si es posible debido a la carga asistencial y el tiempo limitado en las consultas) **practicar** en consulta ejercicios de relajación, como los de respiración. Igualmente se les facilita un **documento** donde aparecen, explicados por pasos y con un enlace para acceder al video en YouTube, ejercicios de relajación muscular progresiva de Jacobson y también mediante respiración diafragmática...

Intervenciones de enfermería NIC y Actividades

[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos

- Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente.
- Ayudar al paciente a determinar cómo se podrían haber evitado los resultados insatisfactorios si se hubieran elegido conductas diferentes.

[5820] Disminución de la ansiedad

- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

[6340] Prevención del suicidio

- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.
- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos.

[5230] Mejorar el afrontamiento

- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

6.11. Valores-creencias

¿Qué valorar en este patrón?

- Prácticas y creencias espirituales y religiosas
- Aspectos culturales que influyan en el consumo
- Metas personales / qué considera importante en su vida

-Aclaraciones

- Es frecuente que en personas **religiosas** nos encontremos sentimientos de culpabilidad, por las connotaciones y significado que tiene para la propia religión el consumo de tóxicos.
- A su vez, pertenecer a grupo religioso o mantenerse fiel a sus ideas, puede actuar como factor mantenedor de la abstinencia.
- En cuanto a las **metas** personales, es habitual que las personas deseen retomar proyectos vitales que se han visto afectados por el aumento del consumo, o enmendar errores cometidos en contexto de consumo activo y recuperar aspectos de su vida y roles que han resultado mermados como consecuencia del consumo.

Intervenciones de enfermería NIC y Actividades

[5310] Dar esperanza

- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona.

[5340] Presencia

- Comunicar oralmente empatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.
- Establecer una consideración de confianza y positiva.
- Escuchar las preocupaciones del paciente.

7. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

El programa de alcohol cuenta con varias fases de tratamiento: desintoxicación–deshabitación–re–inserción. La **enfermera especialista en salud mental** está presente durante **todas las fases**, en distintos dispositivos como el CSM o en consultas externas situadas en el Hospital.

Es imprescindible la figura de la enfermera especialista para prestar **cuidados de calidad** a esta población tan específica y grave.

En las páginas anteriores se ha descrito de manera detallada cómo **valorar** las necesidades y respuestas humanas más **habituales** en las personas con alcoholismo que realizan tratamiento durante la fase de desintoxicación y recomendaciones sobre las intervenciones a realizar.

Como últimas **recomendaciones generales** a la hora de cuidar a dependientes del alcohol:

- Es imprescindible generar **vínculo** y una **relación terapéutica** para poder hacer señalamientos y establecer límites.
- Tener en cuenta que cada paciente tiene su momento. Debemos **estar disponibles**.
- En primeras consultas, **adaptarnos** a sus demandas (siempre que sean razonables) y aprovecharlas para trabajar en otros objetivos.
- Imprescindible **valorar** todos los patrones funcionales de salud. Nos permitirá **detectar** necesidades que sin ser resueltas dificultarán un cambio de hábitos.
- **Reforzar** los cambios hacia patrones más saludables.
- Dar un espacio a la **familia** si es posible.
- Fomentar la asistencia a **grupos de ayuda mutua**.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alameda Jackson, E. (2018). Introducción al trabajo sanitario y de ayuda. *Mindfulness para profesionales de la salud*. Formación Alcalá.
- Eby, L., Brown, N.J.. (2010). *Cuidados de enfermería en salud mental. Segunda edición*. Pearson Educación, S.A.
- Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNN–Consult. Elsevier; 2015 [cited 2018 Jun21]. Recuperado de: <http://www.nnnconsult.com/>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). Monografía alcohol. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 109 p.
- Pérez–Poza, A.; Corbera, M.; Borrueal M.J. (2005) Deshabitación alcohólica en atención primaria. *Atención Primaria*; 35(8):427–35.

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS el alcohol es una sustancia psicoactiva que puede producir dependencia. Hay 3 millones de muertes al año por dependencia del alcohol. El alcoholismo genera una gran comorbilidad, como síndromes y enfermedades de todos los sistemas del organismo. Hay graves patologías concomitantes asociadas, como uso y abuso de otras sustancias psicoactivas, cuadros psicóticos, trastornos afectivos, trastornos de personalidad, trastornos por ansiedad, deterioro cognitivo con fallos en memoria, razonamiento y planificación, síndromes demenciales. La personalidad se modifica destacando los rasgos impulsivos con graves alteraciones conductuales.

Esta enfermedad es considerada una enfermedad biopsicosocial. La dependencia consiste en que el individuo tiene un impulso irreprimible de tomar la sustancia, que para su cerebro tiene carácter de supervivencia. Esto es debido a la disfunción neurobiológica de los sistemas cerebrales relacionados con la motivación. Es una conducta mantenida en el tiempo, que genera múltiples problemas y que el individuo tiene dificultad para extinguirla, aunque en la mayoría de los casos pueda tener conciencia de que debería dejarla. La adicción al alcohol debe ser abordada desde un punto de vista multiprofesional.

En el tratamiento y abordaje de los pacientes diagnosticados de adicción al alcohol está la figura de la Enfermera Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, incluida en el Equipo Terapéutico Multi-profesional.

2. OBJETIVO DEL PROGRAMA

El objetivo General de la Atención de Enfermería es el "Proceso de deshabituación del consumo de alcohol", llevado a cabo por la Enfermería Especialista. La franja poblacional serían los pacientes adultos con diagnóstico de Adicción al Alcohol como dependencia principal.

Objetivos Específicos:

- Mantenimiento de la abstinencia al alcohol.
- Prevenir y detectar las recaídas en el consumo.
- Potenciar los cuidados en el seguimiento y control ambulatorio de los pacientes. Consistiría en acompañar al paciente, desde que llega a consulta, derivado de la Unidad de Desintoxicación, adaptando las necesidades específicas de cada uno.
- Seguimiento del paciente individualmente y grupalmente.
- Trabajar la adherencia al tratamiento integral ofertado.
- Incluir en el proceso la continuidad en la consulta de enfermería.
- Trabajar la conciencia de enfermedad.

3. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA

El paciente será valorado, seguido y cuidado en un contexto de seguridad con un programa estructurado, donde hay consultas individuales y grupales, según se encuentren los pacientes en distintas fases terapéuticas de su proceso. En ambas consultas que forman el tratamiento integral del paciente, se trabajará intensivamente:

- El abordaje de su abstinencia a través de cambios de hábitos.
- El mantenimiento de la motivación y conciencia de enfermedad.

3.1. Consulta de enfermería

Cuando el paciente llega a nuestra consulta, previamente ha pasado por la atención del médico psiquiatra que deriva a enfermería. Se intenta hacer la atención de manera inmediata, porque siempre se acoge al paciente para que empiece cuanto antes el tratamiento.

Nos encontramos con distintos casos:

- A. Paciente nuevo en consultas externas
Primera atención antes de pasar a la Unidad de Desintoxicación: cuando el paciente quiere comenzar el tratamiento de inmediato y se le prescribe antabús, se hace "Protocolo completo de Tratamiento Aversivo", siempre deberá someterse a la prueba con el aparato de aire espirado (alcoholímetro):
 - ◊ Si da **negativo**, en nuestra presencia ingiere la pastilla, damos hoja informativa de contraindicaciones y efectos secundarios, se explica programa completo y se gestiona cita para la Desintoxicación.
 - ◊ Si diese **positivo**, se dan instrucciones para empezar cuanto antes.
 Cuando el paciente viene acompañado de familiares, toda la atención en consulta e información se hará junto con ellos. Consideramos que esta enfermedad afecta directamente al funcionamiento familiar y es importante asesorarles cómo pueden ayudar al paciente.
- B. Paciente conocido-sucesivo.
Cuando el paciente ya ha estado con nosotros y está en recaída se repetiría el mismo procedimiento e intentaríamos que empiece cuanto antes a tratarse. La consulta siempre está abierta para que acudan a pedir ayuda, de manera incondicional. El seguimiento se haría

de forma estrecha, diario si es preciso, contacto con la familia, y/o bajada a la Unidad de Desintoxicación.

En todos los casos, se trabajarán los aspectos psicológicos de la adicción, dando una importancia relevante a la motivación, mantenimiento del tratamiento a largo plazo, conciencia de enfermedad y reforzando los cambios en los hábitos de conducta producidos desde que está el paciente en abstinencia. Siempre habrá una escucha del paciente activa y empática, donde se transmita apoyo emocional.

3.1.1. Abordaje del paciente en la consulta

Primera Acogida: cuando aceptan el tratamiento, han acudido por primera vez a nuestro circuito, pasan a enfermería para explicar el protocolo de medicación interdictora y el Programa.

Aplicamos el protocolo de interdictores, si previamente no lo conoce; Éste consistirá en informar de los efectos adversos si consumiese alcohol tomando antabús, se da hoja donde se detalla cuándo y cómo debe tomárselo. Si hay alguien de referencia para el paciente que lo pueda supervisar, invitamos a que lo haga. Además, en consulta siempre se hará la prueba con el alcoholímetro de aire espirado para objetivar que está en completa abstinencia

Informamos de ciertos cambios que deben hacer en su casa, como no tener alcohol, intentar no salir con personas bebedoras, si no acude con la familia, explicamos la importancia de que lo sepan y si acuden se implicarían en todo el procedimiento. Es importante favorecer una relación de confianza.

3.1.2. Paciente Derivado desde la Unidad de Desintoxicación

1. Intercambio de información entre el/la psiquiatra y enfermería de referencia junto con la parte del equipo que haya llevado su desintoxicación.
2. Exploramos y recogemos datos de su historia clínica:
3. Diagnóstico médico, tratamiento farmacológico, enfermedades concomitantes, pruebas diagnósticas pendientes.
4. Diagnósticos psiquiátricos, previos y actuales.
5. Patrón de consumo de alcohol.
6. Intentos y tratamientos para dejar el consumo.
7. Si hay otras drogas o dependencias.

4. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO

La comunicación con el paciente se hará de manera empática, acogedora y motivante ante el tiempo que lleva en abstinencia, el tiempo de tratamiento y el haber logrado llegar a la fase de deshabitación; Incluyendo técnicas comunicativas para que no abandonen y sepan que esto es una continuidad en su enfermedad y proceso.

- ➔ Se explica el programa de Deshabitación de nuestro dispositivo, tiempo de duración, formato individual y grupal, enfatizamos en el compromiso que el paciente adquiere consigo mismo y con el equipo terapéutico.
- ➔ Informamos de los Grupos que forman parte del tratamiento, objetivos, tiempos:
 - ◊ Prevención de Recaídas
 - ◊ Habilidades Sociales

- ◊ Preparación al Alta.
- Repasamos la medicación que está prescrita, para controlar si la toma o aparecen efectos secundarios.
- Hacemos alcoholimetría en cada consulta individual y grupal, respecto a esta prueba, explicamos que es importante que haya una prueba objetiva de su abstinencia, además, si hubiera sospecha de consumo, y el paciente no nos lo ha contado, con la prueba, se puede abordar si hubo recaída. La prueba dando negativo será un logro personal adecuado.
- Las consultas se harán semanales, mínimo dos veces por semana, a veces incluido el día del grupo.
- Nos puede orientar la guía de Patrones Funcionales de Enfermería, para no olvidarnos de ninguna de las áreas.

5. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES ENFERMEROS

- PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD
 - ◊ Negación de la enfermedad
 - ◊ Exposición a conductas de riesgo
- PATRÓN 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO
 - ◊ Alimentación adecuada
 - ◊ Alimentación desorganizada
- PATRÓN 3. ELIMINACIÓN
 - ◊ Estreñimiento o diarrea, relacionado con la alimentación o con la medicación o con el abuso de sustancias
 - ◊ Sudoración profusa.
- PATRÓN 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO
 - ◊ Deterioro de la movilidad física
 - ◊ Deambulación
 - ◊ Rutinas
- PATRÓN 5. SUEÑO-REPOSO
 - ◊ Alteración del ritmo sueño-vigilia. Relacionarlo con los patrones de consumo.
- PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTIVO
 - ◊ Desorientación en las tres esferas
 - ◊ Alteraciones senso-perceptivas
 - ◊ Alteración del Pensamiento
- PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO
 - ◊ Autoestima baja
 - ◊ Ánimo Bajo
 - ◊ Falta de planificación del futuro
- PATRÓN 8. ROL-RELACIONES
 - ◊ Abandono del rol
 - ◊ Deterioro en las relaciones sociales
 - ◊ Relaciones familiares
 - ◊ Disfuncionalidad familiar
 - ◊ Valoración de la agresividad y/o violencia si la hubiera
- PATRÓN 9. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN
 - ◊ Desinterés
 - ◊ Incapacidad. Disfunción sexual

- ◊ Falta de deseo
- PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA DEL ESTRÉS
 - ◊ Valoración del riesgo suicida
 - ◊ Desesperanza
 - ◊ Ánimo bajo
 - ◊ Falta de planificación
- PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS
 - ◊ Religión
 - ◊ Moralidad

Todos los Patrones los evaluamos y describimos en la historia clínica de esta manera:

- Valoramos al paciente recabando información de su vida, su momento actual día a día, haciendo hincapié en lo siguiente:
- Psico-biografía, con quien vive, dónde, tratamientos previos para dejar de beber, situación familiar, antecedentes de alcoholismo en su familia o entorno. Intentos de suicidio y acontecimientos importantes reseñables de su vida, familia de origen y creada si la tuviera.
- Aspecto general: expresión de la cara, mirada directa o evitativa, si va limpio, dentadura, complexión física, tipo de ropa, pelo, abalorios etc.
- Sus autocuidados, respecto a lo que come, hábitos, hobbies, rutinas, deporte...
- Se valora autonomía para la vida diaria (AVD). Alimentación.
- Evaluación cognitiva. Recoger datos de la persona con la cual convive o más le conoce, técnicas varias de entrevista para saber su memoria a largo, corto plazo, inmediata, si está confuso, o con signos de encefalopatía.
- Evaluar su tipo de personalidad, cómo enfoca su tratamiento, autopercepción de sí mismo, tipo de conflictos actuales.

6. CONCEPTOS TERAPÉUTICOS EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

- Trabajamos con el paciente y/o su familiar si acude, directamente día a día los conceptos siguientes:
- Exposición a conductas de riesgo. No tener alcohol en casa, no tener vida social con bebedores, cambiar de hábitos que inciten al consumo.
- Aprender a detectar los momentos de deseo y cómo cortocircuitarlos
- Darse cuenta cuando está en proceso de negación de la enfermedad y las consecuencias inmediatas del consumo.
- Conocimiento de los circuitos cerebrales que intervienen en la adicción.

7. CUANDO EL PACIENTE NO ACUDE A CONSULTA O A LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS

- ¿Qué ocurre cuando el paciente no acude?:
 - ◊ Desde enfermería controlamos si acude a sus grupos respectivos y entramos en la mayoría de ellos para facilitar ser su profesional de referencia. Siempre se atiende al paciente en su control de alcohol, antes y después del grupo.

- ◊ Se llama al paciente cuando tiene dos o más faltas a los grupos sin aviso previo para intento de reenganche al tratamiento.
- ¿Qué ocurre cuando el paciente tiene recaída?:
 - ◊ Se valora junto con el equipo si se le atiende intensivamente aquí, con seguimientos diarios, si debe derivarse durante un tiempo a nuestra Unidad de desintoxicación, o es ingresado.

8. GRUPOS DE MANTENIMIENTO DE LA DESHABITUACIÓN O PREPARACIÓN AL ALTA

Este programa es llevado por la Enfermera Especialista en Salud Mental.

Características:

1. La cadencia es de uno semanal. En funcionamiento actualmente hay dos grupos.
2. La media de pacientes que acuden son de 18-20 por grupo.
3. Son grupos abiertos. La duración que se oferta es de un año mínimo.
4. Hay una mezcla de pacientes respecto al tiempo de abstinencia, recaídas, tiempo en el tratamiento.

Las líneas generales:

1. Repaso de todo lo psicoeducativo de los grupos anteriores (Prevención de recaídas y Habilidades sociales)
2. Reforzar en positivo el vivir su vida en abstinencia, con el cambio de hábitos, rutinas y sus relaciones sociales.
3. Introducimos el mundo emocional, reconocimiento y control de las emociones: Cómo influyen los estados emocionales ocurridos durante el alcoholismo en la toma de decisiones. Darse cuenta de sus conflictos generados por el con -Saber reparar el daño hecho a su entorno.
4. Enseñamos lo que es ser empático, poder analizar y darle importancia a las personas que fueron su apoyo antes o durante su rehabilitación.
5. Ejercicios de autocontrol para cortocircuitar lo impulsivo y potenciar lo reflexivo.
6. Se trabaja la baja autoestima situacional, alabando los logros, fomentando la identificación de los valores vitales específicos, encontrando e identificando sus puntos fuertes y favoreciendo las relaciones sociales favorables.
7. Calmar sus ansiedades internas con métodos de relajación y meditaciones guiadas.
8. Reconocimiento de señales internas para saber si están en riesgo de recaída.
9. Explicamos cómo funciona el mecanismo de negación cuando tiene pensamientos de no dar importancia al consumo
10. Centrarse en la realidad y con conductas adaptativas y más saludables.
11. Trabajamos las relaciones familiares y sociales.
12. Control de la conducta adictiva, teniendo en cuenta lo vivido cuando consumían, ser consciente de las pérdidas de su propia autonomía, porque neutralizan su poder de decisión y anulan su personalidad y carácter si están intoxicados.
13. Autoconocimiento de sí mismo, responsabilizarse de sus decisiones valorando las consecuencias de su conducta.
14. Enseñamos lo que es ser empático, poder analizar y darle importancia a las personas que fueron su apoyo antes o durante su rehabilitación.

