

# ALCOHOL

## guía clínica



Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD



Plan de Recuperación,  
Transformación  
y Resiliencia

SECRETARÍA  
DE ESTADO  
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL  
GOBIERNO PARA  
EL PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS

**SOCIDROGALCOHOL**  
Sociedad Científica Española  
de Estudios sobre el Alcohol,  
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



**AdSalud**

# Índice

## 1. Epidemiología

1.1. *Datos existentes sobre consumo de alcohol en España*

1.2. *Consumo de alcohol y comorbilidad*

## 2. Etiopatogénesis: factores de vulnerabilidad hacia el alcoholismo

2.1. *Factores individuales de vulnerabilidad*

2.2. *Factores ambientales de vulnerabilidad*

2.3. *Interacción de factores individuales y ambientales*

## 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

3.1. *Patología médica (orgánica) asociada al consumo agudo y crónico de alcohol*

3.1.1. Consecuencias orgánicas asociadas a consumos agudos en menores y mayores de edad

- Intoxicación alcohólica aguda
- Tabla 3.1. Principales manifestaciones clínicas en la intoxicación aguda alcohólica
- Síndrome postintoxicación etílica aguda
- Alcohol y embarazo

3.1.2. Alcohol y patología clínica orgánica

- Patología cardiovascular
- Patología gastrointestinal
- Patología pancreática
- Patología hepática
- Patología neurológica
- Sistema endocrino y metabolismo
- Aparato locomotor
- Sistema hematopoyético
- Patología oncológica

3.2. *Comorbilidad psiquiátrica*

3.2.1. Trastornos mentales inducidos por el consumo de alcohol

- Episodios psicóticos transitorios
- Alucinosis alcohólica

3.2.2. Trastornos mentales y comorbilidad alcohólica

- Trastornos de ansiedad
- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar

- Trastornos delirantes

- Trastornos de la personalidad

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

- Trastornos de la alimentación

- Trastorno por dependencia de alcohol, depresión y suicidio

3.3. *Alcohol y cognición: neuropsicología basada en la evidencia*

3.4. *Consecuencias psicosociales*

3.4.1. *Ámbito laboral*

3.4.2. *Deterioro en el ámbito interpersonal*

- Lesiones no intencionales
- Lesiones intencionales

## 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

4.1. *Evaluación*

4.1.1. *Detección o cribado*

- Consumo de riesgo
- Otros métodos

4.1.2. *Evaluación comprehensiva*

- Entrevistas de ayuda diagnóstica
- Gravedad del consumo (dependencia) (ASI, SADQ, EIDA, ADS)
- Ansia de consumo (CDB, OCDS, EMCA, IRISA, EDB, ACQubio)
- Patrón de consumo (ISCA, MAP, CDP, TLFB)
- Motivación para el cambio (URICA, SOCRATES, RCQ)
- Comorbilidad psiquiátrica (PRISM, SCID-I y SCID-II, PDSQ, SCAN, CIDI, MINI)
- Problemas relacionados con el alcohol (ASI, APQ, RAPI)
- Abstinencia del alcohol (CIWA-A)
- Habilidades de afrontamiento y precipitantes de recaída

4.2. *Indicadores clínicos y marcadores biológicos*

- Marcadores directos
- Marcadores indirectos

# Índice

## 4.3. Diagnóstico: Sistema diagnóstico DSM-V

- Criterios diagnósticos DSM-V para el trastorno por consumo de alcohol
- Criterios diagnósticos DSM-V para los trastornos inducidos por la Abstinencia de alcohol

## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

### 5.1. Tratamientos médico-psiquiátricos

5.1.1. Prevención y tratamiento del síndrome de privación a alcohol

- Síndrome de privación a alcohol
- Contexto de realización
- Criterios para la realización del tratamiento a nivel hospitalario
- Medidas de soporte
- Tratamiento: complicaciones del síndrome de privación a alcohol

5.1.2. Abordaje de la comorbilidad psiquiátrica

- Trastornos psicóticos
- Esquizofrenia
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de personalidad

5.1.3. Intervención farmacoterapéutica en la prevención de recaídas y deshabituación

- Disulfiram
- Acamprosato
- Naltrexona
- Nalmefene
- Oxibato sódico
- Otros fármacos con resultados positivos pero sin indicación terapéutica

### 5.2. Intervenciones psicosociales

5.2.1. Introducción: Características de las intervenciones psicosociales y tratamientos psicológicos para los trastornos por consumo de alcohol

5.2.2. La relación terapéutica

5.2.3. Intervenciones psicológicas

- Intervenciones breves
- Entrevista y terapia motivacional
- Terapias grupales
- Terapias cognitivo-conductuales

- Terapia de conducta social y red de trabajo
- Terapias psicodinámicas
- Terapias centradas en la familia
- Mindfulness
- Uso de tecnologías de la comunicación y la información (TIC)

5.2.4. Intervenciones sobre grupos específicos

- Población adolescente
- Intervención en mujeres

## 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

### 6.1. Impacto en la salud: morbi-mortalidad asociadas al consumo de alcohol

- Morbilidad
- Tabla 6.1. Patologías asociadas al consumo de alcohol: fracciones atribuibles
- Mortalidad
- Síndrome alcohólico fetal
- Accidentes de tráfico

### 6.2. Costes asociados al consumo de alcohol

- Tabla 6.2. Coste social del consumo de alcohol en Europa en 2003. Modificada de Anderson y Baumberg (2006)
- Distribución de costes
- Tabla 6.3. Costes según renta económica de los países (Rehm et al., 2012)
- Costes sanitarios
- Tabla 6.4. Costes estimados de los daños relacionados con el alcohol en el NHS durante 2006-7 con precios de 2008-9 (NICE, 2010)
- Costes laborales
- Costes sociales
- Tabla 6.5. Problemas sufridos por los estudiantes de 14 a 18 años como consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas

### 6.3. Coste-efectividad del tratamiento

- Coste-efectividad de la opción de tratar
- Tratamientos ambulatorios y hospitalarios
- Intervenciones psicosociales y farmacológicas

### 6.4. Coste-efectividad de la prevención

# 1. Epidemiología del consumo de alcohol

Cesar Pereiro, Joan Ramón Villabí, Alfredo Gurrea, Aurelio Luna

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. 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.

## 1.1. Datos existentes sobre consumo de alcohol en España

Desde el año 1995, el Plan Nacional sobre Drogas realiza, cada dos años, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), aplicada a una muestra de la población española de 15- 64 años no institucionalizada y cuyos resultados publica como parte del informe anual del Observatorio Español sobre Drogas, accesibles en el portal del Plan.

Según la Encuesta EDADES 2011-2012, 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%).



# 1. Epidemiología del consumo de alcohol

Cesar Pereiro, Joan Ramón Villabí, Alfredo Gurrea, Aurelio Luna

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.

Los datos correspondientes a la última encuesta muestran que son los jóvenes de entre 25 y 34 años los que muestran una mayor prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses (79,5%) y en los últimos 30 días (64,9%).

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. En relación a la evolución temporal, los datos de la encuesta EDADES confirman que, para el último año estudiado, se han emborrachado menos personas que en años anteriores, pero las que se han emborrachado lo han hecho un mayor número de veces. La prevalencia de intoxicaciones etílicas desciende ligeramente en ambos sexos y en todos los grupos de edad, aunque sigue manteniéndose en niveles altos.

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. Referido a los últimos 30 días, un 15,2% de los sujetos que participó en la encuesta EDADES afirma realizar este tipo de ingesta alcohólica, claramente perjudicial. Especialmente preocupante es que esta modalidad de consumo entre los más jóvenes (de 15 a 19 años) es elevada y no ha dejado de aumentar desde 2007 tanto en hombres como en mujeres, aunque de modo especial en estas últimas, pasando del 13,7% al 17,2% para este grupo de edad.

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.

El consumo de alcohol, sobre todo si es de tipo intensivo (consumo en atracón y borracheras) se asocia estadísticamente con una mayor prevalencia de consumo de otras sustancias. Así por ejemplo, el consumo de cannabis y cocaína se observa en el 23,2% y el 5,9% respectivamente de los sujetos que realizan consumo intensivo, mientras que tan solo aparece en el 4,1% y 0,3% de los que no lo hacen.



# 1. Epidemiología del consumo de alcohol

Cesar Pereiro, Joan Ramón Villabí, Alfredo Gurrea, Aurelio Luna

Lamentablemente y a la luz de los datos que nos proporciona la última encuesta EDADES realizada, en cuanto al riesgo percibido derivado del consumo de sustancias, el alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa: menos de la mitad de los encuestados considera que tomar 5 ó 6 copas en fin de semana puede producir problemas.

## 1.2. 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.

En el estudio ECA se encuentra una prevalencia a lo largo de la vida en la población general del 13,5% para el trastorno por consumo de alcohol, del 6,1% para el abuso o dependencia de otras sustancias y del 22,5% para el resto de los trastornos psiquiátricos. Estas cifras de prevalencia aumentan en el caso de pacientes con comorbilidad psiquiátrica, ya que 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%) (Regier DA et al. 1990) (Helzer JE and Pryzbeck TR, 1988).

En el estudio NCS, la prevalencia de trastornos por alcohol es más elevada para hombres que para mujeres tanto en abuso como en dependencia, aunque la comorbilidad con otros trastornos es más elevada en las mujeres. Entre las mujeres, el 86% de las que tiene dependencia de alcohol y el 72,4% de las que tienen abuso presentan otro trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida. En el caso de los hombres, los porcentajes respectivos son el 78,3% y el 56,8%. 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 sustancias.



# 2. Etiopatogénia: factores de vulnerabilidad hacia el alcoholismo

Josep Guardia Serecigni, Elisardo Becoña Iglesias, Gerardo Flórez Menéndez, Tatiana Bustos Cardona

## 2.1. Factores individuales de vulnerabilidad

### Factores genéticos

- El endofenotipo “bajo nivel de respuesta al alcohol” y determinados polimorfismos en el gen GABRA2 se asocian al alcoholismo.
- El polimorfismo DRD2 Taq1A, situado en el gen ANKK1 relacionado con el sistema de dopaminérgico, se asocia al alcoholismo.
- El endofenotipo “respuesta al estrés” se asocia al alcoholismo. Polimorfismos en los genes: crhr1, Per1 y Per2 se asocian a dicho endofenotipo.
- El endofenotipo “metabolización del alcohol” se asocia al alcoholismo. Polimorfismos en los genes: ADH1B, ALDH2 y ADH1C se asocian a este endofenotipo.
- Polimorfismos en los genes: ADH1B, ADH4, ADH5, ADH6 y ADH7 se asocian con menos potencia al endofenotipo “metabolización del alcohol”.
- El endofenotipo “neuroimagen funcional” se asocia al alcoholismo.
- Polimorfismos en el gen del receptor  $\mu$ , del sistema de neurotransmisión opioide, se asocian al alcoholismo.

### Trastornos mentales y factores de personalidad e inteligencia

- El trastorno disocial en la infancia parece ser un claro predictor de inicio precoz del abuso de alcohol.
- Determinados rasgos, como una elevada impulsividad, búsqueda de sensaciones, desinhibición conductual y emocionalidad negativa, han sido asociados a una mayor vulnerabilidad hacia el alcoholismo.
- Los adolescentes que abusan del alcohol tendrían un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de esta sustancia en el inicio de su vida adulta.

### Factores neurocognitivos y neurobiológicos

- Los pacientes que han sido intervenidos mediante un bypass gástrico alcanzan mayores concentraciones de alcohol en el SNC y pueden presentar un mayor riesgo de dependencia del alcohol.
- El consumo crónico y elevado de alcohol puede producir un incremento de la actividad de la neurotransmisión excitatoria glutamatérgica, de los canales de calcio activados por voltaje y de la neurotransmisión opioide de tipo kappa; al mismo tiempo que una disminución de la



## 2. Etiopatogénia: factores de vulnerabilidad hacia el alcoholismo

Josep Guardia Serecigni, Elisardo Becoña Iglesias, Gerardo Flórez Menéndez, Tatiana Bustos Cardona

neurotransmisión GABA.

- El producto resultante de dicha hiperglutamergeria e hipogabergia es un estado de hiperexcitación del Sistema Nervioso Central, junto con un estado de hipodopaminergia en las sinapsis del estriado y del lóbulo prefrontal mientras que la hiperfunción del sistema kappa opioide podría tener relación con síntomas de ansiedad, depresión, anhedonia, disforia y bajo control cognitivo.
- En dicho estado, una nueva ingesta de alcohol puede producir un rápido alivio de dichos síntomas y, por tanto, un intenso efecto reforzador negativo de la conducta de su auto-administración.
- La persona que ha desarrollado un trastorno por dependencia del alcohol es probable que intente dejar de beber, pero tras un período de abstinencia de alcohol, un nuevo consumo puede disparar una pérdida de control, que le arrastre la recaída tardía.

### 2.2. Factores ambientales de vulnerabilidad

#### Factores psicosociales de vulnerabilidad al alcoholismo

- Experiencias infantiles adversas del tipo malos tratos, negligencia o pobre vinculación a los padres, podrían tener efectos persistentes sobre la función del eje HHS en el adulto, contribuyendo a una mayor vulnerabilidad tanto hacia la depresión como hacia el abuso de sustancias.
- Tanto el estrés prolongado como el abuso del alcohol pueden producir una hipofunción de los receptores de glucocorticoides, con la consiguiente disfunción del feedback negativo del eje HHS, que puede ser persistente y puede ir asociada a una mayor sensibilidad al estrés y un mayor riesgo de recaída, que podría ser precipitada por situaciones estresantes.
- Un bajo precio, junto a un fácil acceso a las bebidas alcohólicas, están relacionados con un elevado consumo per cápita de alcohol.
- Cuanto más restrictivas son las leyes y normas sobre el consumo de alcohol menor es su consumo.
- Se ha encontrado una relación causa-efecto entre las experiencias infantiles adversas y el inicio precoz del consumo de alcohol, que aumenta la probabilidad de desarrollar un consumo de riesgo en la adolescencia y de dependencia del alcohol en la vida adulta.
- Personas adultas sometidas a experiencias traumáticas repetidas presentan abuso de



## 2. Etiopatogénia: factores de vulnerabilidad hacia el alcoholismo

Josep Guardia Serecigni, Elisardo Becoña Iglesias, Gerardo Flórez Menéndez, Tatiana Bustos Cardona

alcohol en proporción a la intensidad de los síntomas de estrés postraumático.

- El tratamiento especializado del alcoholismo puede impedir que un episodio de dicha enfermedad evolucione hacia la recidivancia y la cronicidad.

### **Exposición prenatal al alcohol**

- La exposición prenatal al alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con el alcohol.

### **2.3. Interacción de factores individuales y ambientales**

Las condiciones adversas a lo largo de la vida, y sobre todo durante la infancia, pueden conducir a una regulación epigenética de la respuesta al estrés, la desinhibición conductual y los sistemas cognitivo-emocionales; que pueden manifestarse más adelante como trastornos del control de los impulsos, tales como trastorno de la alimentación, alcoholismo y otros.

Por tanto, el factor genético puede ser necesario pero no suficiente para que los hijos de padres alcohólicos desarrollen alcoholismo, ya que un ambiente familiar de bajo riesgo puede moderar el impacto del riesgo genético.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

## 3.1. Patología médica (orgánica) asociada al consumo agudo y crónico de alcohol

### 3.1.1. Consecuencias orgánicas asociadas a consumos agudos en menores y mayores de edad

#### **Intoxicación alcohólica aguda**

La intoxicación etílica aguda es el trastorno relacionado con el alcohol más frecuentemente atendido en los servicios de Urgencias, afectando no solamente a adultos sino también a adolescentes. Los criterios del DSM IV para su diagnóstico incluyen: ingesta reciente de alcohol; cambios psicológicos o en la conducta durante la ingesta de alcohol o inmediatamente después, incluyendo conducta sexual inapropiada, agresividad, incapacidad de realizar actividades laborales y sociales, labilidad con cambios en el estado de ánimo, alteraciones cognitivas, y uno o más de los siguientes signos: alteración de la coordinación, nistagmus, disartria, marcha inestable, dificultad de atención y déficit en memoria, estupor o coma, síntomas que no pueden ser atribuidos a otras patologías médicas, ni de trastornos mentales.

Diferentes factores pueden influir en la severidad de la intoxicación alcohólica aguda, entre los que destacan: cantidad y concentración de alcohol ingerido, peso corporal, tolerancia al alcohol y el tiempo de ingesta.

La sintomatología puede relacionarse con la concentración sanguínea de alcohol. En pacientes que no abusan del alcohol, los efectos de la intoxicación etílica son relativamente más predecibles. Por el contrario, los efectos en los individuos consumidores crónicos son impredecibles y pueden demostrar poca evidencia clínica de intoxicación aunque, sus concentraciones sanguíneas sean mayores a 400 mg/dL.

Entre los pacientes que no abusan habitualmente, los signos clínicos más frecuentemente asociados con concentraciones sanguíneas específicas son los que se muestran en la tabla siguiente (Tabla 1).

Las manifestaciones clínicas de la intoxicación alcohólica y las posibles complicaciones son debidas al efecto del alcohol sobre los diferentes órganos. Entre los más importantes se encuentran los cardiovasculares incluyendo taquicardia, vasodilatación periférica y depleción de volumen, que pueden contribuir a la hipotermia e hipotensión; también favorece la aparición



### 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

de arritmias auriculares y ventriculares. La depresión respiratoria es el principal riesgo vital en la intoxicación alcohólica. Otros problemas respiratorios son la disminución del aclaramiento mucociliar y el riesgo de broncoaspiración y neumonía. Puede producirse rabdomiolisis aguda tanto por la agitación como por el traumatismo muscular por apoyo prolongado sobre superficie dura durante la disminución del nivel de conciencia.

**Tabla 3.1. Principales manifestaciones clínicas en la intoxicación aguda alcohólica según la concentración sanguínea de alcohol**

Concentración sanguínea del alcohol	Efectos clínicos
20-50 mg/dL (4,4-11 mmol/L)	Disminución de la coordinación motora fina
50-100 mg/dL (11-22 mmol/L)	Alteración del juicio y la coordinación
100-150 mg/dL (22-33 mmol/L)	Ataxia, hiperreflexia, prolongación del tiempo de reacción, cambios en el humor, alteraciones en la conducta
150-250 mg/dL (33-55 mmol/L)	Letargia, disartria, hipotermia, amnesia, diplopia, náuseas y vómitos
300 mg/dL (66 mmol/L)	Coma en el bebedor no habituado
400 mg/dL (88 mmol/L)	Depresión respiratoria, coma, muerte

Los efectos gastrointestinales incluyen náuseas y vómitos que pueden ocasionar alteraciones hidroelectrolíticas, diarrea, dolor abdominal por gastritis aguda, ulcus o pancreatitis aguda. La intoxicación alcohólica aguda puede producir una hepatitis aguda en pacientes con hepatopatías crónicas por alcohol o con historial de abuso crónico. A nivel metabólico, la intoxicación alcohólica aguda es capaz de producir hipoglucemia, hipokaliemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipofosfatemia, hipocloremia, hipoalbuminemia y acidosis láctica. La cetoacidosis es probablemente debida a la inhibición de la oxidación de ácidos grasos y se caracteriza por un aumento del anion gap y de la concentración de ácido betahidroxibutírico, contribuyendo a la misma el ayuno, los vómitos y la deshidratación. El aumento moderado de lactato obliga a realizar el diagnóstico diferencial con patologías que produzcan isquemia.

No hay que olvidar que la intoxicación etílica aguda puede estar asociada a gestos autolíticos y está presente en muchas patologías psiquiátricas atendidas en los servicios de Urgencias, como trastornos de personalidad, personalidad antisocial y trastornos afectivos. Además, el riesgo de accidentes, traumatismos y delitos se encuentra incrementados en la intoxicación etílica aguda.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

También hay que tener en cuenta la posibilidad de intoxicaciones por múltiples sustancias, ya que el policonsumo es frecuente sobre todo en población joven. Esto condicionará los cuadros clínicos que presentarán los pacientes en los servicios de urgencias.

En algunos pacientes la intoxicación etílica aguda cursa con un estado de excitación con heteroagresividad importante, que finaliza con sueño espontáneo o inducido, presentando amnesia del episodio. Se conoce con el nombre de intoxicación patológica y, en muchos casos, no hay dependencia a alcohol ni historial de daño neurológico, considerándose que es una reacción idiosincrásica al consumo de alcohol.

El diagnóstico de la intoxicación etílica aguda se basa en la anamnesis, que puede ser dificultosa por el estado clínico del paciente, y la exploración física, que debe incluir valoración de signos vitales, estado de hidratación, signos relacionados con un abuso crónico de alcohol (telangiectasias, eritema palmar, atrofia muscular, arañas vasculares, etc), exploración cardiorrespiratoria, abdominal y neurológica básica. La determinación de la alcoholemia es importante pero no se correlaciona necesariamente con la clínica. Es necesaria la realización de hemograma, bioquímica básica con glucosa, función renal, electrolitos, amilasa, transaminasas y tóxicos en orina. La determinación de gasometría y osmolaridad, o el cálculo del anion gap y osmol gap, vendrán supeditados a la sospecha de alteraciones del equilibrio ácido-básico (cetoacidosis alcohólica, acidosis metabólica) o la ingesta de alcoholes más tóxicos como el metanol.

Como exploraciones complementarias básicas la realización de radiografía de tórax y electrocardiograma son recomendables. La realización de otras exploraciones vendrá condicionada por las manifestaciones clínicas (ecografía abdominal, TAC, etc.).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con diferentes patologías, entre las que destacan: intoxicaciones por otras sustancias (otros alcoholes, otras drogas de abuso, monóxido de carbono, psicofármacos), alteraciones metabólicas (encefalopatía hepática, hipoglucemia, cetoacidosis diabética, uremia), enfermedades infecciosas (sepsis, meningoencefalitis), neurológicas (convulsiones, accidentes cerebrovasculares, encefalopatías), traumatismos (cráneo-encefálicos, hematoma subdural), patologías tiroideas, depresión respiratoria.

