

## ÁREA DE TRATAMIENTO

# Intervenciones psicosociales en alcoholismo

## *Psychosocial management of alcoholism*

MONASOR, R., JIMÉNEZ, M. y PALOMO, T.

*Unidad de Conductas Adictivas. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**RESUMEN:** *Objetivo:* En el abordaje de los trastornos por uso de alcohol se utilizan diversas psicoterapias como coadyuvantes del tratamiento psicofarmacológico.

*Material y métodos:* Se revisan las intervenciones psicosociales utilizadas en el tratamiento del alcoholismo.

*Resultados:* A continuación vamos a exponer las descritas en la literatura, el fundamento teórico, procedimiento y eficacia de cada una de ellas, haciendo más hincapié en las de mayor utilización por los profesionales que manejan el alcoholismo.

*Conclusiones:* Se agrupan en terapias cognitivo-conductuales (prevención de recaídas, técnicas de autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, desensibilización sistemática), terapias conductuales (terapia aversiva, contrato de contingencias, exposición con prevención de respuesta) y terapias psicodinámicas. Asimismo, se mencionan la intervención familiar y grupal.

**PALABRAS CLAVE:** Alcoholismo. Tratamiento. Intervención psicosocial.

**ABSTRACT:** *Objetivo:* To deal with alcohol abuse disorders we use several therapies to help pharmacological treatment.

*Material and methods:* The psychosocial interventions applied in the treatment of alcoholism are reviewed.

*Results:* We will describe those explained in the literature, his theoretical basement, process and efficacy of each of them, we will keep attention overcoat to those more used by alcoholism therapists.

*Conclusions:* We can classify them in cognitive-behavioral therapies (relapse prevention, selfcontrol techniques, social skills training, systematic desensitization), behavioral therapies (aversive technique, contingency contract, response prevention exposure) and psychodynamic therapies. Likewise, we will mention familiar and groupal interventions.

**KEY WORDS:** Alcoholism. Treatment. Psychosocial management.

### Introducción

En los últimos años, se entiende y se trata el alcoholismo desde un enfoque bio-psico-social. Por tanto, es necesario abordar todos los aspectos implicados en esta enfermedad. Desde el punto de vista biológico, la farmacología ha avanzado en la aparición de nuevos fármacos dirigidos a reducir el deseo de beber. Desde el punto de vista psicosocial, las intervenciones van dirigidas a incrementar y mantener la motivación del paciente a lo largo del tratamiento. Existe una gran diversidad de intervenciones psicosociales para este fin en función de diferentes orientaciones teóricas<sup>1</sup>.

### Terapias de orientación cognitiva

Las técnicas cognitivo-conductuales cada vez están más presentes en el tratamiento de las adicciones, y en

*Correspondencia:*

ROSANA MONASOR  
Unidad de Conductas Adictivas  
Hospital Universitario 12 de Octubre  
Avda de Córdoba, s/n  
28041 Madrid

particular del alcoholismo, como intervención coadyuvante del psicofarmacológico. Se trata de intervenciones que analizan tanto los pensamientos como el comportamiento relacionado con el consumo de alcohol. La finalidad de estas técnicas es la de modificar ambos (creencias y conductas) por otros más adecuados o adaptativos. Las más utilizadas son las siguientes: prevención de recaídas, técnicas de autocontrol, entrenamiento en habilidades, desensibilización sistemática y las intervenciones motivacionales<sup>2</sup>.

### Prevención de recaídas (PR)

Los programas de prevención de recaídas están orientados a ayudar y enseñar a los pacientes a evitar las recaídas en su consumo problemático de alcohol. Se fundamentan, en su gran mayoría, en las teorías del aprendizaje social y el concepto de autoeficacia de Bandura. Hay que destacar el modelo desarrollado por Marlatt y Gordon en 1985, siendo utilizado ampliamente en los últimos años en el tratamiento del alcoholismo<sup>3</sup>. Aunque la base teórica es similar la aplicación puede ser muy diversa variando en número de sesiones, énfasis en determinados conceptos clave y otras variables aun manteniendo todas ellas una orientación cognitivo-conductual.