15. Ejercicios de autocontrol para cortocircuitar lo impulsivo y potenciar lo reflexivo.
16. Se refuerza el tiempo en abstinencia.
17. Aprender a hablar en grupo y normas que tienen que cumplir:
 - Acogimiento al paciente nuevo. Trabajamos que todos los miembros conozcan a todos los integrantes del grupo
 - Saben que este hospital es docente y entrarán profesionales para participar en la dinámica grupal.
 - No interrumpir, saber esperar para intervenir, no usar expresiones soeces o agresivas contra ningún miembro del grupo.
 - Nunca entrarán en el grupo intoxicados. Si ha habido recaída se trabaja la misma en el grupo. Pensar y reflexionar.
 - Hablar en primera persona, contando su propia experiencia por si a alguien le sirve.
 - Nunca ser prepotente, ni hacer comentarios dañinos a ningún otro miembro del grupo, eso sería expulsión inmediata. La adicción es una enfermedad y eso es lo que les une.
 - Señalamos este espacio terapéutico como algo único, no es igual que hablar con su entorno, casa, trabajo, familia.
 - Secreto de confidencialidad. Nunca se habla de alguien que no está.
 - Se trabajan los posibles conflictos que surgen entre los miembros del grupo. Si se falta al grupo, siempre se avisa, faltas reiteradas no justificadas sería alta por abandono de grupo.

Insistimos que parte fundamental de su tratamiento es ir a las asociaciones de autoayuda que quieran. Saben que el equipo tiene contacto permanente con las mismas, facilitando su primer encuentro. A los grupos y asociaciones acuden pacientes que llamamos “expertos”. Han sido seleccionados por el equipo. Los requisitos que deben cumplir son los siguientes: Tienen que llevar mínimo dos años de abstinencia, hacer nuestro curso preparativo de dos meses. Se tienen que comprometer a acudir a los grupos del hospital, al igual que a los de distrito enfocados en la rehabilitación.

9. CONCLUSIÓN

La deshabituación del alcohol es compleja, no es sólo “NO CONSUMIR ALCOHOL”, es reeducar al adulto rehabilitado de su adicción en valores socialmente aceptados para la buena convivencia familiar y social. Transmitir motivación y conciencia de enfermedad, produciendo los cambios del día a día, hábitos y rutina de vida. Importante cómo enfrentarse a las situaciones de alto riesgo, relacionado con eventos sociales, viajes etc. Siempre insistimos en la deuda moral de devolver a la sociedad lo que ésta ha hecho por ellos, por ejemplo, todos los cuidados socio-sanitarios que han recibido, apoyo familiar etc. Es un proceso continuo de vida, del día a día.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Brik E. (2011). Convivir con el alcoholismo. Madrid: Médica Panamericana, D.L
- Comisión consultiva de cuidados de enfermería. Oficina regional de coordinación de salud mental y adicciones. (2021). Manual de procedimientos de enfermería de salud mental. 2º edición. Madrid.
- Rubio G. (2021). Alcohol, alcoholismo y emociones sociales. Delta publicaciones universitarias.
- Rubio G. (2021). Del tratamiento de alcoholismo y su recuperación. Grupo editorial círculo rojo.

21

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA DE ALCOHOL EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL

Antonio Miguel Villalba, Macarena Trujillo

1. INTRODUCCIÓN

El consumo excesivo de alcohol supone un grave problema sociosanitario. El hecho de que sea un hábito profundamente arraigado en muchas sociedades hace que su abordaje deba de hacerse desde diversos ámbitos y con un enfoque multidisciplinar. Provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para los que le rodean y para la sociedad en general, y su consumo se asocia a un mayor riesgo de padecer otras enfermedades y a pérdidas sociales y económicas (OMS. Documento WHA63/2010/REC/1, anexo 3. 2010)

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, en su informe de 2021 sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, refiere que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre la población de 15 a 64 años, siendo más alta en el grupo de 15 a 34 años. Abundando en los menores de edad, según el informe ESTUDES de 2021, el primer consumo de alcohol entre los estudiantes es de 14,0 años. Por su parte, el consumo semanal de alcohol comienza de media a los 15,2 años, sin contemplarse una variación significativa con respecto a las últimas mediciones registradas. Su prevalencia entre la población española mantiene una tendencia estable desde la década de los 90 del siglo XX con un ligero repunte en los años 2019-20 (63 % de prevalencia de consumo) (OEDA, Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España 2019-20).

Desde los Centros de Salud Mental (CSM) se pretende acercar los servicios a la comunidad, estableciendo un contacto mucho más frecuente e intensivo con el paciente. Los programas de intervención comunitaria pretenden, además, la coordinación con otros servicios de tal manera que se garantice la continuidad asistencial, facilitar el acceso a los recursos necesarios en la recuperación de la persona enferma y la respuesta rápida en crisis (Manual de procedimientos de enfermería de salud mental. 2ª ed. Comunidad de Madrid. 2022).

El papel de la enfermera abarca intervenciones individuales en consulta dirigidas a conseguir en el paciente la motivación necesaria para afrontar el abandono del hábito de consumo, escucha activa, seguimiento y control en los procesos de desintoxicación y deshabituación ambulatoria,

control de constantes y administración de psicofármacos, entre otros. De igual forma, se realizan intervenciones grupales, que pueden ir desde actividades psicoeducativas en el que se profundiza en el conocimiento de la enfermedad, grupos de entrenamiento en habilidades sociales y grupos de orientación más psicodinámica en los que se comparten experiencias y se reflexiona sobre ellas, todas con el objetivo de mantener la abstinencia.

Un hecho importante a tener en cuenta en el abordaje, por parte de la enfermera/o de salud mental, de las actuaciones dirigidas al paciente es el “momento del cambio” o “rueda del cambio” (Prochaska & DiClemente, 1982). En él se describen una serie de etapas por las que pasa una persona en el proceso de cambio a la hora de afrontar un problema. En función del momento, las actuaciones de enfermería deberán ser diferentes.

Otro aspecto relevante es el modelo de la entrevista que se lleva a cabo. En este sentido, la entrevista motivacional, cuya definición según los autores es *“un estilo de conversación colaborativo, cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio”* (Miller & Rollnick. 2015) puede ser una herramienta clave. Se puede entender como una competencia más, que unida a otras competencias posibilitan que el proceso de cambio y abandono de la adicción tenga más posibilidades de llegar a buen fin.

2. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL

2.1. Desintoxicación ambulatoria

Una de las funciones de Enfermería de Salud Mental en el programa de alcohol en los Centros de Salud Mental (CSM), se basa en el seguimiento del paciente durante la desintoxicación ambulatoria, proceso de duración aproximada de 10 días y el cual suele definirse como *“el cese del consumo de alcohol de forma controlada y lo más cómoda posible para el paciente, previniendo la aparición de sintomatología de abstinencia y de posibles complicaciones, y facilitando el establecimiento de una buena relación y continuidad terapéutica”*. Para ello, es necesario realizar un trabajo conjunto multidisciplinar de Enfermería y Psiquiatría, y una adecuada coordinación del plan terapéutico.

En este caso, en la consulta de Enfermería de Salud Mental, se citará al paciente a diario y tendrá como objetivos:

- Conocimiento de las fases, características y manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia, así como estrategias de control.
- Monitorización de signos y síntomas: medición de constantes vitales y monitorización de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura basal, así como valoración del estado general.
- Identificar la posible interacción del alcohol con la toma habitual de fármacos y explorar posibles efectos adversos del tratamiento farmacológico prescrito.
- Explorar “craving” y percepción de control.
- Al ser una etapa de baja exigencia a nivel de actividad para el paciente, se comenzará a promover que empiece a participar en su propio autocuidado, haciendo hincapié en la recuperación del hábito alimenticio y patrón del sueño.
- Comenzar a trabajar motivación para el mantenimiento de la abstinencia.

2.2. Deshabituación ambulatoria

Es necesario, tras la desintoxicación ambulatoria, seguir un programa de deshabituación ambulatoria donde el paciente retomará sus actividades habituales, realizando los cambios pertinentes para el mantenimiento de la abstinencia a medio-largo plazo trabajando la prevención de recaídas en el consumo de alcohol.

En esta etapa, es preciso seguir trabajando de manera multidisciplinar y la motivación para el cambio. Para ello, es clave la entrevista motivacional, a través de una escucha empática, la elaboración frecuente de balances decisionales y la exploración de las resistencias, favoreciendo aumentar la autoestima y autoeficacia, haciendo que el paciente progrese a través de las fases del cambio.

En concreto, en la consulta de Enfermería se abordará:

- Realización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de acuerdo a la taxonomía NANDA-NIC-NOC para identificar diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras de cada paciente.
- Explorar efectos adversos del tratamiento farmacológico prescrito. En el caso de tratamiento con fármacos antidipsotrópicos se explicará en qué consisten, frecuencia de toma y riesgo de consumir alcohol conjuntamente, además de informar de productos de la vida cotidiana que contengan alcohol en su composición y sea necesario evitar. En caso de que sea una ayuda para el paciente, se le dará la opción de tomar el fármaco antidipsotrópico en la propia consulta a diario.
- Actividades psicoeducativas relacionadas con la salud. Ayudar en la modificación del estilo de vida y autonomía del paciente, facilitando el desarrollo de actividades protectoras de consumo.
- Ayudar a identificar situaciones de alto riesgo de consumo y elaborar estrategias de afrontamiento eficaces.
- Explorar dinámica familiar.

La frecuencia de las citas en la deshabituación, variará de manera individual según el estado clínico del paciente, la capacidad de control interno y craving.

2.3. Seguimiento individual

El seguimiento de Enfermería en el programa de alcohol en CSM se realiza de manera individual y grupal.

La consulta individual irá enfocada sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para trabajar sobre el Plan de Cuidados individualizado de la persona, habiendo identificado los diagnósticos (NANDA) sobre los que se tiene que trabajar, así como los objetivos (NOC) e intervenciones (NIC), a través de la evaluación inicial realizando una valoración global por los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Permite definir el perfil de consumo de alcohol e identificar en qué etapa de cambio se encuentra la persona con trastorno por uso de alcohol, favoreciendo el avance por dichas etapas hasta conseguir el mantenimiento de la nueva conducta, la reducción o cese del consumo de alcohol, y consolidando dicha conducta incorporándola al estilo de vida.

Herramientas que permiten el avance por los estadios del cambio son:

- Realización frecuente de balances decisionales, es decir, conocimiento de los pros y contras del consumo de alcohol para poder tomar una decisión.
- Expectativas de autoeficacia: según Bandura 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”*. Es decir, la percepción que tiene uno mismo sobre si es capaz de afrontar cambios o determinadas situaciones, pensamientos y/o sentimientos. El paciente tiene que sentirse capaz de realizar los cambios propuestos en la consulta que permita aumentar su percepción de autoeficacia.
- El factor predictivo más significativo de éxito terapéutico es el grado de motivación del paciente, por lo que es necesario llevar a cabo un estilo terapéutico motivacional, adaptado a cada etapa o estadio de cambio del paciente.
 - ◇ Expresar empatía.
 - ◇ Desarrollar discrepancia.
 - ◇ Evitar el enfrentamiento.
 - ◇ Manejar la resistencia.
 - ◇ Apoyar la autoeficacia.

2.4. Terapia grupal

La terapia grupal es una de las técnicas más eficaces en el tratamiento de la deshabituación alcohólica. Permite generar una postura activa del paciente, fomentando la interacción con otros usuarios y favoreciendo así, el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento asertivo, cambio de actitudes y conducta, facilitando la aceptación y toma de conciencia de enfermedad. En ocasiones, el grupo actúa como factor externo de control contribuyendo a evitar o disminuir episodios de recaída.

Esta terapia grupal puede estar basada en distintos modelos de tratamiento y existen numerosas modalidades de grupos. No obstante, existen objetivos comunes que se basan en:

- Informar sobre el problema para favorecer la adquisición de conciencia de enfermedad.
- Aumentar motivación para el cambio.
- Describir situaciones que conducen al consumo de alcohol.
- Asumir responsabilidades.
- Alternativas de conducta.
- Aumentar autoestima y autoeficacia.
- Aprendizaje de estrategias de afrontamiento adecuadas.
- Adquisición de hábitos de vida saludables facilitando actividades protectoras de consumo.
- Consolidación en modificación de estilo de vida.
- Prevención de recaídas.

2.5. Prevención de recaídas

Tras el proceso de desintoxicación, se ha demostrado que la probabilidad de recaída se mantiene muy elevada, por lo que es muy importante llevar a cabo dentro del proceso de deshabituación, un programa dirigido a la prevención de recaídas.

Se define la recaída como el restablecimiento de la conducta adictiva y los pensamientos y sentimientos asociados a la conducta, después de un período de abstinencia según Marlatt y Gordon (1985). Entendiendo además la recaída como un fallo en el autocontrol del sujeto al exponerse éste ante una situación de riesgo. En esta situación, la persona no es capaz de poner en marcha estrategias de afrontamiento pertinentes para el mantenimiento de la abstinencia.

Desde el enfoque de Enfermería, el afrontamiento está enmarcado dentro del patrón funcional de Afrontamiento y Tolerancia al estrés, que es definido por Marjory Gordon como la adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Es, por esto, que el programa de prevención de recaídas se diseña con el fin de ayudar a las personas a anticipar y afrontar los problemas de recaídas en el cambio de las conductas adictivas que permita así aumentar la duración de la abstinencia y disminuir la probabilidad de recaída.

Los objetivos de este programa que se trabajan tanto en las consultas individuales como en grupo se basan en:

- Proporcionar un modelo que permita a las personas comprender y analizar su problemática en relación al consumo de alcohol.
- Aprender a identificar situaciones, pensamientos y/o estados emocionales de riesgo que acerquen al consumo de alcohol y cómo afrontarlo adecuadamente.
- Aprender a identificar, anticipar y/o evitar las claves y señales que anuncian la posibilidad de recaída.
- Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de haber bebido.
- Aumentar la percepción de autoeficacia.
- Cambio en el estilo de vida.

2.6. Asociacionismo

Cabe destacar la importancia que adquieren los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en el tratamiento de las personas con trastorno por uso de alcohol, ayudando a adquirir conciencia de enfermedad, permitiendo aumentar el tiempo de abstinencia, disminuir las recaídas, aprender recursos y estrategias de afrontamiento, así como la consecución del cambio en el estilo de vida.

Estos grupos están basados en el modelo de "iguales" y están formados por personas que sufren la misma patología o conflicto y que se reúnen para compartir su experiencia personal, conocimientos y apoyo entre sus participantes. Es decir, estos grupos se basan en el aprendizaje, apoyo emocional, participación, autoestima, cambios sociales y capacidad de organizarse, con un objetivo fundamental que es satisfacer una necesidad común.

Existen también GAM para familiares de las personas con trastorno por uso de alcohol, ya que se ha demostrado que la intervención familiar mejora el pronóstico de la dependencia alcohólica y ya que la familia también se ve afectada por la adicción.

Por todo esto, dichos grupos se constituyen como la base de las intervenciones comunitarias y se consideran una buena estrategia terapéutica unida al sistema sanitario. Desde los CSM es importante conocer qué GAM existen en los distritos para poder recomendarlos a los pacientes

y mantener una adecuada coordinación y disponibilidad, acercándonos así a los servicios de la comunidad.

3. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta de la disciplina enfermera que permite, mediante una serie de etapas íntimamente interrelacionadas, organizar el trabajo de enfermería. Permite obtener datos importantes del individuo, la familia y la comunidad, así como de su entorno, de forma sistemática y ordenada para trabajar sobre el Plan de Cuidados individualizado de la persona, que en el caso de personas consumidoras de alcohol, tendrá como objetivo facilitar que avance por cada una de las Etapas de Cambio, hasta lograr mantener la conducta acordada, la reducción o el cese del consumo.

Estas etapas son Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

3.1. Valoración

Etapas del proceso que se basa en la recolección de datos e identificación de las áreas en las que se va a intervenir, así como determinar las prioridades del Plan de Cuidados. Constituye la base de las siguientes etapas.

La valoración global se realiza por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon quien define los patrones funcionales como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, a la calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

En este caso, la valoración permite definir el perfil de consumo de alcohol y permite identificar en qué Etapa de Cambio se encuentra la persona.