Es muy importante no olvidar que el paciente con una intoxicación aguda alcohólica puede presentar concomitantemente otras patologías relacionadas o no con el abuso de alcohol. Una correcta valoración del paciente permitirá su diagnóstico. El limitar la asistencia sanitaria urgente (diagnóstico y tratamiento) en estos pacientes al problema de la intoxicación alcohólica aguda



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

con un alta temprana del servicio de Urgencias, puede conducir a pasar por alto la presencia de otras patologías graves que pueden poner en riesgo la vida del paciente (neumonías por broncoaspiración, hemorragias cerebrales, etc).

El manejo del paciente con una intoxicación alcohólica aguda pasa por una adecuada estabilización de las manifestaciones clínicas que presente en la asistencia urgente. Es necesario un adecuado control de la vía aérea por la posible depresión de la función respiratoria y para evitar broncoaspiraciones. En algunos casos es necesaria la ventilación mecánica.

La canalización de una vía venosa periférica y la administración de fluidos intravenosos y suplementos vitamínicos (tiamina, piridoxina) es el tratamiento inicial que debe emplearse. La corrección de las deficiencias de electrolitos se realizará según los resultados de las determinaciones analíticas. No suele ser necesaria la administración de bicarbonato sódico en la cetoacidosis alcohólica, corrigiéndose habitualmente con fluidos y glucosa. La realización de hemodiálisis o diálisis peritoneal no se recomienda excepto en casos de niveles muy altos de alcohol (> 5 g/litro) y persistentes alteraciones metabólicas graves a pesar del tratamiento convencional. No hay estudios controlados que demuestren la mejora de la supervivencia.

Como regla general, todos los pacientes intoxicados deben tener una determinación de glucosa, seguido de una infusión de dextrosa si hay presencia de hipoglucemia. Los pacientes que se presentan en estado de coma secundario a la intoxicación deben recibir al menos 100 mg de tiamina intravenosa junto con dextrosa para prevenir o tratar la encefalopatía de Wernicke.

El uso de otros tratamientos dependerá de las manifestaciones clínicas que presente el paciente y las comorbilidades: antieméticos si presenta vómitos, analgésicos y antipiréticos, oxigenoterapia, benzodiazepinas o neurolépticos si presenta agitación psicomotriz, calentamiento físico ante hipotermia, etc. Algunos pacientes pueden presentarse con alteración del sensorio, agitados, violentos o poco colaboradores. En estos casos, el uso de sedación química podría ser necesario para prevenir que el paciente se dañe a si mismo o a otros. Las benzodiazepinas y los antipsicóticos son frecuentemente usados en estos pacientes, pero con precaución, ya que pueden empeorar la depresión respiratoria causada por el alcohol.

En el caso de intoxicación etílica en mujer embarazada, además de lo expuesto anteriormente, deberemos confirmar la edad gestacional, ya que un feto viable puede modificar la actitud clínica. La ecografía y el ecodoppler nos aportarán información sobre el latido fetal, perfil biofísico fetal, estimación de la semana de gestación y estado de la placenta. La realización de una



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

cardiotocografía externa continua es recomendable, ya que se han descrito casos de taquicardia fetal, deceleraciones tardías e incluso parada fetal. Se considerará la cesárea electiva en caso de ausencia de latido fetal o signos de sufrimiento fetal. Toda embarazada atendida por una intoxicación alcohólica requiere de un seguimiento estrecho del embarazo y de una derivación urgente a los dispositivos asistenciales especializados.

Todos los pacientes atendidos en cualquier servicio de Urgencias, tanto extrahospitalario como hospitalario, por una intoxicación alcohólica aguda, deben ser valorados para detectar la presencia de abuso crónico o dependencia al alcohol. Pueden utilizarse, junto a una correcta historia clínica, test como el AUDIT y/o el CAGE. Esto es importante para poder realizar una intervención sobre la conducta de abuso de alcohol y los riesgos para la salud, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes y para prevenir la aparición de un síndrome de privación a alcohol en pacientes con dependencia en las horas siguientes a su asistencia, con el consiguiente riesgo de complicaciones y la necesidad de un adecuado tratamiento. En caso de detectar un problema relacionado con el abuso de alcohol, al alta el paciente debe ser derivado al dispositivo asistencial específico (unidades de alcoholología, unidades de conductas adictivas, etc.) y a la consulta especializada correspondiente (Medicina Interna, Atención Primaria, Digestivo, Neurología, Pediatría, etc.).

## **Síndrome postintoxicación etílica aguda: resaca alcohólica**

La resaca alcohólica constituye un conjunto de signos y síntomas que aparecen como consecuencia de un consumo excesivo de alcohol. Aparece cuando disminuye la concentración sanguínea de alcohol, alcanzando su máximo al llegar a cero. Cursa con sensación de cansancio, cefalea, problemas de concentración y memoria, cambios de humor, náuseas, vértigos, sed. Este síndrome contribuye a un aumento de absentismo laboral, bajo rendimiento laboral y académico, riesgo para la conducción de vehículos y manejo de maquinaria peligrosa. Se desconoce el impacto económico del mismo. La patogenia de la misma no está aclarada y no existe tratamiento.

## **Alcohol y embarazo**

El consumo de alcohol durante el embarazo puede ocasionar un conjunto de consecuencias negativas en el neurodesarrollo que se denomina trastorno del espectro alcohólico fetal. Este concepto es más amplio que el del síndrome alcohólico fetal, que está incluido en el anterior, englobando a niños con disfunciones del sistema nervioso central que carecen de las alteraciones típicas del síndrome alcohólico fetal. Su prevalencia es del 1% de todos los nacimientos. Este efecto neurotóxico ocasionará alteraciones permanentes en los niños con trastornos en la



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

memoria, lenguaje, aprendizaje, atención, praxias, cognición social, etc.

El síndrome alcohólico fetal consiste en una combinación de anomalías craneofaciales (adelgazamiento del labio superior, hendidura palpebral estrecha, etc.) y cerebrales (agenesia del cuerpo calloso, etc.), alteraciones en el crecimiento postnatal, con disfunciones neurológicas, déficits cognitivos e intelectuales.

Existen otros factores que pueden modular los efectos tóxicos del alcohol sobre el desarrollo neurológico, como el patrón de consumo, tiempo de consumo, edad de la madre, estado nutricional, toma concomitante de fármacos o drogas. Se sabe que el atracón de alcohol en la madre produce niveles altos de alcohol en sangre que resultan más dañinos para el feto que la exposición crónica.

Entre las etapas del desarrollo, el periodo embriogénico en la tercera semana de gestación es el más vulnerable a los efectos del alcohol, donde se pueden producir malformaciones craneofaciales y déficits neurológicos severos. Entre las semanas 7 y 20 de gestación el riesgo es muy alto para el desarrollo cerebral y se pueden producir malformaciones en el cuerpo calloso. En el tercer trimestre de gestación el alcohol puede inducir microcefalia y pérdida neuronal y glial, ocasionando disfunciones neurológicas.

## 3.1.2. Alcohol y patología clínica orgánica

El alcohol etílico es tóxico para la mayoría de los tejidos del organismo. Su consumo crónico y excesivo se ha asociado a numerosas enfermedades inflamatorias y degenerativas. La realidad es que la carga de enfermedad atribuible al consumo de alcohol en el mundo, aunque depende de cada zona geográfica, globalmente alcanza un 4% y está superada sólo por el tabaco (4,1%), hipertensión arterial (4,4%), relaciones sexuales de riesgo (6,3%) y sobrepeso (9,5%).

El abuso del alcohol es una de las principales causas prevenibles de morbilidad y mortalidad en el mundo. Entre el numeroso espectro de patología orgánica relacionada con el excesivo consumo de alcohol podemos dividir en aquellas que están ocasionadas parcialmente por el alcohol, como las que afectan al sistema nervioso central y periférico, hepatopatías y pancreatopatías; aquellas condiciones en que el alcohol presenta un efecto nocivo, como el embarazo; y patologías en las que el alcohol puede jugar un rol importante y que afectan a múltiples campos, como la Traumatología, la Nutrición, la Oncología, etc. A continuación se exponen las principales patologías orgánicas relacionadas con el consumo excesivo de alcohol. Existen importantes limitaciones para poder establecer los niveles de evidencia y grados de



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

recomendación en muchas alteraciones, patologías, diagnósticos y tratamientos debido a la falta de estudios controlados.

## Patología cardiovascular

El consumo excesivo de alcohol está asociado con la cardiomiopatía alcohólica. Se considera que aproximadamente en la mitad de los pacientes diagnosticados de cardiomiopatía dilatada la etiología es el abuso de alcohol. El riesgo aumenta significativamente con consumos superiores a 90 gramos diarios de alcohol durante al menos 5 años.

Un tercio de los pacientes alcohólicos crónicos asintomáticos presentan una disfunción diastólica que se correlaciona con el consumo de alcohol. Se desconocen los mecanismos fisiopatológicos y la intervención de otros factores ambientales y genéticos que predispongan en un paciente con abuso de alcohol a la cardiomiopatía. Se produce una disfunción de los miocitos, siendo los principales hallazgos histológicos hipertrofia en los miocitos, fibrosis intersticial y necrosis.

La cardiomiopatía alcohólica se caracteriza por una dilatación del ventrículo izquierdo, aumento de la masa ventricular izquierda y un grosor de la pared ventricular izquierda normal o disminuida. Suele producirse en pacientes con historial prolongado de abuso de alcohol, normalmente más de 10 años y más frecuente en varones. La abstinencia al alcohol mejora la supervivencia en pacientes con cardiomiopatía. Se ha asociado el patrón de consumo de alcohol con la enfermedad cardiovascular. Específicamente, el binge drinking (definido como el consumo de 3 ó más bebidas alcohólicas en un periodo de 1-2 horas) es la forma de consumo con mayor efecto perjudicial. La ingesta aguda de alcohol produce una disminución de la contractilidad miocárdica. Para un mismo volumen de alcohol, dentro de un rango de consumo moderado, es preferible distribuirlo durante un periodo de tiempo mayor que concentrarlo en un periodo corto.

Existe una forma especial de cardiomiopatía cuando concurre un alcoholismo crónico con un déficit de tiamina. Conocido como beri-beri húmedo puede causar insuficiencia cardiaca congestiva y shock cardiogénico con alta mortalidad. Junto al tratamiento cardiológico habitual, la abstinencia y la administración de tiamina serán fundamentales en su manejo.

Es necesario descartar otras posibles causas, como la cardiopatía isquémica y tener en cuenta la presencia de otros factores de riesgo concomitantemente al alcohol (consumo de cocaína, administración de fármacos antineoplásicos, etc.).

Las manifestaciones clínicas de la cardiomiopatía alcohólica no se diferencian de la insuficiencia



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

cardiaca ocasionada por otros factores. Las causas de muerte tampoco difieren, siendo la insuficiencia cardiaca congestiva y la muerte súbita. No existe un tratamiento estandarizado para la cardiomiopatía alcohólica, siendo el mismo que para otras cardiomiopatías, pudiéndose seguir las guías de las diferentes sociedades científicas. Es imprescindible la necesidad de la abstinencia alcohólica y la corrección de deficiencias nutricionales (vitaminas y minerales). Se ha visto que la supervivencia empeora notablemente si se continúa ingiriendo alcohol. Existen escasos datos sobre el trasplante cardiaco en pacientes en estadio final de la cardiomiopatía alcohólica.

Las arritmias supraventriculares son frecuentes en pacientes alcohólicos, especialmente por los efectos arritmogénicos de la ingesta alcohólica aguda. Estos efectos arritmogénicos son potenciados por el síndrome de abstinencia en caso de alcoholismo crónico o por las alteraciones electrolíticas. Se ha asociado a una prolongación del tiempo de conducción y a un aumento en el periodo refractario.

Además, el alcohol tiene un efecto agudo inotrópico negativo por afectación de las células musculares del miocardio.

Las arritmias auriculares son frecuentes en los pacientes alcohólicos y la ingesta aguda de alcohol favorece su aparición, especialmente con el patrón binge drinking. Estas arritmias pueden aparecer en ausencia de cardiomegalia o cardiomiopatía. Se ha relacionado este patrón de consumo de alcohol con un aumento del riesgo de muerte súbita de origen cardiaco.

En el diagnóstico se tendrá que tener en cuenta la presencia de otros factores favorecedores de arritmias, como tóxicos (cocaína, anfetaminas y derivados, cafeína) especialmente en población joven, otras cardiopatías, etc.

La relación entre la enfermedad coronaria y el consumo de alcohol es controvertida. Se ha relacionado un consumo moderado de alcohol como factor protector, mientras que el patrón de consumo binge drinking se ha asociado con muerte súbita. Se encontró que la relación entre la ingesta de alcohol y la enfermedad coronaria seguía una curva en J y que en las mujeres el efecto perjudicial del alcohol ocurría con cantidades más bajas (aproximadamente un 50%) que para los varones. Había un componente regional en la variación del riesgo relativo entre diferentes estudios. En estudios realizados en países del área mediterránea, los efectos perjudiciales se mostraban con cantidades altas de alcohol, reflejando un patrón de consumo diferente (consumo de alcohol diario en lugar de grandes cantidades en fin de semana). La cantidad de alcohol por encima de la cual puede tener un efecto perjudicial sobre la enfermedad coronaria puede ser



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

menor si el patrón de consumo es el binge drinking.

El alcohol aumenta la presión arterial de una forma dosis-dependiente y se considera que entre un 5 y un 30% de los casos de hipertensión arterial, el alcohol es la causa de la misma. Por tanto, en el diagnóstico diferencial de la hipertensión arterial se ha de valorar la ingesta de alcohol para valorar las cantidades diarias consumidas y recomendar su abstinencia o limitación de consumo dentro de las medidas higiénico-dietéticas como paso previo al tratamiento farmacológico.

Se ha demostrado que la reducción en la ingesta de alcohol en varones produce una significativa reducción en la presión arterial sistólica y diastólica, disminuyendo de forma proporcional en relación dosis-respuesta. Aunque los estudios realizados han sido con varones, hay estudios observacionales con mujeres que no muestran diferencias con respecto al efecto del alcohol en la presión arterial.

El mayor riesgo para un accidente cerebrovascular es la hipertensión arterial, por lo que el consumo excesivo de alcohol puede tener una relación con un incremento en el riesgo. Se evidenció una relación no lineal entre la cantidad de alcohol consumida y el riesgo total de infarto cerebral isquémico (curva J-shaped). Un consumo por debajo de 12 gramos de alcohol tenía un bajo riesgo comparado con abstinentes y un consumo por encima de 60 gramos un alto riesgo. La relación entre el nivel de consumo y el riesgo de hemorragia cerebral fue lineal. En otro estudio, los bebedores moderados tenían un riesgo de accidente cerebrovascular un 45% más alto que los bebedores ocasionales, y los bebedores severos un 133% más. No hay datos suficientes en los estudios sobre el riesgo de recurrencia de infarto o hemorragia cerebral si se continúa ingiriendo alcohol.

## Patología gastrointestinal

Respecto al sistema digestivo, el consumo de alcohol tanto agudo como crónico se ha asociado a diferentes alteraciones funcionales (principalmente motoras y en la absorción) y enfermedades. No existen estudios controlados para poder poseer evidencia suficiente.

En el esófago la administración aguda y crónica del alcohol da lugar a trastornos de la motilidad esofágica y a la aparición de reflujo gastroesofágico. A nivel de la motilidad esofágica, en los alcohólicos crónicos se observa un aumento de la amplitud de las ondas peristálticas con ondas peristálticas hipercinéticas. Esto explicaría la disfagia leve que refieren algunos de estos pacientes. Estos cambios son reversibles tras varios meses de abstinencia.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

A nivel del esfínter esofágico superior (EES), se ha visto que la administración aguda de alcohol a voluntarios sanos produce una disminución de la presión del EES, junto a una disminución de la amplitud de contracción tras la deglución. Esto podría explicar la elevada incidencia de neumonía por aspiración en pacientes alcohólicos crónicos tras una intoxicación alcohólica aguda.

Así, el consumo de alcohol facilita el desarrollo de esofagitis por reflujo al disminuir tanto la función del EEI como las contracciones peristálticas de la porción distal del esófago. Los pacientes alcohólicos presentan frecuentemente síntomas de reflujo, alteraciones de la pHmetría 24 horas y datos histológicos de esofagitis por reflujo.

La principal consecuencia de estas alteraciones es la aparición de reflujo gastroesofágico, con el consecuente aumento del riesgo de esofagitis crónica y secundariamente de metaplasia intestinal (esófago de Barret), úlceras y estenosis pépticas.

Es conocido el efecto del consumo agudo de grandes cantidades de alcohol sobre la mucosa gástrica en forma de gastritis aguda, tratándose de una lesión reversible.

La velocidad de vaciamiento gástrico es un importante determinante de la velocidad de absorción. Un vaciamiento gástrico rápido permite el paso de mayor cantidad de alcohol al intestino y, por tanto, mayor absorción. Esto se explica porque el estómago funciona, a través de la ADH gástrica, como un metabolismo de primer paso, de manera que cuanto más rápido sea el paso al intestino, más cantidad de alcohol escapará a la ADH gástrica y la cantidad absorbida será mayor. A dosis elevadas el alcohol disminuye la velocidad del vaciamiento gástrico.

Parece existir una relación entre la dosis y la motilidad gástrica (a dosis baja el vaciamiento gástrico se aumenta, mientras que las dosis altas disminuyen la motilidad y, por tanto, se ralentiza el vaciamiento); asimismo, la existencia de neuropatía periférica también influye sobre la motilidad gástrica.

Aunque el consumo crónico de alcohol también se ha relacionado con la presencia de gastritis crónica, no hay datos concluyentes al respecto, y probablemente se deba más a la infección crónica por *Helicobacter pylori* que al propio efecto del alcohol.

A pesar de que los estudios experimentales demuestran que el consumo crónico de alcohol puede producir lesiones en la mucosa y originar daño celular, no existen hasta el momento evidencias epidemiológicas concluyentes que relacionen dicho consumo con la aparición de



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

úlceras pépticas ni neoplasias malignas de estómago, independientemente de la dosis y el tipo de bebida.

La ingestión aguda de alcohol causa un aumento de la motilidad intestinal con aparición de diarrea en un porcentaje elevado de sujetos. Esto se atribuye a un efecto directo del etanol sobre las fibras musculares lisas del intestino delgado. Esta diarrea que aparece en los pacientes con alcoholismo crónico se debe, además de las alteraciones sobre la motilidad intestinal, a la disminución de la actividad de las disacaridasas intestinales y al aumento de la permeabilidad de la mucosa. Por otro lado, la esteatorrea puede estar presente en aquellos pacientes con alteraciones pancreáticas y/o hepáticas secundarias al alcohol. Se trata de un efecto reversible con la abstinencia.

Las alteraciones estructurales del intestino delgado (disminución de la altura de las vellosidades) y la disminución de la actividad de las enzimas son las responsables de la malabsorción de los distintos nutrientes (aminoácidos, ácido fólico, vitaminas y minerales).

## Patología pancreática

La pancreatitis es una enfermedad necroinflamatoria que puede clasificarse como aguda o crónica. En los países desarrollados el alcohol es la segunda causa de pancreatitis aguda, habiéndose relacionado la ingesta superior a 60 gramos diarios de alcohol con el aumento del riesgo de pancreatitis. En la mayoría de los casos, la pancreatitis aguda es un trastorno autolimitado, pero en un 20% de los casos puede haber complicaciones graves que ponen en peligro la vida del paciente.

El cuadro clínico de la pancreatitis aguda alcohólica no difiere al producido por otras causas y cursa con dolor abdominal en epigastrio y región periumbilical, que puede irradiar a espalda, tórax o hipogastrio.

Presenta mayor intensidad en decúbito supino y puede aliviarse con la flexión del tronco y rodillas. Se acompaña de náuseas, vómitos, febrícula, taquicardia, hipotensión y distensión abdominal. En casos graves puede presentarse shock por hipovolemia secundaria a la exudación de proteínas hacia el espacio retroperitoneal y a la acción de péptidos, enzimas proteolíticas y lipolíticas. El diagnóstico se establece por la elevación en las concentraciones de amilasa y lipasa, aunque sin presentar relación entre los niveles y la gravedad de la pancreatitis. Hay que tener en cuenta la posibilidad de elevación de las amilasas séricas y urinarias en otras patologías. Puede encontrarse leucocitosis, hiperglucemia, hipocalcemia, lactatodeshidrogenasa



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

(LDH), hipertrigliceridemia, hiperbilirrubinemia y elevación de transaminasas. La pancreatitis aguda puede ocasionar numerosas complicaciones, alguna de ellas muy graves: necrosis, pseudoquiste, abscesos, infarto intestinal, trombosis, hemorragias digestivas, neumonías, etc. La mejor prueba radiológica es la TAC, que puede servir para valorar la gravedad y la presencia de complicaciones. La realización de otras exploraciones (radiografía de abdomen, ecografía) será útil en el diagnóstico diferencial.

La recidiva de la pancreatitis aguda aparece en aproximadamente un 25% de los pacientes y el factor etiológico más frecuente continua siendo el alcohol.

El tratamiento de la pancreatitis aguda se basa en fármacos analgésicos, fluidoterapia intravenosa inicial, antibioterapia intravenosa (en pancreatitis necrosantes), dieta absoluta y aspiración por sonda nasogástrica. Las complicaciones requerirán del tratamiento apropiado en cada caso.

El alcohol es, en el mundo occidental, la principal causa de pancreatitis crónica. La progresión de pancreatitis aguda alcohólica a pancreatitis crónica alcohólica está generalmente asociada a la frecuencia y severidad de los episodios de pancreatitis aguda.

La patogenia no es bien conocida; parecen existir diversos factores interrelacionados, como son la susceptibilidad individual, la existencia de malnutrición, la calidad de la dieta (principalmente el excesivo consumo de grasas y proteínas), tabaquismo, factores genéticos junto a la cantidad de alcohol diario ingerido. La implicación de cada factor en el desarrollo de la pancreatitis crónica no está bien establecida, aunque sí se sabe que se requiere un periodo de abuso de alcohol prolongado para que aparezcan los primeros síntomas.

