

ÁREA DE TRATAMIENTO

Abordaje terapéutico de los alcoholismos

Therapeutical approach in alcoholic patients

SÁIZ MARTÍNEZ, P. A.; GONZÁLEZ GARCÍA-PORTILLA, M. P., y BOBES GARCÍA, J.

Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.

RESUMEN: *Objetivos:* proporcionar un enfoque actual y comprehensivo de las aproximaciones terapéuticas existentes para el tratamiento de los alcoholismos.

Material y métodos: revisión, desde un punto de vista básicamente clínico, de las diferentes aproximaciones farmacológicas y psicoterapéuticas existentes en la actualidad.

Resultados: el planteamiento terapéutico del paciente alcohólico deberá cubrir dos fases: la desintoxicación y la deshabituación. En la primera de ellas, el objetivo principal será el tratamiento del síndrome de abstinencia, siendo los fármacos más utilizados con este fin clometiazol, tetrabamato, benzodiazepinas y tiapride. Durante el proceso de deshabituación se deberá ayudar al paciente a organizar su vida al margen del consumo de alcohol. La utilización de fármacos «anticraving» junto con los ya clásicos interdictores y un adecuado abordaje psicosocial resultan claves a la hora de consolidar la conducta de no consumo de alcohol.

Conclusiones: el abordaje más efectivo del alcoholismo, en el momento actual, consiste en la combinación de terapias farmacológicas y psicosociales, tanto en la fase de desintoxicación como en la de deshabituación y rehabilitación. La aparición de nuevos medicamentos «anticraving» ha generado un ambiente terapéutico cargado de gran ilusión y expectación.

PALABRAS CLAVE: Alcoholismo. Abordaje farmacológico. Intervenciones psicosociales.

ABSTRACT: *Objectives:* to provide a current and comprehensive approach for the treatment of alcoholism.

Material and methods: to review from a clinical point of view the different, currently existing, pharmacological and psychotherapeutical approaches.

Results: the therapeutic approach to the alcoholic patients involves two phases: detoxification and maintenance of abstinence. In the first, the principal aim is the treatment of the withdrawal syndrome, and the most widely employed drugs are: clometiazole, tetrabamate, benzodiazepines, and tiapride. During the process of maintaining abstinence it is also necessary to help the patient to organise his life without alcohol consumption. The employment of «anticraving» drugs together with the aversive drugs and an adequate psychosocial focus are the keys to consolidating the behaviour of alcoholic patients.

Conclusions: the most effective approach in the current treatment of alcoholism is the combination of pharmacological and psychosocial therapies, both in the detoxification and in the maintenance and rehabilitation states. The use of new «anticraving» drugs has led to a therapeutical environment full of hope and expectation for the future.

KEY WORDS: Alcoholism. Pharmacological approach. Psychosocial approach.

Correspondencia:

JULIO BOBES GARCÍA.
Área de Psiquiatría.
Facultad de Medicina.
Julián Clavería, 6, 3.º.
33006 Oviedo.
e-mail: frank@correo.uniovi.es

Introducción

El objetivo del tratamiento de los alcoholismos es motivar al paciente para que acepte dicho tratamiento, así como mantener al sujeto abstemio de por vida¹. Una de las principales dificultades que aparecen en dicho abordaje es una frecuente falta de motivación para iniciar el tratamiento. En este sentido es esencial una

adecuada valoración que nos permita situar al paciente en el estado cognitivo de cambio en que se encuentra. En este sentido el modelo descrito por Prochaska y Di Clemente² podría ser de utilidad, ya que en cada estadio (tabla I) se propondrían unos objetivos terapéuticos definidos¹.

Aunque el objetivo terapéutico del tratamiento de los alcoholismos será a largo plazo, para la recuperación «integral», han de plantearse objetivos a corto, medio y largo plazo (tabla II). Para conseguirlos se combinarán técnicas farmacológicas y psicossociales.

El planteamiento terapéutico de un paciente dependiente deberá cubrir dos fases: la desintoxicación y la deshabituación. En la primera de ellas, el objetivo principal será el tratamiento del síndrome de abstinencia; en la deshabituación se deberá ayudar al paciente a organizar su vida al margen del consumo de alcohol³.

De desintoxicación

Ésta tiene lugar en la mayoría de las ocasiones en el entorno ambulatorio, no obstante existen una serie de circunstancias que son subsidiarias de su realización en medio hospitalario: ausencia de persona responsable de la supervisión del proceso (excepto cuando la intensidad esperada del síndrome de abstinencia sea

Tabla II. Objetivos terapéuticos para el síndrome de abstinencia del alcohol.

A corto plazo

Desintoxicación

- Supresión de ingesta.
- Evitación / superación del síndrome de abstinencia.
- Tratamiento de patología aguda asociada.
- Si necesaria, intervención social.

A medio plazo

Abstinencia absoluta sostenida

- Por concienciación y decisión personal.
- Resolver / paliar problemática física, psíquica y social.
- Detener deterioro biopsicosocial.

Protagonismo responsable en el tratamiento

Extinción de la conducta dependiente

- Adquirir hábitos personales y habilidades sociales en sobriedad.

A largo plazo

Recuperación integral

- Consolidar actitudes y hábitos adquiridos.
- Fomento de desarrollo personal.

Modificado de Rodríguez-Martos⁷.

mínima), existencia de antecedentes de convulsiones o delirium, múltiples fracasos en la desintoxicación extrahospitalaria, existencia de patología orgánica o psiquiátrica grave (psicosis aguda, ideación suicida...) o aparición durante el proceso de desintoxicación de un síndrome de abstinencia grave a pesar de haber tomado medidas terapéuticas plenas³⁻⁶.

Tabla I. Estadios en el proceso de cambio y objetivos terapéuticos.

