



ALCOHOL

Guía Técnica de Intervención en los procesos
de Alcohol de la Fundación
Centro de Solidaridad de Zaragoza
Proyecto Hombre

Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones
UASA I. Manuela Sancho

EQUIPO

Abad Martínez JC
Caurín Lozano P.
Layús Aldana A.
Lechón Puértolas C
Montañés Campos AC.
Navarro Echávarri TX.
Sobradíel Sierra N
Yzuel Sanz M.

INDICE

1. Prólogo
2. Epidemiología del Alcohol
 - 2.1 DATOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA.
 - 2.2 CONSUMO DE ALCOHOL Y COMORBILIDAD
 - 2.3 NUESTROS DATOS
 - 2.4 FACTORES DE VULNERABILIDAD HACIA EL ALCOHOLISMO
 - 2.4.1. Factores individuales de vulnerabilidad
 - 2.4.2. Factores ambientales de vulnerabilidad
 - 2.4.3. Conclusiones
3. Mapa de Proceso.
4. Recepción y Acogida
 - 4.1. VIAS DE ACCESO
 - 4.2. PRIMERA ENTREVISTA
5. Tratamiento Médico
 - 5.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ALCOHOLISMO
 - 5.1.1. Fármacos de Elección Para la Desintoxicación.
 - 5.1.2 Fármacos de Elección para la deshabituación.
6. Diagnóstico y Tratamiento Psicosocial
 - 6.1. OBJETIVOS:
 - 6.2. TRATAMIENTO INDIVIDUAL
 - 6.3. TRATAMIENTO GRUPAL.
 - 6.3.1. Destinatarios:
 - 6.3.2. Objetivos:
 - 6.3.3. Estructura:
7. Intervención Familiar
 - 7.1. JUSTIFICACIÓN
 - 7.2. FINALIDAD
 - 7.3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL SAF
 - 7.4. PROCESO Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
 - 7.5. NIVELES DE INTERVENCIÓN
 - 7.6. ESPACIOS Y MOMENTOS DE LA INTERVENCIÓN
8. Proceso de valoración y finalización de tratamiento
9. Farmacología del alcoholismo
 - 9.1.- TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN
 - 9.1.1. Fármacos sedativos
 - 9.1.2. Tratamiento de soporte
 - 9.2. TRATAMIENTO DE DESHABITUACION

1. PRÓLOGO

La Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza (CSZ) nació en 1985 como una respuesta psico-educativa de intervención integral, ante la llamada *epidemia de la heroína* que afectó a una parte importante de la juventud española en los años 80.

A lo largo de estos 30 años y desde su inicio con el programa “*Proyecto Hombre*” (1985), la Fundación ha cimentado su vocación de servicio ante el problema de las adicciones con distintas propuestas terapéuticas, como el Programa *Altair* (para pacientes con abuso de cocaína y otros psicoestimulantes. 1998), el Programa *Ulises* (programa de mantenimiento con sustitutivos opiáceos para pacientes con abuso de heroína. 1998), el Programa “*Tarabidán*” (orientación y tratamiento para adolescentes con conductas de riesgo y sus familias. 1996) o un Plan de Prevención (un programa transversal para la divulgación y sensibilización de los perjuicios del uso de las sustancias tóxicas en todos los ámbitos de la sociedad, y la formación de los agentes que pueden intervenir en el proceso educativo y de crecimiento integral de los más jóvenes. 1996). En definitiva una larga y experimentada trayectoria en la intervención multidisciplinar a nivel individual, grupal y familiar en los distintos ámbitos de las adicciones.

La incidencia del consumo de sustancias tóxicas, incluido el alcohol es una preocupación constante de nuestra Fundación. Principalmente en mujeres, niños y adolescentes, por ser estos los más vulnerables frente al riesgo de la adicción y las consecuencias tanto orgánicas como psicológicas que se derivan del abuso de sustancias tóxicas. Merecen pues nuestra máxima atención a la hora de elaborar respuestas precisas y adecuadas, diseñadas específicamente para las circunstancias y el medio en el que queremos intervenir.

La presente guía es el resultado del trabajo del equipo de profesionales (médico, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas familiares) que recogen la experiencia y la labor desarrollada desde 2003, año en que se comenzó a dar forma a una propuesta de intervención dedicada al alcoholismo como problemática principal dentro del consumo de drogas. El objetivo de la misma es poder sistematizar ese proceso para que sirva de referencia a otros profesionales tanto internos como externos.

Algunas consideraciones sobre el Alcohol.

- Sustancia psicoactiva de mayor consumo en España.

- El consumo de bebidas alcohólicas es un hábito ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de las sociedades occidentales. En la actualidad, en estas sociedades, beber alcohol no es un hábito exclusivo de la población adulta.
- Los jóvenes también lo hacen y cada día son más los adolescentes que acostumbran hacerlo, especialmente durante el tiempo que dedican al ocio durante el fin de semana.
- Actualmente, el consumo de alcohol es uno de los principales factores que se relacionan con la salud de los individuos y de las poblaciones y sus consecuencias tienen un gran impacto tanto en términos de salud como en términos sociales.
- La Organización Mundial de la Salud ha advertido de la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo de alcohol, y ha enfatizado su preocupación ante las tendencias de consumo que se observan entre las capas más jóvenes de la sociedad.
- El consumo abusivo de bebidas alcohólicas está claramente relacionado con el desarrollo de discapacidad y de distintas enfermedades, así como con violencia, maltrato infantil, marginación y conflictos con la familia y en la escuela. El alcohol está presente en una proporción muy importante de accidentes de tráfico, laborales y domésticos.
- España es uno de los países donde el consumo de bebidas alcohólicas y los problemas relacionados con el mismo tienen gran importancia.
- Somos uno de los primeros productores y también somos uno de los primeros países consumidores. Prácticamente toda la población española ha probado alguna vez en su vida alguna bebida alcohólica, más de las tres cuartas partes ha bebido alcohol en el último año, casi el 65% lo había hecho en el último mes y el 15% lo hace diariamente. Los bebedores de riesgo representan el 5,5% de la población española de 15 a 64 años.

Datos del Plan Nacional sobre Drogas y estudios científicos sobre el tema muestran como la dependencia alcohólica (AD) está infratratada en España. Menos del 10% de los afectados por esta reciben tratamiento. Entre los que reciben tratamiento, la psicoterapia es el método más utilizado para prevenir recaídas. Además, según estudios, si el 40% de pacientes de AD en España siguieran tratamiento farmacológico, el 2,2% de las muertes provocadas por AD en mujeres y el 6,2% en hombres, se podrían prevenir en un año. Así pues, incrementar las tasas de tratamiento puede ser un instrumento eficaz para reducir los costes para la salud y la mortalidad atribuibles al alcohol en España.¹

¹ VV.AA. "Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence". En *Adicciones* Volumen 25, nº 1, 2013 pags. 11-18.

2. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Según el último informe publicado por la Oficina contra las Drogas y el Crimen de la ONU (UNODC 2012), las estimaciones mundiales indican que la prevalencia del consumo de alcohol durante el mes anterior a la reunión de los datos es del 42% (teniendo en cuenta que el consumo de alcohol es legal en la mayoría de los países), cifra que es ocho veces superior a la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas (5,0%). La prevalencia del consumo semanal episódico intenso de alcohol es ocho veces superior al consumo problemático de drogas ilegales.

El consumo de drogas representa el 0,9% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos a nivel mundial, o el 10% del total de años de vida perdidos como resultado del consumo de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol y tabaco). Europa es la región del mundo donde se consume más alcohol, a pesar del descenso observado con relación a los datos conocidos para los años 70 y que situaban el consumo de alcohol puro por adulto/año en 15 litros. Los adultos europeos mayores de 15 años consumen un promedio de 12,5 litros de alcohol, una cantidad superior a la de cualquier otra parte del mundo, según un reciente estudio conjunto de la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea (Anderson P, Lars M, Gauden G 2012).

El estudio divide Europa en cuatro subregiones entre las cuales se registran diferencias: los países del este y el centro consumen 14,5 litros de alcohol por año, mientras que en la zona nórdica el consumo es de 10,4 litros anuales. En los últimos 40 años, hemos asistido también a una armonización de los niveles de consumo y aunque la mayor parte de los europeos consumen bebidas alcohólicas, más de 55 millones de adultos (15%) se abstienen. Casi la mitad de este alcohol es consumido en forma de cerveza (44%), dividiéndose el resto entre vino (34%) y licores (23%). Dentro de la Unión Europea (UE), los países nórdicos y centrales beben sobre todo cerveza, mientras que en el sur de Europa bebe sobre todo vino (aunque España puede ser una excepción). Éste es un fenómeno relativamente nuevo, observándose, dentro de la UE, una tendencia a la armonización en los últimos 40 años. En la mayor parte de los países, alrededor del 40% de las ocasiones de consumo se concentran en la cena, aunque, en los países del sur, es mucho más probable consumir alcohol a la hora del almuerzo que en otras regiones. Mientras que existe también un gradiente norte-sur en el nivel de consumo diario, la frecuencia de consumo no diaria (por ejemplos beber varias veces por semana, pero no cada día) parece ser más común en la Europa Central. Datos existentes sobre consumo de alcohol en España (Alcoholismo 9 2. Epidemiología del consumo de alcohol Cesar Pereiro, J.R. Villabí, A Gurrea, A. Luna 02 Guía Socioalcohol: Página 9)

2.1 DATOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA.

Según los últimos datos que nos proporciona la Encuesta EDADES 2011-2012 (DGPNSD 2013), el alcohol es la droga más consumida por los españoles en los doce últimos meses; de este modo, el 76,6% de los encuestados dice haber consumido alcohol en el último año, el 40,2% tabaco, el 11,4% hipnosedantes, el 9,6% cannabis, el 2,3% cocaína, y para el resto de las drogas menos de un 1% de la población. Al igual que sucede para con la mayor parte de las drogas, se observa una diferencia porcentual en el consumo según el sexo, de modo que los hombres realizan una mayor ingesta de alcohol que las mujeres (83,2% vs. 66,9%).

El consumo de alcohol se inicia en nuestro país a edades tempranas, en torno a los 16,7 años de media, de modo similar a lo que sucede con el tabaco (16,3 años). De modo que son las drogas que se consumen más precozmente, con dos años de anticipación al consumo de otras drogas ilegales de uso muy extendido como por ejemplo el cannabis, que se inicia a los 18,7 años, o la cocaína a los 21 años.

Las tendencias de consumos de bebidas alcohólicas por frecuencia de consumo no muestran cambios significativos en los últimos 10 años y se encuentran estabilizadas.

Un dato preocupante, que muestran las encuestas realizadas en nuestro país, es el relativo al elevado número de intoxicaciones etílicas referidas por los jóvenes. Así, si nos referimos a la población de 15 a 34 años de edad: 2 de cada 5 hombres y 1 de cada 5 mujeres se han emborrachado en el último año.

Se acostumbra a denominar consumo en atracón (binge drinking) a tomar 5 o más bebidas para los hombres y 4 ó más bebidas para las mujeres en un intervalo de 2 horas. Todos los datos conocidos para los últimos años apuntan al consumo simultáneo de varias drogas (policonsumo) como conducta más prevalente en nuestro país. En relación con esto es preciso señalar que el alcohol está presente en el 90% de los policonsumos.

2.2 CONSUMO DE ALCOHOL Y COMORBILIDAD

La comorbilidad de un trastorno adictivo con otra patología psiquiátrica tiene especiales implicaciones, ya que conlleva un peor pronóstico para ambas patologías que si ambos trastornos se presentaran de forma separada. De este modo, implica un peor curso evolutivo, síntomas más graves, peor respuesta a los tratamientos, mayor tasa de recaídas, y consecuencias más graves en general.

Más de la mitad de los pacientes con trastornos adictivos presenta otro trastorno psiquiátrico no relacionado con sustancias, y un tercio de los pacientes con trastornos psiquiátricos presenta un trastorno adictivo. Entre los pacientes alcohólicos, los diagnósticos psiquiátricos que se asocian con mayor frecuencia según su OR son el trastorno antisocial de personalidad (OR 21), otros trastornos adictivos (OR 7,2), y la manía (OR 6,2). La comorbilidad con otros trastornos adictivos es del 47,3% (OR 7,2), y por orden de mayor a menor frecuencia encontramos asociados los trastornos por

cocaína (84'8%), sedantes (71,3%), opiáceos (65'9%), alucinógenos (62'5%), estimulantes (61,7%) y cannabis (45,2%).

Los trastornos afectivos y de ansiedad son los más frecuentes en las mujeres, mientras que en los hombres son más frecuentes el trastorno antisocial de personalidad y los trastornos por consumo de sustancia.

2.3 NUESTROS DATOS

Desde 2003 el Centro de Solidaridad de Zaragoza presenta un programa de atención dedicado a las problemáticas generadas por el alcohol. A lo largo de estos años 939 personas han iniciado tratamiento en el mismo.