La capacidad de afrontamiento de las situaciones de riesgo es un factor muy importante en la prevención de la recaída y junto al cambio de estilo de vida y a la concienciación constituyen una tríada de PR<sup>4</sup>. Las principales estrategias utilizadas son: discusión de la ambivalencia del paciente, identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo y consumo de alcohol, desarrollo de habilidades para afrontar el estrés interno y externo, análisis de las consecuencias del consumo y aprendizaje de los episodios breves de recidiva para que la prevención sea eficaz<sup>5</sup>.

Este tipo de programas ha sido objeto de investigación con el fin de comprobar su eficacia. Así, una reciente revisión apoya la utilización de este tipo de intervención. Las conclusiones de los estudios apuntan lo siguiente:

— una disminución de la frecuencia e intensidad de los episodios de recaída tras el inicio del tratamiento<sup>6</sup> respecto a controles (sin programa PR);

— aunque no se asocia con mayor tiempo de abstinencia<sup>6,7</sup>, si se compara con otros tratamientos, se observa menor cantidad de alcohol consumido y menos problemas por la bebida que en pacientes con recaídas<sup>6</sup>;

— mayor eficacia de tratamiento integrado por PR y medicación (naltrexona o disulfiram) que cualquiera de éstos aislados<sup>6</sup>.

### Técnicas de autocontrol

El objetivo es disminuir o suprimir el consumo y los problemas derivados de éste. Los pacientes con dependencia leve o moderada y con rasgos de personalidad con tendencia al control y a la autorresponsabilidad pueden beneficiarse de ellas.

Lo que se pretende con estas técnicas es que los pacientes aprendan a controlar el deseo de beber y a manejar situaciones que puedan provocarlo. Para ello se les entrena en conductas asertivas, en habilidades de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo/autocastigo y se discriminan situaciones donde es más fácil controlar el consumo<sup>2</sup>.

La controversia sobre su eficacia tiene su origen en el momento mismo de su aparición (años 70) por lo que diversos psiquiatras y psicólogos estudian desde hace años la conveniencia de su aplicación<sup>8</sup>.

Miller y colaboradores revisaron 30 estudios, realizados entre 1984 y 1992, de los cuales casi la mitad obtenían resultados positivos de eficacia, siendo en el resto tan eficaz esta técnica como las otras modalidades con las que se comparó<sup>9</sup>.

La revisión de Rosenberg en 1993 ponía de manifiesto que las variables predictoras de éxito a largo plazo eran la gravedad de la dependencia, la valoración subjetiva de la meta con relación a su consumo (abstinencia versus moderación) y otras relacionadas con datos sociodemográficos (mejor pronóstico en mujeres, jóvenes y con nivel socioeconómico estable). Al igual que en los programas de Prevención de Recaídas se ha comprobado que la utilización de fármacos para disminuir el deseo mejora la efectividad de estos programas<sup>2</sup>.

### Entrenamiento en habilidades sociales

Con este tipo de técnicas se intenta que el paciente desarrolle una serie de habilidades que le ayuden a manejar distintas áreas problemáticas relacionadas con su consumo. En muchas ocasiones el beber está vinculado a determinadas personas y situaciones que lo propician y el paciente carece de la destreza de afrontarlo de una manera más positiva. Por esto, se trabaja en asertividad, en la expresión de sentimientos, en técnicas de comunicación positiva, se entrena en el rechazo de bebidas alcohólicas y se desarrollan conductas alternativas al consumo<sup>1</sup>. Once de 16 estudios

revisados sobre la eficacia del entrenamiento en habilidades aportan resultados positivos<sup>9</sup>.

### **Intervenciones motivacionales**

Surgen a finales de los años setenta con el objetivo de promover un cambio en el paciente en su consumo de alcohol así como en su percepción de los problemas derivados de éste. Su base teórica es la entrevista motivacional. A través de este tipo de intervención se detectan las resistencias y ambivalencia respecto al tratamiento, teniendo como objetivo la evaluación del consumo, información del riesgo, consejo y la importancia de la responsabilidad en la conducta<sup>8,10</sup>.

Para ello el terapeuta debe establecer una relación de empatía con el paciente evitando juicios de valor hacia éste utilizando técnicas como la escucha reflexiva y facilitar la verbalización de frases automotivacionales.