Estadio	Objetivo terapéutico
<i>Precontemplación:</i> Paciente no consciente de que su conducta es problemática y no se plantea modificarla	Generar dudas, haciendo ver la posible relación existente entre su conducta y las consecuencias detectadas
<i>Contemplación:</i> Paciente consciente de la existencia de un problema. Comienza a pensar en la posibilidad de realizar un cambio (aún existe ambivalencia)	Facilitar el análisis de los pros y contras de su conducta
<i>Preparación:</i> Paciente toma la decisión de cambiar	Asesorar acerca de las acciones necesarias para el cambio
<i>Acción:</i> Paciente realiza cambio de conducta	Apoyar para que el cambio sea efectivo
<i>Mantenimiento:</i> Paciente activo en la consolidación del cambio y prevención de recaídas	
<i>Recaída:</i> Más que un estadio supone un paso a un estadio previo de la acción	Reanudar los procesos de cambio evitando bloqueos por desmoralización. La recaída supone una fuente de conclusiones positivas desde el punto de vista del aprendizaje
<i>Finalización:</i> Paciente fuera del proceso, supondría la extinción de la conducta adictiva (existen dudas acerca de la existencia de este estadio)	

Modificado de Altisent et al⁵.

El proceso de desintoxicación del paciente alcohólico implica la inmediata y total supresión del alcohol, lo cual supone, a su vez, prevenir o tratar el síndrome de abstinencia^{3,7}.

Durante la misma el paciente debe recibir un aporte hidroelectrolítico adecuado, amén de vitaminas del grupo B (B1 + B6 + B12), así como ácido fólico y/o hierro, si éstos fueran necesarios.

El tratamiento farmacológico se centra hoy en día sobre dos fármacos alternativos de acción tranquilizante y bastante selectivos que aventajan en eficacia a otros anteriormente utilizados como las benzodiacepinas o la tiaprida y que, debidamente dosificados, están dotados de escasos riesgos. Dichos fármacos son el Clometiazol (Distraneurine®) y el Tetrabamato (Sevrium®). El primero, dado que también posee una acción anticonvulsivante, resulta especialmente útil cuando se prevén la aparición de convulsiones durante la privación; no obstante, hay que tener presente su capacidad adictiva y su efecto depresor respiratorio, además de que potencia los efectos depresores del etanol. El tetrabamato es más seguro pudiendo utilizarse sin que exista riesgo durante un mayor número de días y, por otra parte, no potencia los efectos del etanol⁷.

Para la dosificación de los fármacos mencionados resulta útil una valoración de la intensidad del síndrome de abstinencia (tabla III)⁷. En la tabla IV se mues-

tran las pautas de dosificación en función de la puntuación obtenida de dos de los fármacos más utilizados en nuestro entorno⁷.

Otras posibilidades terapéuticas serían las benzodiacepinas, generalmente el cloracepato dipotásico (15-100 mg/día), diazepán (10-15 mg/día) o lorazepán (3 mg/día). Se recomienda el uso de la vía oral ya que la absorción por vía intramuscular de las benzodiacepinas es muy irregular. No hay que olvidar que estos fármacos tienen tolerancia cruzada con el alcohol, eliminación hepática, efecto depresor central y capacidad adictiva. Es conveniente no sedar demasiado al paciente y no prolongar el tratamiento más de 2 ó 3 semanas^{3,5}.

El tiapride es un fármaco seguro aunque su potencia es menor, ya que si bien produce poca sedación y tiene poco poder adictivo, carece de acción anticonvulsiva por lo que habría que valorar su empleo en caso de antecedentes de convulsiones. La dosis recomendada es de unos 450 mg/día^{3,5}.

Deshabitación

Quizás sea ésta la fase más importante del tratamiento de la dependencia alcohólica, aunque sin duda también es la más difícil y costosa.

Tabla III. Valoración de la intensidad del síndrome de abstinencia alcohólica.

Signos / Síntomas	Cero puntos	Un punto	Dos puntos	Tres puntos
Ansiedad	No	+	++	+++
Sudación	No	Sólo nocturna	Nocturna y diurna	Gran diaforesis
Temblor	Inexistente / fino distal matutino	Fino distal permanente	Grosero distal permanente y comisuras labiales y lengua	Temblor generalizado (incluso pared abdominal)
Déficit conciencia	No	Episodios nocturnos aislados	Idem nocturnos y diurnos	Déficit notorio y constante
Desorientación	No	Episodios aislados (desorientación alopsíquica)	Idem desorientación total (alo y autopsíquica)	Total, constante y persistente
Trastornos percepción	No	Pesadillas / visiones (seudoalucinaciones) nocturnas	Alucinaciones visuales (intermitentes nocturnas y diurnas)	Alucinaciones visuales constantes, ilusiones, falsos reconocimientos
Trastornos memoria	No	Amnesia lacunar nocturna	Amnesia lacunar nocturna y diurna	Grandes lagunas mnésicas (> 12 h)
Insomnio	No	Dificultad conciliación / despertar precoz	Idem sueño intermitente (más horas despierto que dormido)	Insomnio total
GGT	Hasta 18-28	28-50	50-100	> 100
Hiperpirexia	No	No	Febrícula	Fiebre
Psicomotricidad	Normal	Normal	Inquietud	Agitación
Delirio ocupacional	No	No	No	Sí

Modificado de Rodríguez-Martos⁷.

Tabla IV. Pautas de tratamiento del síndrome de abstinencia.