ALCOHOL	ATENDIDOS	MUJERES	PORCENTAJE
2015	227	65	28,63%
2014	170	60	35,29%
2013	173	55	31,75%
2012	140	33	23,57%
2011	127	34	26,77%

El abordaje de esta problemática requiere de una **especificidad por género dado que** el consumo de alcohol es cualitativamente diferente en su forma y en su vivencia según el sexo del consumidor. En el caso de la mujer se “sanciona” socialmente y se les cuestiona como madres y como mujer. Ellas suelen consumir solas, en casa, y lo viven con secretismo, culpa y vergüenza. Los hombres suelen consumir en un entorno social, acompañados y no lo ocultan, se sienten víctimas de problemas de alrededor y no culpables. La intervención según género tiene que contemplar todas estas diferencias. Es el programa de atenciones de todos los que ofrece la Fundación que menor diferencia porcentual presenta entre géneros.

A lo largo de estos años 190 personas han recibido el Alta Terapéutica.

2.4 FACTORES DE VULNERABILIDAD HACIA EL ALCOHOLISMO

Son múltiples los factores de predisposición o factores de riesgo hacia el consumo excesivo de alcohol, como también existen algunos factores protectores, que podemos diferenciar en dos grandes grupos, los que están relacionados con la propia persona (factores individuales) y los que forman parte de su entorno (factores ambientales).

2.4.1. Factores individuales de vulnerabilidad

- Factores genéticos.
Se considera que los factores genéticos explicarían el 49% de la variancia en el riesgo para la dependencia del alcohol y que pueden influir sobre su velocidad de progresión, mientras que la edad de inicio podría estar más relacionada con factores ambientales (familiares y sociales).
- Trastornos Mentales y Factores de Personalidad e Inteligencia
Entre los trastornos mentales durante la infancia, el trastorno disocial parece ser un claro predictor de inicio precoz del abuso de alcohol.

Durante la vida adulta, los resultados de estudios epidemiológicos de comorbilidad psiquiátrica, han detectado que los trastornos de ansiedad, afectivos, psicóticos y los trastornos de personalidad, junto con los rasgos de elevada impulsividad, búsqueda de sensaciones, desinhibición conductual y emocionalidad negativa aumentan el riesgo de alcoholismo.

Respecto a los problemas internalizantes y su relación con el abuso de alcohol, la mayoría de los estudios han evaluado los trastornos depresivos por su frecuente comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias durante la adolescencia y la adultez temprana. Varios estudios longitudinales han encontrado que los síntomas depresivos durante la niñez estarían asociados con un mayor riesgo de consumo de alcohol.

- Factores neurocognitivos

La desinhibición neuroconductual en la adolescencia predice el inicio precoz del abuso de alcohol y podría aumentar también el riesgo de TDAH, trastorno disocial, trastorno bipolar y abuso de sustancias, mientras que una buena autoregulación disminuye el riesgo de abuso de alcohol. Una disminución de la eficiencia cognitiva, junto con un aumento del descontrol conductual en la infancia, de una toma de decisiones impulsivas y de una pobre inhibición de respuesta inapropiadas, son buenos predictores de abuso de alcohol

2.4.2. Factores ambientales de vulnerabilidad

- Factores socio-culturales

El consumo de alcohol está presente en muchos aspectos de la vida cotidiana, pero ha estado regulado a lo largo de la historia a través de la religión, distintos ritos, costumbres sociales e incluso sanciones legales (Edwards, 2005). Desde hace siglos, sabemos que el consumo excesivo de alcohol va asociado a consecuencias negativas para el individuo, su familia y toda la sociedad. Por ello, desde hace siglos, las personas se han posicionado a favor o en contra del consumo de alcohol.

- Factores familiares

La estructura familiar y el modo de crianza contribuyen de modo importante al aprendizaje de lo que es el mundo y también al desarrollo. El control y la calidez paterna son dos variables esenciales en la crianza, que van a influir en la conducta de los hijos.

El control paterno se refiere a cómo son de restrictivos los padres, la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen hacia sus hijos. Si los vínculos entre el niño, la familia y la escuela son fuertes, los niños desarrollarán normas prosociales. Si son débiles, la socialización primaria, durante la adolescencia, estará dominada por el grupo de iguales. La falta de una adecuada internalización de las normas prosociales, y la selección de los iguales más desviados, aumenta la probabilidad de que se impliquen en conductas desviadas.

- Características sociodemográficas

Las mujeres están más protegidas biológica y culturalmente que los varones hacia el consumo de alcohol, sobre todo en su consumo más intensivo, abusivo y peligroso. Sin embargo, en los últimos años ha habido un incremento significativo del consumo de alcohol en mujeres adolescentes, sobre todo en forma de “atracones” de

bebida, influido por cambios sociales, publicidad incisiva y mensajes dirigidos especialmente a ellas, como el de la igualdad o hacerse normativo su consumo. Cuanto antes se empieza a consumir alcohol mayor es la probabilidad de que la persona desarrolle una dependencia del alcohol en la vida adulta.

- Accesibilidad y precios del alcohol

Un bajo precio, junto a un fácil acceso a las bebidas alcohólicas, están relacionados con un elevado consumo per cápita de alcohol. De ahí que muchas medidas preventivas a nivel comunitario se orienten a controlar los precios, reducir el número de locales disponibles, horarios de cierre, control efectivo de los menores, edad mínima para el consumo, etc.

- Leyes y normas sobre el consumo de alcohol

Cuanto más restrictivas son las leyes y normas sobre el consumo de alcohol, menor es su consumo. Reducir el número de establecimientos de venta y promulgar y hacer cumplir leyes, que clarifiquen unas normas restrictivas sobre su consumo, es una de las mejores medidas para controlar el abuso de alcohol.

- Los iguales y amigos en la situación de consumo, ocio y diversión

La influencia de los iguales o amigos, tanto en la adolescencia como en la edad adulta, es un importante predictor para el consumo de alcohol y drogas.

En la vida recreativa, la diversión estaría cada vez más asociada al consumo de alcohol y drogas. Su coste económico resulta muy asequible para muchas personas que buscan potenciar la resistencia y el placer en la diversión, o bien la evasión. Este es un fenómeno que afecta sobre todo a la adolescencia y la juventud y tiende a declinar en la vida adulta, cuando la persona tiene que asumir sus responsabilidades laborales y familiares.

- Trastornos mentales y adictivos en los padres

Un gran número de estudios han encontrado una relación consistente entre el consumo excesivo de alcohol por parte de los padres y el posterior problema con el alcohol de los hijos, los cuales suelen presentar, además del abuso de alcohol, otros trastornos mentales y del comportamiento.

Existen evidencias que confirman que el tratamiento eficaz de los trastornos mentales de los padres (que incluiría el abuso de alcohol y drogas) podría reducir la prevalencia de enfermedad mental y conductas adictivas en la siguiente generación.

- Estrés y eventos vitales estresantes

Se ha encontrado una relación causa-efecto entre las experiencias infantiles adversas y el inicio precoz del consumo excesivo de alcohol en la adolescencia y de dependencia del alcohol en la vida adulta. Los malos tratos durante la infancia se asocian al inicio precoz del consumo de alcohol, a los problemas relacionados con el alcohol y al alcoholismo en la vida adulta.

- Factores ambientales en los adultos

Personas adultas, sometidas a experiencias traumáticas repetidas, presentan abuso de alcohol en proporción a la intensidad de los síntomas de estrés postraumático.

Los factores de vulnerabilidad pueden ser diferentes a lo largo de las distintas etapas de la vida. El alcoholismo puede aparecer en cualquier etapa de la vida. Los episodios de abuso o dependencia del alcohol tienden a prolongarse y pueden

agravarse con el paso de los años, pero muchas personas pueden conseguir la remisión del alcoholismo gracias a un tratamiento especializado.

- Exposición prenatal al alcohol

La exposición prenatal al alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. A partir de 3 consumiciones al día, por parte de la madre, la exposición prenatal al alcohol, durante el embarazo, ha sido claramente relacionada con una mayor vulnerabilidad hacia el alcoholismo. Y uno o más “atracones” de bebida (binge drinking), por parte, de la madre, aumentaría el riesgo de abuso de sustancias (alcohol y drogas), además de otros trastornos psiquiátricos.

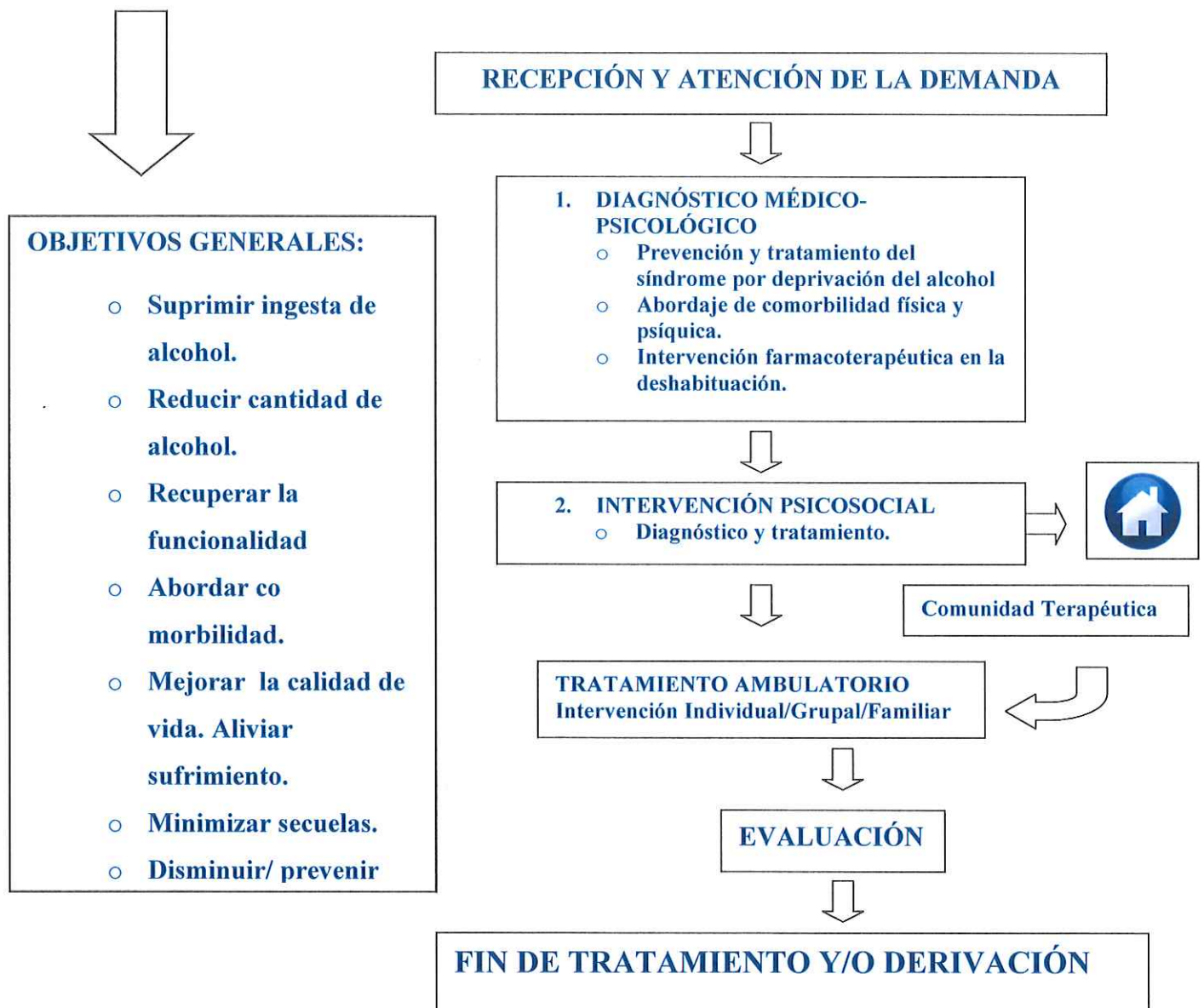
2.4.3. Conclusiones

Algunas personas pueden tener una mayor predisposición biológica hacia el abuso de alcohol; sin embargo, este único factor de vulnerabilidad no implica una evolución inexorable hacia la enfermedad alcohólica.

Por tanto, atribuir el alcoholismo a un único factor de vulnerabilidad sería una simplificación equivocada de una enfermedad en la cual concurren una multiplicidad de factores de vulnerabilidad, tanto en el proceso de enfermar como en el de su recuperación posterior. Y, más allá de la predisposición individual, la vulnerabilidad de cada persona podría ser diferente en cada etapa de su vida, dependiendo de poderosas variables ambientales como el estrés crónico, el apoyo familiar y social y la accesibilidad al tratamiento especializado, que podrían ser factores decisivos en la evolución de la historia natural del alcoholismo.

3. MAPA DEL PROCESO ALCOHOL.

Orientado a personas de ambos sexos, mayores de edad, con una historia problemática de uso/abuso de bebidas alcohólicas



4. RECEPCIÓN Y ACOGIDA

4.1. VIAS DE ACCESO

Los usuarios pueden venir por:

- Iniciativa propia
- Iniciativa familiar (padres preocupados)
- Médico de Atención Primaria
- Hospital u otros servicios de Salud
- Prisión
- Servicios Sociales

Tanto si es por iniciativa propia o no, la demanda al tratamiento se realiza mediante llamada telefónica o vía presencial. Se recogen datos en la ficha (...) y el Coordinador/a de la UASA le llamará para citarle a una primera entrevista. En esa atención telefónica, el profesional se identificará para darle una referencia y le indicará cuando tiene que venir recordándole que traiga la Tarjeta Sanitaria y el DNI.