Patrón 1. Percepción – Manejo de la salud

- Conocer si existen alergias
- Medir constantes vitales; la frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura
- Antecedentes orgánicos y psicopatológicos
- Tratamiento farmacológico
- Cuantificación y clasificación según consumo de alcohol
- Investigar el qué, cuánto, cuándo y en qué entorno
- Identificar problemas relacionados con el alcohol. Se suelen utilizar escalas como: Test de CAGE, AUDIT y MALT
- Identificar la posible interacción del alcohol con la toma habitual de fármacos
- Valorar otros hábitos tóxicos

Patrón 2. Nutricional – Metabólico

- Valorar el apetito
- Conocer la ingesta habitual de alimentos, distribución de comidas, estilo, composición
- Valorar ingesta hídrica
- Conocer su IMC, para identificar cambios con respecto al peso
- Seguimiento de dietas específicas
- Náuseas y/o vómitos

Patrón 3. Eliminación

- Valorar posible disfunción del hábito intestinal, estreñimiento y diarrea

Patrón 4. Actividad – Ejercicio

- Conocer la práctica de ejercicio físico y actividades de ocio de la persona

Patrón 5. Sueño – Reposo

- Valorar hábitos de sueño, horas de descanso nocturno, valoración subjetiva del descanso, regularidad en el horario
- Si precisa medicación hipnótica y las posibles interacciones con el alcohol

Patrón 6. Cognitivo – Perceptivo

- Conocimientos y percepción sobre el alcohol y su consumo

Patrón 7. Auto percepción – Autoconcepto

- Destrezas o habilidades que posee para el afrontamiento de problemas y para la realización de los cuidados de salud
- Cómo reacciona ante situaciones de estrés, preocupación o tristeza

Patrón 8. Rol – Relaciones

- Patrón de consumo de alcohol en su entorno (familiar, social, laboral)
- Aspectos socioculturales, familiares y laborales que favorecen el consumo de alcohol y los posibles apoyos para cambiar el consumo de alcohol en los distintos ámbitos
- Valorar situación laboral

Patrón 9. Sexualidad – Reproducción

- Valorar disfunciones sexuales que puedan estar relacionadas con el consumo de alcohol
- Valorar la salud afectivo – sexual y conductas sexuales
- Conocer si existen o han existido enfermedades de transmisión sexual
- Embarazos

Patrón 10. Afrontamiento – Tolerancia del estrés

- Determinar la Etapa o Estadio de Cambio en que se encuentra la persona, según el Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente
- Conocer cuál es la aceptación de su consumo de alcohol
- Abordar qué papel tiene el alcohol ante situaciones de estrés
- Conocer si existen experiencias previas de intentos de abandono o reducción del consumo de alcohol y recaídas

Patrón 11. Valores – Creencias

- Conocimientos, creencias y valores sobre el consumo de alcohol, personales y de su entorno próximo
- Aspectos culturales que puedan influir sobre el consumo de alcohol
- Explorar motivaciones, planes de futuro

3.2. Diagnóstico

Es la segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería y se basa en el juicio clínico sobre los problemas de salud reales (existentes en el momento actual) o potenciales (situación que puede ocasionar alguna dificultad en el futuro) que requieran de intervención enfermera.

Los diagnósticos de enfermería vienen recogidos en la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). No describen una enfermedad concreta sino respuestas humanas. Algunos de los diagnósticos que se dan más frecuentemente en personas que consumen alcohol son los siguientes:

- Disposición para mejorar el afrontamiento (00158).
- Disposición para mejorar la autogestión de la salud (00293).
- Disposición para mejorar el autocuidado (00182).
- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188).
- Control de impulsos ineficaz (00222).
- Conflicto de decisiones: ambivalencia (00083).
- Riesgo de síndrome de abstinencia agudo (00259).
- Autogestión ineficaz de la salud (00276).
- Conocimientos deficientes (00126).
- Baja autoestima crónica (00119).

3.3. Planificación: identificación de resultados e intervenciones

La tercera etapa del proceso, una vez identificados los problemas reales o potenciales, se basa en la planificación de la intervención de Enfermería, es decir, establecer los cuidados que prevengan, disminuyan o eliminen los problemas que se han detectado. Se incluyen en esta etapa los objetivos y las acciones a ejecutar para conseguir lo propuesto.

En este caso, se utiliza la clasificación NOC (objetivos propuestos) y NIC (intervenciones) para cada uno de los diagnósticos enfermeros detectados.

Algunos de los NOC para los diagnósticos comentados anteriormente son:

- Afrontamiento de problemas (1302)
- Control del riesgo: consumo de alcohol (1903)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)
- Conducta de abandono del consumo de alcohol (1629)
- Toma de decisiones (0906)
- Motivación (1209)
- Conducta de cumplimiento: medicación prescrita (1623)

Algunas de las NIC para los objetivos propuestos son:

- Modificación de la conducta (4360)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Mejorar el afrontamiento (5230)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Acuerdo con el paciente (4420)
- Asesoramiento (5240)
- Ayuda en la modificación de sí mismo (4470)
- Orientación anticipatoria (5210)
- Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
- Apoyo emocional (5270)

3.4. Ejecución

Es la fase del proceso en la que se pone en práctica las intervenciones elaboradas para conseguir los objetivos propuestos.

3.5. Evaluación

Comparación planificada y sistemática entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados.

Dentro de los NOC (objetivos), existen grupos de indicadores, que mediante escalas tipo Likert, permiten evaluar la situación de partida y el progreso de la persona durante la intervención enfermera y al finalizar ésta.

La evaluación continua durante el proceso de ejecución, permite comprobar si las intervenciones son eficaces hacia los objetivos propuestos o si existen factores que estén dificultando la intervención para poder abordarlos.

La evaluación final evalúa los logros conseguidos respecto a los objetivos planificados.

3.6. Desarrollo y ejecución de planes de cuidados

Podemos definir el Plan de Cuidados de enfermería como la herramienta de trabajo que permite, una vez realizados los diagnósticos de enfermería, planificar las actuaciones encaminadas a conseguir los objetivos propuestos de manera racional y sistemática.

La dificultad de los planes de cuidados en pacientes con adicciones es que el proceso del cambio de una conducta es un proceso dinámico, con unas fases con unas características propias que hacen que una intervención en un momento dado no sea la adecuada (incluso contraproducente) y, sin embargo, en otro momento sea la pertinente.

4. MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

La motivación es un conjunto de factores internos o externos que determinan, en parte, las acciones de una persona. En los pacientes con problemas de consumo de alcohol, la motivación es uno de los principales motores para el cambio, pero no siempre está presente. El momento biográfico determina en gran parte el deseo de cambiar.

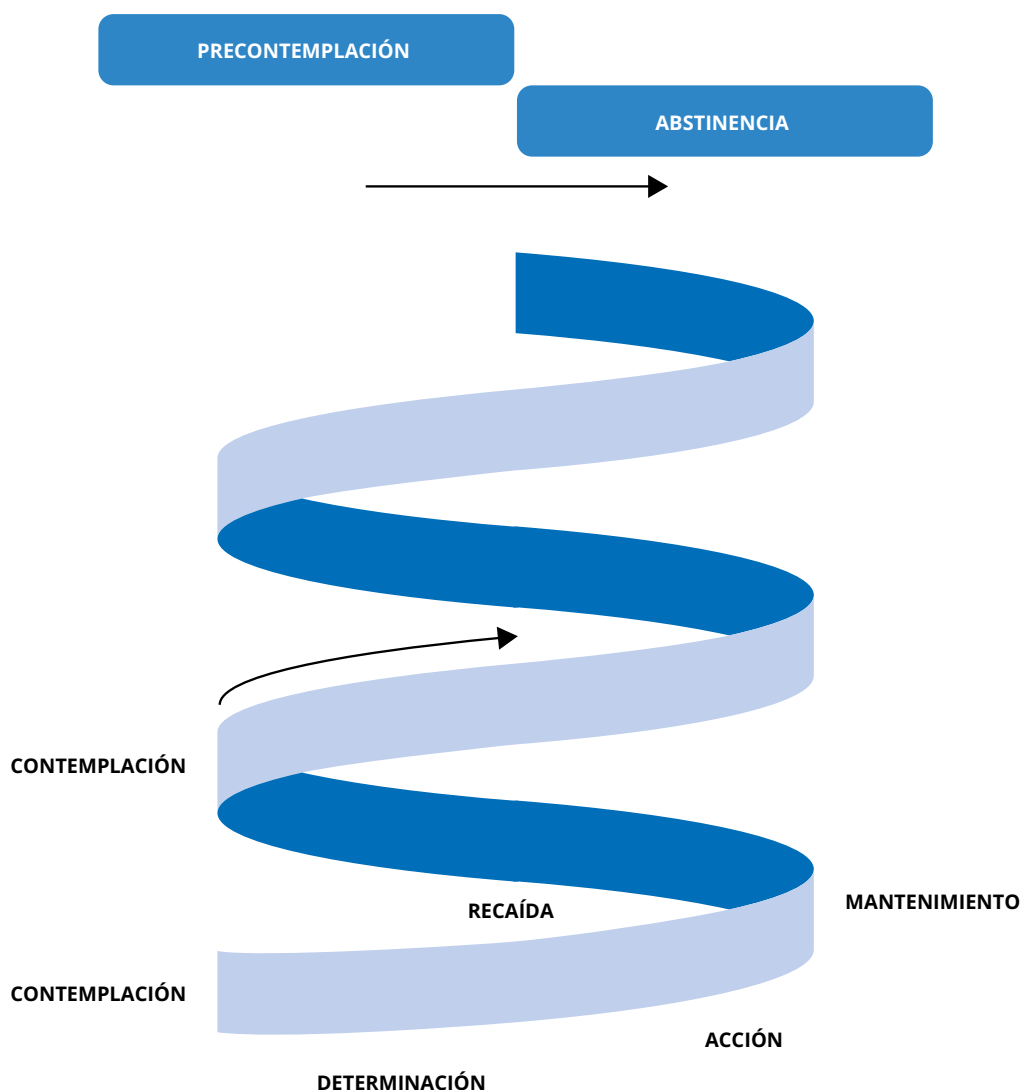
Prochaska y DiClemente propusieron un modelo conocido como Modelo Transteórico del Cambio, en el que se describen una serie de etapas o fases por las que una persona pasa antes de realizar cambios sustanciales frente a un problema. Estas fases describen el proceso del cambio como espiral o circular, al integrar en el mismo el fracaso o recaída, comenzando en ese momento un nuevo giro a la espiral.

Las etapas o fases del cambio serían:

- **Precontemplación.** El paciente no considera que tenga un problema o una necesidad de cambio. Es necesario dar información y feedback para que pueda aumentar su conciencia sobre su problema con el alcohol y favorecer la posibilidad de cambio.
- **Contemplación.** El paciente se encuentra ambivalente. Considera y rechaza el cambio a la vez. La tarea de la enfermera consistirá en decantar la decisión final hacia el cambio. Es importante no pasar a la acción en esta fase, puesto que habitualmente aparecerán mecanismos de defensa y consecuentemente resistencias.

- **Determinación o preparación.** La persona se ha decidido a favor del cambio. Es el momento de ofrecer alternativas de tratamiento, recursos sociosanitarios y comunitarios, como asociaciones que traten el problema.
- **Acción.** Se implica y lleva a cabo el plan de tratamiento que le llevará al cambio.
- **Mantenimiento.** Mantenimiento del cambio y prevención de recaídas. Uso de estrategias de afrontamiento, habilidades sociales.
- **Recaída.** Si se produce es importante minimizar el sentimiento de culpa para evitar bloqueos. Vivir la recaída como una fase más dentro del proceso de cambio. Apoyo emocional. Potenciar de nuevo la determinación para el cambio.

Ciclos de cambio



Teniendo en consideración estas fases del cambio, los planes de cuidados de enfermería tendrán que ir dirigidos a los objetivos específicos a lograr en cada momento, de tal forma que se avance hacia el abandono del hábito.

A continuación se presentan planes de cuidados de los diagnósticos prevalentes en los pacientes con problemas por consumo de alcohol, basados en la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Planes sugeridos en personas con problemas de consumo de alcohol**DIAGNÓSTICO: Conocimientos deficientes (00126).**

Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.

Resultados NOC

- Conocimiento: Estilo de vida saludable (1855).
- Conocimiento: Control del consumo de sustancias (1812)

Intervenciones NIC

- Educación para la salud (5510).
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas (4510)

ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente a comprender el trastorno como una enfermedad relacionada con varios factores (p. ej., circunstancias genéticas, psicológicas y situacionales).
- Instruir a los pacientes sobre los efectos de la sustancia consumida (p. ej., físicos, psicológicos y sociales).
- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria.

ETAPA DEL CAMBIO: PRECONTEMPLACIÓN**DIAGNÓSTICO: Tendencia a adoptar situaciones de riesgo para la salud (00188).**

Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida y/o las acciones de manera que mejoren el nivel de bienestar.

Resultados NOC

- Creencias sobre la salud: percepción de control (1702)
- Equilibrio en el estilo de vida (2013)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)

Intervenciones NIC

- Apoyo emocional (5270)
- Asesoramiento (5240)

ACTIVIDADES

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- Escuchar expresiones de sentimientos y creencias
- Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento.
- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

ETAPA DEL CAMBIO: PRECONTEMPLACIÓN / CONTEMPLACIÓN**DIAGNÓSTICO: Riesgo de síndrome de abstinencia agudo (00259).**

Susceptible de tener secuelas importantes y multifactoriales que ocurren como consecuencia del cese abrupto de consumo de un compuesto adictivo, que puede comprometer la salud

Resultados NOC

Control del riesgo (1902)

Intervenciones NIC

Identificación de riesgos (6610)

ACTIVIDADES

- Alertar sobre el cese súbito de consumo de alcohol.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.

ETAPA DEL CAMBIO: PRECONTEMPLACIÓN/CONTEMPLACIÓN/DETERMINACIÓN

DIAGNÓSTICO: Procesos familiares disfuncionales (00063)

Susceptible de tener secuelas importantes y multifactoriales que ocurren como consecuencia del cese abrupto de consumo de un compuesto adictivo, que puede comprometer la salud.

Resultados NOC

Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)
Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)

Intervenciones NIC

Mantenimiento de procesos familiares (7130)
Fomentar la implicación familiar (7110)

ACTIVIDADES

- Informar sobre los mecanismos de apoyo sociales existentes para la familia.
- Ayudar a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.
- Determinar la alteración de los procesos familiares típicos.
- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
- Identificar junto con los miembros de la familia las dificultades de afrontamiento del paciente.

ETAPA DEL CAMBIO: PRECONTEMPLACIÓN/CONTEMPLACIÓN/RECAÍDA

DIAGNÓSTICO: Conflicto de decisiones: ambivalencia (00083).

Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre las acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias.

Resultados NOC

Toma de decisiones (0906)

Intervenciones NIC

Apoyo en la toma de decisiones (5250)

ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.

ETAPA DEL CAMBIO: CONTEMPLACIÓN

DIAGNÓSTICO: Autogestión ineficaz de la salud (00276).

Gestión insatisfactoria de los síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, psíquicas y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica.

Resultados NOC

- Conocimiento: Control del consumo de sustancias (1812).
- Detección del riesgo (1908)

Intervenciones NIC

- Prevención del consumo de sustancias nocivas (4500).
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas (4510).

ACTIVIDADES

- Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones.
- Fomentar una relación de confianza a la vez que se establecen límites claros (es decir, aportar pruebas sutiles pero firmes de la disfunción, mantener la atención en el consumo de sustancias o dependencia, e inspirar esperanza).
- Ayudar al paciente a comprender el trastorno como una enfermedad relacionada con varios factores (p. ej., circunstancias genéticas, psicológicas y situacionales).
- Comentar la importancia de abstenerse del consumo de sustancias, identificando objetivo del tratamiento más adecuado (p. ej., abstinencia total, sobriedad día a día, o consumo moderado de la sustancia).

ETAPA DEL CAMBIO: CONTEMPLACIÓN/DETERMINACIÓN/ACCIÓN**DIAGNÓSTICO:** Disposición para mejorar el afrontamiento (00158).

Patrón de valoración válida de los factores estresantes con esfuerzos cognitivos y/o conductuales para gestionar las demandas relacionadas con el bienestar, que puede ser reforzado.

Resultados NOC

- Afrontamiento de problemas (1302)
- Soporte social (1504)

Intervenciones NIC

- Mejorar el afrontamiento (5230)
- Potenciación de roles (5370)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Fomentar la implicación familiar (7110)

ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia.
- Ayudar al paciente a identificar la insuficiencia de roles.
- Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.
- Crear una cultura de flexibilidad para la familia.
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
- Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas de este.

ETAPA DEL CAMBIO: DETERMINACIÓN/ACCIÓN

DIAGNÓSTICO: Disposición para mejorar el autocuidado (00182).

Patrón de realización de actividades por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud, que puede ser reforzado.

Resultados NOC

- Conducta de abandono de consumo de alcohol
- Conducta de cumplimiento: medicación prescrita (1623)

Intervenciones NIC

- Ayuda en la modificación de sí mismo (4470)
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol (4512)
- Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)
- Administración de medicación (2300)

ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente a identificar los efectos de las conductas diana sobre sus entornos social y ambiental.
- Ayudar al paciente a identificar las etapas del cambio: precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y terminación.
- Monitorizar los signos vitales durante el proceso de desintoxicación ambulatoria.
- Observar si hay consumo de alcohol encubierto durante la desintoxicación.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente/familia, según se precise.
- Tranquilizar al paciente alegando que es común que la depresión y la fatiga se produzcan durante la retirada del alcohol.
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según corresponda.
- Notificar al paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.

ETAPA DEL CAMBIO: DETERMINACIÓN/ACCIÓN/MANTENIMIENTO**DIAGNÓSTICO:** Disposición para mejorar la autogestión de la salud (00293).

Patrón de gestión satisfactoria de los síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, psíquicas y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica, que puede ser reforzado.

Resultados NOC

- Conocimiento: régimen terapéutico (1813)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)

Intervenciones NIC

- Educación para la salud (5510)
- Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602)
- Enseñanza: grupo (5604)

ACTIVIDADES

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.
- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria.
- Formular los objetivos del programa de Educación para la salud.
- Controlar el tamaño y las competencias del grupo, según corresponda.
- Revisar las estrategias de enseñanza/actividades de aprendizaje, para aumentar el aprendizaje, si fuera necesario.