PAUTA DE CLOMETIAZOL				PAUTA DE TETRABAMATO			
Día	Puntuación obtenida			Día	Puntuación obtenida		
	0 a 8	9 a 16	17 a 26		0 a 8	9 a 16	17 a 26
1	2 2 3	3 3 4	4 4 6	1	2 1 2	2 2 3	3 3 4
2	2 2 2	3 3 3	4 4 4	2	1 1 2	2 2 2	3 3 3
3	1 2 2	3 2 3	2 4 4	3	1 1 2	2 1 2	3 3 3
4	1 1 2	2 2 3	2 4 4	4	1 1 1	2 1 2	3 2 3
5	1 1 1	1 1 3	2 2 4	5	1 1 1	1 1 2	2 2 3
6	1 0 1	1 1 2	2 2 3	6	1 1 1	1 1 2	2 2 2
7	0 0 1	0 1 1	2 1 3	7	1 1 1	1 1 1	2 1 2
8	0 0 1	0 0 1	1 1 3	8	1 1 1	1 1 1	1 1 2
9	0 0 1	0 0 1	1 0 2	9	1 1 1	1 1 1	1 1 1
10	0 0 1	0 0 1	0 0 2	10 y 11	1 1 1	1 1 1	1 1 1
11	0 0 1	0 0 1	0 0 1	12, 13 y 14	1 0 1	1 1 1	1 1 1
12, 13 y 14	0 0 1	0 0 1	0 0 1				

Rodríguez-Martos⁷.

En esta fase se intentaría mantener a lo largo del tiempo la situación de no consumo lograda con la desintoxicación. El sujeto estaría situado en el estadio de mantenimiento del cambio de su conducta, y deberíamos tratar de que alcanzase la finalización del proceso a ser posible sin recaídas o, en su defecto, reconducir el proceso sin bloqueos, ni culpabilizaciones⁵.

Durante esta fase se debe de actuar sobre múltiples aspectos del paciente y de su entorno, con el fin de consolidar la conducta de no consumo de alcohol (no obstante, hay que tener presente que la deshabitación no consiste sólo en una mera ausencia de consumo).

La deshabitación es un proceso complejo que requiere un tratamiento estructurado llevado a cabo coordinadamente entre asistencia primaria y niveles especializados. El abordaje terapéutico se sostendrá sobre los pilares del tratamiento farmacológico, la psicoterapia y el recurso de los grupos de autoayuda³.

Abordaje farmacológico

Tal y como se ha comentado con anterioridad sería complementario del anterior. El alcoholismo es una enfermedad de la química cerebral, con predisposición hereditaria y desencadenada por factores psicológicos y sociales aún sin identificar⁸. Estas evidencias han llevado al desarrollo de un buen número de investigaciones para tratar de esclarecer aspectos biológicos del alcoholismo.

Fruto directo de dichas investigaciones basadas en hipótesis neurobiológicas (hipótesis glutamatérgica, hipótesis opioide, hipótesis serotoninérgica y otras hipó-

tesis que incluyen aspectos relativos a la transmisión dopaminérgica o peptidérgica), ha sido el desarrollo y la introducción de nuevos agentes terapéuticos que permiten un abordaje más comprehensivo de los alcoholismos desde el punto de vista farmacológico⁹. A continuación describiremos brevemente las posibilidades farmacológicas de las que disponemos.

1. Fármacos anti-craving

Durante los últimos años se han realizado ensayos clínicos con multitud de fármacos, de los cuales sólo unos pocos han sido introducidos en la práctica clínica. Dos de ellos (acamprosato y naltrexona) han sido recientemente registrados con el fin de ser utilizados terapéuticamente en la profilaxis de las recaídas en el paciente alcohólico.

Acamprosato

El acamprosato (acetilhomotaurinato cálcico), es un componente sintético con una estructura similar al ácido gamma-aminobutírico (GABA). Aunque no se ha identificado el mecanismo específico por el cual este fármaco reduce el consumo de alcohol y las recaídas, se sabe que interactúa con el receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), siendo su mecanismo de acción predominante la inhibición de la hiperexcitabilidad neuronal por antagonismo de la actividad de los aminoácidos excitadores, sobre todo la del glutamato, y la reducción del flujo de calcio mediante el bloqueo de dichos canales^{10,11}. Por otra parte, también hay que

tener en cuenta que el acamprosato ejerce acciones sobre muchos de los mecanismos implicados en la dependencia alcohólica, habiéndose, de igual modo, propuesto que sería capaz de suprimir el deseo imperioso de consumo de alcohol inducido por la abstinencia, que al menos en parte sería mediado por la actividad de los aminoácido excitadores^{10,12}.

El acamprosato se ha mostrado eficaz en la reducción de la ingesta alcohólica tanto en modelos animales¹², como en la práctica totalidad de ensayos clínicos entre los que se incluye un programa a nivel europeo que engloba un total de 13 estudios multicéntricos controlados con placebo, doble ciego¹³⁻¹⁸.

Si se tienen en cuenta los resultados de los ensayos clínicos de un modo global, acamprosato resulta ser más eficaz que placebo en la profilaxis de las recaídas alcohólicas (tabla V), comenzando a observarse las diferencias respecto a placebo a partir del primer mes del inicio del tratamiento y manteniéndose las mayores tasas de abstinencia y duración de la misma con acamprosato durante períodos de seguimiento de seis a 12 meses¹¹.

El acamprosato es un fármaco seguro y bien tolerado, siendo los efectos adversos más comunes de tipo gastrointestinal (especialmente diarrea) o dermatológico, efectos que generalmente se presentan de forma transitoria y se resuelven sin dificultad con la reducción o retirada del fármaco^{11,13,17}.

Por otra parte, el riesgo demostrado en caso de sobredosis es escaso y no existen pruebas que pongan de manifiesto que el acamprosato interaccione con el alcohol, ni con otros medicamentos utilizados habitualmente en el paciente alcohólico¹⁸. En este sentido cabe decir que existen autores que ponen de manifiesto que su eficacia aumenta con la adición de disulfiram¹¹. De igual modo, es un fármaco que no presenta de riesgo de abuso y carece de propiedades hipnóticas, ansiolíticas o relajantes musculares.