Este tipo de abordajes comenzaron a extenderse en la década de los ochenta, principalmente en el ámbito anglosajón de Atención Primaria. Entre las modalidades cabe distinguir el consejo médico, las intervenciones muy breves y las breves. Están basadas en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente sobre los estadios del cambio. Este tipo de intervenciones son eficaces en sujetos no dependientes, es decir en individuos con consumo de riesgo, uso perjudicial o dependencia leve.

Son más eficaces que la no intervención y se ha observado que más de la mitad de los pacientes mantienen una reducción del consumo durante el primer año de seguimiento. Además suelen incrementar la eficacia de tratamientos posteriores<sup>8</sup>.

### **Desensibilización sistemática**

Los datos sobre la eficacia de la desensibilización sistemática en el tratamiento del alcoholismo no arrojan resultados tan favorables como los encontrados en las intervenciones de los apartados anteriores. Asimismo el entrenamiento en relajación y manejo de estrés no resulta eficaz si no es parte integrante de un conjunto de técnicas aunque está clínicamente indicado en aquellos pacientes con sintomatología de ansiedad<sup>2</sup>.

## **Terapias conductuales**

Son terapias que se basan en el aprendizaje y que

tienen como objetivo sustituir las conductas inadecuadas por otras más adaptadas. La terapia de conducta proviene de los trabajos realizados por el fisiólogo ruso Iván P. Pavlov y de la psicología de la conducta. Desde los años veinte se vienen utilizando técnicas de modificación de conducta aplicadas a diversos trastornos o sintomatología. A partir de los años cuarenta una serie de investigaciones permite consolidar esta modalidad de terapia aplicando los principios clásicos del condicionamiento a problemas como el alcoholismo.

Las más empleadas son la terapia aversiva, el contrato de contingencias y la exposición con prevención de respuesta. La principal crítica que obtienen estas técnicas es su orientación hacia la conducta observable sin prestar atención al análisis de sus causas. En el alcoholismo no son muy utilizadas como terapia de tratamiento.

### **Terapia aversiva**

En esta técnica se castiga la conducta desadaptativa y consiste en presentar consecutivamente el consumo de alcohol con experiencias aversivas (choque eléctrico o vómitos por haber tomado interdictores). Se emplea muy poco en el tratamiento del alcoholismo, además los estudios sobre su eficacia no arrojan resultados contundentes a la hora de reducir o suprimir el consumo de alcohol en los pacientes<sup>2,8</sup>.

### **Contrato de contingencias**

Se utilizan consecuencias positivas o negativas para recompensar o castigar las conductas adaptativas o desadaptativas, respectivamente, y desincentivar el consumo de alcohol. Estas consecuencias se deciden entre terapeuta y paciente. Miller et al revisaron la eficacia de los diversos tratamientos del alcoholismo y observaron que ésta es la técnica conductual que mayor eficacia demostró. Aun así, se utiliza escasamente en la actualidad<sup>2,8</sup>.

### **Prevención de respuestas a la exposición a estímulos**

Se trata de una técnica de desensibilización que consiste en disminuir el *craving* cuando el individuo se expone sistemáticamente a distintos estímulos (ambientes, personas, circunstancias) que anteriormente producían deseo de consumo de alcohol. Se produce un condicionamiento por la secuencia estímulo-deseo-consumo siendo el umbral de respuesta a las señales variada e individualizada. La técnica consiste en expo-

ner al sujeto a aquellos estímulos previniendo la ejecución de respuestas disfuncionales, es decir, de consumo o recaída. En sólo uno de tres estudios se consiguió con éxito un resultado positivo en el tratamiento de pacientes alcohólicos<sup>8</sup>.