ETAPA DEL CAMBIO: DETERMINACIÓN/ACCIÓN/MANTENIMIENTO

DIAGNÓSTICO: Control de impulsos ineficaz (00222).

Patrón de reacciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás.

Resultados NOC

- Autocontrol de los impulsos (1405)

Intervenciones NIC

- Entrenamiento para controlar los impulsos (4370).
- Mejorar el afrontamiento (5230).
- Prevención del consumo de sustancias nocivas (4500)

ACTIVIDADES

- Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente.
- Elaborar un plan de acción para la resolución de problemas en el contexto de situaciones que sean significativas para el paciente.
- Proporcionar un refuerzo positivo (alabanzas, recompensas) de los resultados satisfactorios.
- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Facilitar la coordinación de esfuerzos entre los diversos grupos comunitarios relacionados con el consumo de sustancias.

ETAPA DEL CAMBIO: ACCIÓN/MANTENIMIENTO**DIAGNÓSTICO: Baja autoestima crónica (00119).**

Percepción negativa de larga duración sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo.

Resultados NOC

- Autoestima (1205)
- Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)
- Resiliencia personal (1309)

Intervenciones NIC

- Potenciación de la autoestima (5400)
- Mejorar el afrontamiento (5230)
- Fomentar la resiliencia (8340)

ACTIVIDADES

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.
- Determinar el locus de control del paciente.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
- Facilitar la cohesión familiar.
- Fomentar el apoyo familiar.

ETAPA DEL CAMBIO: TODAS

DIAGNÓSTICO

- **AFRONTAMIENTO INEFICAZ (00069):** Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar.
- **DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL (00052):** Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.
- **DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RESILIENCIA (00212):** Patrón de capacidad para recuperarse de una situación percibida como adversa o cambiante, a través de un proceso dinámico de adaptación, que puede ser reforzado.
- **CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126):** Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.

Resultados NOC

- Autocontrol de los impulsos (1405).
- Autoestima (1205).
- Afrontamiento de problemas (1302).
- Habilidades de interacción social (1502).
- Equilibrio emocional (1204).
- Conocimiento: control del consumo de sustancias (1812).
- Conocimiento: estilo de vida saludable (1855).
- Conocimiento: manejo del estrés (1862)
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
- Motivación (1209)

Intervenciones NIC

TERAPIA DE GRUPO (5450)

ACTIVIDADES

- Determinar el propósito del grupo (p. ej., mantenimiento de pruebas de la realidad, facilitar la comunicación, examen de las habilidades personales y apoyo) y la naturaleza del proceso grupal.
- Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.
- Crear reglas y pautas específicas para el grupo (p. ej., confidencialidad, comunicación y comportamiento respetuoso, asistencia, socialización de los miembros fuera del grupo, participación) para asegurar que todos los miembros cumplan con las normas.
- Proporcionar una sesión de orientación individualizada para cada nuevo miembro del grupo antes de la primera sesión grupal.
- Proporcionar un manual que incluya las reglas y pautas grupales para todos los miembros.
- Valorar la posibilidad de admitir nuevos miembros en cualquier momento.
- Disponer las sillas en círculo, cerca unas de otras.
- Ayudar al grupo a establecer normas terapéuticas.
- Confrontar las conductas que amenacen la cohesión del grupo (tardanza, ausencias, socialización disruptiva, formación de subgrupos y chivos expiatorios).
- Ayudar a los miembros a proporcionar retroalimentación mutua de forma que puedan desarrollar la conciencia de sus propias conductas.
- Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/respuestas deseadas.
- Ayudar al grupo a trabajar en la resistencia a los cambios.
- Utilizar la técnica de «activación de aquí y ahora» para trasladar el foco de lo genérico a lo personal, de lo abstracto a lo concreto.

ETAPA DEL CAMBIO: ACCIÓN/MANTENIMIENTO

5. BIBLIOGRAFÍA

- Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNN-Consult. Elsevier; 2015 [acceso 26 Octubre 2022]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
- Higuera, M. C. P., Biddle, D. S., Arenal, A., Trigueros, L. Á., Blanch, C. G., Lera, M. E., & Arozamena, M. S. (2008). Tratamiento del alcoholismo en las consultas de Salud Mental. *Norte de Salud Mental*, 7(31), 11-19.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona. Editorial Paidós Ibérica.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar*. 3ª edición. Barcelona. Espasa Libros.
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Comisión Consultiva de Enfermería (2022). *Manual de Procedimientos de Enfermería de salud mental*. 2ª edición. Madrid.
- Pastor, F. P. (2015). Alcoholismo y ayuda mutua. De la necesidad a la evidencia. *Adicciones*, 27(4), 243-245.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross. J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rodríguez Seoane, E., & Plaza Andrés, A. (2018). *Manual de enfermería en adicciones a sustancias y patología dual*. Ediciones Díaz de Santos.

22

PROGRAMA PSICOSIS-DROGAS- CAD DE VILLAVERDE-12 DE OCTUBRE

Francisco Arias, Gerardo Pacheco, Pilar Notario, Beatriz Mesías,
Gabriel Rubio

Colaboraciones: Mayte Pérez (ExConsejera Técnica Instituto de Adicciones), Lola Escarpa (ExTécnico Unidad Técnica de Formación e Investigación Instituto de Adicciones), Tomás Migallón (ExAuxiliar Administrativo Instituto de Adicciones).

1. INTRODUCCIÓN

En el 2016 se estableció un proceso de coordinación entre el servicio de psiquiatría del Hospital Doce de Octubre y el Centro de Atención al Drogodependiente (CAD) de Villaverde para la atención a pacientes con un trastorno por uso de sustancias y un trastorno psicótico.

La presencia de síntomas psicóticos entre personas consumidoras es frecuente, especialmente entre consumidores de sustancias como el cannabis y la cocaína. Estos síntomas pueden manifestarse como consecuencia de la propia intoxicación o de la abstinencia o persistir más allá de la intoxicación y entonces nos encontramos con los cuadros psicóticos inducidos o la posible precipitación de una esquizofrenia por drogas como el cannabis. Estos cuadros requieren un adecuado diagnóstico, valorar la intervención más adecuada y el lugar asistencial donde realizarlo. Se trata de evitar que las dos redes asistenciales, de salud mental y de adicciones, dupliquen los recursos para tratar al mismo enfermo.

Para poder abordar de manera eficaz estas situaciones se necesita que exista una adecuada y rápida coordinación que nos asegure el diagnóstico diferencial, así como el correcto abordaje terapéutico.

Durante los últimos años el CAD de Villaverde y los equipos de Salud Mental del área del hospital universitario doce de octubre se han coordinado para el manejo ambulatorio de pacientes con otros trastornos mentales y dependencia del alcohol. De hecho, en el programa de alcohol del Hospital doce de octubre están integrados los profesionales de ambos dispositivos. La colaboración de los profesionales en el ámbito del tratamiento de la dependencia por el alcohol consideramos que es un ejemplo de integración funcional en el abordaje de esa patología. Las ventajas y la eficiencia de este tipo de colaboración han motivado a desarrollar este protocolo en pacientes que presentan síntomas psicóticos en el contexto del consumo de sustancias.

Objetivos

- Desarrollar e implantar un protocolo de cribaje y diagnóstico de pacientes que presentan síntomas psicóticos en el contexto del consumo de sustancias que acuden a los dispositivos asistenciales de la red de atención al drogodependiente del Ayuntamiento de Madrid (CAD de Villaverde) o del Área de Gestión Clínica y Salud Mental del hospital universitario doce de octubre.
- Disponer de una guía de tratamiento para los pacientes con síntomas psicóticos y consumo de sustancias que asegure la eficacia de las intervenciones y adherencia terapéutica de los pacientes.

2. PROCESO DE COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS) Y PSICOSIS

El proceso permite que los usuarios de nuestros centros (CAD y Hospital Doce de Octubre) con un diagnóstico de TUS y una posible psicosis sean atendidos por las diferentes instancias del sistema de forma coordinada, hasta obtener un diagnóstico, un tratamiento y un seguimiento adaptado a sus necesidades y a sus circunstancias.

Dicho proceso consta de tres subprocesos: A1. Cribar (o realizar diagnóstico de sospecha), A2. Diagnosticar y estabilizar y A3: Tratar (o realizar el itinerario terapéutico).

A1. Cribar (Realizar diagnóstico de sospecha):

Este proceso consiste en la detección de la presencia de psicosis-TUS en los usuarios del CAD o del servicio de Urgencias del Doce de Octubre. Su finalidad es orientar el diagnóstico y el seguimiento posterior de dichos pacientes.

A1.A Subproceso Cribar (Realizar diagnóstico de sospecha en el CAD)

El objetivo principal es coordinar los casos con el Hospital Doce de Octubre ante el diagnóstico de sospecha de psicosis aguda en pacientes con TUS.

El diagnóstico de cuadro psicótico agudo será realizado por el médico y/o psicólogo del CAD siguiendo los siguientes criterios clínicos:

- Delirios: referenciales, persecutorios, grandeza, celotípico, erotomaniacos, nihilistas y somáticos
- Alucinaciones: auditivas, visuales, táctiles, olfativas
- Pensamiento y/o discurso desorganizado
- Comportamiento motor desorganizado o anómalo
- Síntomas negativos: abulia, anhedonia, asocialidad, alopecia, expresión emotiva disminuida

Se considera que el paciente cumple criterios de sospecha de psicosis aguda si la duración del trastorno (de los 3 primeros síntomas) es de al menos 1 día y ha presentado durante un mes síntomas negativos.

Si el paciente cumple los criterios clínicos se incluye en el protocolo de coordinación con Salud Mental. Llegados a este punto pueden presentarse dos situaciones:

- **Paciente que cumple criterios de atención urgente:** Si el paciente tiene agitación, heteroagresividad, alucinaciones, delirios, ideación autolítica, deberá ser evaluado por servicio de psiquiatría de urgencias en el hospital mediante llamada al psiquiatra de guardia para comunicar el caso. Se deriva utilizando el documento de derivación que está incluido en el proceso.
- **Paciente que no cumple criterios de atención urgente:** En este caso se instaura tratamiento farmacológico en el CAD.
 - ◇ Se valora si existe conciencia de problema y si el paciente está motivado para acudir a tratamiento:
 - En caso afirmativo: derivación directa a la consulta de psicosis mediante el documento de derivación. Se solicitará cita telefónica o por correo electrónico.
 - En caso negativo: en el CAD se establece una aproximación diagnóstica y se interviene con el objeto de aumentar la conciencia de problema y la motivación para iniciar un tratamiento coordinado con Salud Mental. Mientras tanto se mantiene el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
 - ◇ Se aplican los siguientes Criterios diagnósticos
- Cumplir criterios DSM5 de algún trastorno del capítulo de Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y del capítulo Trastornos relacionados con sustancias.

A1.B Subproceso. Cribado en urgencias del Hospital Doce de Octubre.

Los pacientes pueden venir derivados desde:

- Centro de drogas, recursos de salud mental, por propia iniciativa, por familiares, traídos por policía o ambulancia.

¿Qué se hace?

- Evaluación clínica: evaluar presencia de clínica psicótica. Diferenciar primer episodio o recaída. Evaluar si son síntomas psicóticos por intoxicación o abstinencia, psicosis inducida o psicosis esquizofrénica. Descartar causas orgánicas. Valorar posible clínica de intoxicación o abstinencia de drogas.

Posibilidades al alta:

- Derivación a CSM (Centro Salud Mental) si existe buen soporte socio-familiar, clínica leve, posibilidad de buena adherencia al tratamiento, con síntomas psicóticos durante la intoxicación o abstinencia.
- Derivación a CAD: presencia de dependencia de alcohol y otras drogas.
- Ingreso en Unidad de Hospitalización Breve del hospital (UHB): cuadro de difícil manejo ambulatorio, primer episodio psicótico, mala adherencia, poco soporte socio-familiar, necesidad de estudio orgánico.
- Derivación a UICE (Unidad de Interconsulta, programa de alcohol): presencia de dependencia de alcohol o benzodiacepinas o cualquier cuadro psicótico en presencia de TUS que no esté en tratamiento en otro recurso o no esté bien controlado, que se considere adecuado un manejo conjunto del cuadro psicótico y adictivo.

Los criterios para determinar si el paciente precisa continuar intervención hospitalaria tras el alta de urgencias son los siguientes:

- Pacientes que son derivados a urgencias por primera vez, continúa en el hospital el itinerario terapéutico.
- Los pacientes derivados a urgencias, pero con historia y seguimiento en CAD o CSM, una vez estabilizados en urgencias se derivaran a su centro de referencia, desde donde valoraran su seguimiento coordinado con la Consulta ambulatoria de la UICE.

A2.Subproceso Diagnosticar y Estabilizar

El objetivo es establecer el diagnóstico de confirmación, la orientación terapéutica y la estabilización del cuadro clínico. Para ello se cuenta con los siguientes recursos: Servicio psiquiatría hospital. Consulta UICE (Programa de alcohol).

Comunicación y coordinación entre recursos:

Por teléfono y email.

Red de seguimiento según tipología:

- Trastorno adictivo de difícil manejo clínico + Trastorno mental leve. RED ADICCIONES
- Trastorno mental de alto nivel de complejidad o grave (TMG) + Trastorno adictivo no complicado. RED SALUD MENTAL
- Trastorno mental de alto nivel de complejidad o grave (TMG) + Trastorno adictivo de difícil manejo clínico. AMBAS REDES, PROGRAMA ESPECÍFICO
- Trastorno adictivo no complicado +Trastorno mental leve. RED ADICCIONES O RED ATENCIÓN PRIMARIA

		Otro Trastorno Mental	
		EEAG>50	EEAG<50
Trastorno Adictivo	EEAG<60	TIPOLOGÍA A: Trastorno Adictivo de difícil manejo con otro Trastorno Mental leve (adicción grave con leve psicopatología) ADICCIONES	TIPOLOGÍA C: Trastorno Mental de alto nivel de complejidad o Trastorno Mental Grave (TMG) junto a Trastorno Adictivo de difícil manejo clínico AMBAS REDES/PROGRAMA ESPECÍFICO
		TIPOLOGÍA D: Trastorno Adictivo no complicado junto a otro Trastorno Mental leve ADICCIONES o ATENCIÓN PRIMARIA	TIPOLOGÍA B: Trastorno Mental de alto nivel de complejidad o Trastorno Mental Grave (TMG) junto a Trastorno Adictivo no complicado. RED DE SALUD MENTAL
	EEAG>60		

La tipología incluida en este proceso de intervención conjunta es prioritariamente la de tipo C.

Las otras podrán incluirse solo de manera excepcional y serán seguidas exclusivamente por una de las dos redes.

El seguimiento también dependerá de la accesibilidad del paciente a cada recurso y de las características del recurso (que tenga mejores condiciones y estructuras para la asistencia a un paciente concreto). En ciertos casos podrían considerarse la elección del paciente, puede haber

negativa de acudir al CAD o al CSM por experiencias previas, siempre que el profesional lo considere adecuado y con un límite en cuanto al número de cambios. También dependerá de la adherencia del paciente al recurso, si existe buena adherencia al CAD para el programa de metadona podría utilizarse esa adherencia para la administración de antipsicóticos inyectables de larga duración.

Así, los pacientes de las tipologías A y D serán tratados en el CAD; los de la tipología B en el Centro de Salud Mental.

A3. Subproceso Tratar

Los pacientes incluidos en el protocolo de coordinación serán tratados en los recursos asistenciales y de rehabilitación más adecuados para ellos de forma coordinada entre la red de adicciones y de salud mental.

Equipo Terapéutico Integrado (ETI):

Está constituido por especialistas de ambas redes y diseña conjuntamente objetivos e intervenciones a seguir dentro de un modelo de tratamiento paralelo coordinado que incluye la elaboración del Plan de Tratamiento Integral (PTI), sesiones clínicas y revisiones del caso.

Los objetivos de Equipo Terapéutico Integrado:

- Realizar Diagnóstico de los pacientes derivados.
- Asignación de red preferente, junto con facultativo responsable (Médico Psiquiatra, Médico de Adicciones, Psicólogos) y profesional de contacto en ambas redes.
- Establecimiento de interconsulta, contactos y coordinación asistencial entre ambos centros.
- Elaboración consensuada de ambas redes del Plan Terapéutico, que será reevaluado.

Coordinación para el seguimiento de casos

Reunión cada 1,5 -2 meses de profesionales del CAD y de Salud Mental. Se podrán realizar seguimientos puntuales entre los profesionales que atienden directamente a los pacientes, para lo cual se utilizará el correo electrónico o vía telefónica.

Coordinación con hospital: Se realizarán con una frecuencia de 3 meses en la interconsulta del hospital o en el CAD y participarán profesionales de los dos dispositivos.

Pacientes que requieren ingreso hospitalario:

Los que presenten dificultades para el manejo ambulatorio, serán derivados a los recursos más adecuados a sus circunstancias:

→ Criterios de derivación al Hospital Doce de Octubre.

Existe descompensación del cuadro psicótico: Primer episodio psicótico o reagudización de su cuadro psicótico, riesgo para sí mismo o para los demás, escasa contención socio-familiar: UHB (Unidad de Hospitalización Breve)

Desintoxicación de alcohol o sedantes en pacientes con patología dual o dificultad de desintoxicación Ambulatoria en Medicina Interna del hospital.

En caso de fallos en ingresos previos, mal apoyo socio-familiar, retraso en lista de espera de ingresos se solicitará ingreso en la Unidad de Desintoxicación de Alcohol de Hospital Rodríguez Lafora (alcohol exclusivamente).