4.2. PRIMERA ENTREVISTA

Realizada por el coordinador/a de la UASA.

El objetivo de esta primera entrevista es atender la demanda del usuario y explicarle nuestra metodología de trabajo, profesionales que intervienen y posibles itinerarios a seguir.

Se explica en que consiste la Fundación y lo que supone el contrato con Salud Pública. Abordamos su colaboración voluntaria a nivel económico y si es posible se establece un acuerdo.

Realizamos una primera evaluación de su estado, implicando al paciente en su proceso, ofreciéndole consejo y unas primeras pautas de actuación si así lo solicita.

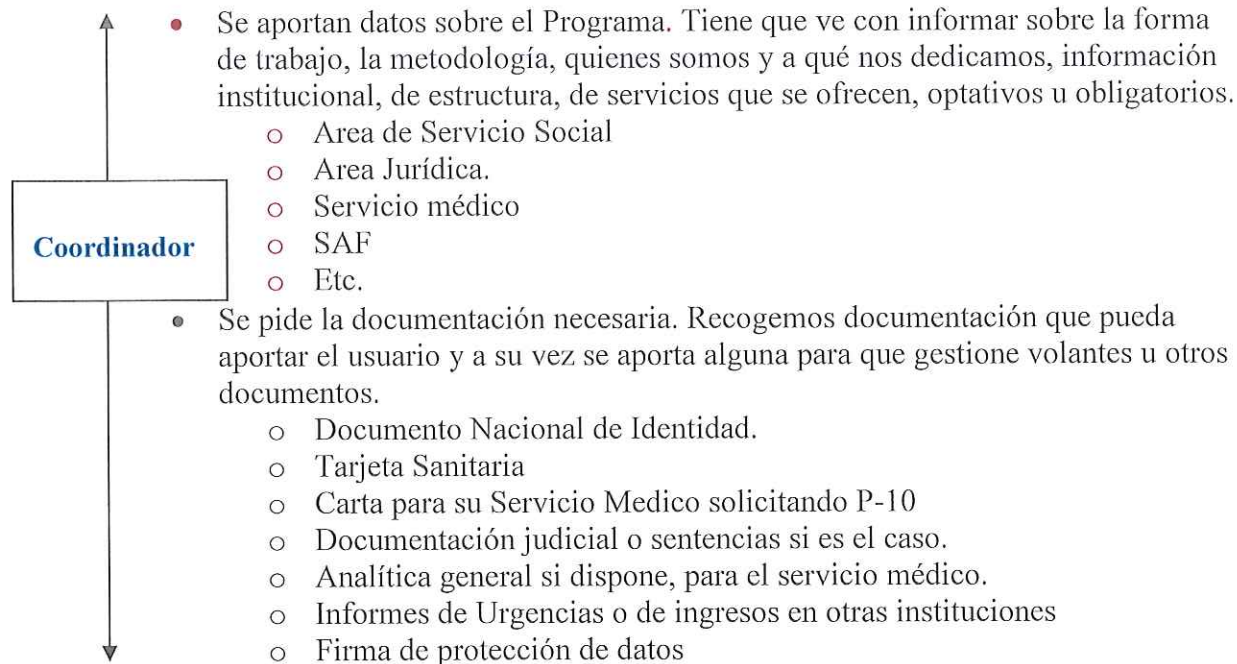
Se recogen datos de filiación, se escanea la documentación y se le da de alta en el Programa de Gestión de Residentes.

Se realiza el SEIT y se le solicita la autorización de recogida de datos mediante la firma de un documento.

Le asignamos terapeuta y le damos una cita con él y con el médico. Si viniera con algún miembro de la familia, hablaremos con ellos, explicando que disponemos de un Servicio de Atención Familiar y se les da cita si quieren participar en el tratamiento.

Con todo esto se realiza un informe que quedará reflejado en su hoja de seguimiento en la Gestión de Residentes, y se le manda por mail al médico de la Fundación.

4.2.1. Información



5. TRATAMIENTO MÉDICO DEL ALCOHOLISMO.

Inicialmente es imprescindible una **Valoración médica exhaustiva** que valore el estado de salud del paciente tanto a nivel físico, neurológico y especialmente importante la valoración del riesgo de delirium tremens u otras complicaciones derivadas del Síndrome de privación alcohólica. Así pues resulta fundamental realizar una historia clínica con valoración de antecedentes clínicos y quirúrgicos y una anamnesis de **valoración física, neurológica y nutricional** del paciente, junto con pruebas complementarias, que como mínimo será de una **analítica de sangre** que contemple parámetros como Hemograma completo incluido el Volumen Corpuscular Medio (alterado habitualmente en estados de alcoholismo), Valoración Bioquímica convencional con especial interés en las **pruebas de valoración** hepática (Transaminasas, Lactodeshidrogenasa, Bilirrubina directa y conjugada, etc.), niveles de Hierro sérico, Ferritina y Transferrina y niveles de Vitaminas del grupo B y Ácido Fólico y la prueba de embarazo en mujeres, así como las pruebas complementarias que en cada caso se requieran. En su caso Ecografía Hepática, Fibroscan, endoscopia o cualquier prueba diagnóstica que se requiera para la valoración orgánica real del paciente.

En esta primera fase evaluaremos también aspectos psicológicos: El nivel cognitivo, el estado mental actual, la existencia o no de adicción y severidad de la misma, si existe **psicopatología** asociada al consumo prolongado de alcohol (son habituales las celotipias, depresión alcohólica, ideación auto lítica, trastornos del sueño, alucinosis alcohólica, deterioro cognitivo, pérdidas de memoria, demencias...) y contemplaremos todo esto a la hora de planificar el itinerario terapéutico.

Dentro de este **itinerario terapéutico** cabe valorar **tres caminos**.

En primer lugar dejar claro que el **primer objetivo del tratamiento es la consecución de la abstinencia** del paciente de todo tipo de sustancias.

Este objetivo depende de la conciencia del problema que tenga el paciente, su motivación y predisposición al cambio, por lo que se pueden contemplar objetivos intermedios en esta fase del proceso.

- **Consumos de bajo riesgo.** Se pactan los límites en base a los criterios DSM IV. Como referencia inmediata evitar cualquier estado de ebriedad por leve que sea y hacer una valoración personalizada en base a las patologías orgánicas derivadas del estado de alcoholismo crónico.
- **Reducción programada del consumo.** Acompañamiento de la reducción paulatina hasta la abstinencia en aquellos casos que no se contemple el ingreso hospitalario para abordar el Sdre. de privación alcohólica

- **Abstinencia.** Valorar la necesidad de **ingreso hospitalario** en casos de algún riesgo clínico por Sdre de abstinencia alcohólica o **asistencia domiciliaria con acompañamiento familiar**.

Después se valorará la necesidad de acompañar cada fase del proceso con un tratamiento **de soporte farmacológico específico y personalizado**, para el tiempo de abstinencia y sus posibles complicaciones.

5.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ALCOHOLISMO

El consumo de alcohol, regularmente y durante períodos prolongados, desencadena **mecanismos neuroadaptativos** de reversión lenta y difícil que contribuyen a reforzar el consumo y cuyas bases bioquímicas, intensamente estudiadas en los últimos años, están alumbrando nuevos enfoques en la fisiopatología y terapéutica del problema.

Los efectos agudos y crónicos del etanol se relacionan con diversos sistemas centrales de neurotransmisión: serotoninérgico, opiode, dopaminérgico y, muy especialmente, gabaérgico y glutamatérgico. La compleja constelación de mecanismos moleculares y celulares involucrados ha ampliado la panorámica desde la que abordar el estudio de la dependencia alcohólica y señalar nuevas dianas para su tratamiento.

Durante años, el tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica se ha orientado a prevenir el refuerzo positivo, (recompensa), mediante agentes aversivos como el disulfiram (Antabus®) o la cianamida cálcica (Colme®).

Dada la influencia del alcohol sobre la liberación de dopamina en el nucleus accumbens, y el papel que se atribuye a este transmisor en el refuerzo positivo de las sustancias de abuso, se investigan los efectos de agonistas y antagonistas que ya se venían utilizando con otras indicaciones neurológicas. Así, el tiapride, antagonista D2, ansiolítico y neuroléptico atípico que reduce los síntomas de supresión alcohólica, ha sido autorizado para el tratamiento del alcoholismo tanto crónico como agudo;

Se puede separar el Tratamiento farmacológico del alcoholismo en los siguientes **procedimientos terapéuticos**:

- **Desintoxicación:** valoración de la sintomatología física, estudio de las posibles complicaciones y control del posible Síndrome de Abstinencia desde el punto de vista médico-farmacológico.
- **Deshabitación:** si los trastornos de salud físicos no lo impiden, es casi simultáneo con la desintoxicación; se debe realizar un detallado estudio de los hábitos, costumbres y perfil de bebedor del paciente, que permiten diseñar estrategias de distintas índole para evitar las recaídas.
- **Rehabilitación:** Es el proceso elemental de un programa sistemático, que intenta ser un tratamiento integral. Tiene que estar coordinada por un equipo de atención sanitario-social y se rehabilitan todos aquellos factores personales, familiares y laborales, en los que las habilidades sociales habían quedado profundamente deterioradas por la evolución de la EAP/SDA.
- **Reinserción:** cuando la pérdida de la actividad laboral/profesional, la desestructuración familiar, etc. condicionan los diversos grados de marginación

social, son imprescindibles los procesos de reinserción y la coordinación con servicios sociales.

La disponibilidad de tratamientos farmacológicos ha venido incrementándose considerablemente en las últimas décadas, y de manera especial por lo que respecta a las fases de desintoxicación y deshabituación.

El empleo de fármacos resulta imprescindible en la fase de desintoxicación, debiendo evaluarse los riesgos del síndrome de abstinencia menor (SAMenor) y mayor (SAMayor), y también el conjunto de condiciones psicopatológicas alcohólicas, bioquímicas de la neuroadaptación, de la inducción enzimática y simultáneamente de posibles enfermedades alcohólicas secundarias (EAS), en especial en el caso de los alcohólicos clínicos.

La administración de **fármacos** en la **desintoxicación y deshabituación** es aconsejable durante períodos de **tiempo cortos**, no más de 8, 10 o 15 días, cuando el paciente realiza una desintoxicación domiciliaria u hospitalaria -si no están contraindicados por una EAS (Enfermedad alcohólica secundaria: hepatopatía alcohólica, pancreopatía alcohólica, polineuritis alcohólica, gastritis, etc.).

La afectación hepática, detectada por los indicadores biológicos, justifica que los fármacos tranquilizantes, en especial los benzodiacepínicos (BZD), mejoren la vivencia de malestar del alcohólico, puesto que normaliza la anormalidad: la biometabólica hepática/SNC y con seguridad, dadas las características de las BZD (recordemos que existe ya el antagonista como fármaco disponible: flumazenil), la del SNC. Una vez desaparecidos los signos y síntomas de la abstinencia, la no inmediata supresión de las BZD tardará más o menos, pero hay que recordar que existe el riesgo potencial de transformar al paciente en un bebedor seco, es decir, en un no bebedor que continuará con conflictos y problemas que tendrán el indeleble sello de la psicopatología y sociopatología alcohólica aunque sea un adicto a las BDZ.

5.1.1. Fármacos de Elección Para la Desintoxicación.

Como abordaje inicial y sin olvidar los posibles perfiles particulares de cada paciente (patologías psiquiátricas asociadas, estados de patología crónica concomitante relacionada o no con el abuso de sustancias, etc) , debemos contar con una batería farmacológica formada por:

1.Fármacos Sedativos. Previenen o minimizan el Síndrome de Abstinencia alcohólica (SAA)

Fármacos de control del temblor y convulsiones.

Fármacos ansiolíticos, benzodiacepinas (diazepam y clonazepam), el clometiazol, antidopaminérgicos (Tiaprida) y antiepilépticos (Oxcarbacepina, topiramato. Pregabalina, Gabapentina)-.

2. Fármacos de soporte. Minimizar las deficiencias nutricionales y restituir la homeostasis hidroelectrolítica.

Vitaminoterapia. Complejo vitamínico del Grupo B, C y ácido fólico.

Restauración del equilibrio hidroelectrolítico. Hidratación. En los graves síndromes abstinenciales se hace indispensable reponer el equilibrio hidroelectrolítico, administrando soluciones glucosadas y electrolíticas a razón de 2-3 litros al día.

En cuadros menos intensos, se le hará beber al paciente al menos 3 litros/día de agua ricas en electrolitos (Vichy ®), zumos de frutas y/o soluciones azucaradas.

5.1.2 Fármacos de Elección para la deshabituación.

1. Efecto disuasivo: los interdictores (el disulfiram y la cianamida cálcica), actúan inhibiendo la enzima aldehído deshidrogenasa, y produciendo una elevación

en los niveles de acetaldehído, causantes de una reacción toxica que podría disuadir al sujeto del consumo de alcohol.