### **Terapias psicodinámicas**

Desde esta perspectiva, se intentan explicar motivaciones inconscientes en las conductas del paciente, así como fijaciones y traumas que acontecieron en el desarrollo de su personalidad. Asimismo intentan promover mecanismos de defensa de talante menos auto-destructivos que el consumo de sustancias como el alcohol para el individuo. Se trabaja también en aspectos psicodinámicos relacionados con la pérdida de control (estados afectivos negativos, eventos traumáticos, rasgos de personalidad, negación persistente, aspectos sexuales, problemas de codependencia y aspectos psicodinámicos de la recaída)<sup>11</sup>. Son técnicas de escasa efectividad cuando el paciente presenta un trastorno antisocial de la personalidad o deterioro cognitivo. No es eficaz cuando se emplea como modalidad única de tratamiento<sup>2</sup>.

### **Otras intervenciones psicosociales**

#### **Terapias familiares**

Los problemas familiares son muy frecuentes en los pacientes con dependencia de alcohol, de ahí la importancia de intervenir en las familias de éstos. Las razones son muchas y entre las más importantes está que la familia motiva al paciente para la adherencia al tratamiento<sup>12</sup> lo que influye positivamente en su eficacia. El núcleo familiar también se resiente de los conflictos originados por el alcoholismo de uno de sus miembros y por esto los familiares necesitan información y ayuda profesional.

Las intervenciones familiares pueden ser de orientación sistémica, psicodinámica y conductual. Miller y colaboradores observaron la eficacia de las técnicas conductuales<sup>8</sup>.

#### **Terapias grupales**

La técnica grupal como tratamiento del alcoholismo tiene su origen en los años veinte y se utilizan en la mayoría de los centros públicos de nuestro país<sup>13</sup>. Su importancia radica en la posibilidad del paciente de

identificarse con otros que tienen su problema, en comprender el trastorno y aprender estrategias para evitar las recaídas. Casi todas las técnicas expuestas arriba, excepto las psicodinámicas ortodoxas, se pueden utilizar en formato grupal. Aunque los resultados sobre la mejoría de los pacientes incluidos en terapia grupal o asistidos con psicoterapia individual son similares, el efecto coste-beneficio indica la preferencia por la primera modalidad, como muestra un estudio sobre la terapia cognitivo-conductual en alcoholismo<sup>14</sup>. Existen estudios que indican la mayor eficacia de esta terapia en mujeres que en hombres<sup>15,16</sup>. También se propone menor riesgo de abandono en mayores de 35 años durante los dos primeros meses, y la exclusión de pacientes que han tenido alucinosis o celotipia<sup>13</sup>.

### **Resultados sobre la selección de la técnica psicoterapéutica**

Existen estudios que evalúan la eficacia de asignar una terapia u otra en función del paciente. Así, los individuos con trastorno antisocial de la personalidad se benefician mayoritariamente de técnicas estructuradas como las de entrenamiento en habilidades sociales. Los pacientes con menos rasgos de sociopatía y buen funcionamiento social de terapias centradas en la relación interpersonal y los sujetos ansiosos de técnicas de entrenamiento en habilidades de comunicación<sup>17</sup>.

#### **Proyecto Match**

Uno de los estudios más ambiciosos para evaluar eficacia en la terapia psicosocial ha sido el del Proyecto Match. Se trata de un estudio multicéntrico, aleatorizado que comparaba mejoría en pacientes con tratamiento centrado en el método de Doce Pasos (Alcohólicos Anónimos), con terapia de comportamiento cognitivo o con terapia de intensificación motivacional. Se planteaba como hipótesis que determinados subgrupos de dependientes del alcohol responderían de manera diferente a los tratamientos. Los resultados fueron que tras un año de seguimiento el tratamiento de los 12 pasos fue igual de eficaz en conseguir y mantener abstinencia que los otros. Por tanto, no aporta datos concluyentes sobre la indicación de la terapia aunque se observó que el tratamiento cognitivo-conductual funcionaba mejor en pacientes con menos síntomas de dependencia<sup>3,18</sup>.

Por otro lado, se ha demostrado que la administración de naltrexona (psicofármaco antagonista opiáceo)

durante las doce primeras semanas tras la interrupción de la ingesta, mejora la eficacia de la terapia cognitivo-conductual<sup>19</sup> en la reducción de días continuos de consumo y en el aumento de porcentaje de días de abstinencia.