La pancreatitis crónica es un proceso inflamatorio con fibrosis y destrucción del parénquima exocrino inicialmente y posteriormente del endocrino. Se suele asociar a ataques recurrentes de pancreatitis aguda y se caracteriza por episodios de dolor abdominal recurrente, precipitados por la ingesta de alcohol. El alcohol es la principal causa de pancreatitis crónica. Si continua el abuso del tóxico, dichos episodios cada vez son más frecuentes pero de menor intensidad, predominando la clínica de las complicaciones (malabsorción con esteatorrea, formación de pseudoquistes, diabetes, fibrosis y calcificación pancreática, etc.). En algunos pacientes el curso clínico es más insidioso, debutando como insuficiencia pancreática sin haber presentado episodios de pancreatitis recurrente. No hay datos suficientes sobre cómo afecta al curso evolutivo de la pancreatitis crónica el consumo o la abstinencia de alcohol, recomendándose la abstinencia independientemente.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

El diagnóstico se basa en la clínica y radiología (ecografía y TAC), ya que no suele cursar con alteraciones en los niveles de amilasa y lipasa en suero.

El tratamiento de la pancreatitis crónica se basa en la abstinencia de alcohol, dieta sin grasas, analgésicos, enzimas pancreáticas, inhibidores bomba de protones o antagonistas receptores H2. Las complicaciones se deberán tratar de la forma adecuada (insulina, suplementos vitamínicos, cirugía, etc).

## Patología hepática

La enfermedad hepática representa probablemente la patología más frecuentemente relacionada con el consumo crónico de alcohol y, además, una de las más graves. A pesar de que la relación entre consumo de alcohol y enfermedad hepática está ampliamente reconocida desde hace años, es difícil establecer el consumo de riesgo para el desarrollo de la misma, ya que interviene tanto la cantidad como la duración, el patrón de consumo del alcohol y factores ambientales y genéticos. No hay estudios controlados con placebo que demuestren la relación entre alcohol y enfermedad hepática. Se ha estimado que el consumo de riesgo para el desarrollo de daño hepático oscila entre los 60-80 g/día para los varones, y los 20-40 g/día para las mujeres durante un periodo medio entre 10 y 12 años. Sin embargo se ha descrito daño hepático para cantidades mayores de 30 gramos diarios. También se ha relacionado un mayor riesgo de hepatopatía con el consumo de bebidas destiladas comparado con el vino y la cerveza, y un mayor riesgo con el consumo de alcohol fuera de las comidas.

A pesar de que se ha establecido una correlación evidente entre la cantidad de consumo de alcohol y los grados de fibrosis, llama la atención que existe una variabilidad interindividual en la respuesta histológica frente al abuso de alcohol. Mientras, ante la misma exposición al alcohol, unos pacientes desarrollan una mínima esteatosis, otros sufren una rápida evolución a una cirrosis grave. Esto parece explicarse por la interacción de factores genéticos y ambientales, añadidos al consumo de alcohol.

El alcohol también puede empeorar cualquier hepatopatía crónica. Se ha visto en la hepatitis crónica por virus B y C una evolución peor si existe consumo de alcohol, con un mayor grado de fibrosis y una progresión acelerada a cirrosis hepática.

La hepatopatía alcohólica comprende varias entidades clínicas, con un espectro muy diverso de manifestaciones, desde las formas asintomáticas hasta otras potencialmente mortales. El espectro de enfermedad hepática alcohólica abarca desde la simple esteatosis a la



### 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

esteatohepatitis, fibrosis progresiva, cirrosis y carcinoma hepatocelular.

La esteatosis hepática puede estar presente hasta en el 90% de los pacientes alcohólicos, que generalmente cursa de forma asintomática y revierte rápidamente si cesa el consumo de alcohol. El problema radica en que se trata de una entidad infradiagnosticada, ya que raramente los pacientes solicitan atención médica ante la ausencia de clínica. A la exploración física el único hallazgo suele ser una hepatomegalia blanda, no dolorosa. La patogénesis de la esteatosis es un proceso complejo, cuyos principales factores implicados son al aumento de ácidos grasos y de la síntesis de triglicéridos, que conllevan un aumento de lipogénesis hepática, una disminución de la lipólisis y un daño a nivel mitocondrial, provocando finalmente la acumulación de VLDL a nivel del citoplasma de los hepatocitos. La esteatosis se localiza principalmente a nivel centrolobulillar, aunque puede extenderse al resto del lobulillo.

Si el consumo persiste, además de los depósitos grasos, aparecen un infiltrado inflamatorio (de predominio polimorfonuclear) y un daño hepatocelular (necrosis), datos que en conjunto definen la esteatohepatitis. Cuando la inflamación y la lesión hepatocelular son graves, se denomina hepatitis alcohólica. La hepatitis alcohólica puede ocurrir hasta en un 35% de los bebedores severos y suele ser precursora de la cirrosis. Las manifestaciones de la hepatitis alcohólica son muy diversas, existiendo desde formas asintomáticas hasta otras fulminantes, con una elevada mortalidad a corto plazo, que cursan con signos clínicos de insuficiencia hepática. Lo más frecuente es que se manifieste como clínica inespecífica de astenia, anorexia, náuseas y vómitos, pudiendo asociar dolor en hipocondrio derecho, ictericia e incluso fiebre. Suele existir hepatomegalia a la exploración, junto con estigmas de hepatopatía crónica. A nivel analítico podemos encontrarnos con alteraciones de las enzimas de colestasis y citolisis, anemia macrocítica y déficits vitamínicos y nutricionales. En ocasiones, los signos clínicos que predominan son los de la hipertensión portal (ascitis, hemorragia digestiva, encefalopatía). Respecto a la hepatitis alcohólica, en función de la gravedad clínica, la mortalidad inmediata oscila entre 10-25%. Los factores relacionados con un mal pronóstico, que se relacionan con mayor mortalidad al mes del diagnóstico son: bilirrubina > 12 mg/dl, tiempo de protrombina < 50%, la existencia de encefalopatía hepática y la insuficiencia renal.

La lesión hepática puede progresar, apareciendo fibrosis progresiva que desemboque en una cirrosis. Las lesiones fibróticas se localizan principalmente en las áreas perisinusoidales. En estadios avanzados las bandas de colágeno se hacen más evidentes, apareciendo la fibrosis en puentes, que precede el desarrollo de nódulos de regeneración y finalmente la cirrosis.

Las manifestaciones clínicas de la cirrosis alcohólica son superponibles a las de cualquier otro



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

tipo de cirrosis, pero asociada a las alteraciones propias del alcoholismo tanto hepáticas como extrahepáticas (malnutrición, hipovitaminosis, polineuropatía, alteraciones conductuales, etc). Cuando la enfermedad avanza aparecen los signos de la hipertensión portal (ascitis, circulación colateral, varices esofágicas), pudiendo aparecer las diferentes complicaciones de la cirrosis como episodios de encefalopatía hepática conforme avanza el grado de disfunción hepatocelular, hemorragias digestivas por varices esofágicas, peritonitis bacteriana espontánea del cirrótico, etc.

La cirrosis hepática alcohólica presenta una disminución de la esperanza de vida. En los casos de enfermedad compensada, en los pacientes que dejan de beber, tiene una supervivencia superior a 10 años. Se consideran signos de mal pronóstico el aumento de la ictericia (en ausencia de hepatitis alcohólica u obstrucción extrahepática), la ascitis refractaria a diuréticos, la encefalopatía, la hemorragia digestiva secundaria a varices esofágicas y el síndrome hepatorenal.

El diagnóstico de certeza solo puede establecerse mediante la biopsia hepática, ya que no existe correlación entre las manifestaciones clínicas y el grado de daño estructural. A pesar de ello, existen datos menos invasivos que pueden ayudarnos en la práctica diaria. No existe ningún dato de laboratorio que por sí mismo sea diagnóstico de hepatopatía crónica, pero se dispone de diversos parámetros que pueden orientar como la GOT, GPT, GGTP, macrocitosis, trombocitopenia, entre otros.

Los estudios de imagen no permiten dar un diagnóstico de certeza pero aportan datos sobre la presencia de hepatopatía en el contexto del abuso de alcohol, permitiéndonos valorar los cambios en el parénquima hepático (esteatosis, nódulos de regeneración, presencia de líquido libre, etc.). Pueden emplearse diversas técnicas, la principal es la ecografía, ya que se trata de una técnica sencilla, económica y no invasiva, pero también puede utilizarse la TC, resonancia magnética y la elastografía.

La base del tratamiento en el manejo de los pacientes con hepatopatía alcohólica es la abstinencia alcohólica, ya que se trata de la medida más eficaz, independientemente del estadio de la enfermedad hepática, y la persistencia del consumo de alcohol es el principal factor predictor de progresión de la enfermedad y aparición de complicaciones.

El tratamiento del paciente alcohólico con hepatopatía no difiere del realizado sin esta condición excepto por el hecho de valorar individualmente en cada caso la utilización de fármacos que se metabolizan por hígado y puedan empeorar la función hepática (benzodiazepinas, clometiazol, antidepresivos, etc.). El uso de fármacos betabloqueantes como el propranolol es eficaz para



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

prevenir un primer episodio de hemorragia por varices esofágicas y para prevenir la recurrencia de las mismas. La desintoxicación, en el caso de ser necesaria, deberá tener en cuenta la hepatopatía y la coexistencia de otras comorbilidades. Es importante intentar mantener un adecuado estado nutricional y de hidratación, y corregir los déficits vitamínicos (grupo B, K) y electrolíticos (magnesio, potasio).

Durante la hospitalización, es importante prevenir el síndrome de abstinencia en bebedores activos y otras complicaciones que puedan surgir (infecciones, ascitis, encefalopatía, hemorragias digestivas, etc.). Se deberán administrar los tratamientos adecuados a las mismas.

La mayoría de los esfuerzos terapéuticos se han dirigido al manejo de la hepatitis alcohólica grave, dado el mal pronóstico de la misma. Los únicos tratamientos que, hasta el momento, han demostrado tener algún efecto beneficioso sobre la supervivencia a largo plazo en estos pacientes son los corticoides. A pesar de ello, hasta en la mitad de los pacientes no se obtiene respuesta con estas terapias. La pauta de corticoides recomendada son 40 mg de prednisona vía oral en dosis única (o la dosis equivalente de prednisolona o metilprednisolona) durante 4 semanas, seguidos de una pauta descendente durante otras 2 semanas. Antes de iniciar una terapia con corticoides es necesario valorar las contraindicaciones (infecciones, hemorragia digestiva, etc). También se ha utilizado la pentoxifilina con una pauta de 400 mg tres veces al día durante 28 días, con la ventaja sobre los corticoides de poder ser utilizada ante la presencia de infecciones o insuficiencia renal, pero no hay estudios con evidencia sobre su eficacia.

En los estudios realizados con fármacos biológicos para el manejo de la hepatitis alcohólica (etanecept e infliximab) se ha observado, no sólo que no mejoran la supervivencia, si no que se asocian a un aumento de la mortalidad secundario al aumento de infecciones bacterianas graves. No se ha observado tampoco beneficio con el uso de colchicina, silimarina, fosfatidilcolina ni otros fármacos estudiados en el tratamiento de la cirrosis hepática alcohólica.

Las indicaciones de trasplante hepático son las mismas que en la cirrosis de otras etiologías. Su indicación en un paciente alcohólico requiere de una cuidadosa evaluación. Se deben tener en cuenta otros factores, como las comorbilidades y el apoyo sociofamiliar, así como garantizar la abstinencia alcohólica previa al trasplante al menos durante 6 meses (aunque no hay un consenso claro).



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

## Patología neurológica

El alcohol tiene un efecto significativo y extenso sobre el sistema nervioso que va desde la intoxicación a la demencia neurodegenerativa. En la patogenia de los efectos sobre el sistema nervioso desempeña un papel importante el efecto tóxico directo del alcohol sobre las neuronas, el efecto tóxico de metabolitos como el acetaldehído, factores nutricionales como el déficit de tiamina, presencia de otras patologías como hepatopatías crónicas, consumo de otras drogas de abuso, traumatismos, infecciones y, por último, factores genéticos que explicarían la susceptibilidad individual.

A continuación se exponen las principales patologías que afectan al sistema nervioso secundarias al consumo abusivo de alcohol.

### Neuropatía periférica

La neuropatía periférica es una complicación frecuente del alcoholismo crónico. Usualmente cursa de forma asintomática y su frecuencia varía entre 12,5% y 48,6%. Se caracteriza por presentar un patrón de polineuropatía simétrica de predominio en miembros inferiores, en donde existe una degeneración axonal distal que compromete a las fibras mielinizadas y desmielinizadas. Aunque las características clínico-patológicas de la forma pura de la neuropatía alcohólica son extraordinariamente uniformes, muestran una variación extensa cuando también está presente un déficit de tiamina.

La patogénesis de la neuropatía alcohólica está aún en debate. Clásicamente se consideraba en relación a deficiencias nutricionales, especialmente de tiamina. El déficit de tiamina está estrechamente relacionado con el alcoholismo crónico y puede inducir neuropatía en pacientes alcohólicos. El etanol disminuye la absorción de tiamina en el intestino, reduce sus depósitos hepáticos y afecta su fosforilación, lo que la convierte en su forma activa. A su vez, los alcohólicos crónicos tienden a presentar un desbalance dietético que contribuye a agravar este déficit. Además del déficit de tiamina, se ha relacionado con un efecto neurotóxico directo del etanol y sus metabolitos, principalmente acetaldehído. Se ha documentado degeneración axonal en ratas que reciben etanol mientras mantienen niveles normales de tiamina. Estudios en humanos también sugieren un efecto tóxico directo, ya que se ha observado una relación dosis-dependiente entre la severidad de la neuropatía y la dosis total de etanol en la vida. Por lo tanto, la neuropatía alcohólica puede ocurrir por una combinación de efecto tóxico directo del



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

etanol o sus metabolitos y deficiencias nutricionales incluyendo el déficit de tiamina.

Aunque puede cursar de forma asintomática, las manifestaciones clínicas de la polineuropatía alcohólica son inicialmente sensoriales, con sensación de hormigueos, quemazón, pinchazos en zonas distales de miembros inferiores de forma simétrica. Posteriormente ascienden en sentido centripeto y el paciente puede sentir la sensación de “acorchamiento” o “acartonamiento”. Estas disestesias pueden alcanzar hasta la pierna y en algunas ocasiones posteriormente se afectan también los miembros superiores. Se pierden los reflejos aquileos y rotulianos. El grado de dolor depende en cada paciente. Se instaura una progresiva debilidad, una inestabilidad a la marcha. El déficit motor también es distal, gradual y simétrico. A la exploración puede constatarse, además de las alteraciones sensitivas, una atrofia y dolor a la palpación muscular.

El diagnóstico de la polineuropatía alcohólica se basa en la anamnesis y la exploración clínica y se confirma mediante la electromiografía y los estudios de conducción nerviosa.

El tratamiento consiste en la abstinencia, suplementos vitamínicos grupo B, dieta adecuada, fisioterapia y en fármacos para el control del dolor neuropático, como la gabapentina, pregabalina, duloxetina, etc.

La recuperación es lenta y no siempre es total, pudiendo transcurrir meses o años, siendo la recuperación motora anterior a la sensitiva.

## **Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff**

La encefalopatía de Wernicke-Korsakoff es una patología neuropsiquiátrica aguda o subaguda debida al déficit de tiamina. También se ha descrito, además de en sujetos con alcoholismo, en enfermedades tan dispares como en anorexia nerviosa, diálisis peritoneal, neoplasias diseminadas, hiperemesis gravídica o en pacientes intervenidos de cirugía gastrointestinal.

La encefalopatía de Wernicke aparece en una primera fase de la enfermedad y la psicosis de Korsakoff en una segunda fase.

En pacientes alcohólicos se ha descrito una disminución del depósito hepático de tiamina, fundamentalmente en aquellos con disfunción hepática, y una alteración en su utilización, que parece deberse al déficit de magnesio, también habitual en alcohólicos.



### 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

El diagnóstico de la encefalopatía de Wernicke es eminentemente clínico, basado en la tríada clásica de ataxia, alteraciones oculares y cuadro confusional. Sin embargo, este cuadro típico no suele presentarse muy frecuentemente. La ataxia afecta predominantemente a la marcha y la estabilidad; y es probable que se deba a una combinación de polineuropatía, afectación cerebelosa y disfunción vestibular. Las alteraciones oculares consisten principalmente en nistagmus, paresia oculomotores y paresia de la mirada conjugada. Suelen presentarse más a menudo combinadas que aisladas. En cuanto al cuadro confusional o encefalopático, suele destacar una profunda desorientación, con marcada indiferencia e inatención. Estos síntomas se pueden presentar de forma más o menos simultánea, y es característico que la ataxia pueda preceder al resto de síntomas en pocos días o semanas.

El síndrome de Korsakoff se caracteriza por una pérdida de memoria en el contexto de una preservación del estado de conciencia, de tal manera que el paciente da la impresión, durante su conversación, de que está en entera posesión de sus facultades pero muestra una severa disfunción de su memoria actual y reciente, preguntando siempre las mismas preguntas, leyendo la misma página durante horas y no siendo capaz de reconocer a las personas que ya conocía al inicio de su enfermedad. La memoria episódica se refiere a incidentes o eventos en el pasado de una persona a los cuales ésta puede “viajar mentalmente en el tiempo”, siendo ésta memoria severamente afectada en el síndrome de Korsakoff. La memoria semántica se refiere al conocimiento de hechos, conceptos y lenguaje, y el aprendizaje de nuevas memorias semánticas se ven afectadas variablemente en este síndrome.

No existen pruebas complementarias útiles para el diagnóstico del síndrome de Wernicke-Korsakoff. La tomografía craneal no es útil tampoco para apoyar el diagnóstico, pero sí permite descartar otros diagnósticos diferenciales. La resonancia magnética es considerada la prueba de imagen más útil para confirmar el diagnóstico, con una sensibilidad del 53% y una especificidad del 93%, lo que permite confirmar, con un alto grado de seguridad, la presencia de esta enfermedad, aunque su normalidad no permita descartarla.

El tratamiento del síndrome de Wernicke-Korsakoff consiste en altas dosis de tiamina parenteral, ya que la absorción intestinal en el paciente alcohólico está alterada. Se debe administrar tan pronto como sea posible y de forma mantenida hasta recuperación e ingesta adecuada.

Las manifestaciones clínicas del Wernicke responden bien a altas concentraciones, y a su vez previenen la ocurrencia de un estado crónico de Korsakoff. La paresia de los oculomotores y el nistagmus son las primeras manifestaciones clínicas en desaparecer; posteriormente lo hará el cuadro confusional y la ataxia.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

La memoria mejora en la última etapa pero puede no ser una mejoría total. Si se establece el síndrome de Korsakoff, la recuperación total de la memoria no alcanza al 20% de los casos.

Presenta una mortalidad alrededor del 20%, habitualmente por complicaciones infecciosas, metabólicas o cardiovasculares, estando condicionada por las medidas terapéuticas utilizadas y las patologías concomitantes que presente el paciente. El pronóstico depende en gran medida de la rapidez en la administración del tratamiento con tiamina.

Es importante no olvidar que cualquier situación que en un paciente alcohólico crónico aumente los hidratos de carbono (dietas o administración de sueros con glucosa) puede desencadenar esta encefalopatía por el déficit de tiamina habitual en alcohólicos crónicos, ya que ésta es imprescindible para su metabolización cerebral. Por ello se debe administrar tiamina de forma profiláctica en estos pacientes.

## **Deterioro cognitivo y degeneración cerebelosa**

El deterioro neurodegenerativo inducido por el alcohol es resultado de la atrofia cerebral, la cual parece afectar a los lóbulos frontales, hipocampo y cuerpo caloso y ser muy pronunciada. El mecanismo parece ser una desmielinización y con la abstinencia prolongada se ha visto una mejoría importante. El cuadro clínico se manifiesta con apraxia, agnosia, alteraciones de la memoria, agnosias, etc. Cursa de forma lenta y progresiva. El diagnóstico es clínico, apoyándose en las pruebas de imagen (RMN, TAC, PET), debiéndose realizar diagnóstico diferencial con otras patologías (hipotiroidismo, hipertensión endocraneal, tumores cerebrales, etc.). No hay datos para poder realizar un diagnóstico diferencial con la enfermedad de Alzheimer, la demencia senil o la demencia vascular. No se ha podido demostrar en estudios controlados la demencia por alcohol, por lo que este término no se debe utilizar.

No existe ningún tratamiento específico y los fármacos utilizados en la enfermedad de Alzheimer no han demostrado eficacia en este proceso degenerativo. La abstinencia alcohólica, una adecuada nutrición y suplementos vitamínicos son las medidas a utilizar.

La degeneración alcohólica cerebelosa es probablemente el resultado del efecto tóxico del alcohol y un déficit nutricional en el cerebelo. Ha sido reportada en muy raras ocasiones, pero estudios postmortem muestran que casi la mitad de los casos son asintomáticos toda la vida. El vermis superoanterior y los hemisferios cerebelosos se ven particularmente afectados, por lo que se manifiesta típicamente con ataxia a la marcha, manteniendo una relativa coordinación



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

en extremidades superiores, y aumento de la base de sustentación. Pueden aparecer otras manifestaciones clínicas como temblores, disartria o nistagmus. Es más frecuente en hombres. Evoluciona de forma lenta y progresiva, pudiendo mejorar con la abstinencia alcohólica y una correcta dieta y suplementos vitamínicos con tiamina.