Lo expuesto nos permite concluir que el acamprosato representa un nuevo y prometedor avance para el

mantenimiento de la abstinencia en pacientes con dependencia alcohólica durante el período posterior a la retirada del alcohol, constituyendo, de igual modo, una herramienta útil como coadyuvante de las intervenciones psicosociales y conductuales.

La dosis recomendada de acamprosato (Campral®, Zulex®), oscilan entre 1.400-2.000 mg/día, repartidos en tres tomas diarias, recomendándose una duración del tratamiento de al menos un año.

Naltrexona

El sistema opioide juega un papel clave en las propiedades adictivas del etanol, habiéndose postulado que en los pacientes alcohólicos o en personas con alto riesgo de desarrollar alcoholismo existe algún tipo de alteración de dicho sistema¹⁹. Los opioides endógenos están implicados en los procesos de extinción de impulsos a través de la experimentación de fenómenos de gratificación, de lo que puede deducirse que la actividad del sistema opioide interviene en el deseo de beber y en la capacidad de control, y que en el alcohólico o en personas de alto riesgo de presentar dependencia alcohólica estos procesos de extinción están alterados, provocando la continuación de la ingesta²⁰.

De igual modo, existen evidencias que ponen de manifiesto que el alcohol interfiere con mecanismos opiáceos endógenos que están estrechamente relacionados con la transmisión de dopaminérgica en la región mesolímbica²¹.

La Naltrexona es un antagonista no selectivo de acción prolongada sobre los receptores opiáceos. El bloqueo de dichos receptores suprimiría los efectos gratificantes del alcohol (refuerzo positivo), rompiéndose así el círculo que conduciría al deseo imperioso de alcohol y por tanto a la ingesta del mismo²².

Los estudios realizados en experimentación animal y humana parecen apoyar dichas hipótesis y han motivado la realización de dos importantes estudios controlados, doble ciego y con placebo^{23,24}. A pesar de que dichos ensayos clínicos presentan una serie de limitaciones que dificultan, en cierto modo, la extracción de aseveraciones concluyentes (han sido realizados con pocos pacientes, son de corta duración y en ellos se evalúa la naltrexona junto a otras terapias), demuestran que la naltrexona junto con la psicoterapia, es útil en la reducción del consumo de alcohol y en la prevención de recaídas, obteniéndose los mejores resultados en el grupo de alcohólicos que refieren grandes problemas para controlarse tras la ingesta de alcohol²⁵.

Tabla V. Eficacia de Acamprosato frente a Placebo.

1. Aumenta la duración de la abstinencia continua (tiempo transcurrido hasta la primera ingesta de alcohol).
2. Aumenta la duración acumulada de la abstinencia (suma de períodos de abstinencia durante el ensayo).
3. Aumenta tasas de abstinencia al final del estudio.
4. Aumenta las tasas de abstinencia continua (porcentaje de pacientes que no consumieron alcohol durante el período de estudio).

Modificado de Wilde y Wagstaff¹¹.

Por otra parte, se dispone en la actualidad de nuevos estudios que han sido capaces de reproducir dichos resultados y que han demostrado la buena tolerabilidad de la sustancia²⁶⁻³¹.

De igual modo, existen estudios que demuestran que la utilización conjunta de naltrexona, permite, en algunos pacientes alcohólicos, disminuir la necesidad de otras medicaciones, como benzodiacepinas o antihipertensivos³².

Como ya se ha comentado con anterioridad, prácticamente todos los autores coinciden en señalar una buena tolerancia global^{23,24,26,32}, siendo los efectos secundarios más frecuentemente señalados náuseas, cefalea, vértigo y artralgia.

En cuanto a la hepatotoxicidad no se han encontrado alteraciones en los enzimas hepáticos cuando la naltrexona se utiliza a las dosis superiores a las indicadas para el tratamiento del alcoholismo, incluso en pacientes mayores³¹.

En conclusión, la naltrexona ofrece beneficios terapéuticos con un riesgo bajo cuando se utiliza de forma racional y como coadyuvante en el tratamiento del alcohólico desintoxicado dentro de un programa global que incluya atención a los aspectos psicológicos y sociales de los pacientes, todo ello tanto en pacientes más jóvenes como en los de mayor edad^{27,28,31}.

La naltrexona (Antaxone®, Celupan®, Revia®), se administra en dosis de 50 mg/día, recomendándose un periodo mínimo de tratamiento de al menos tres meses.

Fármacos serotoninérgicos

Los niveles de serotonina (5-HT) anormalmente bajos encontrados en pacientes alcohólicos han llevado a los investigadores a examinar el papel de los fármacos serotoninérgicos (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Bupropión) en el tratamiento del alcoholismo.

En este aspecto los resultados que sugieren que los fármacos serotoninérgicos disminuyen el consumo de alcohol son modestos y autores como Kranzler et al³³ o Kabel y Petty³⁴ no encuentran que aporten un beneficio añadido a las pautas de tratamiento psicológico.

No obstante, han aparecido estudios con resultados positivos. En éstos se concluye que los fármacos serotoninérgicos son efectivos, tanto para el control de los síntomas depresivos que se presentan en el curso del alcoholismo como el propio consumo de alcohol^{35,36}.

Por todo ello, en el momento actual se hace necesario buscar evidencias adicionales, para determinar si los fármacos serotoninérgicos selectivos son una op-

ción terapéutica viable para el alcoholismo, especialmente en ciertos subgrupos de pacientes.