La literatura revela la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del alcoholismo<sup>20</sup>. Desde hace más de dos décadas se utilizan estos programas existiendo diversidad en su aplicación en función de la duración, modalidad, contenido o lugar de terapia, así como su combinación con otro tipo de terapias. Pero es necesario investigar más profunda-

mente sobre sus mecanismos de acción, es decir, cómo actúa en los pacientes. Estudios recientes han fracasado en la identificación de los componentes específicos de la técnica por lo que se debe seguir trabajando en la evaluación de los factores que median en el control de la abstinencia del paciente, sobre todo en la metodología y la conceptualización de las habilidades de afrontamiento en las que se basa esta técnica<sup>21</sup>.

Por tanto, se precisan más estudios y mayor evidencia para poder llegar a la conclusión de que la terapia cognitivo-conductual es más efectiva que otras inter-

## Bibliografía

1. Ventura I. Psicoterapia del alcoholismo. En: Tratado de Alcoholología, Cuevas. J, Sanchís, M. Ed. 2000;235-55.
2. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Aula Médica Ediciones, 2000;47-79.
3. Cuadrado P. Originales y revisiones. Viejos y nuevos tratamientos en la dependencia alcohólica. Psiquiatría Pública 1998;10:361-8.
4. Jiménez M, Monasor R, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Rubio G. Programas psicológicos de intervención en los trastornos por uso de alcohol. En Curso de Especialización en Alcoholismo. Madrid: FAD. 2001;9.1-9.47.
5. Larimer M, Palmer S, Marlatt G. Relapse Prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. Alcohol Research & Health. 1999; 23:151-60.
6. Irvin JE, Bower CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: A metaanalytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1999;67:563-70.
7. Carroll KM. Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. Experimental and Clinical Psychopharmacology 1996;4:46-54.
8. Monasor R, Jiménez M, Rubio G. Reducción de daño en alcoholismo. 2003 (en prensa).
9. Miller WR et al. What Works? A Methodological Analysis of the Alcohol Treatment Outcome Literature. En: Hester RK, Miller WR, eds.: Handbook of Alcoholism Treatment Approaches, 2ª ed. Massachusetts: Allyn and Bacon 1995:12-44.
10. Neus Freixa Fontanals. Entrevistas motivacionales. Cadiz: VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías, 2001; 339-48.
11. Kort E. El trabajo terapéutico en el campo de las adicciones. En internet: [www.adicciones.org.mx/libros/conferencia.doc](http://www.adicciones.org.mx/libros/conferencia.doc)
12. Cuadrado P, García R, Alonso M. Manejo de la dependencia alcohólica. En Janssen-Cilag:81-9.
13. Monras M. Indicaciones de terapia grupal para alcohólicos. Actas Esp Psiquiatr, 2000;28:298-303.
14. Marqués AC, Formigoni ML. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. Addiction 2001;96:835-46.
15. Gual A, Martínez M, Ortega L, Bach L. Utilización de técnicas grupales en el tratamiento de enfermos alcohólicos. Estudio de las características de los grupos terapéuticos realizados en los centros asistenciales especializados del estado español. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Socidrogalcohol, 1992.
16. Monras M, Freixa N, Martínez M, Bach L. Abandono de la terapia grupal en pacientes alcohólicos. Seguimiento de diez grupos. Adicciones. 1990;2:93-104.
17. Mattson ME, Allen JP, Longabaugh R, Nickless CJ, Connors GJ, Kadden RM. A chronological review of empirical studies of matching alcoholic clients to treatment. J Stud Alcohol 1994;55 (supl 12):16-29.
18. Chick J. Estudios naturalistas vs. estudios controlados en las recientes investigaciones sobre el tratamiento de la dependencia de alcohol. En Internet: [www.erit.org/articles/estudios%20](http://www.erit.org/articles/estudios%20)
19. Raymond F, et al. Posttreatment Results of Combining Naltrexone with Cognitive-behavior therapy for the treatment of alcoholism. J Clin Psychopharmacology 2001;21:72-7.
20. Morgenstern J, Longabaugh R. Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. Addiction 2000;95:1475-90.
21. Longabaugh R, Morgenstern J. Cognitive-behavioral coping skills therapy for alcohol dependence: current status and future directions, Alcohol Research and Health 1999;23:78-87.