## Sistema endocrino y metabolismo

### Cetoacidosis alcohólica

La cetoacidosis alcohólica afecta a pacientes con alcoholismo crónico que han realizado una ingesta importante de alcohol, presentando después náuseas, vómitos y dolor abdominal. Un déficit de fluidos y de ingesta calórica en los días previos es lo habitual. La fisiopatología no está totalmente aclarada. Clínicamente cursa con deterioro del estado general, hiperventilación, signos de deshidratación cutáneo-mucosa y dolor abdominal difuso. El nivel de conciencia no está afectado, salvo que concurren complicaciones como una hipoglucemia o un estado séptico.

En el caso del metanol y el etilenglicol, es importante tener en cuenta que son otros tipos de alcoholes que pueden ser consumidos por pacientes alcohólicos crónicos que no tienen acceso al etanol, describiéndose periódicamente episodios de intoxicaciones graves con alta mortalidad. En el caso del metanol, el metabolito tóxico es el ácido fórmico y en el caso del etilenglicol, el glicolato y el oxalato. El metanol presenta una toxicidad severa sobre el sistema nervioso central y el etilenglicol sobre los riñones.

El tratamiento consiste en la corrección de la acidosis metabólica, fomepizol o infusión de etanol (compite con el metanol en su metabolización por la alcoholdehidrogenasa) y hemodiálisis.

El tratamiento de la cetoacidosis alcohólica consiste en la administración de fluidos, glucosa, tiamina y reposición de electrolitos (potasio, cloro, magnesio). La administración de bicarbonato sólo será necesaria en casos de grave acidosis y otros fármacos dependerán de las manifestaciones clínicas (antieméticos si vómitos, antibióticos y antitérmicos en infecciones, etc.).

### Hipoglucemia

Se puede producir en pacientes con desnutrición severa o tras ayuno prolongado en el contexto de una gran ingesta de alcohol aguda. Clínicamente cursa con disminución nivel de conciencia, sintomatología vegetativa, crisis comiciales y pudiéndose observar focalidad neurológica. Se



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

la ha relacionado con un efecto inhibidor de la gluconeogénesis hepática por el alcohol y a la disminución de los depósitos de glucógeno hepático en estos pacientes.

La presencia de hipoglucemia debe ser descartada en todo paciente alcohólico con disminución del nivel de conciencia. El tratamiento no difiere del de otras etiologías (glucosa hipertónica intravenosa, sueros glucosados).

## Hiperuricemia

La hiperuricemia se define como una concentración de ácido úrico mayor de 7 mg/100 ml. Las complicaciones secundarias a la hiperuricemia son la artritis gotosa, la nefrolitiasis, la nefropatía por uratos y el ácido úrico. El alcohol es una causa de hiperuricemia secundaria mediante una sobreproducción de uratos y por una disminución en la eliminación de ácido úrico. El exceso en la ingesta de alcohol aumenta la degradación hepática de la adenosina trifosfato y la síntesis de uratos. También puede aumentar la producción de lactato que bloqueará la secreción de ácido úrico. Se ha visto que, contrariamente a la opinión popular, el vino tinto no se relaciona con un mayor aumento de artritis gotosa.

En el alcoholismo crónico, la hiperuricemia asintomática no requiere de ningún tratamiento farmacológico, sólo recomendar la reducción del consumo de alcohol. En el resto de los casos, junto a la recomendación de la reducción del consumo de alcohol, el tratamiento pasa por una correcta hidratación y tratamiento hipouricemiante. No existen estudios sobre el efecto de la abstinencia de alcohol sobre la evolución de la artritis gotosa.

## Dislipemias

El consumo habitual de alcohol produce un aumento de las concentraciones plasmáticas de triglicéridos. El alcohol produce un aumento de la secreción hepática de proteínas de muy baja densidad (VLDL) al inhibir la oxidación hepática de los ácidos grasos libres y, por lo tanto, aumentando la síntesis hepática de los triglicéridos. Habitualmente es la hiperlipoproteinemia tipo IV con las VLDL aumentadas la que se encuentra en los pacientes que consumen alcohol, pero también se han descrito de tipo V (VLDL y quilomicrones). En el diagnóstico de la hipertrigliceridemia asociada al consumo de alcohol se ha de realizar el diagnóstico diferencial con otras posibles alteraciones en el metabolismo lipídico, ya que pueden ser concomitantes con el abuso de alcohol y su tratamiento variará. El tratamiento pasa por la abstinencia y medidas



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

dietéticas, quedando el tratamiento farmacológico (fibratos, ezetimiba, resinas) para casos en que no se controlan adecuadamente los niveles de triglicéridos. La hipertrigliceridemia grave en el paciente con alcoholismo crónico es una patología importante, ya que el riesgo de pancreatitis aguda aumenta notablemente.

El consumo habitual de alcohol también se ha relacionado con un aumento de los niveles plasmáticos de lipoproteínas de alta densidad-C (HDL), postulándose un controvertido efecto protector cardiovascular.

## Malnutrición y alcohol

Las causas que contribuyen a la malnutrición en el paciente alcohólico son diversas: disminución de la ingesta alimentaria, alteración de la digestión y/o hepatopatías. Además, junto al efecto tóxico directo del alcohol, la presencia de una malnutrición por daño en órganos implicados en la digestión, absorción y metabolización, junto a la producida por unos hábitos dietéticos alterados, conduce a la aparición de múltiples patologías por déficits vitamínicos (vitamina A, D, E, tiamina, niacina, folato, piridoxina), minerales (magnesio, selenio, zinc), y proteicos en el enfermo alcohólico.

Es importante la valoración del estado nutricional de los pacientes con abuso de alcohol, que debe incorporar datos de la anamnesis, antropométricos, de la exploración clínica y datos del análisis bioquímico e inmunológico.

Los datos de la anamnesis abarcan diversos aspectos, tales como la historia clínica y la dietética, aspectos socioeconómicos y tratamientos farmacológicos. Entre los datos antropométricos debe observarse especialmente el peso, el índice de masa corporal o la medida del espesor del pliegue cutáneo del tríceps (como método indirecto para estimar la grasa corporal total de un individuo). En ese sentido, también se puede utilizar la medida de la circunferencia del brazo para calcular la masa muscular corporal. Existen numerosos aspectos de la exploración clínica a los que prestar atención: cabello, ojos, boca, piel, uñas, sistema musculoesquelético y abdomen. Respecto al análisis bioquímico, la concentración en suero de ciertas proteínas circulantes se considera un reflejo del compartimento proteico visceral del organismo, siendo la albúmina el marcador bioquímico más utilizado. Y por último, la disminución de los parámetros inmunológicos refleja una malnutrición proteico-energética.

El abordaje de los déficits nutricionales en el abuso y dependencia del alcohol tiene que hacerse



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

siempre de forma paralela al tratamiento propio de la enfermedad alcohólica y de las patologías concomitantes que presente el paciente (hepatopatías crónicas, diabetes, etc). Debe realizarse una correcta valoración nutricional en cualquier nivel asistencial y es fundamental la corrección de dichos déficits con una dieta adecuada (horarios regulares, dieta baja en grasas y rica en hidratos de carbono complejos, fibra y proteínas) y con suplementos nutricionales, vitamínicos, minerales y proteicos.

## Aparato locomotor

### Osteoporosis

La osteopenia, la osteoporosis y las fracturas óseas secundarias a la misma son frecuentes en el paciente alcohólico crónico, tanto en varones como en mujeres y en edades tempranas.

El diagnóstico se basará en la historia clínica (antecedentes de fracturas, algias óseas, etc), analíticas (calcio, fósforo, PTH) y radiológicas (radiografías de la columna vertebral, caderas, densitometría ósea). El tratamiento no difiere del de otras etiologías, debiendo mantener la abstinencia de alcohol y corrección de otros factores, como el tabaquismo.

### Miopatías

La miopatía alcohólica aguda es una necrosis muscular que puede aparecer en pacientes con grandes ingestas de alcohol. Factores favorecedores son, además de traumatismos en el contexto de una intoxicación etílica aguda, el estado de disminución del nivel de conciencia secundario a una intoxicación con permanencia en una misma posición comprimiendo durante horas unos mismos grupos musculares contra una superficie dura. El tratamiento consiste en rehidratación intensa intravenosa hasta su resolución. La administración de bicarbonato sódico intravenoso puede prevenir la precipitación de la mioglobina en los túbulos renales. En los casos graves, con insuficiencia renal aguda, se puede realizar hemodiálisis.

La miopatía crónica del paciente alcohólico cursa con debilidad progresiva y pérdida de masa muscular por atrofia. Suele acompañar a cuadros de polineuropatía periférica crónica. Junto al papel tóxico directo del alcohol se han involucrado factores nutricionales, alteraciones electrolíticas o isquemias musculares por compresión. El diagnóstico se basa en la clínica, electromiografía y biopsia muscular. El tratamiento es la abstinencia de alcohol y la corrección de las alteraciones nutricionales y electrolíticas (calcio, magnesio, potasio).



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

## Sistema hematopoyético

Las manifestaciones hematológicas en el alcoholismo crónico pueden afectar a las tres series y son bastante frecuentes. Con respecto a los eritrocitos, el aumento del volumen corpuscular medio, utilizado como marcador en el diagnóstico de abuso de alcohol, se considera ocasionado por un efecto tóxico directo del alcohol sobre la eritropoyesis. La presencia de déficits vitamínicos como el ácido fólico y la vitamina B12, las patologías gástricas e intestinales que afecten a la absorción, contribuirán a la aparición de esta megaloblastosis. También se han descrito anemias sideroblásticas y hemolíticas, estas últimas asociadas a hepatopatías crónicas.

En cuanto a la serie blanca, se ha descrito la presencia de alteraciones funcionales de los leucocitos y neutropenia, lo que se relaciona con una mayor predisposición a las infecciones.

Con respecto a las plaquetas, es muy frecuente la trombopenia como efecto tóxico directo del alcohol, al margen de la observada en las hepatopatías crónicas enólicas con esplenomegalia por hipertensión portal. Esta trombocitopenia leve suele resolverse con la abstinencia al alcohol. Además, se han descrito alteraciones en el funcionamiento de las plaquetas con alargamiento del tiempo de hemorragia, descenso de la agregación plaquetaria y disminución de la liberación de tromboxano A2.

La coagulación se afecta en los alcohólicos crónicos en el contexto de una hepatopatía crónica severa.

## Patología oncológica

Aunque no se ha demostrado la carcinogenicidad del alcohol en animales, si se ha visto la relación entre algunos tipos de tumores y el consumo de alcohol. Se han involucrado algunos mecanismos en esta relación, como el efecto genotóxico del acetaldehído, el incremento en los niveles de estrógenos, el estrés oxidativo, las alteraciones en el metabolismo del ácido fólico y la acción conjunta con el tabaco. Sobre la relación entre cáncer y alcohol, algunos estudios revelaron un aumento del riesgo de cáncer de cavidad oral, laringe, esófago y faringe. Había una relación algo menor para otras localizaciones como estómago, colon, hígado, mama y ovario. No se encontró relación con páncreas, pulmón, endometrio, ovario y vejiga. Cuando se valoraron diferencias de género en el aumento de riesgo, sólo fue significativo en esófago e hígado, con más alto riesgo en la mujer. No había evidencias sobre un umbral de consumo de alcohol en el aumento de riesgo. Además, se ha visto que el consumo continuado de alcohol tras el diagnóstico de un cáncer de cabeza-cuello aumenta el riesgo de un segundo tumor primario.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

## 3.2. Comorbilidad psiquiátrica

Se estima que, por lo menos, un 44% de los pacientes admitidos a tratamiento por problemas derivados de un consumo excesivo de alcohol padecen, como mínimo, otro trastorno mental; alternativamente, por lo menos un 34% de los pacientes con algún trastorno mental tiene problemas derivados del consumo excesivo de alcohol. La comorbilidad entre el alcoholismo y la patología psiquiátrica es, por lo tanto, superior a la que el mero azar produciría.

### 3.2.1. Trastornos mentales inducidos por el consumo de alcohol

#### **Episodios psicóticos transitorios**

Estos episodios, que pueden aparecer hasta en un 25% de los pacientes con una dependencia al alcohol y un cuadro de temblor asociado, se relacionan con un riesgo posterior de delirium tremens o alucinosis alcohólica indicando, por tanto, un riesgo de empeoramiento, aunque en ocasiones el cuadro no progresa a estas formas más severas.

La sintomatología se caracteriza por alteraciones en la percepción, repentinas y fugaces, entre 24 y 72 horas, que generan sorpresa en el paciente y su entorno. Pueden aparecer durante episodios de abstinencia o de consumo activo. No se acompañan de alteraciones fisiológicas ni de hiperactivación psicomotora ni de disminución en el nivel de conciencia. El paciente suele ser consciente rápidamente del contenido alterado de su percepción y hacer crítica. El tipo de alucinaciones es variado, pero suele ser repetitivo para cada paciente; las alucinaciones suelen acompañarse de alteraciones básicas en la percepción auditiva o visual, como el tinnitus. El tratamiento es sintomático.

En ocasiones, el cuadro es únicamente de naturaleza delirante.

#### **Alucinosis alcohólica**

Se trata de un cuadro de alucinaciones auditivas y/o visuales que aparece durante o tras un episodio de gran ingesta etílica. Las alucinaciones son de inicio agudo y duración breve (semanas) y sin alteraciones del nivel de conciencia. Se pueden acompañar de falsos reconocimientos, ideas delirantes, siendo las más frecuentes las de referencia y un estado emocional alterado.

Las alucinaciones auditivas pueden ser, desde sonidos poco articulados, hasta voces bien definidas. Las voces pueden hablar entre ellas o directamente al paciente. El contenido



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

del discurso de las voces puede ser positivo o negativo. En ocasiones, las voces ordenan al paciente que realice distintas conductas; esto puede dar lugar a actos impulsivos auto o heteroagresivos. La frecuencia con la que el paciente experimenta las alucinaciones es variable. No hay conciencia de enfermedad, aunque el paciente no suele estructurar ideas delirantes complejas sobre la naturaleza de las voces. Al contrario que en la esquizofrenia, el paciente no presenta alteraciones volitivas ni cognitivas ni afectivas, recuperando el insight a medida que el fenómeno alucinatorio disminuye. Aun así, el diagnóstico diferencial con un episodio psicótico agudo esquizofrénico puede ser difícil de realizar al inicio del cuadro y será la evolución lo que determine el diagnóstico. La alucinosis alcohólica desaparece en cuestión de días o semanas, por lo que un cuadro psicótico que persista más allá de los 6 meses probablemente sea un trastorno esquizofrénico; esto sucede en menos de un 10% de los casos.

Si persiste el consumo de alcohol el cuadro puede repetirse, aunque esa recurrencia no aparece siempre que el paciente retoma el consumo alcohólico.

El paciente suele requerir ingreso para evitar los riesgos auto y heteroagresivos. El tratamiento se realizará con agentes antipsicóticos.

La aparición de sintomatología psicótica provocada de forma directa por el consumo de alcohol no es frecuente. La mortalidad de estos pacientes es más elevada al compararla con pacientes diagnosticados de dependencia al alcohol sin síntomas psicóticos.

## 3.2.2. Trastornos mentales y comorbilidad alcohólica

### **Trastornos de ansiedad**

El diagnóstico diferencial entre los trastornos de ansiedad y la ansiedad provocada por la abstinencia alcohólica es difícil de establecer. Es necesario realizar una desintoxicación alcohólica, que se prolongue por lo menos 4 semanas, y comprobar la persistencia de la sintomatología ansiosa para poder confirmar el diagnóstico.

El tratamiento del trastorno ansioso será el indicado para ese trastorno en ausencia de comorbilidad alcohólica. Se recomienda extremar la precaución en el uso de benzodiazepinas por un mayor riesgo de desarrollar tolerancia y dependencia en el paciente ansioso con alcoholismo comórbido. También deben usarse con precaución los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina si el paciente está bebiendo alcohol activamente, ya que estos agentes pueden incrementar el consumo de alcohol en algunos grupos de pacientes.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

Es especialmente alta la comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático (TEP) y los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Tradicionalmente, esta relación se explicaba indicando que los pacientes intentaban reducir su sintomatología a través del consumo de alcohol. Sin embargo, estudios más recientes indican que, en la mayor parte de estos pacientes, el consumo excesivo de alcohol precede a la aparición del TEP, indicando que el consumo de alcohol puede ser un factor de vulnerabilidad para la aparición del TEP de forma directa o formar parte de un patrón de conductas impulsivas que implican un mayor riesgo de aparición de eventos traumáticos y, con ello, de un TEP. Es probable que todos los factores tengan su importancia, de tal manera que patrones de inestabilidad emocional y conductas impulsivas que se relacionan con problemas de apego y eventos traumáticos en la infancia predispongan al consumo de alcohol, y otros tóxicos, y esto aumente la desinhibición y la impulsividad y, con ello, el riesgo de aparición de episodios traumáticos, que en una persona ya vulnerable, precipitan la aparición del TEP.

## Esquizofrenia

Hasta un 22,1% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia tienen problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Esto contrasta con el 10% de afectados en la población general. En un estudio realizado en Suecia con 12.653 pacientes esquizofrénicos se observó una tasa de ingresos relacionados con el consumo excesivo de alcohol del 7,6% en una media de 17 años, indicando no sólo la alta prevalencia, sino también la gravedad que implica este consumo en estos pacientes. El consumo de alcohol en estos pacientes aumenta el riesgo de conductas violentas, tanto por los efectos de la intoxicación aguda, como por el daño cerebral que produce el consumo crónico, como por la menor adherencia al tratamiento antipsicótico. Existen indicios de que el consumo abusivo de alcohol aumenta el riesgo de discinesia tardía.

Con respecto al tratamiento, no se recomienda el uso de disulfiram si el paciente presenta sintomatología psicótica activa o un deterioro cognitivo intenso. Dentro de los fármacos antipsicóticos, la clozapina es el tratamiento que ha demostrado mayor eficacia a la hora de reducir el consumo de alcohol en pacientes esquizofrénicos.

En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, modelos mixtos motivacionales/programas de contingencias como el Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) han demostrado su utilidad en un ensayo clínico.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

## Trastorno bipolar

Existe una alta comorbilidad entre el trastorno bipolar y los problemas por consumo excesivo de alcohol. Se estima que la prevalencia a lo largo de la enfermedad de problemas relacionados con el consumo de alcohol en el trastorno bipolar alcanza hasta un 50%.

En lo referente al tratamiento del trastorno bipolar con dependencia al alcohol, el ácido valproico (en dosis habituales para el tratamiento del trastorno bipolar) y la quetiapina (en dosis de hasta 600 mg por día) son los agentes farmacológicos con mejor evidencia científica a la hora de conseguir un efecto eutimizante y reducir el consumo de alcohol. Lamotrigina y aripiprazol también han demostrado una cierta eficacia, pero con menor evidencia científica. En cuanto a los tratamientos específicos para la deshabitación alcohólica, naltrexona es el tratamiento que ha demostrado un mayor nivel de evidencia científica a la hora de reducir el consumo de alcohol en pacientes bipolares; se recomienda como tratamiento adjunto al tratamiento eutimizante. Otros tratamientos, como el disulfiram o el topiramato, no tienen suficiente evidencia científica para recomendar su uso en pacientes bipolares, pero no están contraindicados.

## Trastornos delirantes

La celotipia es el trastorno delirante más asociado al consumo excesivo de alcohol; su prevalencia se estima entre el 1-4% de los pacientes con dependencia al alcohol ingresados en Unidades Hospitalarias de Psiquiatría. Como toda idea delirante, su punto de corte con la idea sobrevalorada u obsesiva es difícil de establecer. En el caso de la celotipia relacionada con el consumo excesivo de alcohol, la constante rumiación, la presencia episódica de conciencia de enfermedad y la necesidad compulsiva de comprobación la aproximan a la obsesión, aunque el nivel de certeza y las interpretaciones de lo percibido tienen un tinte claramente delirante en la mayoría de los casos. Muchos autores indican que el alcohol potencia la idea celotípica (en realidad, potencia cualquier idea delirante) y no es la causa primaria del trastorno delirante en el que influyen otros factores (genéticos, hormonales u orgánicos). El alcohol inhibiría el freno conductual y la capacidad ejecutiva del córtex prefrontal facilitando el desarrollo de la idea celotípica ya existente, y también podría contribuir a potenciar la idea al producir una impotencia sexual que daría una explicación “lógica” al contenido delirante.

## Trastornos de la personalidad

El trastorno de la personalidad límite o por inestabilidad emocional es altamente prevalente, junto al trastorno antisocial de la personalidad, entre los pacientes con problemas relacionados



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

con el consumo excesivo de alcohol. En el estudio NESARC, tras tres años de seguimiento, se apreció que los pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad (TLP) tenían un riesgo 2,52 superior a la población general de tener problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Las personas que a lo largo de su vida presentan TLP son diagnosticados de alcoholismo en tasas de hasta un 58,3%, mientras que en las personas diagnosticadas de alcoholismo a lo largo de su vida la prevalencia del TLP es del 9,8% al 14,7%. La concurrencia de ambos trastornos empeora el pronóstico.

En cuanto al tratamiento, los agentes antipsicóticos y eutimizantes han demostrado ser eficaces a la hora de tratar el descontrol emocional y la impulsividad conductual en estos pacientes; los antipsicóticos también han demostrado ser útiles a la hora de tratar las alteraciones cognitivo-perceptivas que presentan estos pacientes; por lo tanto, se podría especular que aquellos tratamientos que hayan demostrado ser útiles en la deshabitación alcohólica y el tratamiento comórbido de otras patologías psiquiátricas, como el ácido valproico, el topiramato, la gabapentina, la lamotrigina, la oxcarbazepina, dentro de los anticonvulsivantes eutimizantes, o los antipsicóticos como la quetiapina, la olanzapina y el aripiprazol podrían ser útiles para tratar a pacientes diagnosticados de TLP junto a problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. En cuanto a tratamientos propios de la deshabitación alcohólica, naltrexona y disulfiram han demostrado los mismos niveles de eficacia con o sin TLP comórbido, por lo que su uso es recomendable.