→ **Criterios de derivación a la Red de Adicciones:**

UHPD. (Recursos Hospitalarios Residenciales Patología Dual, Clínica Nuestra Señora de La Paz)- **Para desintoxicación y estabilización en una unidad de subagudos de heroína, cannabis, cocaína, alcohol y otras sustancias**

UHPD. (Recursos Hospitalarios Residenciales Patología Dual, Clínica Nuestra Señora de La Paz).- **Desintoxicación de alcohol**

A continuación pasamos a describir el itinerario terapéutico de cada uno de estos recursos:

Unidad de Hospitalización Breve

Criterios de ingreso:

- Existe descompensación del cuadro psicótico: Primer episodio psicótico o reagudización de su cuadro psicótico, riesgo para sí mismo o para los demás, incumplimiento de tratamiento con empeoramiento de la clínica, necesidad de estudios clínicos o exploraciones complementarias difíciles de realizar ambulatoriamente, escasa contención socio-familiar.
- Desintoxicación de alcohol o sedantes en pacientes con comorbilidad psiquiátrica o dificultad de desintoxicación en Medicina Interna: Si existen criterios para ingreso para desintoxicación de alcohol por riesgo médico, riesgo de cuadros de abstinencia complicados, se ingresará en Medicina Interna en el Hospital Doce de Octubre. Si existen complicaciones psiquiátricas que dificulte el manejo en Medicina Interna se realizaría en UHB de Psiquiatría. En caso de fallos en ingresos previos, mal apoyo socio-familiar, retraso en lista de espera de ingresos se solicitará ingreso en la Unidad de Desintoxicación del Alcohol del Hospital Rodríguez Lafora. Para desintoxicación de benzodiacepinas se podrá recurrir al ingreso en Medicina Interna o en psiquiatría. Para desintoxicación de heroína, cannabis, cocaína se realizará en los recursos de la red de drogas.

Derivación al alta:

- UTH: primeros episodios psicóticos, trastornos mentales graves que requieran supervisión más estrecha.
- CSM: psicóticos que ya estuvieran previamente en seguimiento en CSM o pacientes con psicosis que no requieran la supervisión estrecha de la UTH.
- CAD: aunque sean derivados a los recursos citados previamente si existe dependencia de opiáceos, cocaína o cannabis.
- UICE (Programa de alcohol): si se considera que puede beneficiarse de los recursos del programa de la UICE y del manejo conjunto del trastorno psicótico y adictivo.

Unidad Hospitalaria de Patología Dual

Cuando el paciente ingresa en la Unidad Hospitalaria de Patología Dual el equipo multidisciplinar se encargará de:

- Hacer una evaluación pormenorizada del enfermo mental en el área psiquiátrica, somática y social.
- Tratar los síntomas de la intoxicación así como los cuadros abstinenciales.
- Evaluar detenidamente las adicciones del paciente y realizar un plan terapéutico
- Limitar las manifestaciones psicopatológicas de la enfermedad mental contemplando la intervención psicofarmacológica, psicoterapéutica y social.
- Desarrollar estrategias para lograr la deshabitación del paciente.
- Desarrollar los medios necesarios para limitar los factores de vulnerabilidad del enfermo psiquiátrico en el ámbito psiquiátrico, psicológico y social.
- Trabajar con la familia tanto en aspectos psicoeducativos como terapéuticos, si fuese tal intervención pertinente, siempre en coordinación con su CAD de referencia.
- Favorecer la adquisición de hábitos higiénicos y de autocuidado
- Desarrollar alternativas saludables de ocupación del tiempo libre.
- Potenciar al máximo aspectos psicoeducativos tanto de su adicción como de su patología psiquiátrica.
- Lograr una óptima adherencia al tratamiento.
- Mejorar la autoestima y el autocontrol.
- Adquirir las capacidades que permitan una relación adecuada con los demás.
- Mejorar las capacidades de afrontamiento.
- Capacitar para la resolución de problemas.

Se establece un periodo máximo de estancia en las plazas residenciales de patología dual así como en las plazas de Hospital de día de tres meses.

No obstante lo anterior se ajustarán los periodos de estancia a las necesidades del paciente, pudiendo fluctuar el periodo de permanencia en función de los objetivos propuestos y de las características individuales de cada caso.

Criterios ingreso

Plazas residenciales de patología dual

Pacientes drogodependientes en tratamiento ambulatorio en la red municipal, incluidos en los diferentes programas de tratamiento que presentan psicopatología asociada a la conducta adictiva o un agravamiento de la sintomatología relacionada con dicha conducta adictiva que no permite evolucionar de forma positiva en tratamiento ambulatorio, requiriendo en ambos casos una estabilización previa de su psicopatología . Se incluirán aquellos pacientes que requieran una evaluación o seguimiento en relación con su patología psiquiátrica, tanto si existe previamente un diagnóstico, como en los casos en los que circunstancialmente no haya podido aún establecerse.

Plazas de la Unidad Hospitalaria de Día de Patología Dual.

Aquellos en los que se den, junto con su patología dual, una o varias de las siguientes características:

- Escasa capacidad de cooperación en el tratamiento ambulatorio.
- Necesidad de separación de situaciones socio-ambientales adversas.
- Evitación de conductas de riesgo asociadas al consumo.

- Pacientes con historia de no-adherencia a los planes de desintoxicación realizados en dispositivos menos estructurados.

Los pacientes serán remitidos al Hospital de día, tras haber permanecido ingresados en régimen residencial, salvo aquellos casos en los que previa valoración por el equipo del centro de patología dual indiquen ingreso en la misma directamente.

Criterios de exclusión

1. La existencia de patologías orgánicas asociadas graves que requieran una atención sanitaria continuada que no pueda ser brindada en este servicio.
2. La existencia de enfermedades infectocontagiosas en fase activa (hepatitis, tuberculosis, cutáneas, etc.), que requieran una atención sanitaria continuada que no pueda ser brindada en este servicio o que supongan un riesgo incontrolable, en las condiciones en las que se prestará el servicio, para el resto de convivientes o profesionales del centro
3. No padecer psicopatología que por su extrema gravedad precise otro tipo de recurso asistencial hospitalario.
4. No tener familiares en tratamiento de forma simultánea en el dispositivo.
5. Negativa por parte del paciente para realizar el tratamiento en este servicio.

Derivación al alta

Después del ingreso en la Unidad Residencial de Patología dual y según valoración de los profesionales de la misma los pacientes son derivados bien a la Unidad Hospitalaria de día o directamente al Centro de Referencia.

Los pacientes que acuden a la Unidad de Día y según criterio de la Unidad Residencial pueden ser derivados paralelamente a Pisos de Apoyo al Tratamiento para optimizar su seguimiento.

Terminado todo el proceso en la Unidad de Patología Dual los pacientes son remitidos al Centro de Referencia.

Cuando en la Unidad Hospitalaria se diagnostica por primera vez una patología psiquiátrica y el paciente no tiene historia de tratamiento en Salud Mental, dicha unidad se coordina con los Servicios de Salud Mental del Distrito.

Pacientes con los que es posible el seguimiento ambulatorio:

Consulta de UICE

¿Qué hace?

- Filiar tipo cuadro psicótico.
- Valoración de recurso para seguimiento y necesidad otros recursos de rehabilitación.
- Valorar necesidad de exploraciones complementarias: TAC, neuropsicología, analítica.
- Instauración de tratamiento farmacológico para la adicción y la psicosis.
- Seguimiento del paciente, (equipo terapéutico integrado), para aquellos pacientes que por su cuadro psicótico y adictivo se considera que se pueden beneficiar de los recursos disponibles en el programa de alcohol del hospital.

¿Cómo lo hace?

- Evaluación en consulta de UICE y ETI

¿Con quién se coordina?

- Otras unidades 12 Octubre: UTH, UHB, CSM, Urgencias.
- Recurso instituto adicciones: CAD Villaverde.
- Recursos de rehabilitación social de Salud Mental y del Instituto de Adicciones.

Unidad Transición Hospitalaria (Hospital de Día del Doce de Octubre)

Derivación:

- Desde UHB (tras alta).
- Desde UICE (desintoxicación ambulatoria de alcohol, pacientes adictos de alcohol con escasa conciencia de enfermedad para inicio de terapia grupal, primeros episodios psicóticos, pacientes con psicosis grave que requiere un seguimiento más estrecho).

¿Qué se hace?

- Desintoxicación ambulatoria de alcohol y sedantes.
- Terapia grupal de adictos y trastorno mental grave (incluye psicóticos adictos).
- Evaluación y tratamiento de primeros episodios psicóticos o psicóticos adictos que requieran una supervisión más estrecha.

Al alta:

- CSM (pacientes previamente en seguimiento en CSM, pacientes psicóticos donde el trastorno adictivo no sea de difícil manejo).
- UICE (psicóticos con trastorno adictivo de mayor dificultad de manejo).

Criterios de alta hospitalaria del tratamiento ambulatorio:

Derivación a CSM:

Para pacientes estables durante al menos 6 meses del cuadro psicótico y adictivo: abstinencia o reducción mantenida del consumo de drogas, estabilidad en clínica psicótica (síntomas positivos o negativos sin cambios en los últimos 6 meses y ausencia de conductas disruptivas) y buena adherencia al tratamiento

Centro de salud mental

¿Qué se hace?

- Seguimiento de pacientes psicóticos adictos a cualquier sustancia, en coordinación con CAD si estuviera en tratamiento allí por su adicción.
- Puede integrarse en programa específico de TMG (pacientes graves y de difícil manejo sin criterios de ingreso) o realizar seguimiento por psiquiatra asignado.

- Papel de enfermería en CSM: administración de antipsicóticos depot, seguimiento de analítica, controles de clozapina. control telefónico, control uso de benzodiacepinas, cumplimiento de medicación oral, control de abstinencia de benzodiacepinas y alcohol.
- Derivación a recursos de rehabilitación si cumplen criterios.

Derivación a CAD:

Predominio de drogas ilegales y estabilidad en el consumo o abstinencia. Adecuado control o remisión de la clínica psicótica, no siendo ésta más relevante que el manejo del cuadro adictivo.

¿Qué se hace?

- Valoración interdisciplinar.
- Tratamiento integral, además de abordar el propio consumo contempla aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y ocupacionales.
- Intervenciones de reducción del daño y riesgos dirigidas a disminuir los efectos del consumo de drogas y conseguir mejoras en la salud cuando no se consigue la abstinencia.
- Intervención con las familias, tanto con las que acompañan a la persona directamente afectada, como con aquellas otras que solicitan ayuda sin que el consumidor haya decidido ponerse en tratamiento.
- Tratamientos farmacológicos, incluyendo la utilización de tratamientos con agonistas opiáceos como la metadona y desintoxicación farmacológica.
- Derivación temporal a recursos externos de apoyo al tratamiento y la reinserción social que complementan y apoyan el trabajo realizado desde los CAD.

Criterios de alta terapéutica en CAD

- Abstinencia/Reducción (Vector Consumo)
- El 80% de los controles de la droga problema realizados en el último año han sido negativos.
- En el último año no se han producido recaídas o no hay constancia de que actualmente esté en situación de recaída.
- En el último año ha reducido el consumo (cantidad y/o frecuencia) de la/as drogas por las que solicita tratamiento (Sólo en los casos que la demanda del paciente sea reducción del consumo)

Si el paciente no cumple ningún criterio del apartado anterior, no se valoraría Alta Terapéutica ya que es condición necesaria que cumpla al menos uno.

Si cumple al menos uno, valorar los siguientes criterios:

- Adherencia al tratamiento
- Asiste en el último año al menos al 80% de las intervenciones programadas y /o cumple, en el último año, con las pautas de tratamiento farmacológico de la adicción.
- Estabilización de síntomas
- Mejora o desaparición de síntomas de ansiedad y/o impulsividad y/o alteraciones del estado de ánimo.
- Integración socio/familiar

- En el último año ha conseguido y/o mantenido relaciones familiares y/o relaciones sociales saludables.
- Organización proactiva del tiempo libre (tanto formativo laboral como tiempo libre) y disfrute de un ocio saludable
- Que en el último año haya realizado algún curso completo o haya buscado trabajo, o haya mantenido o conseguido trabajo o mantenga o se haya incorporado a alguna actividad de ocio saludable fuera del centro.

Recursos rehabilitación red Salud Mental Comunidad Madrid

Derivación a recursos rehabilitadores (según los criterios propios de cada recurso y a través del Trabajador Social del CSM correspondiente que gestionará los trámites tras la indicación por parte del clínico previa solicitud de los informes correspondientes de los clínicos que traten al paciente. Se intentará que el consumo de drogas no sea un obstáculo).

Tipos de recursos:

- **Equipo de apoyo socio-comunitario:** Atención psicosocial en el domicilio y entorno próximo de la persona para personas con especiales necesidades de apoyo social para mantenerse de forma autónoma en su entorno.
- **Centro de Rehabilitación Psicosocial:** Recuperación de autonomía personal y social en pacientes con trastorno psicótico y adicción controlada.
- **Centro de Rehabilitación Laboral:** pacientes con enfermedad mental en inactividad laboral, que se consideren capacitados para desarrollar una actividad ocupacional.
- **Centro de Día:** Pacientes con psicosis con mayores dificultades de funcionamiento para mejorar su funcionamiento psicosocial y procurar mayor autonomía posible.
- **Unidad de Media Estancia** (Benito Menni o San Juan de Dios): pacientes con evolución complicada, con frecuentes reingresos psiquiátricos, escaso apoyo socio-familiar, mala adherencia terapéutica.
- **Unidad de larga estancia** (Benito Menni o San Juan de Dios): pacientes muy graves, con gran dificultad para el manejo ambulatorio.
- **Mini residencia:** pacientes que requieran alternativa residencial para el adecuado control de su trastorno psicótico.
- **Pisos supervisados:** Alternativa de alojamiento para pacientes con psicosis con dificultad para vivir de forma autónoma donde se ofrece apoyo y supervisión.

Recursos deshabituación red de Adicciones

Encaminados a orientar todos los procesos de intervención que se realicen, ya sean de carácter preventivo o se refieran al continuo “asistencia-reinserción”, hacia el objetivo último de conseguir el mayor grado posible de integración social, seleccionando siempre que sea posible, la utilización de los recursos normalizados existentes y potenciando el mantenimiento o la recuperación de los vínculos familiares y sociales, para ello cuenta con los siguientes programas:

- **Pisos de Apoyo al tratamiento:** son pisos u otros dispositivos para drogodependientes mayores de edad que están en tratamiento en los CADs o CCADs en sus primeras fases del proceso rehabilitador, Estabilización del paciente Estabilización del paciente:

Objetivos terapéuticos

- ◊ Adhesión al tratamiento
- ◊ Apoyo a la desintoxicación

- ◊ Refuerzo de la capacidad de autocontrol
- ◊ Recuperación de adecuados hábitos de convivencia
- ◊ Asunción de responsabilidades de la vida diaria
- ◊ Conocimiento de los recursos existentes(deportivos, culturales, sociales, sanitarios, etc.) necesarios para el paciente y utilización adecuada de los mismos
- **Pisos de apoyo a la reinserción:** Son dispositivos que garantizan un espacio convivencial y socioeducativo con la finalidad de favorecer el logro de una vida independiente, autónoma y socialmente normalizada de las personas drogodependientes que han superado una primera etapa
- **Comunidades Terapéuticas**

Las Comunidades Terapéuticas (C.T.), se conciben como dispositivos dirigidos a personas drogodependientes en proceso de desintoxicación y/o rehabilitación, estando orientadas a realizar un tratamiento intensivo que permita una favorable evolución. Los centros ambulatorios de la red municipal serán los dispositivos de referencia encargados de derivar a las usuarias y usuarios susceptibles de beneficiarse del ingreso temporal en las mismas.

Los objetivos específicos:

Conseguir la desintoxicación de los residentes. Conseguir la deshabituación de los residentes. Adquirir hábitos higiénicos y de autocuidado. Establecer pautas adecuadas de convivencia. Proporcionar pautas adecuadas en las relaciones sociales. Promover la ocupación racional y saludable del tiempo libre. Fomentar la reestructuración de las relaciones familiares (a través de la intervención conjunta del CAD o CCAD de referencia y la C.T.)

Especificidades necesarias:

- ◊ Llevar a cabo una evaluación del enfermo o enferma mental en el área psiquiátrica, somática y social.
- ◊ Reducir las manifestaciones psicopatológicas de la enfermedad mental, contemplando la intervención psicofarmacológica, psicoterapéutica y social de forma integral.
- ◊ Potenciar los aspectos psicoeducativos que le permitan conocer, asumir y responsabilizarse de su patología.
- ◊ Intervenciones grupales adaptadas a este tipo de población.
- **Unidad Móvil Madroño:** Es un dispositivo móvil del Instituto de Adicciones de Madrid Salud para personas drogodependientes que no han acudido a la red de centros asistenciales.
- **Centro de Atención Básica Sociosanitaria.** El Centro tiene como objetivo extender la asistencia a la población drogodependiente que se encuentra alejada de los recursos normalizados. Sus principales finalidades son:
 - ◊ Acercar la red municipal de atención a las drogodependencias al colectivo de población consumidora de la Ciudad de Madrid, ofreciéndoles los distintos programas de apoyo adaptados a sus especiales características.
 - ◊ Prevenir y paliar una serie de consecuencias negativas que frecuentemente aparecen asociadas al consumo de drogas en población consumidora.
 - ◊ Facilitar el acceso a todo tipo de materiales informativos, formativos y relacionados con la red asistencial y con el consumo de drogas. Propiciar y apoyar el ingreso de los afecta-

dos en los dispositivos asistenciales. En otros casos, la intervención redundaría en la mejora del uso que hacen de los mismos.