2. Fármacos interdictores

Los interdictores son fármacos cuya misión es disuadir del consumo de alcohol, no menoscabando la libertad del paciente, ya que su ingesta es voluntaria. La finalidad de su empleo consiste en disuadir-prevenir el consumo, cubrir los primeros tiempos de abstinencia y reforzar la decisión de abstinencia. El paciente debe de tener muy claro que el interdictor nunca es «el tratamiento», y que por tanto no suprime el deseo de ingerir alcohol. En caso de que un interdictor sea indicado, deberá de mantenerse probablemente durante toda la deshabituación. En los últimos años no han surgido nuevos aportes a la farmacopea en este campo. No obstante, han ido apareciendo estudios que completan el conocimiento de estos fármacos.

Existen dos fármacos útiles desde el punto de vista clínico: el disulfiram (Antabus®) y la cianamida cálcica (Colme®). Dichos fármacos ejercen su función mediante un bloqueo del metabolismo del alcohol que consecuentemente da lugar a una intoxicación por acetaldehído, con un típico cuadro alérgico cuando se ingiere alcohol.

La dosis inicial de disulfiram se sitúa en torno a 250 mg/día y la de mantenimiento es de unos 125-250 mg/día, mientras que la cianamida cálcica se ingiere a dosis medias de 150 mg/día repartidas en 2 ó 3 dosis (p. ej.: 25 gotas/12 horas). La cianamida está dotada de menos efectos indeseables y contraindicaciones que el disulfiram (tabla VI).

Los síntomas que aparecen cuando se consume alcohol estando en tratamiento con el interdictor serían los siguientes: vasodilatación generalizada con enrojecimiento facial, cafores, taquicardia, hipotensión ortostática, sudación profusa, vómitos, disnea y visión borrosa con sensación de vértigo y obnubilación.

El tratamiento de dicho cuadro se realiza manteniendo al paciente en decúbito con los pies elevados y administrando antihistamínicos orales (p. ej.: Dexclorfeniramina-Polaramine®: 8-12 mg/24 horas). Si la reacción es muy grave puede precisarse la administración de corticoides intravenosos y derivación a un hospital.

En el caso del disulfiram, a pesar de su profusa utilización, las evidencias sobre su utilidad terapéutica han sido poco robustas, ya que el rigor metodológico de los estudios que siguieron a su introducción en el mercado fue escaso (métodos de estudio diferentes y poblaciones heterogéneas). Está demostrado que el disulfiram es efectivo en la reducción de la cantidad de

Tabla VI. Efectos secundarios y contraindicaciones de los interdictores.

EFECTOS SECUNDARIOS			CONTRAINDICACIONES		
Manifestaciones clínicas	Disulfiram	Cianamida	Situación clínica	Disulfiram	Cianamida
Acción antitiroidea	No	En animales	Cirrosis	A	R
Astenia	Sí	No	Depresión	A	R
Aumento colesterol	Sí	No	Diabetes	R	R
Cardiovasculares	Sí	No	Enfermedad cardíaca	A	A
Depresión	Posible	No	Enfermedad tiroidea	—	R
Disfunción neuropsicológica	?	No	Embarazo	A	A
Hepatotoxicidad	Sí	?	Epilepsia	R	R
Neuroendocrinos	Sí	No	Incapacidad seguir tratamiento	A	A
Neuropatía	Sí	No	Insuficiencia pulmonar / asma	A	R
Psicosis	Posible	No	Insuficiencia renal crónica	A	R
Somnolencia	Sí	No	Hepatitis aguda	A	R
Teratogenicidad	Sí	No conocida	Neuropatía	A	R
Trastornos sexuales	Sí	No	Psicosis	A	R
			Trastornos graves personalidad	A	A

A: Contraindicación absoluta; R: Contraindicación relativa.
Modificado de Estalrich et al⁴.

alcohol consumido o del número de días de consumo, pero no existen datos sobre su efecto en la proporción de pacientes que consiguen mantenerse abstinentes³⁷.

Cabe comentar que se considera que la utilización de presentaciones de disulfiram inyectables de liberación prolongada («depot») podría ser de utilidad, no existiendo datos favorables que hagan referencia a la utilización de tabletas de disulfiram implantadas³⁷.

En cualquier caso, los datos clínicos sugieren que los fármacos aversivos (disulfiram o cianamida cálcica) son útiles en el tratamiento de grupos de pacientes motivados, utilizando, de forma conjunta, estrategias que faciliten el cumplimiento terapéutico³⁸.

3. Otras posibilidades farmacológicas

Además de las formas de tratamiento convencionales se han descrito actuaciones que además de su utilidad no hacen más que recalcar la necesidad de un abordaje global del alcoholismo en el que se aborden aspectos psicológicos y sociales. En este sentido se ha utilizado la ketamina.

La ketamina es un fármaco utilizado en anestesia general que en dosis subanestésicas induce profundas experiencias psicodélicas y alucinatorias. La ketamina afecta tanto a la transmisión monoaminérgica como a la opioide y aumenta la actividad theta en el electroencefalograma, lo que es una evidencia del refuerzo de la interacción del córtex límbico.

El programa de psicoterapia asistido por ketamina a dosis subanestésicas ha mostrado efectos beneficiosos. Así, según Krupitsky y Grinenko³⁹, induce armonización en el perfil de personalidad, cambios en los valores, el *insight* y el nivel de desarrollo espiritual, lo cual redundaría en eficacia en la prevención de recaídas en alcohólicos desintoxicados, con resultados significativamente superiores a las pautas terapéuticas «estándar».

nización en el perfil de personalidad, cambios en los valores, el *insight* y el nivel de desarrollo espiritual, lo cual redundaría en eficacia en la prevención de recaídas en alcohólicos desintoxicados, con resultados significativamente superiores a las pautas terapéuticas «estándar».