Varias intervenciones psicoterapéuticas han sido diseñadas para abordar esta comorbilidad: Personality Guided Treatment for Alcohol Dependence (PETAD), Dialectical Behavioral Therapy – S (DBT-S), Dual Focus Schema Therapy (DFST) y Dynamic Deconstructive Psychotherapy (DDP). Todas han demostrado ser eficaces en pequeños estudios controlados, pero precisan de replicación.

## **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)**

EL TDAH aumenta el riesgo de presentar consumos excesivos de alcohol. Los adolescentes con TDAH son especialmente vulnerables al consumo abusivo de alcohol, nicotina y otros tóxicos. El tratamiento intensivo desde el diagnóstico sigue siendo la mejor opción preventiva para reducir el consumo de alcohol. La atomoxetina podría reducir el consumo de alcohol de forma indirecta al reducir la sintomatología del TDAH.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

## Trastornos de la alimentación

Los pacientes diagnosticados de bulimia y anorexia nerviosa pueden presentar una comorbilidad alcohólica. Esta asociación suele darse en el marco de una tendencia incrementada a los trastornos externalizantes.

El topiramato es un tratamiento indicado para pacientes con alcoholismo y bulimia nerviosa con episodios de atracón.

## Trastorno por dependencia de alcohol, depresión y suicidio

El trastorno por dependencia de alcohol y los trastornos del estado de ánimo tienen una elevada comorbilidad, con cifras de prevalencia que oscilan entre el 15 y el 80% según la población estudiada y el corte temporal considerado (6 meses, 1 año o prevalencia a lo largo de la vida).

Los datos de la literatura indican que los pacientes con diagnóstico de trastorno por dependencia de alcohol y trastorno afectivo tienen un perfil clínico más grave, con más complicaciones y mayor dificultad en conseguir y mantener una estabilidad psicopatológica, respecto a los pacientes que sólo tienen uno de los trastornos. Además, la comorbilidad del trastorno por dependencia de alcohol con los trastornos afectivos aumenta el riesgo de conductas suicidas. Se calcula que aproximadamente el 50% de los pacientes que acude a Urgencias por una tentativa autolítica había consumido alcohol previamente. El 23% de los pacientes con conductas suicidas tiene además un trastorno por dependencia del alcohol, y la presencia de trastorno adictivo aumenta el riesgo relativo para conducta suicida hasta 17 veces, siendo el riesgo más elevado en las mujeres.

Actualmente se reconoce la gran importancia que tiene que el tratamiento de estos pacientes con dependencia del alcohol y trastorno depresivo comórbido se realice de manera integrada en el tiempo (a la vez) y a ser posible por el mismo equipo terapéutico. La presencia de una recaída en el consumo de alcohol puede ser desencadenante de un episodio depresivo, o precipitar un episodio presente, agravando, entre otros aspectos, el riesgo de suicidio. Paralelamente la descompensación del trastorno afectivo puede desencadenar una recaída en consumo de sustancias.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

- **Tratamiento farmacológico de la comorbilidad, dependencia de alcohol y depresión**

En una revisión sistemática con metanálisis sobre la eficacia del tratamiento con antidepresivos en pacientes con dependencia de alcohol comórbida, los resultados confirman que, aunque la mayoría de los estudios se hayan realizado con ISRS, los fármacos que son eficaces para el tratamiento de la depresión comórbida a la dependencia de alcohol son los antidepresivos tricíclicos (imipramina y desipramina) y la nefazodona. Además, se observó que sólo los síntomas afectivos responden al tratamiento con antidepresivos mientras no hay eficacia relevante en mantenimiento de la abstinencia.

Otros estudios comparando amitriptilina y mirtazapina han mostrado eficacia antidepresiva de ambos fármacos, pero siendo mirtazapina mejor tolerada. Otros estudios realizados con escitalopram y nemanina han obtenido resultados controvertidos.

Finalmente debe resaltarse el estudio aleatorizado, controlado con placebo, en el que se ha realizado el tratamiento de la depresión comórbida en la dependencia de alcohol con sertralina para la depresión y naltrexona para la dependencia de alcohol. El estudio observó que de los cuatro grupos de pacientes: sertralina+naltrexona, sertralina en monoterapia, naltrexona en monoterapia y el grupo que recibió placebo, el grupo que recibió la combinación de sertralina y naltrexona a la vez obtuvo un mayor porcentaje de abstinencia de alcohol (menor número de heavy drinking days, intervalo de días mayor antes de la recaída en el consumo) y mejoría de la depresión (disminución de los síntomas depresivos) respecto a los otros grupos (sertralina o naltrexona en monoterapia, o placebo). Se trata pues del primer ensayo clínico controlado que claramente demuestra la eficacia de tratar la patología dual: alcohol y depresión, de forma conjunta con fármacos específicos para cada una de las patologías: la dependencia del alcohol y la depresión.

Para concluir, aunque los ISRS sigue siendo una buena opción terapéutica, sobre todo por un excelente perfil de tolerabilidad y seguridad, se recomienda valorar el uso de ADs non-ISRS en pacientes duales. Posiblemente fármacos con perfil dopaminérgicos, monoaminérgicos o duales (como venlafaxina) sean tratamientos más eficaces para los pacientes con consumo de sustancias comórbido al trastorno afectivo. Sin embargo, necesitamos más estudios con tratamiento de las dos patologías a la vez con fármacos específicos para confirmar estas indicaciones.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

## 3.3. Alcohol y cognición: neuropsicología basada en la evidencia

El daño cerebral relacionado con el alcohol (DCRA) es un término usado en la literatura científica que hace referencia a varias condiciones y a trastornos como la demencia alcohólica, el síndrome de Korsakoff, la encefalopatía de Wernicke, el síndrome amnésico o el daño cerebral difuso relacionado con el alcohol. Se estima que un 10% de las demencias se deben a DCRA. Todos estos trastornos tienen en común que han sido inducidos por un consumo crónico de alcohol. Las características comunes de los trastornos por DCRA son las siguientes: confusión espacio-temporal, alteración en atención y concentración, dificultad en el procesamiento de información nueva (tanto verbal como visual), incapacidad para inhibir la información irrelevante, confabulaciones, apatía, depresión e irritabilidad. Estos déficits van acompañados de problemas físicos tales como ataxia, daño hepático estomacal o pancreático, posible daño cerebral traumático (TCE) y neuropatía periférica, entre otros.

A pesar de las consecuencias que el abuso de alcohol tiene sobre la salud, el etanol es una de las drogas más comunes, cuya sobredosis puede producir daños cerebrales.

**¿Qué funciones cognitivas resultan más afectadas por el alcohol? ¿El alcoholismo puede producir un daño cerebral difuso o es solamente focal?**

El resultado de nuestra búsqueda indica que la atención, las funciones ejecutivas y la memoria de trabajo (lóbulos frontales), tanto verbal como visual, son algunas de las funciones cognitivas más afectadas por el alcohol. Algunos estudios de neuroimagen informan de cambios estructurales específicos en la corteza frontal, mientras otros hablan de una extensión mayor (hipótesis de la disfunción cognitiva global por daño cerebral difuso), localizando atrofia en cortezas temporal medial, parietal, cerebelo y estructuras subcorticales como la amígdala y el hipocampo. Los principales resultados actuales hablan a favor de la hipótesis de que el alcohol produce un daño cerebral difuso. Entre el 33,75% de los alcohólicos presentan déficit cognitivos, la mayor parte de tipo leve-moderado, afectando más a funciones como la solución de problemas, fluencia verbal, inhibición de respuestas, razonamiento abstracto, procesos visoperceptivos, aprendizaje y memoria. El hemisferio derecho es más vulnerable que el izquierdo a los efectos del alcoholismo. Ello se traduce en deterioro en las funciones visoespaciales y déficit en el procesamiento emocional. Los lóbulos frontales y los hipocampos son más susceptibles de ser dañados, tal y como indican tanto estudios de neuroimagen estructural y funcional in vivo como estudios neuropsicológicos. Ello se traduce en alteraciones mnésicas (amnesia anterógrada más que



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

retrógrada, con mayor afectación visual que verbal), visoespaciales y ejecutivas (especialmente solución de problemas complejos, abstracción y eficiencia cognitiva).

## ¿Cuánto tiempo en abstinencia se necesita para recuperar las funciones cognitivas dañadas por el alcohol?

Se necesita como mínimo un año de abstinencia al alcohol para empezar con actividades neurorrehabilitadoras, dado que sin control de impulsos, funciones ejecutivas intactas o una buena recuperación mnésica o atencional, se garantizan unas elevadas tasas de recaída o, dicho de otra forma, un fracaso en la terapia rehabilitadora.

## ¿El alcoholismo puede producir daño cerebral?

En comparación con otras drogas de abuso, cuyas dianas cerebrales se conocen con mayor profundidad, a nivel neurobiológico, el alcohol se considera como una droga sucia por su inespecificidad de acción y su amplia gama de efectos a nivel cerebral

En pacientes alcohólicos crónicos sin especiales complicaciones, los estudios postmortem y las RM han demostrado pérdida de volumen cortical, especialmente en corteza frontal (más en pacientes mayores que jóvenes, lo que sugiere que el cerebro envejecido es más susceptible a alteraciones cerebrales relacionadas con el alcohol), pérdida de volumen en cuerpo caloso, sustancia blanca cerebelosa, zona anterior del hipocampo. La RM muestra que algunos de estos cambios estructurales son potencialmente reversibles tras una abstinencia prolongada (más de un año).

## ¿El consumo leve-moderado de alcohol afecta a la función cognitiva en adultos jóvenes (18-55 años) y en personas mayores (>55 años)? ¿Puede ser un preventivo de la demencia?

El consumo leve-moderado (<2 bebidas diarias en hombres y 1 en mujeres) de alcohol no deteriora la cognición en adultos jóvenes y parece reducir el riesgo de demencia y declive cognitivo en las personas de más de 55 años.

La demencia y el declive cognitivo han sido relacionados con el riesgo cardiovascular. Se sabe que el alcohol suele tener efectos negativos sobre la cognición y la salud cuando se consume en grandes cantidades, pero puede ser cardioprotector si se consume de forma muy moderada. Los efectos del alcohol pueden ser mayores en la tercera edad y tener un mayor impacto sobre



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

la cognición.

Un cerebro afectado por el alcohol es un cerebro cautivo o miope respecto al futuro y que no puede pensar más allá del instante de placer provocado por un incremento de dopamina. La intoxicación etílica aguda afecta ya directamente a todos estos sistemas cognitivos durante la resaca pero, si alguien deja de consumir esta sustancia tendrá que esperar algo más de un año para que la fisiología cerebral revierta los daños producidos por esta auténtica droga dura.

## 3.4. Consecuencias psicosociales

En un intento de ser lo más objetivos posible en el conjunto de consecuencias a referenciar, se recurre a las principales conclusiones extraídas por consensos de expertos. Concretamente, se alude a dos estudios: uno realizado en Países Bajos y otro en Reino Unido. En ambos casos se evalúa el daño, incluido el psicosocial, generado por el consumo de diferentes sustancias entre las que se encuentra el alcohol.

Concretamente, en un estudio se presentan los resultados obtenidos de la valoración realizada por un conjunto de expertos británicos sobre 16 posibles consecuencias derivadas del consumo de sustancias. Estas consecuencias incluían nueve posibles daños sobre el consumidor (cinco de ellos psicosociales: dependencia; deterioro de la salud mental debido al consumo; alteraciones mentales concretas derivadas del consumo de una sustancia determinada; pérdida de bienes tangibles y pérdida de relaciones) y siete posibles daños causados a terceros (seis de carácter social: crímenes; daños ambientales; desestructuración familiar; daño internacional; coste económico y comunidad y una de carácter psico-físico: lesiones). Al comparar la magnitud del daño que se produce en general (sobre el propio consumidor y su entorno), destaca de manera notoria el alcohol muy por encima de las otras 19 sustancias evaluadas. Además, al valorar los dos tipos de daño, en el alcohol pesa más el producido sobre el entorno que sobre uno mismo.

De todas las consecuencias evaluadas, los expertos británicos dan más peso a tres dirigidas a terceros: lesiones (accidentes de tráfico, de trabajo, violencia doméstica, ...), costes económicos (directos: sanitario, policial, servicios sociales... e indirectos: disminución productividad laboral, absentismo...) y consecuencias sobre la familia (separación conyugal, sufrimiento emocional de la familia, malos tratos a niños...). A estas les siguen los crímenes y el daño ambiental (ambas sobre terceros) y las alteraciones específicas derivadas del consumo o sobre la salud general (referidas a la persona). Las consecuencias consideradas menos relevantes entre los consumidores de alcohol son las relacionadas con pérdidas tangibles (ingresos, vivienda, trabajo, logros educativos...) y daños internacionales (desestabilización de los países, delincuencia



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

internacional, nuevos mercados...).

## 3.4.1. Ámbito laboral

El consumo de alcohol en el medio laboral es reconocido desde hace años por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que lo considera, junto con el consumo de otras drogas, un problema que concierne a un número elevado de trabajadores.

Entre las encuestas españolas más recientes que permiten conocer la prevalencia de este consumo se encuentra la del PNSD. En líneas generales, la incidencia en población laboral es ligeramente superior a la de la población general (durante el último año: 77,8% vs 72,9%). Además, al centrarse en el colectivo activo laboralmente, el porcentaje de consumidores de riesgo y de alto riesgo es más elevado. Concretamente, un 12,2% de varones y un 4,9% de mujeres realizan un consumo de riesgo (más de 20 cc/día en mujeres y más de 30 cc/día en varones), y un 5% de varones y 2,3% de mujeres lo efectúan de alto riesgo (más de 30 cc/día en mujeres y más de 50 cc/día en varones). Este consumo de alto riesgo se da por igual en desempleados (en hombres 5,3% - en mujeres 2,9%) y empleados (en hombres 5% - en mujeres 2,2%).

En donde sí que aparecen diferencias entre hombres y mujeres consumidores de alto riesgo es en la actividad económica que desempeñan y en su categoría ocupacional. En el caso de los varones, la actividad económica que cuenta con mayor porcentaje de consumidores de alto riesgo es la actividad primaria -agricultura, pesca y extractiva (7,9%), la construcción (7,3%) y la hostelería (7,8%). Los sectores de actividad sanitaria, administrativa y educativa son los que muestran menores índices de consumo de alto riesgo (2,5%). Son precisamente los varones que dicen ejecutar tareas peligrosas o en condiciones penosas (frío, calor, malos olores, posturas incómodas...) los que declaran consumir más alcohol. Esta situación coincide en parte con la de otros países como EEUU.

En el caso de las mujeres, el mayor número de consumidoras de riesgo se encuentra en la hostelería (4,4%) y la industria (3,1%) y el menor en las actividades primarias (0,7%).

Con respecto a la categoría ocupacional el consumo en varones es mayor entre los directivos y profesionales (6,7%) respecto a administrativos, trabajadores manuales cualificados y no cualificados (3,2%, 4,9%, 5,3%). Esta mayor representatividad de cargos directivos también se observa en otras encuestas internacionales. Esta situación difiere entre las mujeres, ya que en este caso consumen por igual directivas que trabajadoras manuales.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

Pero no todos los consumidores de alcohol presentan problemas en el trabajo. Al respecto, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) advierte que el 26,6% de estos afirman experimentar problemas y que un 6,9% aluden directamente a consecuencias negativas en el ámbito laboral como accidentes, sanciones, absentismo o despidos.

Entre las consecuencias que el consumo de alcohol genera en el ámbito del trabajo se incluyen: problemas de salud que afectan a la productividad de la empresa al vincularse con un mayor absentismo (tiempo de trabajo perdido debido a enfermedad o discapacidad causada por el alcohol) e incapacidades laborales transitorias; disminución del rendimiento en el trabajo, lo que requiere una compensación por parte de los compañeros que puede generar conflictos interpersonales y, por último, los accidentes de tráfico in itinere.

Otro indicador con influencia directa sobre la productividad es el de la reducción de años de trabajo por parte del consumidor. En este caso, para los hombres y mujeres de 25 a 59 años, el grupo europeo con mayores tasas de empleo, el consumo de alcohol constituye el primer factor de riesgo de muerte prematura o enfermedad discapacitante. En lo que respecta al colectivo más joven en el mundo laboral (18-25 años) en el que se dan las tasas más elevadas de consumo intensivo, se aprecia como motivo de muerte más representativo el consumo de alcohol.

El último indicador relacionado con el descenso de la productividad es el de la relación casi lineal entre el incremento en la ingesta y las conductas específicas, como llegar tarde al trabajo, no cumplir con el horario (salir antes) o rendir menos durante la jornada laboral. Recientemente, se ha demostrado que los trastornos por consumo de alcohol y drogas incrementan un 2,6 el riesgo de rendir por debajo de la media o cometer errores en su ejecución, incrementándose este riesgo hasta un 8,6 cuando se combina con algún trastorno psicológico.

Finalmente destacar también el aumento espectacular de los accidentes de trabajo entre las personas que abusan del alcohol. En concreto, un 20 a 25% de los accidentes laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos de cualquier sustancia adictiva, y causan lesiones a ellos mismos u a otros. Suelen darse hasta 4,5 veces más bajas por accidente laboral en consumidores excesivos de alcohol. Por otra parte, entre el 15 y el 30% de los accidentes mortales ocurridos en el trabajo se deben al consumo de sustancias adictivas. Los accidentes de trabajo no solo son más frecuentes en los bebedores, sino que su recuperación se prolonga más.

Un aspecto no contemplado en los consensos de expertos, pero del que también se dispone



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

de múltiple evidencia, es la relación entre el consumo de alcohol y en particular el excesivo, y mayor riesgo de desempleo, llegando incluso a situarse cinco veces por encima de su ocurrencia entre consumidores de bajas cantidades de alcohol.

## 3.4.2. Deterioro en el ámbito interpersonal

De acuerdo con la intención del acto, el daño relacionado con el consumo de alcohol puede clasificarse en dos grupos: lesiones no intencionales y lesiones intencionales. El primer grupo incluye, entre otros, caídas, lesiones de tráfico, incendios y quemaduras. El segundo grupo se refiere a las lesiones relacionadas con la violencia interpersonal, colectiva y las autoinfligidas e incluye agresiones, violencia en el hogar, abuso de menores, intentos de suicidio, etc.

El riesgo de lesión progresa de forma exponencial a medida que lo hace el consumo, aunque también es importante la incidencia de estas lesiones derivadas de consumos excesivos puntuales.

### **Lesiones no intencionales**

Si se habla de accidentes y muertes por lesiones no intencionales, la categoría más importante es la relacionada con los accidentes de vehículos de motor. Estas consecuencias no están limitadas, como se podría pensar, únicamente a las heridas o muertes en el conductor. En uno de cada cuatro casos de niños muertos en accidentes hay una clara relación con un conductor embriagado; también, hay consecuencias para los otros pasajeros del vehículo, para los pasajeros de otros vehículos y para peatones; hay daños en propiedades, pérdidas en horas laborables y, principalmente, costos enormes, que debe asumir la sociedad, para la reparación de los daños a seres humanos y a propiedades.

La afectación sobre la capacidad de conducción provoca una distorsión en el rendimiento psicomotor, aumentando el tiempo de reacción, alterando la coordinación visomanual y la atención. Y por último se empeora la percepción de la velocidad, la distancia y la habilidad para seguir una trayectoria. Se produce además una afectación de la visión y el oído, reduciendo el campo visual, alterando la visión periférica y disminuyendo la agudeza auditiva. A la vez se aumentan las conductas de riesgo al conducir, se aumenta la agresividad, hace más probable que se violen normas de tráfico, llevando a reacciones y comportamientos anómalos o absurdos, con respuestas temerarias, violentas, de euforia o agresividad. Todos estos cambios incrementan exponencialmente la probabilidad de sufrir o provocar un accidente, entre los que destacan los choques de vehículos, las salidas de vía y la desviación de la trayectoria del vehículo.



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

## Lesiones intencionales

En el inicio del consumo pesan con fuerza las expectativas y creencias positivas asociadas al mismo, entre las que se encuentra conseguir mayor espontaneidad. Este efecto buscado se utiliza para crear una intimidad que facilita hacer amigos. Al evaluar la interacción de diferentes grupos de consumidores, se mostró que en ellos se incrementaban, con el paso del tiempo, tanto las interacciones emocionales positivas como las emociones negativas (agresión y depresión). Actualmente, lo jóvenes reconocen este tipo de problemas en la última Encuesta Europea sobre Alcohol y otras Drogas. Concretamente, señalan por detrás del rendimiento deficiente en escuela o trabajo, la existencia de problemas graves con los amigos o padres (12% en ambos casos).

## Conducta violenta genérica

Los efectos psicofarmacológicos de la intoxicación etílica se han identificado como facilitadores de la conducta agresiva debido a que los bebedores tienen menos autocontrol, una menor capacidad de procesar la información que reciben, un incremento en la labilidad emocional y la impulsividad, por lo que es más probable que recurran a la violencia en las confrontaciones. Esto puede provocar situaciones conflictivas, o hacer que empeoren, debido a una toma de decisiones empobrecida, aquellas que ya eran malas. Además, el hecho de que también sean menos capaces de reconocer los signos de alarma en situaciones potencialmente violentas los convierte en objetivos fáciles para los agresores. Por este motivo, no es extraño que una elevada proporción de personas que han cometido delitos violentos, y también sus víctimas, se encontraran bajo los efectos del alcohol.

El consumo de alcohol precede a la mitad de todos los incidentes de violencia (incesto, el abuso de menores, el maltrato y la agresión a la pareja y otras formas de violencia familiar...), destacando especialmente su relación con agresión, violación y homicidio. Además, aunque las cantidades de alcohol consumido, los patrones de consumo y las tasas de violencia interpersonal difieren ampliamente de unos países a otros, en todas las culturas se observa una estrecha relación entre alcohol y violencia.