2. Efecto ansiolítico: el acamprosato media su efecto a través de una acción mixta caracterizada por un agonismo GABAérgico y una inhibición de los receptores glutamatergicos tipo NMDA. De este modo se restablece un equilibrio glutamato/GABA y se disminuye el *craving*, especialmente en los sujetos con un consumo con fines de “alivio” (*relief*) psicológico.

3. Efecto de disminución de la gratificación o recompensa:

Este tipo de mecanismo es característico de los antagonistas opiáceos (la naltrexona y el nalmefeno). El bloqueo de los receptores opiáceos conllevaría una reducción en la liberación de dopamina a nivel meso límbico (*n. accumbens*) y, consecuentemente, de la gratificación producida por la ingesta de alcohol, disminuyendo la intensidad de este mecanismo de recompensa causante del mantenimiento del consumo. En la práctica, los pacientes advierten que beben mas pausadamente y, como resultado, la frecuencia de consumiciones se reduce.

6. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DEL ALCOHOLISMO:

TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO DEL ALCOHOLISMO DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

La realización del diagnóstico psicosocial se basa en recoger la información necesaria del paciente, a través de la entrevista clínica y otras pruebas complementarias, que nos permita plantear las estrategias terapéuticas individualizadas y adecuadas a su patología.

6.1. OBJETIVOS:

- **Generar adherencia al tratamiento** a través de la alianza terapéutica, entendida como la colaboración constructiva entre usuario y terapeuta desde una actitud positiva y de respeto mutuo en la que ambos trabajan en dirección al cambio. La alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de resultados psicoterapéuticos y se relaciona con la aceptación de la farmacología y la disminución de las ausencias a las consultas.
- **Valorar la gravedad del consumo.** La forma de cuantificar el consumo en España es a través de la UBE que equivale a 10 gr. de alcohol puro. Traducido a lo cotidiano, una UBE sería igual a 1 caña o copa, un vaso pequeño de vino o cava, media copa de vino generoso o vermouth, medio chupito, medio cubata... La gravedad del consumo se clasifica en tres niveles en función de las UBES consumidas: consumo de bajo riesgo, consumo peligroso o consumo de riesgo. Se recomienda preguntar directamente al usuario acerca de la **cantidad y frecuencia** del consumo de alcohol y si se puede contrastar la información con otras fuentes. Utilizaremos el (CDB) Cuestionario sobre del deseo de beber para obtener información sobre la funcionalidad de dicha conducta y también sobre su dificultad de control, y criterios DSM-IV-TR del módulo L de la entrevista MINI. También nos apoyaremos en alcoholimetrías y analíticas de orina.
- **Valorar el grado de motivación.** Explorar los motivos que explicitan los usuarios para consumir y para disminuir o lograr la abstinencia total. La evaluación de la motivación es importante puesto que nos indica en que fase de cambio se halla para poder intervenir adecuadamente. Para ello utilizaremos el modelo de los estadios de cambio de Prochaska y Diclemente (Precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída).

- **Evaluar los problemas relacionados con el alcohol.** Familia, amigos, finanzas, problemas legales, físicos, afectivos, laborales... Para ello recogeremos todo tipo de datos de carácter biopsicosocial: datos de filiación, realizaremos anamnesis de vida, genograma, sociograma, y mantendremos coordinación con otros profesionales implicados en el tratamiento del usuario.
- **Valorar la salud psiquiátrica del usuario** para lo que utilizaremos la entrevista psiquiátrica estructurada MINI (Mini Internacional Neuropsychiatric Interview) en coordinación con el servicio médico de la fundación. También utilizaremos otras técnicas proyectivas, test de personalidad, etc. en función de las necesidades de los usuarios. Recogiendo otros informes psiquiátricos si los hubiere.
- **Elaboración de un informe diagnóstico** que refleje el análisis de los datos obtenidos y encuadre el problema. En este informe realizado se propondrá al usuario los objetivos y las recomendaciones de tratamiento necesarias que más se ajusten a sus necesidades vitales. Este informe se expondrá en el equipo así como la propuesta de tratamiento que puede ser ambulatoria individual y / o grupal, residencial o la posibilidad de derivarle a un recurso externo.

El seguimiento individual de cada usuario es responsabilidad directa del terapeuta asignado (siempre el mismo). Se realizará con la frecuencia acordada, (semanal, quincenal, mensual), en el marco de un despacho fijo, en un ambiente tranquilo e íntimo, con una duración establecida de 45-60 minutos y con cita previa agendada.

En las primeras entrevistas se concreta y acuerda la intervención y podemos describir cada elemento del proceso:

1.- Se establecen las reglas y pautas del tratamiento. Definimos los mínimos requisitos para un tratamiento eficaz.

- Garantizamos la confidencialidad y el secreto profesional, así como una buena gestión de la información.
- Se establecen vías de acceso telefónico, mail, o presencial de cara a solicitar o cambiar citas.
- Se pide acudir abstinente al servicio y acceder a las pruebas tóxicas que se soliciten.
- Se recuerda el respeto y confidencialidad con relación a otros usuarios.
- Se define el tiempo y la frecuencia

Dependiendo del momento, del estado del proceso, de los acontecimientos, de las situaciones.
COMPONENTE DINÁMICO
 Condiciona el tiempo de intervención en consulta, el CI, la salud mental, las hh.ss, el nivel de introspección, etc

2. Recogida de datos.

- Todos los apartados relativos a la elaboración del INFORME DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN.
 - Datos de filiación. ITER toxicológico.
 - Área médica y tratamientos anteriores.
 - Línea de vida, acontecimientos.
 - Estructura familiar y genograma.
 - Redes sociales
 - Ocio y tiempo libre.
 - Rasgos de personalidad, habilidades cognitivas.
 - CONSIDERAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y DE RIESGO

6.2. TRATAMIENTO INDIVIDUAL

Como **Objetivos Generales del seguimiento individual** de cada usuario podríamos destacar:

- **Realizar seguimiento de la abstinencia:** en la mayoría de las ocasiones tendremos que quedarnos únicamente con una abstinencia declarada del usuario ya que en el caso del alcohol, un posible consumo resulta difícil de objetivar. Utilizando para su detección los metabolitos del alcohol Etanol (detecta consumos de las ultimas 6 horas) y ETILGLUCURONIDO (Detecta consumos de los ultimos 6 dias.).
- **Facilitar apoyo y seguimiento en la inserción socio-laboral:** trabajando en coordinación con otros servicios y/o profesionales tanto dentro como fuera de nuestra Fundación (nuestra trabajadora social, servicios sociales de base responsables del caso, centros residenciales donde se encuentra el usuario, otras fundaciones u organizaciones, etc.).
- **Trabajar el grado de motivación del usuario en el tratamiento,** ya que suele fluctuar a lo largo de su proceso. Para ello, será conveniente que recuerde los motivos por los que en un inicio realiza la demanda, las consecuencias a las que le llevó el consumo, las ventajas que ha ido notando a lo largo del proceso de abstinencia,... Se realiza un trabajo exhaustivo de **prevención de recaídas** desde el momento en el que el usuario consigue la abstinencia, ya que entendemos la recaída como una parte del proceso.
- **Proporcionar un apoyo y seguimiento familiar facilitador de la abstinencia.**
- **Abordar situaciones producidas en el “aquí y ahora”:** tanto situaciones de éxito como de fracaso, trabajando la gestión emocional, la resolución de conflictos y las habilidades sociales que en nuestros usuarios suelen ser variables pocos desarrolladas.

- **Facilitar al usuario la realización de un trabajo de introspección** que le permita establecer unos objetivos terapéuticos personales más profundos que garanticen cambios de conducta estables y prolongados en el tiempo.
- **Valorar si son necesarios otras figuras de intervención para garantizar el progreso del usuario**, sobre todo en pacientes que padecen comorbilidad psiquiátrica. Así, podemos valorar si un usuario es susceptible en un momento determinado de volver a visitar a nuestro servicio de psiquiatría, o a nuestro servicio médico, o tener que acudir a urgencias hospitalarias para posible ingreso, e incluso poder solicitar algún centro de media estancia o de día para garantizar el bienestar del paciente.
- **Solicitar y elaborar informes** para aquellos pacientes que lo demandan, por situaciones judiciales, socio-sanitarias o de cualquier otra índole.

También podríamos describir la intervención basada en tres parámetros.

1.ABSTINENCIA	OBJETIVO: Comprometer al paciente con su abstinencia y/o reducción de daños. HERRAMIENTAS: • Tratamiento farmacológico. • Estrategias de afrontamiento: craving/riesgos. • Entrevista motivacional. • Pruebas objetivas: control orina. • Confrontación y directividad como motor de cambio en usuarios con bajo nivel cognitivo que no respondan a la dinámica motivacional. • Apoyo familiar/red social. • Coordinación con otras instituciones y/o profesionales.
2.MUNDO EXTERIOR	OBJETIVO: Recuperar la eficacia y funcionalidad del usuario en su entorno. HERRAMIENTAS: <u>En el área familiar:</u> • Terapia familiar/pareja. • Profundización en las relaciones familiares. <u>En el área social:</u> • Situación del área laboral: identificación de debilidades y fortalezas, gestión de las habilidades sociolaborales. • Red social: profundizando en el sociograma. • Estado de sus necesidades básicas: intervención y seguimiento social. • Manejo del ocio y TL: gestión saludables del tiempo libre y aficiones. • Profundización en valores socioculturales: fomentando la participación ciudadana, la conciencia social y la adaptación al entorno.
3.MUNDO INTERIOR	OBJETIVO: • Favorecer el proceso de autoconocimiento, desarrollo y crecimiento personal para: • Potenciar la autonomía emocional

3.MUNDO INTERIOR	• Identificar la función del alcohol en la vida del usuario • Identificar y abordar miedos, mecanismos de defensa, traumas, etc. • Potenciar la resiliencia emocional del individuo HERRAMIENTAS: • Reestructuración cognitiva • Técnicas narrativas • Técnicas proyectivas • Identificación secuencia pensamiento-sentimiento-conducta • Confrontación. • Técnicas logoterapia
------------------	---

Activar el Capital de Recuperación (Recovery Capital), entendido como la cantidad y cualidad de recursos internos y externos de una persona, en los cuales se puede apoyar para favorecer la recuperación ante un problema de abuso o adicción a drogas u alcohol (White y Cloud, 2008).

La recuperación, por tanto, implica la activación del Capital de Recuperación del individuo compuesto por sus recursos internos y de su ambiente y que se sitúan a 3 niveles: **personal**, conformado por el capital físico y humano; **familiar/social** y el **comunitario**, conformado por el capital cultural.

En el caso de Patología Dual : Psicoeducación.

La patología dual o Comorbilidad se produce cuando coinciden al mismo tiempo en el usuario una enfermedad mental y una adicción tóxica. Esta circunstancia debe contemplarse como un obstáculo al tratamiento, haciendo la intervención mas compleja. Es importante que adecuemos las metas y expectativas a la potencialidad terapéutica real del usuario. Tendremos que ajustar los límites a la realidad del paciente y encontrar un punto de equilibrio entre lo que quieres y lo que de verdad puedes hacer con el usuario. Entender que los procesos de adicción tiene una dinámica cíclica, especialmente el alcoholismo y que la enfermedad mental también tiene sus momentos de exacerbación, reagudización, descompensación, etc. Estas dos dinámicas pueden marcar el día a día del paciente y tenemos que contemplarlo a la hora de acompañar su evolución.

Otro factor importante a tener en cuenta en estos casos es que déficits asociados a la enfermedad mental, pueden ser una carencia importante a la hora de utilizar herramientas para controlar la adicción (Trastorno de control de Impulsos, déficits Cognitivos, etc.) que pueden complicar la gestión del caso.

Necesitamos ante esta realidad un diagnóstico profundo y exhaustivo que nos permita planificar un itinerario terapéutico en base al espacial perfil de nuestro paciente. En muchos momentos será necesario priorizar la estabilización clínica del paciente atendiendo al momento de la enfermedad, con tratamiento farmacológico si procede.

Los estudios demuestran que en muchos casos de patología dual, la droga o tóxico tiene un sentido utilitarista, para paliar los síntomas negativos que provoca el trastorno

mental. Sabemos que es frecuente el uso de alcohol en Depresivos y trastornos del estado de ánimo, el uso de anfetaminas y derivados en TDHA, etc. Veremos pues que en estos casos el usuario no elige la droga, sino que la droga elige al usuario. Este sentido de la droga en base al trastorno mental, debemos contemplarlo y manejarlo en el proceso terapéutico

Al final debemos entender que el enfermo mental ha demostrado mayor vulnerabilidad frente al consumo de drogas. También se objetiva que el consumo de drogas puede agravar y distorsionar su enfermedad mental. Necesitamos conocer a la persona para entender como se manifiesta su enfermedad y como podemos ayudarlo de forma eficaz. Haciendo necesario una psicoeducación, una rehabilitación social y en muchos casos, la colaboración con otros especialistas como psiquiatras, educadores sociales, terapeutas ocupacionales, además del médico y el psicólogo y la disponibilidad de recursos asistenciales que puedan favorecer la protección y el bienestar del usuario.

6.3. TRATAMIENTO GRUPAL.

La Terapia de Grupo se considera una herramienta terapéutica especialmente útil en personas con problemas de adicción; la intervención grupal, combinada con apoyo psicológico individual, permite afrontar de una forma más eficaz los problemas psicosociales derivados del uso y/o abuso de sustancias adictivas.