Intervenciones psicosociales

Este abordaje, cuyos objetivos son dismantelar defensas maladaptativas y la enseñanza de estrategias para prevenir las recaídas, incluye terapia individual, grupal y/o familiar, así como un programa educativo que enfatiza los daños del consumo persistente⁶.

1. Tratamientos comportamentales

Esta modalidad psicoterapéutica asume que el consumo de alcohol es una conducta aprendida que hay que modificar, averiguando los antecedentes (ambientales, emocionales y cognitivos) y las consecuencias que conducen a su mantenimiento. Los objetivos y planificación del tratamiento han de ser individualizados y revisados para abandonar las estrategias no funcionantes, estudiando variables cognitivas, es decir, los pensamientos y expectativas del sujeto que determinan su conducta. El sujeto es considerado también el principal agente de cambio, tanto a nivel de abstinencia como de vida personal⁶.

Debe de apoyarse en todo momento la motivación: evitación de situaciones o lugares en los que se producía el consumo, utilización de apoyo por parte de fa-

miliares y/o amigos, valorar el cambio de conducta producido y desarrollar conductas alternativas⁴⁰. Es de igual modo, muy importante que la autoeficacia percibida por el sujeto para realizar el cambio de conducta sea elevada⁴¹.

Sin embargo, se asume que aunque es posible lograr cambios rápidos en la conducta (abstinencia), suele persistir la tendencia a repetir la conducta patológica (recaída), por lo que suele realizarse aprendizaje de las habilidades de que pueda carecer el paciente para enfrentarse a ello, como relajación y manejo de situaciones sociales⁶.

En este sentido, pueden resultar de gran utilidad los programas de entrenamiento en conductas asertivas (asertividad, habilidades de comunicación, resistencia a la presión del grupo...), sobre todo si se parte del hecho de que muchos de estos pacientes presentan déficits que dificultan su enfrentamiento adaptativo a situaciones de bebida⁵.

En caso de recaída existen programas específicos como el de Marlatt y Gordon⁴² (modelos de prevención de recaída) cuyo objetivo es ayudar a la gente para que no comiencen a beber una vez que lo han dejado.

2. Psicoterapia grupal

Su utilidad se basa en que promueve las relaciones interpersonales y el apoyo mutuo, aumenta la autoestima y la motivación y se facilita la observación de conductas desadaptativas y la interpretación de defensas⁶. Aunque su eficacia no puede ser fácilmente probada (al no emplearse como técnica única y al ser difícilmente homologables), existen indicios indicativos de que los programas terapéuticos que incluyen grupos obtienen resultados superiores que aquellos otros que carecen de ellos⁷, constituyendo quizás la modalidad terapéutica que emerge con una mayor dominancia.

Se aconseja que antes de incluir a un paciente en un grupo éste haya recibido una adecuada información acerca de los problemas que padece y que las reglas del grupo estén suficientemente fijadas (puntualidad, notificación de ausencias, confidencialidad, sinceridad, abstinencia total)⁶.

En los primeros momentos suele ser difícil el manejo de los pacientes, ya que suelen tener grandes carencias afectivas, tienen ideas mágicas acerca de la cura o usan mecanismos de negación. Conforme va avanzando la terapia, va siendo posible desmontar las defensas del paciente a la vez que se va incrementando su *insight* acerca de sus múltiples dificultades personales, si bien, es en este momento cuando pueden aparecer

sentimientos de culpa o pasividad. En este sentido, un terapeuta experimentado que mantenga una actitud de escucha y empatía, evitando juicios y fomentando la cohesión del grupo, es vital para el correcto desarrollo de este tipo de terapia⁶.

Los aspectos que se manejan en el grupo, y que son considerados como terapéuticos son los siguientes: aportación de información sobre aspectos de la enfermedad, desarrollo de sentimientos de esperanza para el cambio, experiencias de universalización (que suelen disminuir la angustia y la culpa), fenómenos de catarsis (desculpabilización) que también alivian la ansiedad, altruismo (que refuerza la autoimagen), imitación y aprendizaje de nuevas habilidades sociales y experiencias de cohesión y aprendizaje interpersonal⁴³.

Una de las fórmulas más utilizadas es el grupo de discusión libre, de carácter abierto, mixto, no directivo. Estas sesiones suelen prolongarse durante un año, con una frecuencia semanal de aproximadamente una hora de duración. La dinámica propia de cada grupo estará en función de los miembros que constituyen dicho grupo, no excluyéndose la influencia de la personalidad y orientación teórica del terapeuta⁷.

Una vez consolidada la abstinencia (tras el grupo de discusión), cabe incluir al paciente en un grupo de profundización, que deberá prolongarse alrededor de un año más. Este tipo de grupo no debe de incluir psicoterapeuta (se reúnen los enfermos solos) y ha de ser de carácter cerrado (no permite incorporación de nuevos miembros sobre la marcha). En este tipo de grupo el alcohol no ocuparía el primer plano, sino que se trata de aprender a vivir y potenciar la maduración personal⁷.

3. Terapia familiar y/o de pareja

Estas terapias se basan en la presunción de que el paciente es reflejo de una disfunción de todo el sistema familiar, cuya dinámica hay que modificar. En este sentido, es fundamental el papel de la familia como crisol del problema alcohólico (favorece o sufre las consecuencias de la enfermedad y favorece o dificulta la recuperación del enfermo), sin olvidar, el posible desarrollo de toda una posible patología de la pareja o familia nuclear del paciente alcohólico (coalcoholismo)⁷.