A pesar de ello, la investigación no ha podido determinar hasta qué punto el consumo de alcohol está causalmente relacionado con el comportamiento agresivo por lo que se incide en ser cauteloso y no caer en el reduccionismo de decir que el alcohol “causa” violencia. En



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

realidad supone una interacción recíproca en la que tanto pueden aparecer conductas violentas relacionadas con el consumo de alcohol, como situaciones violentas que faciliten y mantengan este consumo y, hasta algo paradójico: víctimas de la violencia de un tercero que empiezan a consumir alcohol de forma peligrosa, cuando antes no lo hacían (en algunos casos como método para afrontar esas experiencias violentas).

## **Violencia de pareja y violencia familiar**

Existe múltiple evidencia que refleja la relación recíproca entre el consumo de alcohol y la violencia de pareja.

Las múltiples metodologías y definiciones utilizadas hacen difícil estimar su magnitud real, apareciendo diferencias tan abultadas como el 7% de mujeres en Canadá, el 15% en Japón y el 71% en Etiopía que dijeron haber sufrido violencia física y sexual por parte de su pareja. En el caso de Europa, EUROCARE (2011), cifra estas consecuencias atribuyendo al alcohol alrededor de un 40% de los casos de violencia doméstica. Una revisión mostraba cómo los hombres que bebían alcohol eran tres veces más propensos a cometer actos violentos en la pareja que los hombres que no bebían. Y que si tanto la víctima como el agresor presentaban un consumo problemático de alcohol, la tasa de homicidio en la pareja pasaba del 5% (para ambos no bebedores) al 74%.

Diferentes trabajos y metaanálisis han destacado varios factores individuales, relacionales y sociales que actúan como moderadores de la relación entre consumo de alcohol y violencia, pudiendo agravar la misma: la cantidad y frecuencia del consumo del agresor, la existencia de problemas mentales o de personalidad, la insatisfacción relacional y la existencia de ciertas creencias sociales o estereotipos de género.

También se ha constatado el consumo de alcohol entre las víctimas de la violencia de pareja, (aunque en menor grado que entre los agresores) tanto en el momento de la agresión como después de ella. Las consecuencias que suele experimentar la víctima varían desde lesiones físicas (leves o graves: complicaciones del embarazo o abortos, homicidio...), problemas emocionales que pueden conducir a ideas suicidas y a depresión, y consumo de alcohol o drogas como método de afrontamiento.

Además, este tipo de violencia suele hacerse extensible al resto de la familia. Se estima que en un 30% de los casos de violencia familiar el agresor estaba bajo los efectos del alcohol. El consumo por parte de un progenitor puede generar o agravar dificultades económicas y problemas en el



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

cuidado de los hijos. Ello puede generar tensión y conflictos en el seno familiar e incrementar el riesgo de que se den actos violentos entre sus miembros. Además, el consumo de alcohol afecta directamente a las funciones cognitivas y físicas y reduce el autocontrol, por lo que los individuos son menos capaces de hallar una solución no violenta a los conflictos relacionales. De hecho, en algunos estudios se han analizado las familias en las que algún miembro presenta problemas con el alcohol como modelos de funcionamiento familiar disfuncional y generadoras de problemas emocionales.

En este caso, también se da una relación directa entre los niveles de consumo de alcohol y la gravedad del acto violento cometido dentro de la familia.

## **Violencia o abusos sexuales**

También existe una sólida evidencia que muestra la relación positiva entre cometer un asalto sexual y el consumo de alcohol, tanto por parte del agresor como por parte de la víctima, en cuyo caso sirve de facilitador de la agresión.

Concretamente, se estima que entre el 30% y el 75% de los agresores sexuales se encontraban bajo la influencia del alcohol en el momento del asalto.

En trabajos de laboratorio en los que se visionaban situaciones de agresión sexual por parte de varones sin consumo de alcohol y varones bajo los efectos de esta sustancia, estos últimos consideraban que el agresor actuaba de manera adecuada, no violenta y apuntaban que la víctima parecía disfrutar. Además, señalaban que en una situación similar ellos podrían actuar de la misma manera.

## **Maltrato infantil**

Los antecedentes de consumo de alcohol por parte de un progenitor incrementan el riesgo de maltrato infantil, todavía mucho más si son ambos padres los que muestran problemas de ingesta, o si están presentes trastornos de salud mental y rasgos de personalidad antisocial.

Otras medidas de la asociación entre alcohol y maltrato infantil proceden de informes de consumo parental en investigaciones sobre bienestar infantil. En estos trabajos se confirma la implicación del alcohol en el 34% de los casos, en el 57% de las solicitudes de traslado del menor a hogares o instituciones de acogida y en el 52% de las familias incluidas en un registro



# 3. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol

Maite Cortés, Benjamín Climent, Gerardo Flórez, Marta Torrens, José Antonio Giménez, Amirashkan Espandian, Paola Rossi, Raul Espert, Marién Gadea

de protección de la infancia.

Las principales consecuencias de este tipo de maltrato a niños abarcan desde aspectos físicos (traumatismos, hematomas, quemaduras y fracturas) hasta psicológicos (estrés, trastornos del sueño, miedos, depresión e intentos de suicidio -tanto en la infancia como posteriormente-). Todos estos problemas pueden elevar el riesgo de abuso tanto de sustancias en general como de alcohol en la vida adulta.

También puede verse afectada su educación: los niños que sufren malos tratos faltan más al colegio y progresan menos que sus compañeros, lo que puede incrementar aún más el riesgo de maltrato físico por parte de uno de los progenitores.

En estudios con hijos de alcohólicos españoles se ha puesto de manifiesto que estos niños tenían el doble de probabilidad que los controles de presentar síntomas subclínicos y cuatro veces más de presentar trastornos como enuresis, fobias, depresión, problemas de concentración, fracaso escolar o tics, así como la aparición de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de trastorno de ansiedad generalizada.

## **Violencia contra uno mismo (autolesiones y suicidio)**

El alcohol juega un papel importante en el comportamiento suicida, ya sea mortal o no, y tanto la intoxicación aguda como el consumo crónico aumentan el riesgo de lesiones autoinfligidas.

En el informe EUROCARE (2011), el alcohol está implicado en uno de cada seis suicidios. Por otra parte, en estudios con autopsias de suicidas el alcohol estaba presente entre un 30 y un 60% de los casos.

Las tasas de suicidio aumentan con el consumo por habitante y tienden a ser mayores en las culturas en las que se bebe alcohol en grandes cantidades de forma irregular. Sin embargo, algunos países con alto nivel de consumo de alcohol no registran elevadas tasas de suicidios, lo que indica el importante papel del contexto cultural y social en la asociación entre alcohol y suicidio.



# 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

## 4.1. Evaluación

### 4.1.1. Detección o cribado

#### Introducción

La importancia de la detección de personas con abuso o dependencia alcohólica es fundamental puesto que es el primer paso del proceso sanitario tanto para implicar al paciente en el tratamiento concreto como para prevenir el deterioro o agravamiento del cuadro, en caso de consumos de riesgo. Por tanto, es imprescindible contar con herramientas que posibiliten realizar esta tarea de una manera rigurosa, y que cuenten con altos niveles de especificidad y sensibilidad, evitando así el sobrediagnóstico y la no detección de casos reales. El cribado tiene por objetivo la detección de casos probables de abuso o dependencia de alcohol. Se trata de un procedimiento que debe ser breve, de fácil comprensión por el paciente, sencillo de aplicar por el profesional, y con capacidad de extraer información fiable sobre la que apoyarse para realizar una evaluación más exhaustiva y, en todo caso, una intervención.

En general, bien por el tipo de usuarios bien por el tipo de trastorno, los estudios suelen realizarse mayoritariamente sobre población masculina en edad adulta, lo que suele repercutir en que la detección y captación de usuarios que se alejen de ese perfil revista mayor complejidad. Así, las mujeres, los ancianos o los adolescentes, que presentan un patrón de consumo diferencial, pueden no estar bien representados en los instrumentos diseñados para la población general. Por esta razón, se detallarán aquellos tests que cuenten con versiones para estas subpoblaciones, o por lo menos, los puntos de corte o modificaciones que se hayan realizado para intentar superar esta limitación.

#### Consumo de riesgo

#### Población general (AUDIT, CAGE, CBA, ISCA, MALT, MAST, RAPS4, Five-Shot, FAST)

- **Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).** Diseñado para la detección de bebedores de riesgo y de personas que se beneficiarían de disminuir o cesar el consumo de alcohol. Cuenta con 10 ítems que exploran el consumo en el último año. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 40 y aporta tres patrones diferenciados, tanto en cuanto al consumo como al género: sin problemas relacionados con el alcohol, consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. Existen versiones abreviadas de este instrumento, como el AUDIT-C, que se compone de los 3 primeros ítems. Uno de los primeros estudios en nuestro país halló, con un 5 como punto de corte para los hombres, una sensibilidad del 92,4% y una especificidad de 74,3%, y con un 4 de



## 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

punto de corte para las mujeres, 90,9% y 68,4% respectivamente.

- **Cutting Down, Annoyance, Guilty, Eye-opener (CAGE).** Este cuestionario consta de 4 ítems de respuesta dicotómica que se refieren a la posibilidad de dejar o reducir el consumo, a las molestias acerca de comentarios de otras personas sobre su hábito de bebida, posibles sentimientos de culpa y a la necesidad de tener que beber a primera hora de la mañana para sentirse bien. Se considera que una respuesta afirmativa indica sospecha de problema, pero la existencia de dependencia se determina si dos o más preguntas son afirmativas.
- **Cuestionario breve para alcohólicos (CBA).** Instrumento autoaplicado que consta de 22 ítems de respuesta dicotómica que rastrea información acerca de síntomas físicos de abstinencia, intentos de abandonar o reducir el consumo de alcohol, sentimientos de culpa y consecuencias biopsicosociales del consumo.
- **Interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos (ISCA).** Instrumento de cribado de consumo de riesgo de alcohol diseñado para ser utilizado en las situaciones en las que el AUDIT puede ser inadecuado (ancianos, bajo nivel cultural).
- **Münchener Alkoholismus Test (MALT).** Cuestionario que contiene 34 ítems con respuesta dicotómica que consta de dos partes inseparables: una subjetiva (MALT-S) con 27 ítems autoadministrados al paciente y otra objetiva (MALT-O) con 7 ítems que cumplimenta el profesional. El MALT-O recoge información sobre las consecuencias del consumo (indicadores orgánicos de la dependencia alcohólica), la cantidad consumida y la búsqueda de ayuda por parte de algún familiar.
- **Michigan Alcoholism Screening Test (MAST).** Este breve autoinforme cuenta con 25 ítems con un formato de respuesta dicotómica (verdadero-falso) que se administra en 15-20 minutos. Recoge información acerca del consumo y su frecuencia, las consecuencias negativas asociadas al mismo, así como problemas familiares, laborales o físicos
- **Rapid Alcohol Problem Screen 4 (RAPS4).** Se trata de un instrumento desarrollado para la detección del alcoholismo en el contexto de urgencias que integra un conjunto de ítems de varios instrumentos de cribado, incluyendo el CAGE y el AUDIT: Remorse, Amnesia, Perform, Start o Eye-opener).
- **Five-shot questionnaire.** Este instrumento se ha desarrollado para detectar el consumo de riesgo.
- **Fast Alcohol Screening Test (FAST).** Esta prueba desarrollada en Inglaterra comprende cuatro preguntas, dos relacionadas con el consumo del alcohol y dos relacionadas con los daños asociados.



# 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

## Poblaciones especiales (TWEAK, T-ACE, MAST-G, ARPS)

Actualmente no existen versiones adaptadas y validadas al castellano de instrumentos de detección de consumo de riesgo de alcohol en poblaciones especiales, como mujeres embarazadas o ancianos. A continuación se señalan los instrumentos más relevantes a nivel internacional.

- **Tolerance, Worried, Eye-Opener, Amnesia & Cut Down (TWEAK)** (Russell et al., 1994). Este cuestionario se compone de 5 ítems dirigidos a detectar casos en mujeres gestantes.
- **Tolerance-Annoyed Cut-Down Eye-Opener (T-ACE)** (Sokol, Martier, & Ager, 1989). Este instrumento derivado del CAGE se compone de 4 ítems y también se diseñó con el objeto de detectar casos de alto riesgo en el embarazo.
- **Michigan Alcoholism Screening Test – Versión Geriátrica (MAST-G)**. Versión del MAST para ser usada en mayores de 65 años.
- **Alcohol-Related Problems Survey (ARPS)**. Se trata de un instrumento reciente, diseñado para evaluar población geriátrica, que intenta solventar las dificultades de la evaluación tradicional a la hora de valorar los efectos que el consumo de alcohol acarrea sobre otras enfermedades, sobre el uso de medicamentos y sobre la capacidad funcional de la persona mayor.

## Otros métodos (UBEs, índice cantidad-frecuencia)

- **Unidad de bebida estándar (UBE)** es una forma de cuantificar la cantidad de consumo de alcohol. Una UBE en España y en Estados Unidos contiene 10 gramos de alcohol puro, mientras que en el resto de Europa equivale a 8 gramos. Una UBE equivale a:
  - 1 caña (250 ml) de cerveza (5% de alcohol), o media jarra de cerveza (500 ml)
  - ½ copa (125 ml) de vino (10% de alcohol)
  - ½ copa, un chupito o medio combinado (30 ml) de destilados (40% de alcohol) del tipo coñac, anís, ginebra, ron, vodka, o whisky.

Existe un límite de consumo de bajo riesgo y el riesgo solo se evita si no se consume alcohol. El consumo de alcohol por encima de estos límites puede producir un aumento significativo de mortalidad:

- 10g/día en mujeres: 1 chupito, media copa de vino o 1 caña
- 20g/día en hombres: 2 chupitos, 1 copa de vino o 1 jarra de cerveza.
- Cualquier grado de consumo si existen antecedentes familiares de alcoholismo, menores,



# 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

embarazo y lactancia.

- **Índice de Cantidad y Frecuencia (CF).** Tradicionalmente, se ha pensado que las personas con consumo problemático de alcohol infraestimaban, consciente o inconscientemente, el consumo real.

## 4.1.2. Evaluación comprensiva

### Introducción

Tras realizar el cribado y la detección de casos en los que existe un consumo de riesgo, se procederá a evaluar de manera exhaustiva a la persona para determinar si reúne criterios diagnósticos que requieran atención especializada. Deben ser objeto de valoración la gravedad y la dependencia del consumo, así como aspectos clínicos especialmente relevantes, como la motivación al cambio y las esferas vitales que se hallen trastocadas o exacerbadas debido al trastorno, entre las que se incluyen los trastornos comórbidos físicos y mentales. Es necesario recordar que estos instrumentos son fuentes útiles de información, pero no constituyen herramientas con capacidad diagnóstica.

### Entrevistas de ayuda diagnóstica

#### Población general (SCID-I, ASI)

- **Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I & II Disorders (SCID).** Se trata de una entrevista semiestructurada que permite realizar diagnósticos de trastorno primario o inducido por sustancias siguiendo los criterios DSM-IV. Específicamente, el módulo E se ocupa de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias.
- **Addiction Severity Index – ASI.** Se trata de la entrevista semi-estructurada y multidimensional más empleada internacionalmente para la evaluación del consumo de sustancias y los problemas sanitarios y sociales que presentan las personas con trastornos por uso de sustancias.

#### Poblaciones especiales (Teen-ASI, ADAD, ADI, AAIS)

- **Teen Addiction Severity Index (T-ASI).** Es una entrevista semiestructurada creada a partir del Addiction Severity Index, para su utilización en adolescentes con abuso de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.
- **Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD).** Se trata de una entrevista desarrollada para establecer el diagnóstico y planificar tratamientos de 45-55 minutos de duración. Cubre 9



## 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

áreas (salud, formación-académica, laboral, relaciones sociales, relaciones familiares, estado psicológico, legal, consumo de alcohol y consumo de drogas).

- **Adolescent Drinking Index (ADI).** Es un cuestionario diseñado para adolescentes entre 12 y 17 años. Consta de 24 preguntas que corresponden a 4 áreas diferentes: pérdida de control, indicadores sociales, indicadores psicológicos e indicadores físicos.
- **Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS).** Es un cuestionario autoadministrado para adolescentes de entre 13 y 19 años, que consta de 14 preguntas que evalúan aspectos como el último episodio de consumo, las razones que le llevaron a beber, la situación en la que se encontraba cuando ocurrió, efectos a corto y largo plazo de la bebida, la percepción del adolescente acerca del consumo, y las formas en las que otros perciben el consumo del adolescente.

Existen otros instrumentos como el Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ), el Drug Use Screening Inventory (DUSI) o el Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT), que incluyen detección de problemas de alcohol entre sus áreas, pero que no cuentan con versión adaptada y validada en nuestro país.

### Gravedad del consumo (dependencia) (ASI, SADQ, EIDA, ADS)

- **Addiction Severity Index – ASI.**
- **Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ).** Se trata de un cuestionario autoadministrado de 33 ítems que evalúa cinco áreas en el contexto de los últimos seis meses: síntomas de abstinencia físicos, síntomas de abstinencia afectivos, deseo y alivio tras consumo, patrón diario de consumo y reinstauración de la dependencia tras un periodo de abstinencia.
- **Escala de intensidad de la dependencia del alcohol (EIDA).** Consta de 30 ítems que evalúan el estado del paciente en las siguientes áreas en los últimos 6 meses: síntomas físicos de abstinencia, síntomas psicológicos de abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de abstinencia, consumo habitual de alcohol, dificultad para controlar la ingesta y reinstauración de la sintomatología tras la recaída.
- **Alcohol Dependence Scale (ADS).** Este instrumento se centra en la dependencia y sus consecuencias.



# 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

## Ansia de consumo (CDB, OCDS, EMCA, IRISA, EDB, ACQubio)

- **Cuestionario de los componentes obsesivo-compulsivos de la bebida (OCDS).** Evalúa la intensidad de los componentes obsesivo (preocupación por la bebida) y compulsivo (consumo de alcohol) de la bebida.
- **Escala multidimensional de craving de alcohol (EMCA).** Consta de 12 ítems que proporcionan puntuaciones en cada factor y una puntuación total, suma de las puntuaciones en los 2 factores: deseo de beber y desinhibición conductual. Aporta 4 puntos de corte para las subescalas y una puntuación global de craving.
- **Escala de deterioro de la inhibición de respuesta para el alcoholismo (IRISA).** Diseñada para evaluar la intensidad del deterioro en la inhibición de la respuesta de aproximación al alcohol, factor de recaída que ha demostrado ser independiente del craving.
- **Escala sobre el deseo de beber (EDB).** Se trata de un instrumento diseñado para evaluar el deseo de beber desde una perspectiva multidimensional.
- **Alcohol Confidence Questionnaire (ACQ).** Se trata de un instrumento derivado del Situational Confidence Questionnaire (SCQ) que mide la autoconfianza del alcohólico en situaciones percibidas como de alto riesgo.

## Patrón de consumo (ISCA, MAP, CDP, TLFB)

- **Interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos - ISCA.**
- **Alcohol Use Inventory (AUI).** Se trata de un cuestionario autoaplicado de menos de 1 hora de duración. Incluye 228 preguntas agrupadas en 24 escalas que evalúan diferentes aspectos, como la motivación para beber, la dependencia física, la pérdida de control, el patrón de consumo, problemas de pareja y motivación al cambio.
- **Maudsley Addiction Profile (MAP).** Se trata de una entrevista breve que evalúa en 60 ítems cuatro aspectos comportamentales básicos: uso de sustancias, inyección y conductas sexuales de riesgo, salud física y psicológica, y contexto vital y funcionamiento social.
- **Comprehensive Drinker Profile – CDP.** Consta de 88 preguntas que exploran variables sociodemográficas, patrón y conductas relacionadas con el consumo de alcohol y motivación hacia el tratamiento y expectativas ante el resultado de la terapia.
- **Timeline Followback Method.** Se trata de un método para evaluar patrón y la frecuencia de consumo de alcohol a personas desde los 14 años de edad en adelante. Hay versiones autoadministradas en papel y en ordenador, y una versión heteroadministrada. La evaluación



# 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

consiste en pedir al cliente que estime, de forma retrospectiva, su consumo de alcohol diario sobre un periodo de entre 7 días hasta 24 meses utilizando un calendario en blanco.

## Motivación para el cambio (URICA, SOCRATES, RCQ)

Este apartado agrupa los instrumentos que se centran en explorar los motivos que explicitan los pacientes para consumir o, en su caso, para disminuir o lograr la abstinencia total. La evaluación de la motivación es importante puesto que nos indicará en qué fase de cambio se halla y trabajar el balance decisional dentro del modelo de prevención de recaídas.

- University of Rhode Island Change Assessment (URICA) .
- Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES).
- Readiness to Change Questionnaire (RCQ).

## Comorbilidad psiquiátrica (PRISM, SCID-I y SCID-II, PDSQ, SCAN, CIDI, MINI)

- **Entrevista de investigación psiquiátrica para trastornos mentales y por sustancias - PRISM.** Entrevista clínica semiestructurada diseñada para realizar diagnósticos de trastornos psiquiátricos de los ejes I y II (trastorno de la personalidad antisocial y límite) según criterios DSM-IV, en pacientes con consumo elevado de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- **Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I & II Disorders (SCID).**
- **Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ).** Es un cuestionario autoadministrado de 125 ítems que solo requiere 15 minutos para su aplicación, permitiendo un rápido y eficaz cribaje de los trastornos psiquiátricos (Eje I) más comunes entre los adictos a sustancias, así como de la dependencia al alcohol y a otras drogas.
- **Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN).** Se trata de un sistema de evaluación y clasificación de psicopatología y comportamientos asociados con los trastornos psiquiátricos principales que se desarrollan en la edad adulta.
- **Composite International Diagnostic Interview – CIDI.** El CIDI es una entrevista altamente estructurada, diseñada como herramienta de ayuda diagnóstica de las principales categorías incluidas en las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV.
- **MINI International Neuropsychiatric Interview.** La versión actual, MINI 6.0, explora de forma estandarizada los criterios necesarios para el diagnóstico de acuerdo al DSM-IV o a la CIE-10. Se concibió como una herramienta para evaluar trastornos psiquiátricos en menos tiempo que



# 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

el SCID, el CIDI o el SCAN. Por tanto, la MINI, no sólo es una entrevista diagnóstica altamente estructurada, sino que es relativamente breve (20 minutos) y de fácil utilización (respuesta dicotómica).