Se contempla el recurso del grupo como un espacio protegido de sustancias cuya función es dotar a los usuarios de estrategias de afrontamiento y recursos que favorezcan el cambio. La participación continuada y activa en el grupo mejora los síntomas y disminuye la cronificación del problema.

6.3.1. Destinatarios:

Personas que estén en tratamiento de alcohol y que cumplan los siguientes aspectos:

- Que no exista consumo ni de alcohol ni de otras sustancias, y una abstinencia como mínimo de un mes, para garantizar la protección tanto del individuo como del resto de integrantes del grupo.
- Que exista un seguimiento médico y/o psiquiátrico adecuado a las necesidades del usuario.
- Que no exista patología psiquiátrica severa que impida la comprensión y adecuación a las exigencias psicoterapéuticas.
- Que mantenga un seguimiento individual.
- Que tenga conciencia de problema.
- Que tenga motivación por participar en acción grupal.

Dados sus rasgos diferenciales, consideramos separar por género los Grupos Terapéuticos.

En las mujeres, el consumo es caracterizado por su carácter vergonzante, suele darse en soledad y con presencia concomitante de dependencias afectivas y trastornos

depresivos, a diferencia del consumo masculino donde predomina un uso social del alcohol y la presencia concomitante de rasgos obsesivos compulsivos y esquizomorfos.

6.3.2. Objetivos:

El trabajo a desarrollar en grupo tiene un carácter de apoyo hacia la terapia individual. No es únicamente un grupo de autoayuda, pretende ser un grupo de reflexión, formativo, didáctico y de apoyo. Los objetivos serían:

- Ofrecer un espacio de reflexión sobre asuntos relacionados con el alcoholismo.
- Ofrecer un espacio de apoyo entre personas con dificultades similares.
- Favorecer estrategias para la prevención de recaídas.
- Motivar para una abstinencia prolongada/permanente.
- Conocimiento personal y trabajo inteligencia emocional.

6.3.3. Estructura:

El Grupo Terapéutico tendrá una frecuencia semanal, y una duración en torno a hora y media o dos horas. Será de orientación ecléctica, y en cada grupo se abordará un tema o dinámica concreta como línea de trabajo, aunque a través de dicha línea se trabaje también el “aquí y ahora”.

El número de usuarios podrá variar según demanda, pero generalmente estará formado por ocho o diez usuarios. Se les requerirá una estricta confidencialidad, abstinencia, compromiso de asistencia (y avisar de la ausencia en su defecto), puntualidad, motivación y participación activa en el grupo.

Analizando necesidades, inquietudes, expectativas y momento presente práctico y/o emocional de los participantes, plantearemos los temas y dinámicas concretas, no pudiéndose quedar sin trabajar: Familia, Relaciones afectivas, prevención de recaídas, emociones y sentimientos, Ocio y Tiempo Libre, área laboral.

7. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL PROGRAMA DE ALCOHOL

Ante un problema de abuso o dependencia de alcohol siempre debemos plantearnos un análisis profundo de la situación familiar y de las diversas interacciones entre sus miembros.

Teniendo como referencia de nuestra intervención el enfoque sistémico, contemplamos la conducta alcohólica como el síntoma emergente de una realidad problemática y disfuncional más amplia.

El Servicio de Atención Familiar (SAF) del CSZ está al servicio de la familia del usuario y en especial de su familia de referencia actual.

También está al servicio de los compañeros de la UASA para lograr trabajar el caso desde un abordaje más integral, global y sistémico durante el proceso de tratamiento. Sobre todo en aquellos casos que sean susceptibles de este abordaje y que contemos con el apoyo del usuario y con la demanda expresa de la familia.

7.1. JUSTIFICACIÓN

- Porque entendemos que si no se contempla a todo el núcleo relacional familiar, los cambios que se introduzcan con el usuario se pueden ver contrarestandos por la retroalimentación negativa que caracteriza a los síntomas patológicos.
- Nos basamos en los estudios científicos y en nuestra propia experiencia de trabajo de que la inclusión de la familia de origen y/o de la familia constituida en el tratamiento, mejora los resultados sobre el consumo de alcohol y por otra parte mejora la comunicación y las relaciones familiares y de pareja; especialmente en aquellos casos donde la relación aparece deteriorada.

- Porque las familias alcohólicas son sistemas conductuales en las cuales el alcoholismo y las conductas asociadas al mismo se convierten en principios organizadores centrales, entorno a las cuales se estructura la vida de la familia (Claudia Alazraki).
- Por otra parte, y desde criterios preventivos, observamos que los hijos de alcohólicos se ven profundamente afectados por la enfermedad de sus padres y a su vez tienen más probabilidad de convertirse en adictos en el futuro o a emparejarse con personas consumidoras y tener actitudes codependientes.

7.2. FINALIDAD

La intervención con la familia pretende fortalecer las capacidades individuales y del sistema para reforzar los vínculos que unen a los miembros del sistema familiar para que resulten más sanos, eficaces y capaces de estimular progresos personales de los miembros y de todo el contexto emocional (J.A. Rios. Manual de orientación y tratamiento familiar).

El objetivo del tratamiento es poder trabajar con el paciente y su contexto, con su familia, siempre que sea posible. Desde un abordaje global y sistémico

Las personas cercanas al alcohólico, con frecuencia quieren hacer algo por él, pero no saben qué hacer, cómo hacerlo ni por dónde empezar. En sus intentos “fallidos” por ayudarles pueden realizar conductas “facilitadoras”, que en lugar de detener la enfermedad la cronifican (Cermak, 1986).

7.3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL SAF

Será deseable y aconsejable poder conocer y que nos conozcan las familias de nuestros usuarios, siempre que existan y quieran participar en el proceso, aunque sea con distintos niveles de implicación.

En la primera entrevista con el usuario/familia se les informará de que trabajamos también con la familia y que hay un recurso específico, el SAF.

Los motivos iniciales para su derivación son:

- Valorar positivamente la incorporación de la familia como medio eficaz en la mejora del tratamiento.
- Derivar al SAF si la familia se muestra dispuesta a colaborar en el tratamiento y demanda atención también para ella, siempre que no haya una petición expresa del usuario en contra de que asista su familia.
- Una tercera cuestión a contestar es si se puede hacer o no un abordaje familiar. Puede ocurrir que aunque la terapia familiar esté indicada y sea necesaria, haya dificultades o resistencias familiares que la imposibiliten.

7.4. PROCESO Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

- **1ª Entrevista con el familiar/es de referencia (pareja, padres, hijos, hermanos).** Puede ser a partir de la primera entrevista con la directora donde el usuario/a demanda tratamiento y viene acompañado por su familiar de referencia. O bien derivada la familia por el terapeuta del P.I. (paciente identificado) una vez que él/ella acepta que venga su familia para implicarse en el tratamiento.

En esta primera entrevista se trata de establecer una alianza terapéutica con la familia, clarificar su demanda, grado de motivación e implicación en el proceso. Se les informa sobre nuestro recurso, metodología y proceso a seguir. Se les ofrece nuestro apoyo, tanto para ayudar a su familiar como a ellos mismos.

- **2ª a 4ª entrevista. Con una periodicidad semanal o quincenal en función del caso.** En estas entrevistas se sigue reforzando el vínculo con la familia, se les da apoyo emocional y pautas de actuación con el P.I. que favorezcan la abstinencia y la adherencia al tratamiento.

Paralelamente vamos recogiendo información sobre la situación familiar, estructura, interacciones, comunicación y su proceso y actuaciones hasta llegar con nosotros. Lo realizamos a partir del formulario familiar y del genograma hasta completar el diagnóstico familiar.

- **5ª-6ª Entrevista.**

Una vez completado el diagnóstico se elabora un informe familiar donde se recogen las posibles hipótesis relacionales, la función del síntoma y se plantean unos objetivos y posibles actuaciones de intervención.

En estas entrevistas se les devuelve a la familia nuestra impresión diagnóstica y los objetivos a conseguir. Será muy importante su feed-back y su nivel de compromiso con la intervención planteada.

- **Sucesivas entrevistas.** Se van verificando los objetivos y se adecuan las actuaciones en función de la evolución. Teniendo en cuenta sus dificultades personales, las posibles interacciones conflictivas con el P.I. u otros miembros de la familia y también las posibles resistencias al cambio individuales o del propio sistema familiar.

Acompañamos a la familia en su proceso de reestructuración, de adaptación al ciclo vital de la familia y de búsqueda de pautas alternativas que favorezcan la funcionalidad sana del sistema y que mejoren la comunicación y la relación.

7.5. NIVELES DE INTERVENCIÓN

- **Educativo:** Facilitar a los padres o familiares formación y herramientas que les ayuden a mejorar su tarea educativa
- **Asesoramiento:** Aportarles criterios de funcionamiento e instrumentos útiles para afrontar situaciones desajustadas.

- **Terapéutico:** proporcionar técnicas de reestructuración para afrontar amenazas y situaciones de riesgo y peligro para la dinámica familiar.
- Como prioritario trabajaremos la codependencia en las parejas.

Algunas normas básicas en nuestra intervención:

- Respetamos a las personas y su individualidad: ideología, valores, estilo de vida...
- Respetamos el ritmo de la familia, sin invadir o presionar.
- Observamos y tenemos en cuenta el nivel de conciencia del problema.
- Utilizamos un lenguaje ajustado a la realidad familiar para explicarles todo lo esencial de la intervención.
- Hacemos un gran esfuerzo para que la familia se sienta escuchada.
- Les explicamos nuestra forma de trabajo para que ellos puedan tomar sus decisiones y puedan aceptarlos o buscar otras soluciones.
- intentamos hacer sentir a la familia que es posible el cambio, pero sin crear falsas expectativas y sin caer en la urgencia o la delegación de la familia.
- Trabajamos en clave de proceso, contemplando las mejoras y avances, pero también los retrocesos y las recaídas como parte del mismo.

7.6. ESPACIOS Y MOMENTOS DE LA INTERVENCIÓN

- **Entrevista individual:** principalmente con la pareja, padres u otro familiar de referencia: hijos, hermanos, amigos...
- **Encuentro familiar:** Se realiza con el P.I, su terapeuta, con los familiares de referencia durante el proceso y el terapeuta familiar.
- **Grupo multiparejas:** Es una intervención psicoeducativa con varias parejas donde al menos uno de ellos está en tratamiento por adicción.
- **Grupo de familiares:** es una intervención grupal con los familiares de referencia que no son pareja. Son grupos de autoayuda guiados por el terapeuta familiar y con un enfoque psicoeducativo y de apoyo emocional.
- **Talleres:** Son espacios mas informales y circunstanciales y con un enfoque más formativo, cognitivo. Pueden ser para los familiares en su conjunto o específico para padre, parejas, o mixto donde se incluyen también los usuarios en proceso. Son sobre temas relevantes del proceso: la adicción, patologías asociadas, la comunicación, la autoestima...

8. PROCESO DE VALORACIÓN Y FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO

8.1 EL PROCESO DE EVALUACIÓN.

Realizamos una valoración sobre el cumplimiento de los objetivos adaptados a cada usuario. Esta se realiza a varios niveles, tiene un carácter dinámico ya que es continuada, y a la par dispone de unos espacios pautados de encuentro, en los que se van realizando controles sobre las metas y objetivos.

- En las entrevistas periódicas con el profesional de referencia.
- En las citas de revisión médica.
- En los espacios de revisión con el psiquiatra, si se dan.
- En los grupos con la unidad familiar o pareja
- En los grupos de terapia si participa.
- En la coordinación con otros agentes e instituciones participantes.

8.1.1 Items abordados= Objetivos generales. ¿Qué evaluamos?

- **Suprimir ingesta de alcohol. Abstinencia. EVALUAR**
 - Control de tóxicos en orina y etilometría (Etanol y Etilglucuronido. ETG)
 - Verificación de la ingesta de fármacos interdictores (Aversivos)
- **Reducir cantidad de alcohol. Consumos de bajo riesgo. EVALUAR**
 - Tendremos en cuenta casos en los cuales se dan rasgos de la personalidad que se expresan consumiendo alcohol, pero no se configuran como un patrón clásico de alcoholismo.
 - Estabilización verificada de consumos de bajo riesgo: analíticas, informantes, hábitos, etc.
 - Objetivación de limitación del consumo con medicamentos antagonistas opioides.
- **Recuperar la funcionalidad. Actividad/sociabilidad. EVALUAR**
 - Valoramos qué ha perdido en el proceso de adicción: puntualidad, constancia, sociabilidad, hábitos de higiene, etc. Queda detallado para cada individuo y se realiza una valoración.
- **Suprimir/abordar comorbilidad. Concomitantes. EVALUAR**
 - Describir con qué convive la adicción (si lo hace) y abordarlo, debe quedar reflejado y así poder llegar a una valoración final.
 - A través del diagnóstico inicial y otros aspectos reflejados en el proceso
- **Mejorar la calidad de vida. EVALUAR**

- Describir elementos de mejora que ha llegado a adquirir, recuperar, descubrir.
- **Minimizar secuelas. EVALUAR**
 - Aspectos de mejora aplicados a los efectos secundarios de la patología:
 - Compensación: Ej. Déficits cognitivos, minsuvalías.
 - Reposición: sobre el perdón, conciliación, daño realizado
- **Disminuir/ prevenir recaídas EVALUAR**
 - Evaluación del proceso, aprendizaje, autoconocimiento.
 - Descripción de Fortalezas y Debilidades a tener en cuenta como elementos dinámicos de la recaída o el mantenimiento de logros
 - Indicadores de recaída específicos y generalizados
 - Medidas a tomar en el caso de alarma: descripción y pasos adaptados a cada usuario.