Puede ser utilizada como método para incluir a los familiares del paciente en el proceso terapéutico como co-agentes del cambio y/o para reorganizar sistemas familiares inadecuados que hayan promovido o perpetuado la conducta de consumo. El hecho de beber pue-

de estar desempeñando una función «adaptativa» acaparando la culpa, siendo necesaria la reorganización del sistema familiar y la búsqueda de modos más apropiados de mantener la homeostasis⁶.

En otras ocasiones se solicita a la familia que coopere en la realización de un análisis funcional operativo del problema (desencadenantes, consecuencias...), solicitándoseles, igualmente, que generen posibles soluciones y colaboren de un modo concreto en las soluciones acordadas por consenso⁴⁴.

4. Grupos de Autoayuda

Los grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, Al-Anon, Al-Ateen, Asociación de Ex-Alcohólicos Españoles, Alcohólicos Rehabilitados...) actuarían reforzando la decisión de no entrar en contacto con el alcohol. Si bien, dichas organizaciones difieren en algunos aspectos, se caracterizan por ser mixtas (incluyen hombres y mujeres) y su objetivo principal es que los afiliados permanezcan abstinentes del alcohol, así como ayudar a otros alcohólicos a conseguir la sobriedad. La asistencia a estos grupos se puede incorporar como un elemento más al resto de las intervenciones terapéuticas que se estén desarrollando⁴³.

El único requisito para ser miembro de estos grupos es el deseo de abandonar el alcohol. El trabajo consiste en la realización de reuniones, una o varias a la semana, en las que un miembro habla de algún tema particular o de su experiencia personal con el alcohol para compartirla con el grupo, que lo apoya sin juzgarlo, e inicia un intercambio de experiencias constructivo⁶.

Se insiste en que cada miembro es incapaz de enfrentarse por sí solo a la adicción alcohólica, de la cual sólo es posible recuperarse con la abstinencia y estimula a la realización de un examen de los problemas psicológicos (culpa, tentaciones, tendencia a culpar a otros...) fomentando la sinceridad y la esperanza en la recuperación⁴⁵.

Las finalidades básicas de los grupos de autoayuda serían, entre otras, las siguientes: motivación, tanto del propio paciente como de la sociedad, para el tratamiento y recuperación del enfermo alcohólico, cola-

borar en la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción del paciente alcohólico, seguir las fases de curación y rehabilitación de sus miembros, colaborar con los profesionales de los equipos asistenciales a alcohólicos, promocionar información sanitaria o social sobre el alcohol, apoyar la lucha preventiva contra el alcoholismo, colaborar en los estudios epidemiológicos, etc.

La edad promedio de entrada en el grupo está alrededor de los 30 años, algunas de las características personales de los que acuden son: el ser sociables y cooperativistas, sentirse culpables con su conducta alcohólica, dependientes, presentar problemas severos y crónicos de todo tipo, clase media, físicamente sanos y socialmente estables. En la última década se observa una tendencia hacia una mayor proporción de mujeres y una mayor frecuencia de adicción a otras sustancias psicoactivas⁴³.

Algunos puntos en contra serían el excesivo énfasis en el modelo médico del consumo o en aspectos religiosos, y la ausencia en ocasiones de asesoría médica y la escasez de estudios controlados sobre su eficacia. Aunque se ha intentado evaluar la eficacia de los grupos de autoayuda mediante la aplicación de diseños controlados, los problemas de selección y otras dificultades metodológicas han impedido una adecuada interpretación de los resultados.

Conclusiones

La combinación de terapias farmacológicas y psicosociales resulta la forma de abordaje del alcoholismo más efectiva en el momento actual, tanto en la fase de desintoxicación como en la deshabituación y rehabilitación.

Es de esperar que un mejor conocimiento de las bases neurobiológicas y psicosociales del alcoholismo permita identificar subtipos de pacientes alcohólicos, lo que será importante para determinar las terapias o combinaciones de terapias más efectivas.

La aparición de nuevos medicamentos «anticraving» ha generado un ambiente terapéutico cargado de gran

Bibliografía

1. Gual A. Alcohólicos en la consulta ¿qué hacer? [editorial]. *Med Integral* 1990;16:43-4.
2. Prochaska JO, Di Clemente C. Towards a comprehensive model of change. En: *Treating addictive behaviors: Process of change*. Miller WR, Heather N (eds.). New York: Plenum Press; 1986.
3. Giner J, Franco MD. Problemas relacionados con el alcohol. En: *Psiquiatría en atención primaria*. Vázquez-Barquero JL (ed.). Madrid: Grupo Aula Médica; 1998.