- **Unidad Hospitalaria de Desintoxicación de Alcohol.** Pacientes con dependencia al alcohol, para desintoxicación y estabilización
- **Centro de Patología Dual:** Unidad hospitalaria de apoyo donde se realiza el abordaje terapéutico integral tanto de la psicopatología concomitante como de la conducta adictiva, en coordinación con el equipo del centro de atención.
- **ISTMO** es un programa municipal diseñado para facilitar a la población inmigrante con problemas de abuso de alcohol y otras drogas, el acceso y la buena utilización de los programas y servicios ofertados desde la Red Municipal de Atención a las Drogodependencias, realizando un seguimiento a lo largo de todo el proceso de intervención, acompañando y motivando para la utilización de distintos recursos que precisan para su rehabilitación e integración social.
- **Centros de día:** Este Centro de Día gestionado por Cruz Roja Española Asamblea de Madrid está pensado para dar respuesta a un máximo de 35 personas cuyo perfil responda a personas en situación de Calle, residir en Centros de Acogida, ser usuario de un Centro de Emergencia Social o encontrarse en situaciones inestables (infravivienda) Estas personas deberán estar en tratamiento en algún dispositivo de la Red de Atención a Drogodependencias del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- **Servicio de Orientación Laboral:** Apoyar las acciones de orientación sociolaboral que se desarrollan en los centros de la red, así como coordinar todas las actuaciones encaminadas a promover la inserción laboral de personas con problemas de adicción en el Municipio de Madrid.
- **Talleres de capacitación laboral y de empleo:**
 - ◊ Carpintería, restauración y arteterapia. Carpintería, restauración y arteterapia.
 - ◊ Electricidad y Mecánica de Motos para jóvenes
 - ◊ Kosete un futuro (taller costura)
 - ◊ Taller de peluquería
- **Recursos Judiciales Servicio de Asesoramiento a Jueces e información al detenido y a su familia (SAJIAD).** Ofrece un servicio integral de atención, información, orientación, asesoramiento y mediación especializado dirigido a operadores judiciales, drogodependientes detenidos o con causas judiciales pendientes y a sus familias. Todo ello coordinado con la red de atención integral a las drogodependencias.
- **Otros recursos de apoyo a la Integración Social: Tratamiento odontológico:** Mejorar la salud bucodental y la imagen física de los pacientes atendidos en la red, minimizar la estigmatización del drogodependiente para facilitar la integración social y laboral de este colectivo.

Glosario de siglas y abreviaturas utilizadas

- C.T. Comunidad terapéutica de apoyo al tratamiento de las Adicciones
- CAD Centro de atención a las Adicciones (Ayuntamiento de Madrid)
- CCAD Centro concertado de atención a las Adicciones
- CRL Centro de Rehabilitación Laboral
- CRPS Centro de Rehabilitación Psicosocial
- CSM Centro de Salud Mental (Comunidad de Madrid)
- EASC Equipo de apoyo sociocomunitario
- ETI Equipo Terapéutico Integrado
- TUS Trastorno por uso de sustancias.
- UHB Unidad de hospitalización breve.
- UHPD Unidad Hospitalaria de Patología Dual.
- UICE Unidad de Interconsulta y Enlace
- UTH Unidad Transición Hospitalaria (Hospital de Día)

23

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE MODERADORES

Enrique Rubio, Gabriel Rubio

1. INTRODUCCIÓN

Las intervenciones terapéuticas que se desarrollan en el contexto del programa del Hospital Universitario 12 de Octubre están siempre coordinadas y dirigidas por profesionales del hospital. En algunos grupos contamos con el apoyo de pacientes que han pasado por nuestro programa y que también acuden a los grupos de la Federación de Alcohólicos de la comunidad de Madrid (FACOMA-Red CAPA). Ellos explican, como paciente experto, sus experiencias de recuperación y tanto antes como después de acudir a los grupos de FACOMA. Algunos de estos pacientes son elegidos moderadores en las diferentes asociaciones de FACOMA, por lo que en un momento dado nos planteamos llevar cabo un programa formativo para estos pacientes expertos, de forma que tuvieran herramientas para poder llevar a cabo esas tareas de moderador.

Desde que empezamos con esta formación, hasta la actualidad, han pasado cuatro promociones de “pacientes expertos” y en los siguientes puntos desarrollaremos los contenidos teórico-prácticos de esa formación.

2. OBJETIVOS Y CONTENIDOS DEL PROGRAMA FORMATIVO

La tabla 1 recoge la ficha utilizada para difundir el programa formativo en la que se incluyeron los objetivos y los contenidos de la formación.

Tabla 1. Objetivos y contenidos

Título:	AULA AYÚDATE-AYÚDANOS
DIRIGIDO A:	Personas con adicción al alcohol que estén acudiendo a grupos de ayuda-mutua
OBJETIVO:	General: Conocer la dinámica de grupos de ayuda-mutua en el contexto del programa Ayúdate-Ayúdanos Específicos: Aprender estrategias de dinámica grupal y motivacionales para poder coordinar grupos de ayuda-mutua. Conocer los periodos/fases del proceso de recuperación de la adicción al alcohol graves
CONTENIDOS:	¿En qué consisten los grupos de ayuda-mutua? Normas y principios que rigen estos grupos Modelos de comunicación basados en la entrevista motivacional Funciones del coordinador del grupo en los grupos de ayuda-mutua Fases en el proceso de recuperación de la adicción al alcohol
Nº PARTICIPANTES:	12
Nº SESIONES:	24
INICIATIVA DE:	ElI2Educa y Escuela Madrileña de Salud

3. ESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA FORMATIVO

El programa formativo se compone de dos fases: una primera *teórica* y otra *práctica*. La primera se desarrolla en forma grupal donde los moderadores, acompañados del profesional profundizan en dos elementos básicos: a) la experiencia de su proceso de recuperación a luz del programa Ayúdate-ayúdanos; b) los elementos de la entrevista motivacional. El *módulo práctico* se realiza en los grupos de terapia realizados en turno de tarde para pacientes que no pueden acudir al hospital en turno de mañana. Estos grupos están dirigidos por uno de los profesionales del hospital y en ellos el “aprendiz de moderador” entrena las habilidades aprendidas en el taller teórico.

4. MÓDULO TEÓRICO, PRIMERA PARTE: LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN EN EL CONTEXTO DEL PROGRAMA AYÚDATE-AYÚDANOS

Durante estas sesiones se aprovecha para presentar el programa de formación y para que los integrantes del grupo refieran los motivos que los ha llevado a solicitar esta formación.

Como material para la primera sesión se les proporciona un documento donde se recogen las consideraciones de qué es un grupo de ayuda mutua (Tabla 2) y las normas básicas por las que se rigen estos grupos (Tabla 3).

Tabla 2. Qué es un grupo de ayuda mutua

El GRUPO de ayuda mutua es un número de personas que comparten la enfermedad y que configuran un marco de presencia-participativa donde se nutren de sus vivencias y reflexiones.
El GRUPO ayuda a que sus miembros pongan nombre a sus emociones y sentimientos, a que sean capaces de expresarlos y compartirlos.
El GRUPO comparte conmigo mis, problemas, mis sufrimientos, mis angustias y ello me humaniza y me hace humilde y me hace entender que solo no tengo la capacidad ni la visión serena y reflexiva que necesito y que necesito del GRUPO para crecer.

El GRUPO facilita la reestructuración de la escalera de valores, porque nos ayuda a que los descubramos y potenciemos en nosotros mismos.

El GRUPO genera pertenencia y ayuda a desarrollar la identidad compartida y ayuda a desterrar el sentimiento de soledad y facilita el camino para dignificarnos a nosotros mismos y dignificar nuestra enfermedad ante la sociedad.

El GRUPO nos hace reflexionar que si yo falto a mis compañeros les falta GRUPO, porque cuando alguno de ellos falta a mí me falta GRUPO y para que tenga éxito debe funcionar como un equipo. Nací acompañado, he bebido acompañado y ahora debo afrontar mi nueva vida acompañado.

El GRUPO conforma una microsociedad y se asemeja a un grupo familiar.

El GRUPO se asemeja al “rio de la vida” y los que más tiempo llevan enseñan a los más nuevos a navegar, con seguridad, por él.

El GRUPO me pone en valor mostrándome su reconocimiento a mis esfuerzos y esto me motiva y me provoca el sentimiento de compromiso de seguir.

El GRUPO me hace ver, a través de sus miembros, que el esfuerzo, los tiempos, la reflexión y los pasos seguros, la paciencia son herramientas para seguir caminando

El GRUPO me hace ver que he recogido el desastre de lo que sembré en el pasado, ahora estoy sembrado mi futuro.

En el GRUPO he aprendido que a veces la vida me envía cristales rotos, y si yo rompo los que tengo enteros, pues entonces mi vida será una desolación, pero si cuido los que tengo enteros, entonces mi vida será una vida como las demás con malo y bueno.

Tabla 3. Normas básicas para el funcionamiento grupal de grupos de ayuda-mutua

1. Puntualidad.
 2. Los teléfonos móviles deben estar apagados o en silencio.
 3. Si estamos en sesión se saldrá y entrará en silencio.
 4. Se debe acudir al grupo en abstinencia. En caso de haber bebido nos quedaremos hablando con la persona que realiza las acogidas.
 5. No se debe hablar en las sesiones de política, deportes o religión.
 6. Las intervenciones de cualquier miembro se escucharán con respeto.
 7. No se puede insultar ni faltarle el respeto ningún miembro del grupo.
 8. Para solicitar intervenir se le hará una señal al moderador.
 9. Cuando hayamos escuchado algo que nos mueva a intervenir, debe hacerse pensando antes que lo que se ha de contar en nuestra experiencia.
 10. NO SE DEBEN DAR CONSEJOS: Está demostrado que son de nula eficacia. Es mejor que expresemos nuestra propia experiencia para apoyar lo que queremos decir. Si no tenemos esa experiencia es mejor que esperemos a que alguien del grupo pueda intervenir contando su propia experiencia.
 11. Se debe evitar dar la réplica a un comentario que nos ha hecho alguien del grupo (primero piensa por qué te ha molestado el comentario).
 12. Lo que escuchamos en las sesiones de ayuda-mutua son “vivencias que se cuentan con la seguridad de la confidencialidad de los que están allí”, como cuando una va al médico, al abogado o al confesor.
 13. No se debe hablar de medicamentos en el grupo, para eso están los profesionales de la medicina.
 14. No se permitirá la entrada a menores en un grupo de adultos.
-

El resto de las sesiones de esta primera parte del módulo teórico se dedican a conocer el programa y a que cada integrante explique y reconozca las fases por las que ha ido transitando su proceso de recuperación. Es importante que el futuro moderador/a vaya escribiendo en un cuaderno lo que le ocurrió en cada una de las etapas que integran el programa de recuperación Ayúdame-Ayúdanos (ver las etapas recogidas en el capítulo 23), ya que entre las funciones del moderador/a están las de promover que cada integrante del grupo pueda reconocer en qué momento de su recuperación está, qué asuntos son los más relevantes en cada etapa, las dificultades que suelen aparecer y los hitos que se deben alcanzar al final de las mismas.

5. MODULO TEÓRICO SEGUNDA PARTE: PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL APLICADOS A LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Los grupos de ayuda mutua, durante décadas han estado basados en el principio de la confrontación, de manera que lo que el grupo consideraba prioritario era que el sujeto fuese capaz de aceptar que tenía una enfermedad, de las complicaciones que la enfermedad conllevaba y de que el único camino a seguir, y cuanto más rápido mejor, era el de los veteranos del grupo. En estos grupos la duración de la abstinencia era un grado, y, por qué no decirlo: el principal. Sin embargo, años de investigación en el área de la comunicación y de la psicología han facilitado estrategias basadas en la promoción de la motivación para ser utilizadas en trastornos como las adicciones. En concreto, *la entrevista motivacional* ha sido una de esas herramientas. Esto ha facilitado la utilización de elementos extraídos de la entrevista motivacional para ser utilizados en los grupos de ayuda mutua. Durante las diferentes sesiones formativas, los futuros moderadores tienen que ser capaces de diferenciar el estilo de comunicación basado en la confrontación frente al basado en la motivación. Como introducción a esta segunda parte se puede dedicar una sesión a analizar por qué decidimos cambiar determinadas conductas, profundizar en lo que significa el reflejo de corrección y la ambivalencia y las diferencias entre informar, confrontar y facilitar la motivación. El resto de las sesiones se dedican a explicar los cuatro procesos de la entrevista motivacional para que puedan ir integrándolos en su práctica de moderadores. No se trata de que las sesiones grupales sean un parangón de las entrevistas motivacionales, sino que sepan reconocer las barreras y la ambivalencia que las todos tenemos antes de abordar determinados cambios en nuestro estilo de vida.

A continuación, se resumen algunos de los contenidos más relevantes que se trabajan en estas sesiones.

¿Qué son los estadios motivacionales que nos llevan al cambio?

Repasemos un poco la historia. Son varios los modelos de cambio referidos a las conductas adictivas. En los años setenta, Tuchfeld, tras entrevistar a pacientes con problemas con el alcohol señaló que el cambio se realizaba en dos periodos. El primero se caracterizaba por la valoración, por parte del sujeto, de las pérdidas/perjuicios que el alcohol le estaba provocando y el segundo por el compromiso de reducir o abandonar el consumo. Según Tuchfeld, tras estas dos fases se instauraban determinadas estrategias tendentes a asegurar el mantenimiento de los cambios y evitar las recaídas.

Al inicio de los ochenta, Kanfer y Grimm hicieron hincapié en las fases preparatorias para el cambio. En ellas, el sujeto tomaba conciencia de su problemática y ponderaba las consecuencias sobre su vida. Los autores aconsejaban que durante dicha fase el terapeuta debía motivar al paciente para adquirir el compromiso del cambio. Una vez que el sujeto estaba dispuesto a modificar su conducta, el terapeuta le ayudaría a elegir la opción que menos riesgo representase para una posible vuelta atrás o recaída. De ahí que aconsejaran poner el mayor interés en las estrategias para afrontar las situaciones de riesgo.

Con estos antecedentes, Prochaska y DiClemente, formularon en 1983 su modelo integrativo y transteórico que proponía tres dimensiones compuestas por los estadios, los procesos y los niveles de cambio. Los estadios se denominaron de precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento, que serán comentados posteriormente. Con relación a los

procesos de cambio sugerían que en todo proceso terapéutico existen una serie de factores que lo favorecen. El análisis de diferentes técnicas terapéuticas (psicodinámicas, cognitivo-conductuales y sistémicas) les llevó a señalar la presencia de 10 procesos que podían modificar las emociones, las conductas y las cogniciones. Cada proceso es básicamente una categoría de tratamiento, independientemente de la teoría subyacente en el tratamiento (Tabla 4). Por ejemplo, el primer proceso aislado por ellos fue el del “aumento de la concienciación del problema”. Según los autores, existen diferentes técnicas para conseguir dicho objetivo: técnicas didáctico-educativas, la confrontación, el grabar la conducta en video y luego observarla, las consultas con el psicoanalista u otras. Todas estas técnicas tienen en común que ayudan a que el individuo sea más consciente de la relevancia de sus problemas. Según este planteamiento, Prochaska y DiClemente consideraban que los terapeutas deben saber utilizar las técnicas necesarias para catalizar el cambio, a través de los diferentes procesos señalados.

Sobre los niveles de cambio afirmaban que para iniciar y mantener cualquier actividad humana el terapeuta debía estar pendiente de diferentes niveles. El más simple es el de los síntomas manifestados por el sujeto, que se pueden modificar con estrategias conductuales. El siguiente estaría representado por el nivel cognitivo o por patrones maladaptativos de pensamiento, tributario de estrategias cognitivo-conductuales y el tercero por los conflictos interpersonales, ya sea con la familia, con la pareja o con terceros. Este último nivel era tributario de abordajes psicodinámicos o sistémicos.

La propuesta de los autores fue, desde un principio, la de integrar los aspectos subyacentes en las teorías psicológicas más conocidas y proporcionar una guía de intervención eficaz. Del modelo de Prochaska y DiClemente, quizás lo más interesante para los futuros moderadores sea el conocer con detalle los cinco estadios de su modelo (Tabla 4, columna izquierda y figura 1).