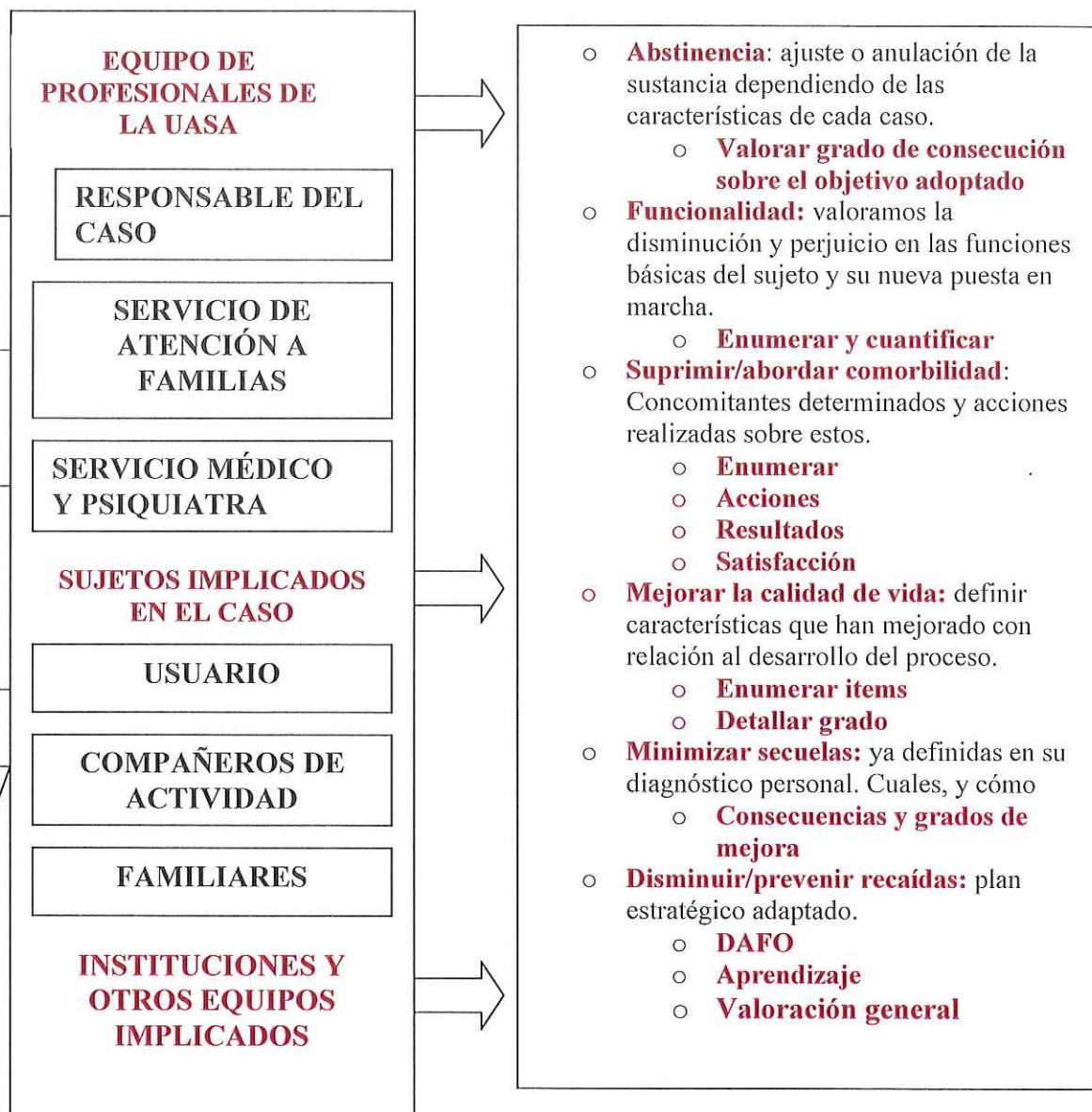
8.1.2. La metodología del proceso de evaluación

Debemos considerar diferentes espacios de abordaje

- **Individual:** el profesional evalúa, valora, hace una “tasación” o instantánea del caso. La elaborada por el responsable a cargo, desde la observación y el registro de entrevistas y actividades, a partir de los diarios de grupo y la interacción con el usuario.
- **Personal e íntimo,** a la par que el usuario también la realiza desde su propia óptica, sus deseos, expectativas, valorar reflexionar, dejar constancia por escrito, etc.
- **Grupal :** en el grupo se pone en común los logros y las dificultades, el proceso y su resultante. El conjunto puede ser constituido por los participantes de un grupo terapéutico.
- **Familiar:** se ha de poner en común lo aprendido, conocido, los logros, las advertencias, las fortalezas y debilidades, con los familiares implicados, con el apoyo del SAF
- **Equipo:** el conjunto de profesionales, como aportación objetiva de opinión a la hora de compartir los criterios de finalización e incidencias.
- **Conjunto:** la reflexión y puesta en común que hacemos dentro de una relación Asistencial, como orientación terapéutica Usuario – Profesional.

LA EVALUACIÓN

PROCESO DE EVALUACIÓN CONTINUADA



CONCLUSIONES Y CIERRE

En el proceso de EVALUACIÓN, valoramos los logros obtenidos con relación a los objetivos establecidos en el plan de acción detallado en el Programa de Alcohol, adaptados a las características e idiosincrasia de cada sujeto y su entorno.

Contamos con la participación de todos los agentes implicados en el proceso; profesionales, familiares, compañeros y el propio usuario. Los hacemos colaboradores y protagonistas del proceso y su valoración.

Se realiza en equipo, a nivel individual y grupal.

Debe aportar una reflexión válida y aproximada, una imagen de el nivel de consecución de aquellas metas que se han planteado y su desarrollo, así como un aprendizaje individual que sirva al usuario de advertencia sobre los indicadores de recaída, los elementos que han tenido peso en su crisis o que han dificultado su evolución, así como las pautas a seguir si emergen de nuevo ítems de riesgo; que hacer ante la recaída.

1. CONTROL DE TOXICOS :

- Se hace referencia al uso de elementos de laboratorio; análisis de orina y controles de etilometría, pautados o de forma aleatoria, como objetivación de la abstinencia

2. ANAMNESIS DE ALCOHOL

- Se constituye como un relato, una historia de la relación del sujeto con el alcohol, el papel que juega en su vida, el uso, su participación en los momentos decisivos vitales, etc.

3. GRUPOS FAMILIARES

- El SAF se encarga de dinamizar y de orientar en los encuentros familiares de cara a establecer metas, objetivos a corto y medio plazo que se irán valorando en consecución y cumplimiento por parte de los implicados, en los espacios de encuentro delimitados.

4. GRUPOS TERAPÉUTICOS

- En estos grupos se da cuenta de los compromisos personales, para con el grupo, con relación a sus actitudes, familia, actividades, trabajo, salud, etc. Se valora el nivel de satisfacción, logros y se renuevan o remodelan objetivos.

5. ENTREVISTAS INDIVIDUALES

- Acompañamiento, orientación, apoyo, información, se acota, delimita, ajusta, se realiza una devolución de logros, se analiza el grado de satisfacción, se nivela la exigencia con relación a las posibilidades de cada uno y se hace una reflexión final.

6. VALORACIÓN PERSONAL Y REFLEXIONES

- El usuario debería elaborar un escrito sobre su proceso, logros, etapas, dificultades, consecuciones y nivel de satisfacción.
- No debería terminar sin tener clara cual ha sido su relación con el alcohol, para qué, en qué momentos.
- Debería conocer cuales son los ítems que le advierten de una próxima recaída y cuales son los factores que le protegen de esta
- Debería compartirse esta reflexión final con todas las personas que han participado en este proceso; equipo, grupo, familia, profesionales cercanos.

9. A P E N D I C E (I)
FARMACOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO.
(Basado en la Guía de Tratamiento de Trastorno por uso de Alcohol (TUA).
Socidrogaalcohol. Bartolomé Perez Gálvez. 2015.)

9.1.- TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN

9.1.1. Fármacos sedativos

Benzodiazepinas

Por la rapidez de inicio de sus efectos, la duración de estos y la posibilidad de revertir una sobredosis ocasional mediante el flumazenil, las benzodiazepinas constituyen el tratamiento de primera elección en la desintoxicación por un TUA. Se aconseja el uso de las de vida media larga, como el diazepam, el clonazepam, el clorazepato dipotasico o el clordiazepoxido. Este tipo de benzodiazepinas –en especial, el diazepam y el clonazepam–han demostrado mayor grado de evidencia en cuanto a su eficacia y tolerabilidad, siendo útiles igualmente para prevenir complicaciones severas en el SAA, como las convulsiones por deprivación o el *delirium tremens*.

En pacientes con hepatopatía severa, edad avanzada u otros motivos que aconsejen evitar una sobre sedación, es aconsejable utilizar una benzodiazepina de vida media más corta (intermedia) y sin metabolitos intermedios, como es el caso del lorazepam. En cualquier caso, debe vigilarse la posible aparición de efectos secundarios severos como la depresión cardiorrespiratoria, en especial cuando se utilicen dosis elevadas.

En la prevención y tratamiento del SAA se han propuesto tres opciones para la administración de benzodiazepinas

(TABLA 10-1):

- A. Una dosis inicial alta y unica (dosis de carga).
- B. Una dosis fija, en pauta generalmente descendente.
- C. Una dosis proporcional a la gravedad de síntomas de abstinencia.

TABLA 10-1 Pautas de administración de benzodiazepinas en el SAA		
TIPO	PERFIL DEL PACIENTE	RÉGIMEN DE DOSIS
DOSIS DE CARGA	Pacientes con alto riesgo de complicaciones de un SAA, desintoxicados en medio hospitalario.	Dosis elevadas hasta que desaparezca el SAA o se alcance una sedación ligera.
PAUTA FIJA	Pacientes con riesgo de abstinencia complicada que son desintoxicados en medio no hospitalario.	Dosis decreciente para un intervalo fijo de días.
DOSIFICACIÓN DEPENDIENTE DE LOS SÍNTOMAS	Apropiada para pacientes desintoxicados en un contexto de supervisión médica (ambulatorio u hospitalario).	Dosis dependiente de la aparición de síntomas de abstinencia.

La pauta dependiente de la aparición de síntomas es la más aconsejable cuando el paciente no presente comorbilidad ni antecedentes de SAA grave o de convulsiones.

A excepción de aquellos casos en los que la administración oral pudiera estar dificultada (agitación, vómitos, etc.) es preferible esta frente a la intravenosa (IV) lenta. Debe evitarse la vía intramuscular (IM) por cuanto las benzodiazepinas se absorben erráticamente por esta vía. Existe un amplio rango de dosis, dependiendo de múltiples variables como el peso, estado físico o nivel de consumo. En la **TABLA 10-2** se exponen las pautas de administración más comunes:

TABLA 10-2 Dosificación de pautas de benzodiazepinas en el SAA		
TIPO	VÍA	DOSIS
Método de carga	Oral	▫ 20 mg cada 1-2 horas hasta sedación.
Pauta de 4 días	Oral	▫ Día 1: 20 mg cada 6 horas. ▫ Día 2: 20 mg cada 8 horas. ▫ Día 3: 20 mg cada 12 horas. ▫ Día 4: 20 mg cada 24 horas.
	Intravenosa	▫ 20 mg inicialmente. Después, infusión lenta de 20 mg/hora hasta sedación.
Pauta descendente de prevención del SAA	Oral	▫ Dosis inicial: dosis máxima de 100 mg/24 h, repartida en 3-4 tomas. ▫ Reducción del 30% en el segundo día. ▫ Reducción del 5% diario, hasta supresión. ▫ Para el resto de benzodiazepinas, utilizar dosis equivalente de diazepam y seguir la misma pauta.
Tratamiento del delirium tremens	Intravenosa	▫ 20 mg inicialmente. Después, 5 mg cada 5-10 minutos (administración lenta) hasta sedación.

Clometiazol (Distraneurine)

El clometiazol (Distraneurine) es un derivado tiazolico de la vitamina B, con buena eficacia hipnótica, sedativa y anti comicial. Actualmente solo se comercializa en capsulas de 192 mg.

Debe ser indicado en pauta descendente, con especial cuidado de alcanzar la suspensión en breve plazo, dado su elevado potencial adictivo.

Como orientación puede administrarse una dosis inicial de 7-16 capsulas diarias (1.344-3.072 mg/día), repartidas en 3-4 tomas. Se recomienda no superar dosis diarias de 4g. A partir de esta dosis de inicio, se procederá a disminuir gradualmente la administración de este fármaco, disminuyendo una capsula cada día hasta llegar a la suspensión total. Como efectos secundarios mas habituales destacan reacciones alergicas (rinorrea) y gastritis. Las sobredosis de este fármaco pueden producir, igualmente, paradas cardiorrespiratorias.