## Función cognitiva

Las diferentes pruebas de evaluación de estas capacidades no son específicas del campo de las adicciones, pero se recomienda utilizar aquellas pruebas bien establecidas en el ámbito neuropsicológico.

## Problemas relacionados con el alcohol (ASI, APQ, RAPI)

- **Addiction Severity Index (ASI-6).**
- **Alcohol Problems Questionnaire.** Instrumento diseñado para evaluar problemas relacionados con el alcohol, por lo que no incluye ítems sobre dependencia. Evalúa 8 dominios: amigos, finanzas, legal, física, afectiva, marital, niños y trabajo. Todas las preguntas hacen referencia a los últimos 6 meses
- **Rutgers Alcohol Problem Index – RAPI.** Escala autoadministrada de 18 ítems utilizada para evaluar problemas asociados al consumo en población adolescente.

## Abstinencia del alcohol (CIWA-A)

- **Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-A).** La escala CIWA-A ha emergido como el gold standard para evaluar la severidad del síndrome de abstinencia alcohólica.

## Habilidades de afrontamiento y precipitantes de recaída

**Coping Behaviors Inventory (CBI).** Se trata de un instrumento que consta de 36 ítems tipo Likert que evalúa respuestas, actitudes y estrategias de afrontamiento que el dependiente del alcohol emplea para no consumir cuando experimenta deseos de bebida.

**Relapse Precipitants Inventory.** El inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI) consta de 25 ítems tipo Likert que se dirigen a identificar situaciones interpersonales y emocionales que son percibidas por el paciente como de alto riesgo de recaída.



# 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

## 4.2. Indicadores clínicos y marcadores biológicos

Los marcadores biológicos son una serie de pruebas de laboratorio que presentan una cierta sensibilidad y especificidad en relación con el consumo de alcohol. Son relativamente inespecíficos y si se consideran aisladamente (sin tener en cuenta la historia clínica y otra serie de cuestionarios e instrumentos de detección), son los menos fiables para diagnosticar alcoholismo. Se emplean para ayudar al diagnóstico de sospecha, sobre todo cuando el paciente no puede colaborar, y su monitorización periódica ayuda a controlar el cumplimiento de la abstinencia.

Nos centraremos en los marcadores de estado o de situación, que indican los cambios inducidos por el alcohol y solo están presentes durante la enfermedad aguda. Los marcadores de estado pueden ser, a su vez, marcadores directos o marcadores indirectos.

### Marcadores directos

Los dos más empleados son:

- **CDT (transferrina deficiente en carbohidratos):** es una isoforma de la transferrina que aumenta su concentración conforme aumenta el consumo de alcohol
- **Concentración de alcohol en sangre:** es otro marcador directo pero sin interés para la detección de consumo crónico de alcohol.

### Marcadores indirectos

Los marcadores indirectos están relacionados con los daños tisulares secundarios al consumo crónico de alcohol. Tiene una baja sensibilidad, ya que se pueden elevar por múltiples causas. Los más empleados son:

- **GGT:** la gammaglutamil-transpeptidasa es el marcador de alcoholismo más utilizado debido a su sensibilidad y a la facilidad de su determinación.
- **AST (GOT) y ALT (GPT):** son dos enzimas muy sensibles para la detección de daño hepático, aunque no existe una buena correlación entre la actividad enzimática y el consumo de alcohol, y su especificidad es baja.
- **VCM (volumen corpuscular medio eritrocitario):** se considera un marcador con una sensibilidad baja y variable (25-50%), pero una alta especificidad (55-100%). En los pacientes con alcoholismo la presencia de una macrocitosis se debe a tres factores: el efecto tóxico



# 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

directo del alcohol sobre los hematíes, una deficiencia de ácido fólico, y a la presencia de hepatopatía asociada.

- **Lípidos plasmáticos:** los lípidos plasmáticos también suelen estar alterados en los consumidores crónicos de alcohol. De hecho, un 30% de los consumidores crónicos de alcohol presenta dislipemias, especialmente hipertrigliceridemias. Los triglicéridos tienden a normalizarse tras varias semanas de abstinencia. El HDL-colesterol también se incrementa con el consumo continuado de alcohol, volviendo a niveles normales tras dos semanas de abstinencia. La sensibilidad y especificidad del colesterol como marcador es baja debido a la variabilidad individual.

Existen otros marcadores indirectos que también pueden ser utilizados. Los parámetros que disminuyen en el alcoholismo: urea, creatinina, albúmina, potasio, fósforo, calcio, cloro, trombocitos. Parámetros que aumentan en el alcoholismo son: GGT, VCM, GOT, GPT, ácido úrico, triglicéridos, hierro HDL- colesterol, proteínas totales, bilirrubina, lactato.

## 4.3. Diagnóstico: Sistema diagnóstico DSM-V

### Criterios diagnósticos DSM-V para el trastorno por consumo de alcohol

El diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol (una sustancia) se basa en la existencia de un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de esa sustancia. Los 11 criterios diagnósticos se agrupan en los siguientes 4 constructos: deterioro del control, deterioro social, uso de riesgo, y farmacología (ver Tabla 12).

En el caso del trastorno por consumo de alcohol los criterios diagnósticos son:

**A. Un patrón problemático de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o un malestar clínicamente significativos, manifestado por al menos 2 de los siguientes, durante un período de 12 meses:**

1. Con frecuencia se consume el alcohol en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que se pretendía.
2. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar el consumo de alcohol.
3. Se emplea mucho tiempo en actividades necesarias para la obtención de alcohol, su consumo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansia de consumo, o un deseo o impulso irrefrenables de consumir alcohol.



## 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

5. Consumo recurrente de alcohol que da lugar al incumplimiento de funciones importantes relacionadas con las obligaciones laborales, escolares o domésticas.
6. Consumo continuo de alcohol pese a tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. Abandono o reducción de actividades sociales, laborales o lúdicas importantes debido al consumo de alcohol.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que éste supone un riesgo físico.
9. El consumo de alcohol se continúa a pesar de ser consciente de que se padece un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente ha sido causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:
  - a. Una necesidad de cantidades notablemente crecientes de alcohol para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Efecto del alcohol disminuido notablemente con el consumo continuado de la misma cantidad.
11. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:
  - a. El síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia del alcohol).
  - b. Consumo de alcohol (o sustancia muy parecida) para aliviar o evitar síntomas de abstinencia.

### B. Además de determinar qué criterios cumple el sujeto, existen 2 especificadores:

**1. Especificador de curso: Remisión.** El DSM-V sólo diferencia entre remisión temprana (no se cumple ningún criterio durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses) o mantenida (no se cumple ningún criterio en ningún momento durante al menos 12 meses). En ambos casos se aplica la excepción del criterio A4 (Ansia de consumo, o un deseo o impulso irrefrenables de consumir alcohol), que puede estar presente.

Existe además un especificador asociado a la remisión: entorno controlado, donde el acceso al alcohol está restringido. Así podrá ser "en remisión temprana en entorno controlado" o "en remisión mantenida en entorno controlado".



# 4. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

M<sup>a</sup> Teresa Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Marta Marín, Guillermo Ponce, Isabel Martínez-Gras, Gabriel Rubio

**2. Especificador de gravedad actual:** leve (2-3 criterios), moderada (4-5 criterios), o grave (>5 criterios).

## **Criterios diagnósticos DSM-V para los trastornos inducidos por la Abstinencia de alcohol**

Los criterios diagnósticos del DSM-V son:

**A. Cese del (o reducción) consumo de alcohol, que ha sido intenso y prolongado.**

**B. Dos (o más) de los siguientes, que aparecen desde varias horas a pocos días tras el cese (o reducción) del consumo de alcohol descrito en el criterio A:**

1. Hiperactividad autonómica (por ejemplo, sudoración o frecuencia cardiaca mayor de 100 lpm).
2. Temblor de manos.
3. Insomnio.
4. Náuseas o vómitos.
5. Alucinaciones o ilusiones auditivas, visuales, o táctiles transitorias.
6. Agitación psicomotriz.
7. Ansiedad.
8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

**C. Causan distrés o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional, o de otras áreas importantes, clínicamente significativos.**

**D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otro problema médico y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia por otra sustancia.**



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## 5.1. Tratamientos médico-psiquiátricos

### 5.1.1. Prevención y tratamiento del síndrome de privación a alcohol

La aparición no planificada de un síndrome de privación a alcohol es una complicación aguda que requiere de un manejo específico con una estrecha vigilancia médica.

#### **Síndrome de privación a alcohol**

El síndrome de abstinencia del alcohol aparece asociado a un estado de hiperactividad glutamatérgica, provocada por la supresión brusca del efecto del alcohol sobre los sistemas GABAérgico y glutamatérgico.

El síndrome de privación a alcohol puede empezar en periodos tempranos de entre 6 y 12 horas tras cesar o disminuir el consumo y cursa con ansiedad, irritabilidad, inquietud, insomnio, temblores, sudoración, náuseas, vómitos, taquicardia, hipertensión, cefalea, moderada hiperpirexia. Habitualmente presentan un buen nivel de conciencia, pero pueden presentar algún síntoma confusional. Alcanzan un máximo entre las 10 y 30 horas postcesación y persisten varios días. Este cuadro puede resolverse en unas 72 horas o bien progresar con mayor agitación, diaforesis y temblores, con anorexia, náuseas, vómitos y diarrea, taquicardia e hipertensión arterial. Puede haber un estado confusional con alucinaciones visuales o auditivas y crisis convulsivas. Las crisis convulsivas generalizadas tónico-clónicas (rum fits) pueden ocurrir en las primeras 12 a 48 horas, siendo raras posteriormente. Aparecen en un 10% de los pacientes en privación de alcohol y habitualmente en pacientes con historial crónico de abuso de alcohol. Normalmente son simples, pero pueden ocurrir en grupos de 2 ó 3. La presencia de status epiléptico no se asocia al síndrome de privación a alcohol y obliga a descartar otras patologías (infecciosas, lesiones ocupantes de espacio cerebrales) o dependencia de otras sustancias, como las benzodiazepinas. Si no son tratadas adecuadamente, progresan hacia un delirium tremens en un tercio de los casos. Las alteraciones perceptivas, ilusiones y alucinaciones visuales y auditivas que característicamente producen estados de temor, pueden desarrollarse en los casos graves y durar hasta 5 ó 6 días. La alucinosis alcohólica no es equivalente a delirium tremens. La alucinosis alcohólica cursa con alucinaciones que se desarrollan dentro de las primeras 12-24 horas de la abstinencia, siendo las visuales las más frecuentes. Se diferencian del delirium tremens en que en la alucinosis alcohólica el sensorio está conservado y las constantes vitales son normales.



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

El delirium tremens ocurre infrecuentemente en los pacientes con síndrome de privación a alcohol, habiéndose descrito su presencia entre un 5 y un 12% de los pacientes con dependencia a alcohol. Usualmente se inicia tras 72-96 horas postcesación del consumo y se caracteriza por agitación psicomotriz, confusión, alucinaciones, fiebre, taquicardia, hipertensión, diaforesis, temblores. Los pacientes presentan elevados índices cardíacos, consumo de oxígeno, hiperventilación con alcalosis respiratoria y un descenso en el flujo sanguíneo cerebral.

El delirium tremens presenta una mortalidad alta, que ha alcanzado hasta un 40%, pero con un diagnóstico precoz y tratamiento médico adecuado no alcanza el 5%. En ausencia de complicaciones, el delirium tremens puede persistir por encima de los 7 días.

La mortalidad se relaciona con las patologías orgánicas concomitantes subyacentes al mismo y que han motivado la cesación del consumo de alcohol (pancreatitis aguda, hepatitis, infección o traumatismo que afecte al sistema nervioso central, neumonías, etc), alteraciones cardiovasculares (arritmias), trastornos metabólicos, equilibrio ácido-básico e hidroelectrolíticos y neumonías por aspiración en el contexto del cuadro confusional y sedación principalmente.

Los principales factores de riesgo para la aparición del delirium tremens son: un consumo intenso crónico, un episodio previo de delirium tremens, edad mayor de 30 años, presencia de patologías agudas concomitantes, presencia de sintomatología de privación a alcohol con niveles de alcohol elevados y el inicio de los síntomas de privación a alcohol más allá de 2 días desde la última ingesta.

La intensidad del síndrome de privación a alcohol aumenta con los sucesivos episodios de privación, fenómeno conocido como kindling.

La severidad del síndrome de privación a alcohol puede ser cuantificada con el uso de escalas estandarizadas. Una de las más utilizadas es la Clinical Institute Withdrawal Assessment from Alcohol-revised (CIWA-Ar).

## Contexto de realización

El lugar de realización del tratamiento debe decidirse con criterios de seguridad y eficacia, teniendo en cuenta una serie de factores como la capacidad de adherencia al tratamiento por parte del paciente incluyendo el mantenimiento de la abstinencia, el apoyo familiar y la necesidad de supervisión médica por comorbilidades. En la mayoría de las ocasiones será a nivel ambulatorio, siguiendo criterios de coste-efectividad.



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## Criterios para la realización del tratamiento a nivel hospitalario

- Pacientes con comorbilidad orgánica aguda o crónica que requiera de tratamiento o puedan descompensarse.
- Pacientes con comorbilidad psiquiátrica que requiera de cuidados hospitalarios (trastorno bipolar, depresión con intentos de suicidio, psicosis).
- Pacientes que han presentado complicaciones durante otros episodios de privación a alcohol (convulsiones, delirium tremens, etc.).
- Pacientes con criterios de abuso de fármacos (benzodiazepinas, neurolepticos como la quetiapina, clometiazol, etc).
- Paciente polidrogo-dependientes.
- Pacientes que han fracasado en tratamientos ambulatorios previos.
- Pacientes alto riesgo de desarrollar sintomatología grave de privación por el alto consumo crónico y puntuaciones mayores de 15 en la escala CIWA-Ar.
- Pacientes con distocia social o sin apoyo familiar que van a carecer de un contexto y vigilancia adecuados a nivel ambulatorio.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con inicio de síndrome de privación a alcohol que presentan sintomatología grave.

Existe un consenso general basado en que las benzodiazepinas son los fármacos más utilizados y recomendados para el tratamiento del síndrome de privación a alcohol en monoterapia. Su acción la ejercen por estimulación gabaérgica, disminuyendo la actividad neuronal y produciendo sedación.

Las benzodiazepinas han demostrado ser más efectivas que el placebo, o cualquiera de los fármacos alternativos y proporcionan más beneficios en efectividad y menos efectos adversos.

Las dosis deben ser individualizadas en cada caso según las comorbilidades, la farmacoterapia previa del paciente, tolerancia farmacológica a benzodiazepinas, la edad y el peso del paciente y la intensidad de los síntomas.



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

También se han utilizado benzodicepinas de vida media intermedia como el lorazepam y oxazepam. En nuestro medio no están disponibles estas benzodicepinas por vía intravenosa, por lo que quedan limitadas a su utilización por vía oral. Estas benzodicepinas no poseen metabolitos activos y no son metabolizadas a nivel hepático, por lo que son más recomendables en pacientes con hepatopatías y en los que sea importante evitar la sobredosificación, como en pacientes ancianos.

Entre los diferentes esquemas de tratamiento se encuentra la terapia a dosis fija de benzodicepinas con el ajuste de dosis dependiente de la aparición de síntomas. Esta terapia es la más utilizada y es efectiva para prevenir complicaciones del síndrome de privación. Esta pauta es la más recomendable para el tratamiento ambulatorio, disminuyendo la dosis de benzodicepinas progresivamente durante un periodo entre 7 y 10 días para su retirada.

El uso de una dosis de carga de benzodicepinas al inicio del tratamiento se ha utilizado también pero tiene el inconveniente de poder producir mayor sedación.

Sea cual sea el esquema de tratamiento, deberá ser individualizado y el objetivo será utilizar la menor dosis posible de benzodicepinas, iniciando la reducción progresiva para su retirada en cuanto el cuadro clínico se resuelva. La utilización de la escala CIWA-AR servirá de guía para evaluar la presencia e intensidad de la sintomatología de privación y ajustar el tratamiento.

Los barbitúricos no deben utilizarse para la prevención y tratamiento del síndrome de privación a alcohol.

El clometiazol es un fármaco sedante que se ha utilizado para la prevención y tratamiento del síndrome de privación a alcohol. Presenta tolerancia cruzada con el alcohol, metabolización hepática, peligro de depresión respiratoria, riesgo de abuso y dependencia. No presenta actividad anticonvulsiva a diferencia de las benzodicepinas. Se ha visto su eficacia en el tratamiento de la privación a alcohol, aunque con menor grado de evidencia que para las benzodicepinas. Existe comercializado por vía oral y la pauta de tratamiento debe ser individualizada, siendo la más frecuente el inicio con una dosis alta e ir disminuyendo diariamente hasta su retirada. Aunque en nuestro medio ha sido utilizado tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, presenta contraindicaciones en pacientes con hepatopatías, patología respiratoria crónica, edades avanzadas, por lo que requiere de vigilancia estrecha.

Se han utilizado fármacos anticonvulsivantes para la prevención y tratamiento del síndrome



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

de privación a alcohol y las crisis convulsivas, principalmente por su acción agonista GABA y ausencia de potencial de abuso. La carbamazepina ha demostrado ser eficaz en algún estudio, comparada con placebo, en la reducción de los síntomas de privación a alcohol, pudiendo ser administrada a pacientes con hepatopatías crónicas, pero no hay datos sobre su eficacia en la prevención del síndrome de privación. Se han utilizado otros fármacos antiepilépticos como la oxcarbazepina, lamotrigina, el topiramato, el valproato sódico, la gabapentina y la pregabalina, para la prevención y tratamiento del síndrome de privación a alcohol.

No existen suficientes evidencias que apoyen el uso de fármacos antiepilépticos de forma exclusiva para el tratamiento del síndrome de privación a alcohol y la prevención de crisis epilépticas. Su utilización nunca debe ser en monoterapia y aunque se utilizan como tratamiento complementario a las benzodiacepinas, facilitando la reducción de la dosis de éstas, o bien como parte de pautas alternativas en caso de contraindicación de uso de las benzodiacepinas, no hay estudios controlados que muestren su evidencia.

Los fármacos agonistas adrenérgicos alfa-2, como la clonidina y lofexidina, se han utilizado en el tratamiento del síndrome de privación a alcohol pero sin suficientes evidencias sobre su eficacia.

Los neurolépticos pueden ser administrados de forma complementaria a las benzodiacepinas durante el tratamiento del síndrome de privación a alcohol si aparece agitación psicomotriz severa y alucinaciones.

### **Medidas de soporte**

Las medidas de soporte incluyen, principalmente, la corrección de los déficits nutricionales y los desequilibrios hidroelectrolíticos.

Los pacientes con dependencia a alcohol consumen la mayoría de sus calorías procedentes del alcohol, desarrollando deficiencias nutricionales. El déficit de tiamina es muy frecuente y está ocasionado por un aporte insuficiente, una absorción disminuida a nivel intestinal y una disminución de su utilización en las células. Su déficit puede desarrollar la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff. La tiamina debería administrarse intramuscularmente o intravenosamente al paciente al inicio del tratamiento del síndrome de privación a alcohol.



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## Tratamiento: complicaciones del síndrome de privación a alcohol

### Crisis epilépticas

El tratamiento de las crisis epilépticas secundarias a la privación de alcohol se debe realizar con benzodicepinas. Son importantes las medidas de soporte con una adecuada valoración de las funciones vitales (presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria, oxigenación, etc), evitar traumatismos secundarios, prevenir aspiraciones de contenido gástrico (mantener en dieta absoluta), asegurar aporte hidroelectrolítico y calórico con fluido-terapia intravenosa. Es recomendable la realización de exploraciones analíticas básicas entre las que se debe incluir el equilibrio ácido básico, enzimas musculares y función renal por la rabdomiolisis secundaria.

### Delirium Tremens

Se recomienda que el tratamiento del delirium tremens se realice primariamente con benzodicepinas, que se administrarán por vía intravenosa a altas dosis.

Cuando el cuadro clínico no se controla adecuadamente con benzodicepinas intravenosas, se pueden utilizar neurolepticos como el haloperidol, como fármaco sedante añadido a las benzodicepinas y nunca en monoterapia.

## 5.1.2. Abordaje de la comorbilidad psiquiátrica

### Introducción

Los trastornos por uso de alcohol se acompañan en un porcentaje elevado de otros trastornos mentales, determinando una evolución y un pronóstico más complicados, y requiriendo un abordaje terapéutico más complejo.

### Trastornos psicóticos

#### Trastornos psicóticos inducidos

Se recomienda iniciar el tratamiento aún antes de haber establecido con certeza si se trata de una psicosis inducida por alcohol o de un trastorno psicótico en un paciente que consume alcohol. En las intoxicaciones o la abstinencia de alcohol con síntomas psicóticos, que deben ser tratadas en servicios de Urgencias, los fármacos de elección son las benzodicepinas (BZD) por



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

su buena relación eficacia/seguridad. En casos de resistencia se puede añadir un antipsicótico por vía intramuscular.

En los trastornos psicóticos inducidos, los fármacos de primera elección son los antipsicóticos de segunda generación (amilsulprida, olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol, paliperidona), tanto por sus menores efectos secundarios como por su mecanismo de acción, de utilidad en pacientes con un trastorno adictivo aun sin síntomas psicóticos. Aunque la clozapina ha sido el fármaco más estudiado en pacientes duales, no es de primera elección en estos pacientes debido a sus posibles graves efectos secundarios hematológicos y a la necesidad de controles hemáticos.