Tabla 4. Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente

ESTADIOS DEL CAMBIO	PROCESOS CATALIZADORES DEL CAMBIO	NIVELES DE CAMBIO
Precontemplación	Tomar conciencia del problema	Sintomático
Contemplación	Autoevaluación	Cognitivo
preparación para la acción	Evaluación del ambiente/circunstancias	Interpersonal
Acción	Auto-liberación	
Mantenimiento	Liberación del entorno	
Recaída	Contra-condicionamiento	
	Control de estímulos	
	Manejo de contingencias	
	Situación personal difícil	
	Ayuda de otros	

Estadios motivacionales

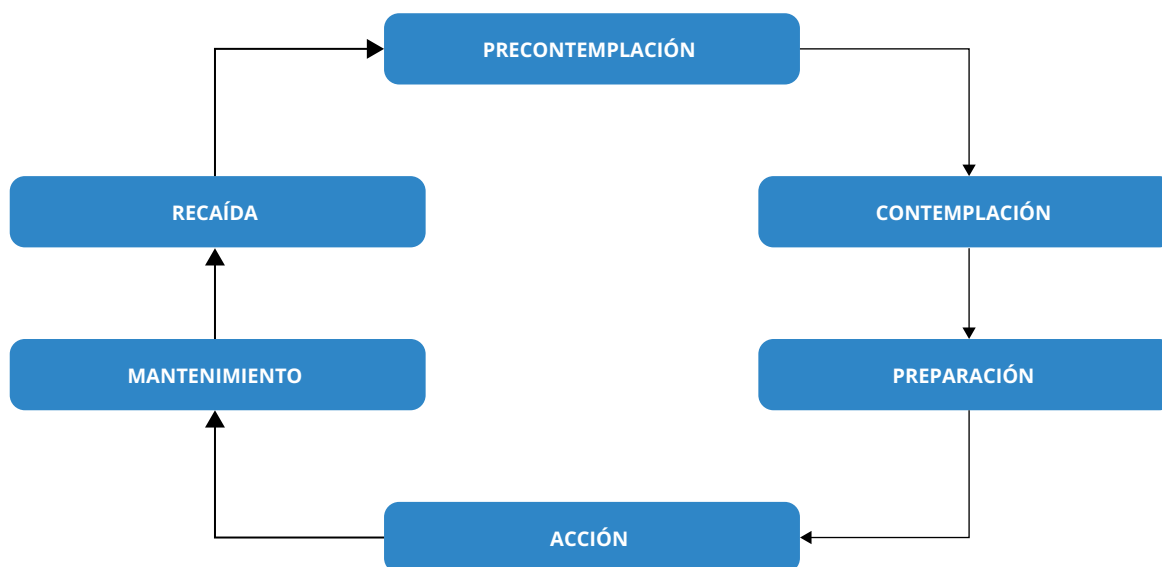
Precontemplación. En esta fase el individuo entiende que su consumo de alcohol no representa ningún problema. Considera que “bebe lo normal” y se muestra incapaz de relacionar su consumo con los problemas médicos o de otro tipo que pudieran aparecer.

Desde la perspectiva del médico o del moderador, lo que necesita el paciente es apercibirse de que su conducta supone un riesgo para la salud. La sociedad en la que nos movemos tiene una doble moral respecto al alcohol. Por un lado, promueve su consumo por medio de la divulgación de sus efectos “beneficiosos”. De otro, critica y aparta a aquellos que sobrepasan los niveles de

consumo que interfieren gravemente con la salud o el funcionamiento social. De esta manera, el individuo que no consume a diario cantidades “exageradas”, o que es capaz de dejar de consumir cuando quiere, o que no ha tenido serios problemas familiares, legales o laborales, tiene pocas probabilidades de considerar que su consumo pueda ser problemático. En este nivel de precontemplación lo que se debe hacer es informar de la evidencia existente del peligro de consumo de alcohol para que el sujeto “abra los ojos”. La misma evaluación del consumo y de las repercusiones que de él se derivan tienen un efecto retroalimentador que puede ser suficiente.

Contemplación. La persona se da cuenta de que existe un problema con su consumo, pero aún no está preparado para afrontarlo. Al abordar esta etapa hay que recordar que el establecimiento de un hábito de vida obedece siempre a unas causas, por eso habrá que explorar con el paciente qué factores influyeron en su adquisición, qué funciones tiene para él, qué conflictos crea y cuáles son los motivos para cambiarlo. Por medio de la entrevista motivacional se exploran los aspectos positivos y negativos del hábito, se sopesan y, sobre todo, se expone la posibilidad del cambio. Es importante que todo ello se lleve a cabo en un ambiente cálido, comprensivo y empático, evitando los elementos moralizadores, autoritarios o coercitivos. El sujeto puede quedar anclado en esta fase por un largo periodo de tiempo.

Figura 1. Estadios del cambio



Disposición para la acción. En ella se formula un compromiso explícito o implícito de cambio en un futuro inmediato. El sujeto ya está preparado para ello. Es el momento de establecer el “contrato” el grupo y el paciente en el que se puedan explicitar los objetivos que se pretenden. Con él se hace hincapié en la responsabilidad del individuo para generar su nuevo estilo y en el apoyo que va a recibir por parte del grupo. Se deben mostrar las perspectivas de forma optimista.

Acción. Esta es la fase en la que el sujeto acomete el cambio. El moderador puede facilitar que el grupo proponga una serie de alternativas que le ayuden a abandonar el consumo. Durante esta etapa es muy importante el refuerzo positivo ya que la motivación no es un estado constante, sino más bien con fluctuaciones. Hay que recordar periódicamente los objetivos fijados y remarcar las ventajas de la nueva situación.

Mantenimiento. Esta fase se caracteriza, como su propio nombre indica, por el mantenimiento de los cambios alcanzados. En esta etapa y en la anterior son fundamentales los mensajes de apoyo para que se mantengan los cambios alcanzados.

Hay que enmarcar en este flujo de etapas el problema de las recaídas. De alguna manera suponen una “contemplación inversa” en la que el sujeto evalúa su nueva realidad, no encuentra ventajas o estas son superadas por los inconvenientes y se decide a volver a la situación inicial. Lógicamente el individuo se pone en un punto parecido al del inicio del proceso y deberá pasar nuevamente por las etapas conocidas. De esta manera, el modelo lineal se convierte en un círculo que se puede recorrer repetidas veces (Figura 1). La recaída por tanto constituye otra etapa ciertamente esperable al tratarse de un proceso crónico. Al igual que el hipertenso, el enfermo pulmonar crónico o el diabético que en un momento determinado abandonan la medicación y otras medidas terapéuticas, la persona con dependencia del alcohol suele abandonar el tratamiento.

Componentes relevantes para llevar a cabo el cambio

Muchas personas consideran que para cambiar una determinada conducta lo único que necesita el sujeto es tener la información adecuada sobre los daños o perjuicios de esa conducta le produce. Esta forma de pensar es errónea. No tenemos más que ver los mensajes que vienen recogidos en las cajetillas de tabaco y como ellos no hacen mella en los fumadores. Por lo tanto, *información no es igual a cambio*.

También suele considerarse que el cambio de conducta se realiza cuando el individuo tiene la información necesaria y la motivación suficiente como para afrontar dicho cambio. Esta creencia tampoco es correcta. Basta con que pensemos en una persona que está teniendo problemas con la bebida y que, además, tiene muy claras las consecuencias negativas, pero, sin embargo, le cuesta meses (incluso años) tomar la decisión de pedir ayuda para dejar de beber. Esta situación nos lleva a plantearnos qué tipo de barreras psicológicas encuentra esta persona para no pasar a la acción. Este ejemplo, pone de relieve que para pasar a la acción es necesario tener información, motivación y que el grado de resistencias o de barreras que el sujeto pueda encontrar sean soslayables. En este sentido, los moderadores tienen un papel fundamental para limar o reconocer las barreras o resistencias que pueden estar interfiriendo en el proceso de cambio de las personas que acuden a las asociaciones.

Estilos comunicativos y cambios de conducta

Este apartado es uno de los más importantes que los futuros moderadores han de tener en cuenta. En primer lugar, porque, a medio plazo, sus intervenciones van a marcar el estilo de comunicación del grupo y, en segundo lugar, porque va a facilitar el flujo de la motivación y comprender que la toma de decisiones depende del propio individuo y que tome la decisión que tome el grupo la va a respetar. Como se aprecia en la Tabla 5, el estilo denominado de “acompañamiento” implica que los integrantes del grupo somos capaces de comprender tus dudas, de esperar a que tomes tus decisiones, de arrojarte en el supuesto de que lo necesites y de no juzgar, independientemente de las decisiones que tomes”.

Tabla 5. Elementos de los diferentes estilos de comunicación

Estilo directivo	Estilo Guía	Estilo acompañamiento
Obedecer Adherirse Cumplir Liderar	Despertar Asistir Invitar Colaborar	Permitir Esperar Arropar Comprender
"Sé lo que debes hacer y cómo"	"Te acompañaré para ir por donde menos complicaciones haya"	"Confío en tu juicio, me quedará contigo y dejaré que lo resuelvas a tu manera"

¿Qué es el reflejo de corrección?

Cuando vemos a alguien que va por el camino equivocado suele despertar en nosotros el deseo natural de ponernos frente a él y exclamar ¡¡¡¡Detente!!!! ¡Vuelve atrás!!! ¿Es que no lo ves? ¡¡¡

Con este reflejo intentamos enderezar lo que nos parece torcido en los demás y orientarlos rápidamente en la dirección adecuada recurriendo al **estilo directivo**. Estas reacciones son muy frecuentes en los integrantes del grupo cuando escuchan algunas ideas que, en su opinión, son erróneas, en primer lugar, porque ellos también los tuvieron hace tiempo y, en segundo lugar, porque a ellos los llevaron a tener una recaída. En esas situaciones, los veteranos saltan como si estuvieran poseídos por un muelle y casi sin pensar caen en la tentación de "decirle lo que tiene que hacer para evitar una posible recaída".

¿En qué consiste estar ambivalente hacia la conducta de cambio?

Todas las personas tienen cierto grado de ambivalencia antes de plantearse un cambio. La ambivalencia consiste en QUERER CAMBIAR Y NO QUERER CAMBIAR A LA VEZ. La ambivalencia es el escollo más habitual hacia el cambio y podemos escucharlo en frases como: He de/tendría que..... PERO....

¿Qué le ocurre a alguien que está ambivalente si le decimos lo que hay que hacer? Sencillamente que adoptan la posición contraria y busca argumentos en contra del consejo o de la opinión que acaban de escuchar. ¡¡¡Recuerda que el ambivalente tiene argumentos a favor y en contra!!! La mayoría de las personas tienden a creerse a sí mismas y a confiar más en sus propias opiniones que en las de los demás. Todos aprendemos nuestras actitudes y creencias escuchándonos hablar a nosotros mismos. Por lo tanto, cuando somos directivos podemos provocar que el sujeto se hable y escuche mensajes que favorezcan el mantenimiento de la conducta perjudicial, en lugar del cambio.

Elementos de la entrevista motivacional de utilidad en los grupos de ayuda mutua

De forma genérica podemos decir que la entrevista motivacional se apoya en el refuerzo de la motivación y en que el paciente pueda darse cuenta de su actitud hacia las diferentes opciones planteadas.

El refuerzo de la motivación es un proceso de consejo directivo y comprensivo que ayuda a los pacientes a organizar su motivación para el cambio. Las técnicas de refuerzo de la motivación se fundamentan en los conceptos de autonomía, ambivalencia y aumento de la propia motivación. La *autonomía* se basa en la concepción de que es el propio paciente quien resuelve su problema,

el moderador debe estar preparado para ayudar a que los integrantes del grupo tomen las decisiones con menos riesgos.

En todo este proceso es fundamental que cada individuo aprenda a *manejar sus ambivalencias*. En ocasiones los pacientes señalan sus problemas relacionados con el alcohol, pero éstos son minimizados hasta tal punto que únicamente valoran los aspectos positivos del consumo. Es necesario que entiendan la magnitud de los otros problemas, de forma que la ambivalencia para regresar al consumo se vaya tornando en predisposición para abandonarlo. Es posible que algunos pacientes busquen la confrontación con el grupo, pero hemos de saber que estas discusiones, lejos de ser útiles, provocan mayor resistencia en el paciente. Es mejor tratar de comprender la situación desde la perspectiva del paciente y mostrar comprensión del dilema, de esta forma, moderador/grupo y paciente trabajan juntos por una meta común en vez de luchar uno contra otros. Un error bastante frecuente por parte de los integrantes en el grupo de ayuda mutua consiste en intentar, lo más rápidamente posible, que el paciente reconozca o asuma un diagnóstico de dependiente del alcohol y se comprometa con la abstinencia. Debemos recordar que la finalidad del grupo no es tanto que el sujeto acepte a no el diagnóstico, sino más bien de facilitar que el paciente vaya siendo capaz de manejar su ambivalencia y de avanzar hacia el mantenimiento de la abstinencia.

La conducta de los pacientes suele cambiar mucho antes cuando la *motivación surge de ellos mismos*. De ahí la importancia que tiene el hecho de ayudarles a que vayan encontrando motivos para incrementar su propia motivación. Muchas veces tienen claro lo que desean hacer, pero ven complicado la forma de realizarlo. En estos casos se les debe poner ejemplos de cómo han conseguido salvar otros problemas y deben de sentirse seguros del apoyo que el moderador y el grupo les va a seguir dando para conseguirlo.

El otro aspecto clave de la entrevista motivacional es que el paciente pueda tener **información sobre sus resistencias**. Cuando un paciente acude a los grupos de ayuda mutua es muy probable que no relacione todos sus problemas con el consumo de alcohol o también puede que tenga ciertas resistencias para reconocerlos. El moderador debe estar atento para que cada sujeto pueda atar cabos entre su consumo y sus problemas y también para que pueda tomar conciencia de que todos han tenido resistencias para esa toma de conciencia.

La tabla 6 ofrece cinco puntos clave de la entrevista motivacional para poder ser utilizados en las sesiones de grupo.

Tabla 6. Aspectos clave de la entrevista motivacional para ser utilizados en las sesiones grupales

EVITAR DISCUSIONES

"Puede que tengas razón al decir que no bebes mucho. Yo, cuando vine al grupo, pensaba como tú, y no me daba cuenta de los análisis que me había mandado el médico donde se ponía de manifestó que mi hígado, como consecuencia del alcohol, estaba fatal".

GENERAR DISCREPANCIAS

"Según lo que estás comentando, te gustaría seguir bebiendo los viernes noche como hasta ahora, aunque sin notar los desagradables efectos de la resaca la mañana siguiente. A mí me pasaba lo mismo hace años hasta que comprendí que, en mi caso, eso no era posible".

MANIFESTAR COMPRENSIÓN

"Entiendo que vivir en una sociedad donde se bebe tanto, y reconocer, como tú lo has hecho, que el alcohol te está dando problemas, tiene mucho mérito"

AFRONTAR LA RESISTENCIA

“Llama la atención que hayas sido capaz de detectar que el alcohol te está dando problemas y que, por el contrario, te muestres partidario de volver a beber. Cuesta entender por qué consideras que esa es la mejor opción”.

APOYAR LA AUTOEFICACIA

“No te preocupes por no haber conseguido totalmente el objetivo que nos planteaste al grupo la semana pasada. Lo importante, en mi opinión, es que has conseguido dar pasos para alcanzarlo. Todo esto dice mucho de tu disposición a conseguir lo que te has propuesto”.

Las esencias de la comunicación basada en la búsqueda de la motivación

El estilo de comunicación basado en la entrevista motivacional incluye los siguientes elementos esenciales:

Aceptación

- Reconocer el valor esencial y el potencial el sujeto. Si notamos que no somos aceptados nos bloqueamos (**valor esencial**)
- Sentir el mundo interno del otro como su fuese propios (**Empatía**)
- Promover la autonomía (que decidamos lo que consideremos) (**Autonomía**)
- Buscar y reconocer las capacidades y esfuerzos del otro (**Afirmación**)

Compasión

Promover activamente el bienestar del otro y dar prioridad a sus necesidades

Evocación

Resaltar que el otro tiene lo que necesita y que juntos los van a encontrar (no caer en el error de que yo tengo lo que necesitas y te lo voy a dar)

Procesos para promover los cambios apoyados en estrategias motivacionales: vincular, enfocar, evocar y planificar

Inicialmente, los autores de la entrevista motivacional consideraban que había dos procesos básicos: Fase 1. Generar la motivación (¿Por qué cambiar?; Fase 2: Consolidar el compromiso (¿Cómo cambiar?))

Recientemente se acepta que pueden existir 4 procesos:

- Vincular: establecer una relación/conexión de ayuda.
- Enfocar: Desarrollar una dirección específica sobre el cambio
- Evocar: Sacar a la superficie la motivación del otro
- Planificar: Embarque que pone en marcha el motor del discurso del cambio

Vinculación

Es el proceso de forjar una relación de ayuda basada en la confianza y el respeto mutuo.

Es importante que las intervenciones de los que están en el grupo y del moderador favorezcan la vinculación.

¿Qué dificulta la vinculación?

- Realizar una evaluación excesiva (muchas, y muchas preguntas)
- Caer en el trampa del experto: ¡¡¡ usted lo que debe hacer es...!!!
- Explicitar, a las primeras de cambio decir que el problema de alcohol es lo fundamental.
- Trampa de la etiqueta: usted es alcohólico... Muchos no se identifican con ese término, sin embargo, sí que aceptan tener problemas por el alcohol)
- Trampa de la culpa: lo que nos debe importar no es quién tiene la culpa sino qué le preocupa y qué va a hacer.

¿Cómo fomentar la vinculación?

- Conocer los deseos y los objetivos del otro
- Conocer la importancia que tiene para él el problema (sabe sus prioridades)
- Sentirse acogido
- Que se cumplan las expectativas (¿es esto lo que esperaba?)
- Ofrecer esperanza (explicar lo que nosotros podemos hacer en estos casos)

Saber vincular implica *saber escuchar*. El saber escuchar ayuda al otro a seguir hablando, reflexionado y explorar temas que a veces resultan incómodos. Saber escuchar no significa recoger información para dar consejos expertos, sino una escucha reflexiva/activa.