Al igual que las benzodiazepinas, el clometiazol presenta tolerancia cruzada con el alcohol. Es un fármaco con menor tolerabilidad que estas y mayor gravedad de las interacciones si se consume alcohol, razones que desaconsejan su uso como

primera elección, especialmente en tratamientos ambulatorios así como en pacientes hepatopatas y de edad avanzada.

Antidopaminérgicos (Tiaprizal)

El tiapride (TiaprizalR) es un antagonista de los receptores dopaminérgicos D2, perteneciente al grupo de las benzamidas, con ligero efecto ansiolítico y que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del SAA, en especial respecto a la contención de determinados síntomas como náuseas, temblor, sudoración o alucinaciones.

Se presenta en comprimidos de 100 mg y en ampollas inyectables de igual dosis. El rango habitual es 400 a 1.200 mg al día en administración parenteral (IM o IV) y de 300-800 mg al día, cuando se utiliza vía oral, en casos de menor gravedad.

Un aspecto importante a destacar es el hecho de que los antidopaminérgicos pueden reducir el umbral convulsionante.

Debe recordarse que las crisis epilépticas por privación se presentan en el 3-10% de los pacientes no tratados. Por este motivo, el uso del tiapride debe limitarse a pacientes que requieran dosis bajas o a la administración como fármaco coadyuvante, en este caso asociada a benzodiazepinas o anticonvulsivos. El uso del **haloperidol** debe limitarse a la contención de episodios de agitación, preferentemente vía IM

Antiepilépticos (Carbamazepina, Oxcarbazepina, Pregabalina, Gabapentina)

Los fármacos antiepilépticos presentan una serie de ventajas respecto a los fármacos anteriores, como es la ausencia de riesgo de abuso y de potenciación de los efectos cognitivos producidos por el alcohol. Por otra parte, presentan un menor grado de interacción con el alcohol, ofreciendo mayor seguridad en este sentido.

De igual modo, su efecto *anti-kindling* evitaría la sensibilización neuronal que genera una mayor gravedad en los episodios sucesivos de SAA.

No obstante, en la actualidad no existe suficiente evidencia respecto a la eficacia de estos fármacos en el tratamiento del SAA, con resultados publicados muy heterogéneos.

Cabe destacar, por otra parte, las limitaciones para su uso, que genera el riesgo de aparición de determinados efectos secundarios como las complicaciones hepáticas y hematológicas, asociadas a los dos anti convulsivos de los que se dispone mayor número de estudios de eficacia en el tratamiento del SAA: la carbamazepina y el ácido valproico.

En términos generales, algunos fármacos antiepilépticos podrían ser útiles en la prevención y tratamiento del SAA (la carbamazepina, el ácido valproico o la oxcarbazepina (Trileptal)) mientras otros tendrían un papel coadyuvante, permitiendo utilizar dosis más bajas de benzodiazepinas (gabapentina o pregabalina). Como indicación específica, los antiepilépticos pueden ser útiles –solos o en combinación con el tiapride– cuando sea preciso evitar la administración de benzodiazepinas.

9.1.2. Tratamiento de soporte

En el tratamiento de desintoxicación de un TUA, es habitual que sea necesario añadir alguna intervención de soporte, dependiendo del estado físico del paciente:

Tiamina (vitamina B1): se aconseja administrar 100-300 mg IM, durante los tres primeros días, siguiendo posteriormente con la misma dosis vía oral, al

objeto de prevenir complicaciones neurológicas como la encefalopatía de Wernicke o el síndrome de Wernicke-Korsakov. La administración de tiamina debe realizarse ante cualquier caso de paciente alcohólico, independientemente de que inicie un tratamiento de desintoxicación o mantenga el consumo de alcohol. Es conveniente mantener tratamiento oral de complejo vitamínico B (B1, B6 y B12) al concluir la desintoxicación y hasta la estabilización del estado físico del paciente.

Acido Fólico: 5-10 mg/día, en caso de presentar anemia macrocítica.

Antieméticos: cuando se prevean vómitos o en presencia de estos.

Sales: control de niveles de K⁺ y Mg²⁺, con reposición en caso de déficit de frutas.

9.2. TRATAMIENTO DE DESHABITUACION

La segunda etapa del tratamiento de los trastornos por uso de alcohol, la fase de deshabituación, tiene como objetivo prevenir las recaídas en el consumo y desarrollar un estilo de vida compatible con la abstinencia mantenida. Si bien, en esta segunda fase, las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales adquieren una mayor relevancia que en la etapa de desintoxicación, el uso de fármacos sigue siendo básico para una mejor evolución clínica. Los tratamientos que no incluyen la administración de medicación registran peores resultados que aquellos otros que aportan terapia farmacológica, incluso cuando esta fuera solo placebo (Antony cols., 2006). Los recientes avances en el conocimiento de la neurobiología del alcoholismo; la evidencia de que la enfermedad es etiológica y clínicamente heterogénea, disponiendo en muchos casos de una base genética; así como el desarrollo de modelos animales en los que se constata la eficacia de diversos fármacos en la reducción del consumo, justifican la creciente importancia de la farmacoterapia en esta fase del tratamiento.

Hasta la fecha, solo tres fármacos han sido aprobados por la *U.S. Food and Drug Administration (FDA)* para el tratamiento de la dependencia al alcohol: el disulfiram, la naltrexona (oral y *depot*) y el acamprosato. En España, se eleva a seis el número de medicamentos que disponen de esta indicación: dos interdictores (el disulfiram y la cianamida cálcica), dos glutamatergicos (con el acamprosato como principio activo) y dos antagonistas opiáceos (la naltrexona oral y, recientemente, el nalmefeno).

En consecuencia, los fármacos aprobados para el tratamiento de deshabituación de los trastornos por uso de alcohol se dividen en cuatro grupos.

1. **Antidipsotrópicos o interdictores:** el disulfiram (Antabus) y la cianamida cálcica (Colme).
2. **GABAérgicos** con acción sobre el sistema NMDA glutamato: el acamprosato (Campral y Zulex).
3. **Antagonista de los receptores opiáceos μ y κ :** la naltrexona (Revia).

4. Modulador del sistema opioide: el nalmefeno (Selincro) Esta nueva categoría se diferencia de la anterior en base a su distinto perfil receptorial como antagonista μ y δ , y agonista parcial κ (European Medicines Agency, 2013).

Mientras los fármacos incluidos en el primer grupo actuarían mediante un mecanismo aversivo, los glutamatergicos y los antagonistas opiáceos serían considerados *anticraving*, esto es, disminuirían la apetencia de alcohol por parte del paciente. El modulador del sistema opioide, el nalmefeno, disminuiría la pérdida de control o incapacidad para dejar de beber, una vez empezado el consumo (*priming*).

1. Antidipsotrópicos o interdictores

Son fármacos que inhiben la enzima aldehído-deshidrogenasa, produciendo un incremento de los niveles plasmáticos de acetaldehído, al bloquear la metabolización de este en acetato produciendo niveles de acetaldelido entre 5 y 10 veces superiores a los habituales.

Esta acumulación de acetaldehído produce el denominado “efecto Antabus”, caracterizado por vaso dilatación, taquicardia, palpitaciones, mareo-vertigo, sudoración, dolor precordial, rubefacción facial, náuseas, vómitos, diplopia o visión borrosa, alteraciones de la presión arterial, cefalea, dificultad respiratoria y sudoración. En los casos más graves puede llegar a producir depresión respiratoria, arritmia, infarto de miocardio, colapso cardio-vascular, pérdida de conciencia, convulsiones e incluso la muerte. La intensidad de los síntomas es proporcional a la cantidad de alcohol ingerida y empiezan a ser observables a los 10-20 minutos de iniciar el consumo.

Los fármacos interdictores producen un efecto aversivo –más bien, disuasorio– hacia el alcohol, generando cambios cognitivos y motivacionales en el paciente, para quien el alcohol no es una opción por cuanto su consumo le generaría una desagradable reacción adversa.

La eficacia de estos fármacos depende del grado de conciencia y motivación del paciente en relación al objetivo de la abstinencia. De igual modo, se ha constatado que también es mayor cuando se supervisa la efectiva administración del fármaco.

Es preciso recordar que estos fármacos deben ser prescritos una vez el paciente haya sido debidamente informado de sus efectos en caso de consumo, se descarte la presencia de patologías que contraindiquen su utilización (alteración cardiovascular, embarazo o psicosis), y nunca debe ser administrado sin conocimiento del enfermo. Debe advertirse sobre los productos que pueden generar una reacción adversa (cosméticos, medicamentos que contengan alcohol, vinagre, alimentos elaborados con alcohol o vinagre, etc.) al objeto de que el paciente evite.

Disulfiram (Antabus)

Fue el primer fármaco aprobado por la *FDA*, en 1951, para el tratamiento de la dependencia al alcohol. A pesar de ello, pocas investigaciones tienen la calidad necesaria como ofrecer suficiente evidencia científica respecto a su eficacia. Los tratamientos supervisados con el disulfiram han evidenciado mayor eficacia que el placebo (Jorgensen, Pedersen y Tonnesen, 2011) así como en comparación con otros

fármacos como el acamprosato, la naltrexona o el topiramato (Miller, Book y Stewart, 2011).su consumo. El disulfiram produce una inhibición no reversible de la enzima aldehído-deshidrogenasa. Se presenta en comprimidos de 250 mg (AntabusR), **administrándose 1-2 comprimidos diarios**, en monodosis. El efecto se inicia 12 horas después de la administración del fármaco y puede alcanzar una duración de hasta 15 días(dependiendo del tiempo previo de uso regular del medicamento).

Otras presentaciones -como los implantes subcutáneos o la inyección *depot* IM hasta la fecha no han evidenciado su eficacia. Sus posibles efectos secundarios incluyen somnolencia, astenia, disfunción sexual, dermatitis, cefaleas, neuropatía o hepatopatía, entre otros. Se trata de un fármaco con apenas un 20%de cumplimiento terapéutico (Fuller y cols., 1986), motivo por el que se aconseja su administración solo en pacientes muy motivados y debiéndose valorar la oportunidad de una supervisión por personas próximas al paciente.

El disulfiram inhibe igualmente la dopaminabeta-hidroxilasa, disminuyendo la metabolización de la dopamina y, en consecuencia, incrementando la disponibilidad de dopamina en las sinapsis. Este efecto justifica su aparente eficacia en pacientes adictos a la cocaína, así como su contraindicación en pacientes psicóticos. Contrariamente a esta última contraindicación,el disulfiram parece ser efectivo y seguro en pacientes con un trastorno psicótico comorbido(Green y cols., 2008).

Cianamida cálcica (Colme)

A pesar de disponer de escasos estudios que evidencien la eficacia de este fármaco, la cianamida cálcica (Colme) es utilizada en la deshabituación del alcoholismo por su capacidad para inhibir la acetaldéhid-deshidrogenasa y, en consecuencia, producir resultados similares a los obtenidos por el disulfiram. Su eficacia fue inicialmente constatada en 1959 pero dispone de un número considerablemente inferior de estudios publicados. La cianamida cálcica se presenta en gotas, debiéndose administrar una pauta de 12 gotas/12 horas (3 mg/gota; 72 mg/día) **(24 gotas al día)**. La inhibición enzimática que produce es reversible, de tal forma que el riesgo de reacción adversa apenas dura unas 12 horas. Entre sus efectos secundarios destaca mayor hepatotoxicidad que la observada con el disulfiram.

2.- GABAérgicos con acción sobre el sistema NMDA-glutamato:

El acamprosato (Campral)

Aprobado para su uso en el tratamiento de la dependencia al alcohol en 2004, el acetilhomotaurinato de calcio o acamprosato (Campral, Zulex) es un derivado de la taurina con actividad agonista GABA e inhibidor de los receptores glutamatergicos tipo NMDA.

Esta acción conjunta restauraría la función GABAérgica (disminuida por el consumo crónico de alcohol) a la vez que disminuiría la hiperfunción de la neurotransmisión excitatoria glutamatergica, facilitando un reequilibrio entre ambos sistemas y, en consecuencia, el *craving* o ansia de alcohol. No presenta metabolismo hepático y sus efectos secundarios (gastrointestinales, prurito, mareos o cefaleas)

suelen ser leves y pasajeros. El acamprosato se presenta en comprimidos de 333 mg, con una posología de 2 comprimidos cada 8 horas.

Los diversos ensayos clínicos y meta análisis publicados evidencian la eficacia del acamprosato, si bien debe destacarse que no existe unanimidad entre los resultados positivos registrados en estudios europeos y los obtenidos en las investigaciones americanas.

Existen diferencias entre las muestras utilizadas que podrían justificar esta diversidad de resultados: en los estudios americanos se detecta una mayor representación de pacientes no desintoxicados antes de iniciar el tratamiento con acamprosato (Miller, Book y Stewart, 2011). Meta análisis recientes consideran que el acamprosato es un fármaco eficaz en mantener la abstinencia en pacientes desintoxicados pero que pierde su eficacia cuando estos inician el consumo; por el contrario, los antagonistas opiáceos son mas eficaces en evitar la transición desde un consumo inicial a una recaída (Rosner y cols., 2010; Maisel y cols., 2013).