4. Estalrich JV, Blanes N, Sempere G, Lorente P. Drogodependencias y atención primaria de salud. 2.^a ed. Valencia: Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària; 1994.
5. Altisent R, Pico MV, Delgado MT, Mosquera J, Auba J, Córdoba R. Protocolo de alcohol en atención primaria. Barcelona: Ediciones Doyma; 1996.
6. Álvarez S, de Lucas MT. Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas. En: Manual del residente de psiquiatría. Tomo I. Cervera S, Giner J, Conde V et al (eds.). Madrid: Litofinter, SA; 1997.
7. Rodríguez-Martos A. Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Barcelona: Salvat Editores, SA; 1989.
8. Erickson CK. Review of neurotransmitters and their role in alcoholism treatment. *Alcohol and Alcoholism* 1996;31(Supl 1):5-11.
9. Anton RF. Neurobehavioral basis for the pharmacotherapy of alcoholism: current and future directions. *Alcohol and Alcoholism* 1996;31(Supl 7):3A-9A.
10. Spanagel R, Ziegglänsberger W. Anti-craving compounds for ethanol: new pharmacological tools to study addictive process. *Trends Pharmacology Science* 1997;18(2):54-9.
11. Wilde MI, Wagstaff AJ. Acamprosate. A review of its pharmacological and clinical potential in the management of alcohol dependence after detoxification. *Drugs* 1997;53(6):1038-53.
12. Littleton J. Acamprosate in alcohol dependence: How does it work? *Addiction* 1995;90:1179-88.
13. Lhuin JP, Moore ND, Tran G, Steru L, Langrenon S, Daoust M, et al. Acamprosate appears to decrease alcohol intake in weaned alcoholics. *Alcohol Alcohol* 1990;25:613-22.
14. Ades J, Granger B, Parot P. Interés de acamprosato en alcohólicos dentro de la práctica médica corriente. Ensayo multicéntrico en 860 pacientes. *L'Information Psychiatrique* 1992;5:517-21.
15. Sass H. Prevention of relapses in alcoholics with acamprosate (PRAMA study). 1993. Lipha report n.º AOT 411198. Campral (acamprosate) dans le traitement de l'alcoolisme. Monographie. Groupe Lipha, 1995.
16. Roussaux JP, Hers D, Ferauge M. Does acamprosate influence alcohol consumption of weaned alcoholics? *Journal de Pharmacie de Belgique (France)* 1996;51(2):65-8.
17. Whitworth AB, Fischer F, Lesch OM, Nimmerrichter A, Oberbauer H, Platz T et al. Comparison of acamprosate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence. *Lancet* 1996;347(9013):1438-42.
18. Soyka M. Relapse prevention in alcoholism. Recent advances and future possibilities. *CNS Drug* 1997;7(4):313-27.
19. Ochoa E. Naltrexona en el tratamiento de la dependencia del alcohol. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1998;26(1):51-7.
20. Froehlich JC. Genetic factors in alcohol self-administration. *J Clin Psychiatry* 1995;56(Supl 7):15-23.
21. Herz A. Endogenous opioid systems and alcohol addiction. *Psychopharmacology* 1997;129(2):99-111.
22. Swift RM. Effect of naltrexone on human alcohol consumption. *J Clin Psychiatry* 1995;56(Supl 7):24-9.
23. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE, Rounsavi B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:881-7.
24. Volpicelli JR, Alterman AL, Hayasid M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch. Gen Psychiatry* 1992;49:876-80.
25. Arias F. Tratamiento del alcoholismo con naltrexona. *Farmacología del SNC* 1996;40(2):45-51.
26. Croop RS, Labriola DF, Wroblewski JM, Nibbelink DW. A multicenter safety study of naltrexone administration to individuals with alcoholism. *European Neuropsychopharmacol* 1995;5:400.
27. Volpicelli JR, Rhines KC, Rhines JS, Volpicelli LA, Alterman AI, O'Brien CP. Naltrexone and alcohol dependence. Role of subject compliance. *Archives of General Psychiatry* 1997;54(8):737-42.
28. Berg BJ, Pettinati HM, Volpicelli JR. A risk-benefit assessment of naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Drug Saf* 1996;15(4):274-82.
29. King AC, Volpicelli JR, Frazer A, O'Brien CP. Effect of naltrexone on subjective alcohol response in subjects at high and low risk for future alcohol dependence. *Psychopharmacology Beh* 1997;129(1):15-22.
30. Landabaso MA, Iraurgi I, Sanz J, Fernández de Corres B, Ruiz de Apodaka J, Jiménez-Lerma JM, et al. Naltrexona más aversivo en alcohólicos refractarios a tratamiento. *Psiquiatría Biológica* 1997;4:5-8.
31. Oslin D, Liberto JG, O'Brien J, Krois S. Tolerability of naltrexone in treating older, alcohol-dependent patients. *American Journal of Addiction* 1997;6(3):266-70.
32. Ciraulo AM, Alpert N, Franko KJ. Naltrexone for the treatment of alcoholism. *American Journal of Family Physician* 1997;53(3):803-6.
33. Kranzler HR, Burleson JA, Korner P, del Boca FK, Bohn MJ, Brown J, et al. Placebo-controlled trial of fluoxetine as an adjunct to relapse prevention in alcoholics. *Am J Psychiatry* 1995;152:391-7.
34. Kabel DI, Petty F. A placebo-controlled, double-blind study of fluoxetine in severe alcohol dependence: adjunctive pharmacotherapy during and after inpatient treatment. *Alcohol Clinical and Experimental Research* 1996;20(4):780-4.
35. Cornelius JR, Salloum IM, Ehler JG, Jarret PJ, Cornelius MD, Perel JM, et al. Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 1997;54(8):700-5.
36. Naranjo CA, Bremner KE, Bazoon M, Turksen IB. Using fuzzy logic to predict response to citalopram in alcohol dependence. *Clinical Pharmacological Therapy* 1997;62(2):209-24.
37. Hughes JC, Cook UK. The efficacy of disulfiram: a review of outcome studies. *Addiction* 1997;92(4):381-95.
38. Saitz R, O'Malley SS. Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment. *Medicine Clinics of North America* 1997;81(4):881-907.
39. Krupitsky EM, Grinenko AY. Ketamine psychedelic therapy (KPT): a review of the results of ten years of research. *Journal of Psychoactive Drugs* 1997;29(2):165-83.

40. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-4.
41. Bandura A. *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
42. Marlatt GA, Gordon J. *Relapse prevention*. New York: Guilford Press; 1985.
43. Chamorro L. Tratamiento del alcoholismo. En: *Avances en toxicomanías y alcoholismo. Aspectos conceptuales, farmacológicos, clínico-terapéuticos y médico-legales*. Valbuena A, Alamo C (eds.). Madrid: Universidad de Alcalá. Servicio de Publicaciones; 1997.
44. D'Zurilla T, Goldfried M. Problem-solving and behaviour modification. *J Abnorm Psychol* 1971;98:107-20.
45. Edwards G. *Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional* (2.^a ed.). México: Trillas; 1992.