A continuación, recogemos los 12 obstáculos para una escucha activa:

1. Ordenar, dirigir o instruir
2. Amenazar, advertir, avisar
3. Aconsejar, sugerir, aportar soluciones
4. Sermonear, persuadir mediante la lógica
5. Moralizar
6. Juzgar, culpar, criticar, mostrar desacuerdo
7. Elogiar, aprobar
8. Humillar, ridiculizar, etiquetar
9. Interpretar o analizar
10. Tranquilizar, simpatizar, consolar
11. Preguntar, indagar
12. Distraerse, cambiar de tema

Es importante que podemos conocer los elementos que nos llevan a cambiar de conducta: por tener una necesidad de cambio o debido a nuestros valores.

Necesidades básicas: De acuerdo con Maslow, las personas están motivadas debido a necesidades insatisfechas. Las necesidades enumeradas desde las básicas hasta las más complejas son:

- Fisiológicas: hambre, sed, sueño, etc.
- Seguridad: abrigo, refugio, salud, etc.
- Sociales: amor, amistad, etc.
- Autoestima: respeto, éxito, confianza, etc.
- Autorrealización: logro de todo el potencial, nunca se cumple completamente.

Valores: Una de las claves para valorar el marco de referencia interno del otro es entender sus objetivos y valores fundamentales (¿qué es para usted lo más importante en la vida).

Integridad: Todos nos sentimos impelidos a ser o a parecer coherentes y cambiaríamos la conducta para reducir la disonancia aparente (entre lo que queremos hacer y lo que realmente hacemos), para ser íntegros. Vivir con integridad es comportarse según los valores fundamentales de cada uno.

La capacidad de mirarse a uno mismo con honestidad radical, de ver verdaderamente quien es uno, con su fragilidad, su vulnerabilidad y sus posibilidades no realizadas es la esencia de la integridad.

¿Cómo desarrollamos la integridad?

- Darse cuenta de que nuestra conducta afecta a los demás
- Entender las instrucciones de los demás
- Adquirir autocontrol: ajustar nuestra conducta a las exigencias de los demás.
- Internalizar las normas y verbalizarlas
- Seguir las instrucciones en ausencia de terceros
- Autorregulación: tener un plan propio que se consigue con diálogo interno (argumentos a favor y en contra para adherirse a un plan). Cuando nos escuchamos, aprendemos en qué creemos, se facilita mantener la integridad y actuar en función de las afirmaciones y compromisos enunciados. Cuando se nos invita a reflexionar sobre nuestras actuaciones en un entorno seguro y ausente de juicio, tomamos conciencia plena de nuestras discrepancias.

Enfocar

Es un proceso continuado de búsqueda y mantenimiento de una dirección. ¿Dónde nos vamos?

Enfocar va a depender de la agenda del paciente (sus expectativas, miedos...), y también del contexto (si viene a una asociación de alcohólicos está claro que hay que hablar de ese asunto...)

¿Qué ocurre si los objetivos del paciente y el grupo no coinciden? Cuando los valores no coinciden hay que aplicar los valores éticos generales:

- No maleficencia
- Beneficencia
- Autonomía
- Justicia

Para enfocar es necesario intercambiar información sin caer en las típicas *trampas*:

- El experto soy yo, sé cómo y por qué deben cambiar las personas
- Recopilar mucha información sobre las personas
- Llenar las lagunas de conocimientos (esto puede enlentecer el proceso)
- Dar información que asuste
- Creer que necesitamos explicar con claridad qué deben hacer

OJO, el propósito no es dar consejo, sino fomentar el cambio.

Evocar y reforzar la motivación

Para evocar la motivación hay que trabajar con la ambivalencia. La ambivalencia es una etapa normal hacia el cambio que hace que las motivaciones sean contradictorias. El malestar que genera la ambivalencia consciente puede llevarnos a dejar de pensar en ello: ¡¡Seguir así tampoco es tan malo!!!.

Situaciones que generan ambivalencia

- a. Me gusta la opción X y también la opción Y
- b. No me gusta ni la opción X ni tampoco la Y
- c. La opción X tiene cosas que me atraen, pero también otras que no.
- d. Las opciones X e Y tienen cosas positivas y negativas

¿Cómo detectar el discurso del cambio preparatorio?

El discurso preparatorio del cambio indica las razones para desactivar la ambivalencia y promover el cambio. Este discurso es típico de los estadios de precontemplación y de contemplación. A continuación, ponemos unos ejemplos:

Expresar deseo: Quiero perder peso...

Expresar habilidad para hacerlo ¿Cómo hacerlo? Las personas no acumulan demasiada motivación para el cambio si creen que no es posible. "Me gustaría correr una maratón, pero creo que no podré hacerlo"

Expresar razones para hacerlo ¿Por qué hacerlo? Tendría más dinero, mis relaciones serían mejores.

Expresar necesidad: La expresión de "Necesito.... Tengo que.... Debo.... No puedo seguir así... Algo tiene que cambiar" indican necesidad y si indagamos descubriremos las razones que lo sustenta.

¿Cuándo el discurso del cambio es movilizador?

Este discurso expresa o señala el movimiento hacia la resolución de la ambivalencia a favor del cambio. Este discurso es típico de estadios de preparación y de la acción.

- Cuando expresa compromiso: Desde hoy voy a....Garantizo que, prometo que , Juro que.. ¡¡¡¡¡Ojo: decir que uno debe, puede, quiere o tiene buenas razones para cambiar no es lo mismo que decir que uno va a cambiar"
- Cuando expresa que hay activación: Estoy dispuesto a...Estoy listo para... Estoy preparado para...
- Cuando expresa que está dando ya los primeros pasos: Me he comprado las zapatillas de deporte para salir a correr... Esta semana no he picado entre horas...He asistido a la Asociación.. ¡¡¡¡¡Ojo: alguien que haya venido a la Asociación no necesariamente se ha comprometido a dejar de beber, pero sí ha dado un primer paso!!!

Hemos de tener en cuenta que cuando hablamos desde la ambivalencia se activan las mismas vías cerebrales que cuando se va a consumir, de ahí que el moderador procure desactivar/acortar los tiempos en los que un integrante del grupo está buscando argumentos para justificar su propuesta de volver a beber o de aproximarse a una situación de riesgo sin las herramientas adecuadas.

¿Cómo evocar la motivación?

Las personas tienden a comprometerse con lo que se escuchan a sí mismos: *por eso hay que hablar en las terapias.*

Si se expresan en voz alta los pros y contras posiblemente el resultado sea continuar con la ambivalencia, pero si verbalizamos, delante de otro, nuestras motivaciones con libertad y sin coerción el impacto es extraordinario.

iiiiOjo a los moderadores: promover el discurso del cambio implica que aumenta la probabilidad de que se cambien las conductasiii.

¿Cómo se formulan las preguntas que evocan motivación?

Aumentar “deseo”: ¿cómo le gustaría que cambiasen las cosas?, ¿Qué desearía de esta asociación? ¿Qué te gustaría que hubiese cambiado en tu vida dentro de unos años?

Aumentar “habilidad”: ¿Qué crees que podrías cambiar? ¿Cómo de probable es que eso ocurra?

Preguntar por las “razones”: ¿Por qué querías dejar de beber?

Preguntas sobre la “necesidad”: ¿Qué tiene que pasar para...?; ¿Cuan de importante es eso para ti? ¿Qué crees que hay que cambiar?

Preguntas que en la medida de lo posible hay que evitar hacer en un grupo.

¿Qué te impide hacerlo?

¿Cómo es posible que quieras volver a beber...?

iiiiEstas preguntas pueden hacer que el sujeto busque y se centre en las justificaciones para beber y pueden generar cierta resistencia al cambioiiii

Para explorar y evocar la motivación es aconsejable preguntar sobre valores: ¿qué cosas son importantes para usted en la vida? ¿Su consumo de alcohol le está alejando de algunas de ellas?

Ante una persona que habla de los motivos para cambiar y de que está haciendo cosas, hay que reforzar que siga hablando de todo eso en forma de preguntas abiertas, reafirmandole (reconocerle los valores y lo que está haciendo), mediante escucha reflexiva (siendo genuino, no sarcástico) y haciendo y devolviéndole pequeños resúmenes/sumarios que sirvan para promover el cambio.

¿Cómo responder ante la resistencia o la discordancia?

Tenemos que saber que presentar discordancia es normal y tiene que ver con la relación terapéutica (ojo para el moderador).

Respuestas estratégicas para disminuir la discordancia

- Enfatizar la autonomía: Nadie puede obligarle....
- Reenmarcar: animarle a considerar un punto de vista diferente
- Mostrar acuerdo con matiz
- Dejarle que hable del discurso de mantenimiento y luego pedirle que diga qué ocurriría si cambiase

¿Cómo detectar la discordancia?

- El sujeto se defiende (No es mi culpa (culpa), no es para tanto (minimiza), lo hago porque (justificación)
- Interrumpe la conversación
- Se desvincula (se distrae)

¿Cómo responder a la discordancia?

- Disculparse... lo lamento, parece que le he entendido mal...
- Afirmar.... Usted lo ha conseguido otras veces, lo sé, y puede que esta vez también lo haga
- Cambiar el foco: ¿Cree que tengo realmente un problema con la bebida? Bueno, para mí las etiquetas son lo de menos, lo que me importa es usted

¿Cómo evocar esperanza y confianza?

¿Qué nos ocurre si sabemos que hay que hacer cambios, pero no tenemos confianza en poderlos hacer? No se le hace ningún favor a nadie llevándole a creer que el cambio es urgente, pero que no está en sus manos". Cuando esto ocurre el sujeto aparca el cambio.

Como podemos ver en la tabla siguiente, una elevada confianza es fundamental para el cambio.

		IMPORTANCIA	
		ALTA	BAJA
CONFIANZA	ALTA	Lo voy a hacer	Podría hacerlo
	BAJA	Lo intentaría	¿Para qué?

¿Cómo reforzar la confianza, autoconfianza o autoeficiencia?

- Hay que saber que: La confianza no se introduce, sino que se recupera. La esperanza es el antídoto del desaliento.
- Se le puede pedir que diga cómo lo conseguiría: ¿Qué podría hacer para...? ¿Cuáles serían los primeros pasos?
- Buscar el discurso de la confianza: preguntas cuyas afirmaciones lleven a: podría, puedo, soy capaz, es posible.
- En lugar de dar consejo, ofrecer varias alternativas.
- Identificar los recursos personales (pedirle que hable de aspectos positivos que él tenga...)
- Recordar los éxitos del pasado

- Tormenta de ideas para que el grupo ofrezca ideas.
- Reenmarcar: a lo mejor, si no lo has conseguido es porque no has utilizado la estrategia más adecuada y no porque seas incapaz.
- Pensamiento hipotético: imagínate que lo hubiese conseguido, qué crees que hubiese funcionado...

¿Cómo responder al discurso de autoconfianza?

Como en el caso del discurso del cambio: dejándole hablar y haciéndole preguntas abiertas, reafirmando los recursos que tiene el sujeto. Reflejando las afirmaciones de autoconfianza que haya expresado el sujeto y resumiendo las razones para sentirse optimista.

iiiiLas personas tienen sabiduría, intuición y creatividad que podemos aprovechariiii

En algunos casos hay que mostrar neutralidad y en estos casos la equidistancia debe ser asumida conscientemente por el moderador. En estos casos es bueno recurrir a establecer los pros y contras de la decisión y que el otro entienda que se le va a apoyar, decida lo que decida.

¿Cómo generar discrepancia o disonancia cognitiva?

La discrepancia expresa la distancia entre los objetivos y la situación actual.

- OJOiiii La discrepancia no genera el cambio por sí misma (las personas con obesidad no adelgazan y tienen discrepancia).
- Hay que explorar la magnitud de la discrepancia. Si la magnitud es enorme aparece el “No podré...Si la magnitud es pequeña surge el “Para qué ahora?”
- Si la discrepancia nos provoca experiencias desagradables es posible que evitemos pensar en ello.
- Pensar que hay que provocar la discrepancia para que el sujeto cambie no siempre está claro (Si la desdicha curase las malas conductas muy poca gente se portaría mal).
- El termostato del cambio: Todos registramos la situación actual y la acompañamos con la idea de cómo deberían ser las cosas. Si se sobrepasa la zona de tolerancia se activa la necesidad del cambio y se buscan soluciones. Esto forma parte de un proceso de autorregulación.

¿Cómo facilitar la discrepancia?

- Creando un entorno de seguridad que ayude a la persona a mirarse al espejo, ver una verdad que le suele resultar incómoda y dejar que esa verdad impulse el cambio. El cambio se hace posible cuando se acepta a las personas tal y como son (Aceptar significa mostrar empatía, reconocer que el sujeto tiene autonomía, asumir el valor esencial del otro y reconocer las capacidades del otro).
- Afirmar los recursos y habilidades del otro (esto siempre contribuye a bajar las defensas de alguien y favorece aceptar la información potencialmente amenazadora). Es importante que el integrante del grupo no concluya que las discrepancias pueden conllevar el abandono del grupo. Se puede recurrir a expresiones como: “ha sido capaz de llevar a cabo tareas importantes... con éxito... luego el dilema en el que estás de seguir o no acudiendo... sólo puedes decidirlo/resolverlo tú”.

- Saber que si intentamos no sentir las emociones puede tener el efecto contrario (si nos esforzamos en intentar no estar ansiosos, puede que consigamos estarlo): Oración de Reinhold Niebuhr: Dame serenidad para aceptar todo aquello que no puedo cambiar, fortaleza para cambiar lo que soy capaz de cambiar y sabiduría para apreciar la diferencia”.
- Intercambiar información: Dime que información tienes sobre este tema.... Me permites que te diga algo sobre este tema...?
- Dar retroalimentación sobre datos que el sujeto nos ha contado: parece que tienes dudas sobre dejar de beber o no, antes hemos estado viendo que tienes las transaminasas elevadas, cómo influye ese dato en la decisión de seguir o no bebiendo?
- Explorar las preocupaciones del otro
- Explorar los objetivos y valores del otro
- Aceptar que en última instancia la decisión depende del sujeto (autonomía)

Planificar: el puesto hacia el cambio

Para evocar la planificación debemos estar seguros de que el plan es el del sujeto que debe hacer el cambio, ya que cuando el plan no es el nuestro puede aparecer ambivalencia. Este aspecto es muy importante en las primeras reuniones de las personas que acuden a las asociaciones.

El discurso del cambio durante la fase de planificación es:

- Expresa deseo: Esto es lo que quiero...
- Expresa habilidad: Creo que puedo hacerlo...
- Expresa razones: Me va bien...
- Expresa activación: estoy dispuesto a intentarlo...
- Primeros pasos: Ayer lo hice y me fue bien...

¿Cómo consolidar el compromiso?

- Averiguar si el sujeto tiene un plan y está dispuesto a hacerlo
- Es bueno que el sujeto *verbalice dicho plan*: cuando nos escuchamos nos reafirmamos. La manera habitual de verbalizar el compromiso es hacerlo *ante personas importantes para cada uno de nosotros*. Los autorregistros también son capaces de tener un efecto similar ya que se ha visto que disminuyen una conducta problema hasta en un tercio la primera semana.
- Si el plan es demasiado general es bueno subdividirlo en objetivos concretos/pequeños.

¿Cómo promover la persistencia en el cambio?

- Si ha habido recaída explicar que no es un fracaso (fracaso sería abandonar).
- Si hay contratiempo se puede volver a planificar.
- Recobrar el compromiso y la meta.
- Reenfocar nuevos objetivos para continuar con los cambios.
- Mantener la vinculación.

6. PAPEL DEL MODERADOR EN LAS TERAPIAS DE GRUPO CON PACIENTES Y FAMILIARES

En pacientes y familiares que vienen por primera vez

- Hacer una breve introducción al grupo/normas/ es bueno decirle que TODOS, cuando llegan, pueden NO SENTIRSE IDENTIFICADOS o CREER QUE ESTE NO ES SU LUGAR... pero que se dé al menos 3 meses (100 sesiones) para tomar una decisión.
- Ser respetuoso con los motivos que lo traen.
- Pedirle permiso para solicitarle que hable y se presente al grupo.
- Evitar que algún miembro del grupo le regañe por alguna consideración realizada.
- Insistir en que NO DEN CONSEJOS, SINO QUE UTILICEN SUS PROPIAS EXPERIENCIAS

En pacientes que vienen de forma regular a los grupos

- Reforzar los cambios que se hayan producido en los miembros del grupo cuando estos los verbalicen.
- Tener un papel “director” evitando que se enzarcen en polémicas absurdas (personales) (Ocurren en todos los grupos humanos)
- Imponer criterios de experiencia y de las normas de los grupos.
- Conocer las fases del programa para favorecer que los pacientes puedan ir expresando los cambios que han dado y en qué fase creen que se pueden encontrar.
- Tener a mano un libro de citas para poder hablar sobre ellas, suele dinamizar algunos grupos.

7. PARTE PRÁCTICA DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

Una vez finalizada la parte teórica a los integrantes del grupo se les ofrece acudir a un grupo de terapia donde acuden pacientes del programa de alcohol y dirigido por un profesional del hospital para que el aprendiz de moderador vaya poniendo en práctica lo aprendido en los talleres teóricos. La duración de este módulo es de tres meses.

8. BIBLIOGRAFÍA

FACOMA (2016). Ayúdate–Ayúdanos. Programa para pacientes y familiares de personas con problemas por el alcohol u otras drogas. Ediciones MAPA, Madrid (www.facoma.org).

Miller WR, Rollnick S. (2015). La entrevista motivacional (tercera edición). Editorial: Paidós Ibérica.