Sin embargo, la falta de unanimidad con este fármaco se manifiesta en los datos obtenidos en los dos principales estudios multicentricos realizados hasta la fecha (COMBINE, en Estados Unidos, y PREDICT, en Europa), en los que el camprosato no registro superioridad respecto al placebo (Anton y cols., 2006; Manny cols., 2013).

3 y 4.- Antagonista opiáceo (la naltrexona) y modulador del sistema opioide (el nalmefeno).

El consumo de alcohol produce un aumento en la liberación de opioides endógenos que, a su vez, aumentan la liberación de dopamina en las neuronas mesolímbicas, favoreciendo el mecanismo de recompensa ante el consumo de esta sustancia. En consecuencia, los fármacos con capacidad para bloquear los receptores opiáceos – como la naltrexona o el nalmefeno–, producen una inhibición indirecta en la liberación de dopamina, disminuyendo los efectos gratificantes del alcohol y el deseo (*craving*) por consumirlo.

La naltrexona (Revia) es un antagonista opióide de los receptores μ y κ , de semivida larga, habitualmente administrado por vía oral en dosis de 50 mg/día, si bien en la mayoría de los estudios americanos se han utilizado dosis de 100 mg/día. En Estados Unidos se dispone de preparaciones intramusculares, con prometedores resultados terapéuticos. Entre sus efectos secundarios destaca la hepatotoxicidad, así como náuseas, cefaleas, inquietud, insomnio, ansiedad o mareos.

La revisión realizada por Rosner y cols. (2010), sobre un total de 50 ensayos clínicos que incluían 7.793 pacientes, evidencio que la naltrexona reduce el riesgo de consumo excesivo de alcohol en un 17% respecto a la tasa observada con placebo, disminuyendo igualmente el numero de días de consumo y la cantidad consumida de alcohol, pero no la probabilidad de reincidencia. En otros términos, favorece que un consumo puntual de alcohol no se convierta en una recaída completa. Esta característica de los antagonistas opiáceos ha dado lugar a una nueva línea de fármacos, dirigidos a disminuir el riesgo de recaída aunque pudiera mantenerse cierto nivel de consumo.

El nalmefeno (Selincro)

Es un modulador del sistema opióide aprobado en 2013 por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), que aparece en el contexto de un enfoque terapéutico basado en la reducción del consumo de alcohol. Este nuevo paradigma de tratamiento permite ofrecer una respuesta terapéutica eficaz a un importante grupo de pacientes.

Más del 40% de los alcohólicos que precisan tratamiento no lo solicitan porque no se encuentran preparados para dejar de beber totalmente (Aubin y Daepfen, 2013) pudiendo beneficiarse de un tratamiento dirigido a la reducción del consumo, como paso previo a una abstinencia posterior y, en todo caso, disminuyendo la morbi-mortalidad asociada.

El nalmefeno presenta una estructura química similar a la naltrexona pero con un perfil ligeramente diferenciado, por cuanto se trata de un antagonista de los receptores opioides μ y δ , y agonista parcial del receptor κ , aporta interesantes ventajas respecto a esta, como la ausencia de hepatotoxicidad, una unión más efectiva a los receptores opiáceos centrales, una vida media más elevada (8-10 horas), y una mayor biodisponibilidad.

El nalmefeno se administra a demanda (*as-needed* o 'según necesidad'), una vez al día cada vez que el paciente percibe riesgo de consumo y 1-2 horas antes de consumir alcohol, en comprimidos de 18 mg, estando indicado en la reducción del consumo de alcohol en pacientes dependientes a esta sustancia. Esta novedosa forma de administración ha demostrado una elevada adherencia, con un cumplimiento superior al 80% en ocho de cada diez pacientes (Sinclair y cols., 2014).

La eficacia del nalmefeno ha sido recientemente contrastada en tres extensos ensayos clínicos multicéntricos realizados en Europa con una muestra total de 1997 sujetos (Gual y cols., 2013; Mann y cols., 2013; Van den Brink y cols., 2013; Van den Brink y cols., 2014). En pacientes con un nivel de consumo elevado según los criterios de la OMS (consumo de alcohol >60 g/día en hombres y >40 g/día en mujeres), se observó una reducción en el consumo de alcohol -en términos de días de consumo excesivo de consumo de alcohol total- de más de un 50% a los 6 meses y más de 60% a los 12 meses, administrado a demanda y junto a soporte psicosocial. El nalmefeno parece tener especial utilidad en sujetos que no presentan un consumo diario de alcohol pero que, cuando este sucede, les caracteriza la pérdida de control. Los resultados obtenidos hasta la fecha apuntan hacia un efecto inmediato en la reducción del consumo, desde el primer día, y mantenido durante un año, tiempo máximo en el que se han evaluado sus resultados.

El nalmefeno ha demostrado ser significativamente más efectivo que la naltrexona para suprimir la ingesta de alcohol en animales dependientes a esta sustancia (Walker y Koob, 2008), así como evidenciar una mayor capacidad para reducir la intensidad del *craving* (Drobes y cols., 2004). Estos hallazgos podrían justificar los mejores resultados obtenidos por el nalmefeno en la reducción del consumo de alcohol, en comparación con los registrados por la naltrexona en los distintos ensayos clínicos realizados hasta la fecha. Puede verse un resumen de los fármacos aprobados en la (**TABLA 10-3**).

TABLA 10-3 Fármacos aprobados actualmente (junio de 2014) para el tratamiento de la dependencia al alcohol

DISULFIRAM	
▪ Inhibidor de la enzima aldehído deshidrogenasa. ▪ Debe ser utilizado en pacientes altamente motivados para mantener la abstinencia. ▪ Es aconsejable la presencia de un familiar o allegado que supervise la administración del fármaco: apenas un 20% de cumplimiento terapéutico. ▪ Evitar en pacientes con hepatopatía grave y/o neuropatía periférica.	▪ Dosificación: 250 mg/24 h. Otras pautas dirigidas a un almacenamiento rápido del fármaco para evitar consumos inmediatos a la suspensión: • Inicial: 250 mg/12 h, pasando a 250 mg/24 h a partir del 5º-7º día. • 800-1200 mg/día hasta el 4º día, pasando a 400 mg/día entre 5º y 7º día, para continuar con 200 mg/24 h durante 5-6 meses.
ACAMPROSATO	
▪ Antagonista del receptor glutamatérgico tipo NMDA y agonista GABAérgico. ▪ Su uso se aconseja en pacientes con <i>craving</i> de alivio (<i>relief craving</i>) o <i>craving</i> motivado por ansiedad. ▪ La reducción de episodios de consumo excesivo puede considerarse como un buen resultado. Sin embargo, su eficacia	- disminuye considerablemente en sujetos que reinstauran un consumo regular. ▪ Evitar en pacientes con insuficiencia renal severa. ▪ Dosificación: 1.3-2 g/día, en 2-3 tomas/día, durante 12 meses. Equivalente a 2 comprimidos/8 h. Difícil cumplimiento de la pauta de administración.
NALTREXONA	
▪ Antagonista de los receptores opioides μ y κ. ▪ Medicación <i>anticraving</i> utilizada en pacientes con <i>craving</i> de recompensa (<i>reward craving</i>). Realmente no es un <i>anticraving</i> sino un <i>antipriming</i>. ▪ Indicado en mantenimiento de la abstinencia y prevención de recaídas.	▪ Evitar el uso de la naltrexona en programas de mantenimiento, en pacientes con sintomatología física de abstinencia (CIWA >10) y/o que requieran tratamiento de desintoxicación: estos pacientes deben dirigirse hacia la abstinencia. ▪ Dosificación: 50-100 mg/día V.O. durante 3-6 meses. Naltrexona <i>depot</i> (USA): 1 inyección IM (380 mg) mensual, durante 6 meses.
NALMEFENO	
▪ Modulador de los receptores opioides: antagonista de los receptores μ y δ, y agonista parcial del receptor κ. ▪ Se trata de un <i>antipriming</i> (reduce la probabilidad de pérdida de control o incapacidad de cesar el consumo cuando este se ha iniciado), más que un <i>anticraving</i>. ▪ Indicado en programas de reducción del consumo, en pacientes con un nivel de consumo de riesgo elevado (≥ 60 g/día en hombres y ≥ 40 g/día en mujeres).	▪ Evitar el uso del nalmefeno en programas de mantenimiento, en pacientes con sintomatología física de abstinencia (CIWA >10) y/o que requieran tratamiento de desintoxicación: estos pacientes deben dirigirse hacia la abstinencia. ▪ Dosificación: 18 mg (1 comprimido) según necesidad (1-2 horas antes de consumir alcohol), durante 6 meses.
OXIBATO SÓDICO*	
▪ Agonista del receptor GABA_A. ▪ Supresor del síndrome de abstinencia al alcohol. ▪ <i>Anticraving</i> con propiedades alcohol-miméticas, de utilidad en pacientes con <i>craving</i> de recompensa (<i>reward</i>) y de alivio (<i>relief</i>). ▪ Es aconsejable la presencia de un familiar o allegado que supervise la administración del fármaco.	▪ Evitar en pacientes con poliadicción a sustancias y con trastorno límite de la personalidad. ▪ Dosificación: • Desintoxicación: 50-100 mg/kg/día, cada 4-6 horas, durante 7-10 días. • Mantenimiento (<i>anticraving</i>): 50-75 mg/kg/día, cada 6-8 horas, durante 3-12 meses.
* No comercializado en España. Ensayo clínico concluido en 2014. Modificado de Caputo y cols., 2014.	

Otros fármacos no aprobados

Múltiples fármacos han sido utilizados en el tratamiento de los trastornos por uso de alcohol, aun cuando solo fuera a nivel experimental.

En este grupo de fármacos “candidatos”, posiblemente sea el **topiramato** el que presenta mayor extensión en su difusión y uso clínico.

Se trata de un **antiepileptico** que se ha asociado a una disminución del *craving* y mantenimiento de la abstinencia, posiblemente mediada por su potencial anti-impulsivo. El topiramato actúa en los sistemas GABAérgico y glutamatérgico, e indirectamente modulando el dopaminérgico, mediante su acción directa sobre los dos anteriores. Entre sus limitaciones se encuentra su perfil de efectos secundarios (parestias, anorexia y alteraciones cognitivas) así como su lento escalado de dosis.

Determinados **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)** como la fluoxetina, la sertralina o el citalopram, han demostrado su eficacia para mantener la abstinencia en ciertos tipos de pacientes (inicio tardío) pero empeoran el pronóstico en

los alcohólicos de inicio mas tardío. Su eficacia parece mediada por su efecto antidepresivo, ansiolítico y anti-impulsivo.

Combinación de tratamientos farmacológicos

Los trastornos por uso de alcohol son neurobiologicamente complejos. Como exponíamos anteriormente, esta característica obliga a considerar la necesidad de dirigir el tratamiento farmacológico a varias dianas terapéuticas.

Frente a la habitual tendencia hacia la monoterapia, en la actualidad se aconseja la asociación de diversos fármacos, al objeto de incrementar la eficacia terapéutica actuando sobre distintos sistemas neurobiológicos implicados (Johnson, 2008).

La combinación más estudiada es la de la naltrexona y el acamprosato. Ambos fármacos complementan su acción: mientras el acamprosato parece ser más eficaz en mantener la abstinencia, la naltrexona disminuye la probabilidad de que un primer consumo acabe convirtiéndose en una recaída franca. Aunque obviamente aun no existen estudios en este sentido, es plausible que el nalmefeno permita una combinación similar.

Cabe reseñar que la adición de un interdictor mejoraría estas combinaciones, basándose en la mayor eficacia evidenciada por el disulfiram (Miller, Book y Stewart, 2011) y su diferente mecanismo de acción.

Otras opciones que han sido consideradas, aun estando fuera de indicación en ficha técnica, es la combinación de topiramato e ISRS, así como del ondansetron asociado a la naltrexona.

En los tratamientos dirigidos tanto a la reducción del consumo como a la abstinencia, debe considerarse como condición obligatoria la inclusión de un componente de intervención psicoterapéutica o psicosocial, como coadyuvante del tratamiento farmacológico. Finalmente, conviene recordar la necesidad de añadir el tratamiento específico de las patologías psiquiátricas que aparezcan de forma comórbida.

*UASA Manuela Sancho
Servicios Centrales*

C/ Manuela Sancho, 3-9
50002 Zaragoza
Teléfono 976 200 216
Fax 976 200 218
secretaria@csz.es

UASA Valdefierro

Calle Lucero del Alba, nº2
(Valdefierro) 50012 Zaragoza
Teléfono y Fax 976 331 775
prevencion@fundacioncsz.org

*Comunidad Terapéutica
Proyecto Hombre*

C° de Enmedio, 24
50013 Zaragoza
Teléfono 976 340 175
Fax 976 340 186
comunidadph@fundacioncsz.org

Piso Acogida

C/ Tarragona, 2
50005 Zaragoza
Teléfono 976 353 756

www.fundacioncsz.org



*Fundacion Centro de
Solidaridad de Zaragoza
Proyecto Hombre 2015*