### Esquizofrenia

#### Intervenciones farmacológicas

El tratamiento farmacológico es, en general, similar al que se realiza en los pacientes con esquizofrenia sin trastorno por uso de alcohol. Se debe tener en cuenta la alta sensibilidad a los antipsicóticos que presentan estos pacientes, las interacciones recíprocas entre los antipsicóticos y el alcohol, y las altas tasas de incumplimiento terapéutico. La eficacia y la tolerabilidad son esenciales. El objetivo inicial del tratamiento de los pacientes agudos hospitalizados es el manejo de la hostilidad y la agitación, y la rápida estabilización de los síntomas psicóticos, favoreciendo el cumplimiento terapéutico al alta.

A pesar de la escasez de estudios controlados, cada vez existen más datos que hacen recomendar en estos pacientes los nuevos antipsicóticos, dada la mayor seguridad medida por la frecuencia y gravedad de efectos secundarios. La clozapina (300 – 450 mg/día) presenta una gran eficacia clínica y aproximadamente la misma efectividad en pacientes psicóticos resistentes con trastorno por uso de alcohol y sin éste. Los antipsicóticos clásicos o de primera generación están siendo relegados por los de segunda generación, principalmente por sus más frecuentes efectos extrapiramidales, menor eficacia y menor capacidad de retención. Los pocos estudios realizados con haloperidol, flufenazina y perfenazina no aportan datos sobre la disminución del consumo de alcohol en pacientes esquizofrénicos y no se considerarían de primera elección en estos pacientes.

#### Intervenciones psicológicas

Los pacientes con problemas leves relacionados con el alcohol se benefician de breves



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

intervenciones motivacionales; otros mas graves precisarán de intervenciones cognitivo-conductuales; y aquellos con graves déficits cognitivos requerirán un entorno estructurado y apoyo social indefinido. El abordaje terapéutico de estos pacientes debe realizarse mediante las técnicas específicas utilizadas en el tratamiento de las adicciones, modificadas específicamente para pacientes con psicosis.

La entrevista motivacional ha sido adaptada al tratamiento de los esquizofrénicos con dependencia del alcohol con resultados positivos comparados con psicoeducación, disminuyendo el uso del alcohol. Un estudio ha demostrado la efectividad de asociar al tratamiento sistemático un programa integrado por entrevistas motivacionales, terapia cognitivo-conductual e intervenciones familiares, observándose una mejor evolución clínica. Los grupos de autoayuda, como los basados en los 12 pasos (Alcohólicos Anónimos), ampliamente utilizados en pacientes comórbidos, han sido criticados porque no ofrecen una aproximación integrada y presentan objetivos inflexibles.

### **Trastornos del estado de ánimo**

Los tratamientos pueden ser psicológicos y farmacológicos, considerándose de primera elección el tratamiento con antidepresivos. En general, las recomendaciones de tipo psicofarmacológico no difieren de las establecidas en pacientes afectos sólo de un trastorno del estado de ánimo, pero es necesario tener en cuenta que si el trastorno afectivo es previo a la dependencia de alcohol, el tratamiento farmacológico es imprescindible, y sus resultados pueden influir en la evolución del trastorno por uso de alcohol; si el trastorno afectivo se relaciona con los efectos secundarios del alcohol, los tratamientos farmacológicos serán eficaces si paralelamente se consigue la abstinencia. En algunos casos se ha relacionado la alteración del estado de ánimo con el estilo de vida y las dificultades sociales vinculadas al uso de alcohol; en estos casos es prioritario el control del consumo de alcohol, que puede ser más eficaz que el tratamiento psicofarmacológico antidepresivo. Hay que tener en cuenta las interacciones de los psicofármacos usados y el alcohol.

Es importante recordar que las personas que sufren depresión asociada a una dependencia del alcohol presentan un mayor riesgo de suicidio que las que sufren solo depresión, que además aumenta con la edad. Ante una persona con riesgo de suicidio, el tratamiento debería ser iniciado inmediatamente y de preferencia en régimen de hospitalización completa, sobre todo cuando presenta abuso de sustancias y se encuentra intoxicado.



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

### Depresión

La depresión asociada al alcoholismo predice pobres resultados del tratamiento del alcoholismo, aumentando el riesgo de recaída, mientras que la remisión de la depresión predice un menor riesgo de ésta. El consumo excesivo y continuado de alcohol induce trastornos depresivos, que mejoran espontáneamente cuando remite el abuso de alcohol. Además, interfiere en la recuperación del trastorno depresivo. Los exbebedores tienen una mayor vulnerabilidad a la depresión.

La fase inicial del tratamiento se focaliza en la adhesión al tratamiento, la supresión o la disminución del consumo de alcohol y la mejoría de los síntomas depresivos. Con respecto al trastorno por uso de alcohol, si es preciso se realizará desintoxicación. Y respecto al tratamiento del trastorno depresivo, se inicia cuando se confirma que se trata de una depresión mayor no inducida, tras 2-4 semanas de abstinencia del paciente para comprobar que la depresión persiste.

La utilización de los distintos antidepresivos debe tener en cuenta las interacciones de los antidepresivos con el alcohol y con otros fármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos por alcohol. Los ISRS pueden considerarse de primera elección, si bien hay resultados contradictorios. En cualquier caso, son fármacos con un menor riesgo de sobredosis y un perfil de buena tolerabilidad. Los antidepresivos tricíclicos en algunos casos reducen el abuso del alcohol, con lo que se consigue una mejoría de los síntomas depresivos; sin embargo, presentan un peor perfil de tolerabilidad que los ISRS. La venlafaxina y la duloxetina son fármacos eficaces y con buena tolerabilidad, si bien no se dispone de estudios confirmatorios en pacientes duales. La misma situación se produce con la mirtazapina, la reboxetina y la agomelatina. El bupropión está relativamente contraindicado por su efecto pro-convulsivo. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) tienen una contraindicación absoluta por el elevado riesgo de toxicidad en caso de consumo de alcohol.

La terapia cognitivo-conductual, sola o con fármacos, produce cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, pero los logros decaen tras el tratamiento. La terapia cognitivo-conductual ha mostrado utilidad en adolescentes abusadores de alcohol con tendencias suicidas. Una reciente revisión de intervenciones psicológicas en pacientes con trastornos depresivos y por uso de alcohol (5 ECAs) mostró que eran efectivas, siendo recomendadas por la NICE las motivacionales y las cognitivo-conductuales.



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

### Trastorno bipolar

El trastorno bipolar (TB) es, entre todos los trastornos psiquiátricos, el que tiene más probabilidad de estar asociado al alcoholismo. El TB asociado al alcoholismo se caracteriza por un inicio más precoz, más ideación e intentos de suicidio, más hospitalizaciones y más estados mixtos y puede ser considerado como un factor de riesgo para presentar alcoholismo. Otra comorbilidad frecuente con el TB y el alcoholismo son los trastornos de ansiedad y los de personalidad. En la comorbilidad del TB y del trastorno por uso de alcohol las recomendaciones terapéuticas generales son similares a las establecidas en las distintas fases de los trastornos bipolares sin trastorno por uso de alcohol, aunque con algunas particularidades relacionadas con el consumo. Por lo general, parece que la concurrencia de trastorno por uso de alcohol constituye un factor predictivo de mala respuesta al litio. Además la monitorización del tratamiento con litio puede ser más difícil en estos pacientes debido a su funcionamiento vital caótico.

El valproato, debido al elevado porcentaje de manía disfórica en los pacientes con TB consumidores de alcohol y a la potencial utilidad de los fármacos antikingling en el tratamiento de la dependencia de alcohol, ha mostrado (2 ECA) mejoría de los síntomas afectivos y un menor consumo de alcohol. En uno, el grupo que recibió valproato tuvo una reducción en los consumos graves de alcohol, en el número de bebidas consumidas los días de consumo grave, y más días hasta la recaída en el consumo, y los síntomas maniacos y depresivos mejoraron. No hubo efectos adversos graves y los niveles de Gamma-GT fueron significativamente más altos en el grupo placebo.

La oxcarbazepina es preferible a la carbamazepina, debido a sus menores interacciones. El topiramato ha mostrado mejoría en estos pacientes en salud física y calidad de vida, además de reducir el consumo, a dosis entre 200-400 mg/día. La lamotrigina ha demostrado utilidad en estos pacientes en estudios abiertos, disminuyendo el consumo de alcohol y las puntuaciones en escalas de manía y depresión, siendo bien tolerada. Se recomiendan dosis de 200-300 mg/día, titulando a partir de 25 mg/día semanalmente. La gabapentina ha demostrado reducción de consumo en pacientes bipolares, a dosis entre 600-2.400 mg/día.

Los antidepresivos tienen un mayor riesgo de viraje a manía en estos pacientes, desaconsejándose su uso. En la fase aguda del episodio maniaco suelen requerirse antipsicóticos, siendo de elección los atípicos.



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## Trastornos de ansiedad

Según el estudio NESARC, el 33% de los pacientes que se encontraban en tratamiento por alcoholismo presentaban un trastorno de ansiedad independiente del alcoholismo. La ansiedad puede jugar un papel en el inicio y también en el mantenimiento del alcoholismo. A partir de los resultados del estudio NESARC se ha comprobado que únicamente las fobias (específica y social) precederían al alcoholismo, mientras que los demás trastornos de ansiedad suelen aparecer después y contribuyen a cronificarlo.

### Abordaje general

Se recomiendan apoyo psicosocial y entrenamiento de estrategias de afrontamiento para los trastornos de ansiedad transitorios (inducidos). Las técnicas psicológicas específicas (motivacionales y cognitivo-conductuales) se aplicarán en los trastornos que persisten tras la abstinencia.

Los ISRS son los fármacos de elección en el tratamiento de la ansiedad comórbida con el trastorno por uso de alcohol, debido a su bajo potencial de abuso, escasas interacciones y bajo riesgo de sobredosis. Las dosis utilizadas son las mismas que las que se emplean en la población general. Hay que tener precaución con las interacciones con fármacos que alteran su metabolismo, como el alprazolam y el diazepam. También pueden ser útiles antidepresivos como la venlafaxina u otros de nueva generación. Los antidepresivos tricíclicos deben utilizarse con precaución por los posibles efectos secundarios e interacciones. Además, disminuyen el umbral convulsivo, por lo que se debe tener precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones o lesión cerebral. Debido a las interacciones con fármacos y alimentos, se desaconseja el uso de IMAO.

Las BZD deben utilizarse con precaución por el potencial de abuso y por el riesgo de sobredosis, cuando van asociadas al alcohol y a otros depresores del SNC, como los opiáceos. Los antipsicóticos con perfil sedativo pueden emplearse en dosis bajas para el tratamiento sintomático. No entrañan riesgo de dependencia, pero si se consume alcohol, BZD u opiáceos existe riesgo de potenciar sus efectos.

### Abordaje específico de los diferentes trastornos de ansiedad

- **Trastorno de angustia con agorafobia o sin ella**

La abstinencia del alcohol puede producir crisis de ansiedad. En los pacientes con crisis de angustia



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

con antecedentes de éstas no relacionadas con el consumo de alcohol, o con antecedentes familiares de trastorno de ansiedad, puede estar indicado un inicio precoz del tratamiento, sin esperar las 2-4 semanas de abstinencia. Puede ser útil asociar fármacos anticraving (naltrexona, acamprosato, nalmefeno en el futuro) para mejorar el control de la ansiedad asociada al deseo del consumo de alcohol. Se recomienda descartar las enfermedades médicas. Es prioritario el tratamiento de la dependencia del alcohol, ya que ésta interfiere en el tratamiento y reduce su cumplimiento. Se debe explicar al paciente cómo afrontar las crisis de angustia y la influencia del consumo en el desencadenamiento de las crisis.

Además, pueden utilizarse terapia cognitiva, cognitivo-conductual, de prevención de recaídas, técnicas de hiperventilación controlada y psicoeducación (explicar los mecanismos generadores de la ansiedad fóbica y de las crisis de angustia).

Tanto para el tratamiento agudo de las crisis como para el tratamiento farmacológico de base se recomienda seguir las indicaciones terapéuticas habituales para estos trastornos. En la agorafobia sin antecedentes de trastorno de angustia los síntomas suelen mejorar con la abstinencia de alcohol y con el tratamiento farmacológico.

- **Fobias y TOC**

En los pacientes que presentan una fobia específica el tratamiento fundamental es psicoterapéutico, explicando los mecanismos generadores de la ansiedad fóbica y de las crisis de angustia. Si fuera necesario utilizar tratamiento farmacológico, se recomienda el uso de bloqueantes  $\beta$ -adrenérgicos y utilizar con mucha precaución las BZD. Hay que evitar que la fobia social pueda ser utilizada por el paciente para justificar los consumos en situaciones de interacción social y estrés. En la fobia social limitada pueden usarse bloqueantes  $\beta$  como el propranolol, evitando las BZD.

No existen indicaciones específicas para el TOC, por lo que se recomienda seguir las indicaciones terapéuticas habituales en este trastorno.

- **Trastorno por estrés postraumático**

Habitualmente se requieren tratamiento farmacológico y psicoterapia. A pesar de la gran frecuencia de comorbilidad, existen escasos estudios sobre pacientes con este trastorno y adicción a alcohol. Se deben utilizar fármacos con escaso potencial de abuso, como los ISRS.



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

Estudios abiertos han demostrado que la sertralina mejora los síntomas de estrés postraumático y la abstinencia del alcohol. Para el tratamiento del insomnio pueden utilizarse fármacos con un perfil sedativo, como la trazodona o la mirtazapina.

Se ha recomendado la exposición a pensamientos intrusivos con precaución en los pacientes duales, debido a la probabilidad de producirse estímulos emocionales muy intensos, aumentar el estrés y facilitar la recaída. Otras técnicas, como la inoculación de estrés, también han demostrado su eficacia. Los abordajes clásicos de la adicción que confrontan al paciente han de realizarse con precaución para evitar la reaparición de síntomas.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**

En los pacientes duales se deben utilizar fármacos antidepresivos de tipo ISRS o venlafaxina, ya que con ellos las BZD se han relacionado con un mayor riesgo de dependencia o de recaídas, aunque no todos los estudios son concluyentes. Si es necesario utilizarlas, se recomiendan las de semivida larga en dosis bajas. En la ansiedad relacionada con el craving de alcohol es útil la prescripción de fármacos anticraving (naltrexona, acamprosato, nalmefeno). Las técnicas cognitivo-conductuales y de habilidades sociales, junto con técnicas de relajación, son muy útiles. Cuando no se controlan los síntomas pese a un correcto cumplimiento terapéutico deben revalorarse los consumos de alcohol y sus posibles interacciones con los tratamientos. Otros fármacos utilizados en pacientes duales son la trazodona, la gabapentina, los antipsicóticos atípicos en dosis bajas y la pregabalina, que es un fármaco eficaz y que además tiene aprobada la indicación para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

- **Trastorno de ansiedad inducido**

Es importante asegurar la abstinencia de alcohol dada la frecuente relación con la aparición de ansiedad. Si los síntomas de ansiedad son muy intensos, y el paciente se encuentra hospitalizado, puede utilizarse diazepam (5-10 mg) o clordiazepóxido (10-25 mg) por vía oral, repitiendo las dosis a los 3060 min si es necesario.

Si los síntomas de ansiedad aparecen en pacientes con abuso o con dependencia de BZD y alcohol, se recomienda estabilizar al paciente con ISRS y sustituirlas por otras de semivida larga, como diazepam o clorazepato, e iniciar una reducción progresiva. La gabapentina y la pregabalina han demostrado su utilidad, en estudios abiertos, para la retirada de benzodiazepinas en pacientes dependientes. También pueden ser útiles otros nuevos anticomiciales, como el topiramato.



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## Trastornos de personalidad

Numerosos estudios han relacionado la elevada comorbilidad de los trastornos por uso de alcohol con los de personalidad con una peor respuesta y peor pronóstico, así como con una elevada tasa de abandono de los programas de tratamiento. En pacientes alcohólicos es más prevalente la asociación con los trastornos de la personalidad del grupo C. Es prioritario el tratamiento de la dependencia junto con el tratamiento del trastorno de la personalidad, no existiendo un tratamiento farmacológico específico, optándose por dar recomendaciones en función de los síntomas prevalentes.

### Tratamiento psicológico

Está indicado en la mayoría de los casos y constituye el tratamiento de elección, recomendándose la terapia cognitivo-conductual. Aún se encuentra en estudio la combinación de abordajes psicológicos y farmacológicos. Las estrategias más eficaces son las dirigidas a la concienciación sobre los riesgos asociados al consumo, las entrevistas motivacionales y los programas de reducción de daños.

La terapia cognitivo-conductual y la terapia dialéctica son de utilidad en los trastornos de personalidad, dirigiéndose a mejorar la capacidad de introspección y las relaciones interpersonales. La reestructuración cognitiva puede ser de gran utilidad. Otras técnicas útiles son la terapia familiar y la ocupacional.

### Tratamiento farmacológico

No existe un tratamiento farmacológico específico para los pacientes con trastornos de la personalidad y por uso de alcohol comórbidos, siendo sintomático.

Para la irritabilidad se recomienda el tratamiento con antidepresivos ISRS o con antipsicóticos de segunda generación. Para la impulsividad se recomiendan eutimizantes, como el topiramato, la carbamazepina, la gabapentina y la lamotrigina. En las alteraciones del estado de ánimo se recomienda utilizar anticomociales, como el valproato o la lamotrigina. Estudios controlados y a doble ciego con ISRS han demostrado su utilidad en la depresión, la irritabilidad y las conductas agresivas. En los casos de paranoia, episodios psicóticos o desorganización del pensamiento se recomiendan los antipsicóticos de segunda generación a dosis bajas. Los eutimizantes pueden disminuir la impulsividad y la agresividad.



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

El uso de antidepresivos básicamente se centra en los ISRS por su seguridad, pocos efectos secundarios y elevada eficacia. Clásicamente se planteaban los ISRS como primera opción del tratamiento, sobre todo para la impulsividad y la inestabilidad emocional. En los últimos años se ha producido un cambio de tendencia a favor de los antipsicóticos atípicos y los anticomociales. Los ISRS básicamente se recomiendan para el tratamiento de los síntomas de disforia y para los síntomas de ansiedad o afectivos asociados.

Los antipsicóticos han mostrado ser efectivos para el tratamiento de la conducta impulsiva, la hostilidad, los síntomas psicotiformes y los depresivos. Se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos.

Las BZD son efectivas para el control de la ansiedad, pero su uso comporta riesgos como el efecto paradójico (desinhibición, agresividad), las sobredosis (asociadas al alcohol) y el abuso o dependencia. Se recomienda evitar su uso prolongado y sustituirlas por fármacos para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio, con menor potencial adictivo.

### Otras conductas adictivas

Un elevado consumo de alcohol por ocasión puede llevar al abuso de otras drogas, pero también el consumo de drogas puede llevar al abuso de alcohol. Algunas personas que se han recuperado de una adicción a drogas ilegales han desarrollado posteriormente una dependencia del alcohol. Determinadas drogas (psicoestimulantes, opiáceos) producen sensibilización del sistema dopaminérgico y pueden aumentar la vulnerabilidad hacia el alcoholismo y las recaídas. El consumo de cocaína produce un claro aumento del consumo de alcohol.

- **Otras sustancias**

Las personas que presentan dependencia del alcohol tienen 3 veces más posibilidades de ser fumadoras de tabaco y las personas que presentan dependencia de la nicotina tienen 4 veces más posibilidades de abusar del alcohol.

El consumo de BZD entre los pacientes alcohólicos es más prevalente que en la población general y presenta unas características que se alejan de la prescripción terapéutica correcta. Usar BZD asociadas a alcohol ya es un patrón de abuso que conlleva un elevado riesgo de sobredosis o reacciones paradójicas de desinhibición agresiva. Además, la tolerancia cruzada entre el alcohol y las BZD contribuye a que las dosis que toman los alcohólicos sean elevadas.



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

Existe una conexión directa y recíproca entre la activación de los receptores cannabinoides y el consumo de alcohol. El receptor cannabinoide cerebral (CB1) es un mediador de los efectos del alcohol sobre el circuito de la recompensa cerebral. El consumo de cannabis puede interferir también en la recuperación de una persona que se encuentra en tratamiento por dependencia del alcohol, y puede incrementar el riesgo de recaída.

El uso de cocaína conlleva frecuentemente un consumo excesivo de alcohol o doble dependencia de cocaína y alcohol. La intoxicación simultánea de cocaína y alcohol cursa con mayor desinhibición conductual y mayor toxicidad sobre el SNC. Haber tenido un episodio de dependencia de cocaína aumenta el riesgo de padecer alcoholismo más adelante.

El tratamiento de las otras dependencias será el habitual en cada sustancia, teniendo en cuenta las interacciones y las dificultades en conseguir retener en tratamiento a estos pacientes. Los objetivos habrán de ser realistas y considerando desde la reducción de daños hasta la abstinencia a todas ellas.

- **Juego patológico**

La probabilidad de presentar alcoholismo es 23 veces mayor en las personas que presentan juego patológico que en la población general. A su vez, entre el 17% y el 28% de los enfermos alcohólicos en tratamiento pueden presentar también juego patológico. La comorbilidad psiquiátrica que se asocia con mayor frecuencia al juego patológico es el alcoholismo (73,2%). El consumo de alcohol puede propiciar el inicio de un episodio de juego y el descontrol o la dificultad de detener dicho episodio. Con frecuencia, el juego patológico y el alcoholismo aparecen de manera simultánea o sucesiva en una misma persona, incluso en generaciones sucesivas de familiares.

El tratamiento de ambos problemas deberá ser el habitual cuando son independientes. La terapia grupal es muy frecuente.



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## 5.1.3. Intervención farmacoterapéutica en la prevención de recaídas y deshabituación

### Introducción

El uso de fármacos para facilitar la rehabilitación de los pacientes afectados de un trastorno por uso de alcohol (TUA) debe enmarcarse en el contexto de una intervención psicosocial más amplia. De hecho, la Agencia Europea del Medicamento recomienda que todos los ensayos clínicos de este tipo se desarrollen con un soporte psicosocial simultáneo.

Asimismo, la práctica totalidad de los ensayos clínicos se han desarrollado con el paradigma de la abstinencia. Aunque los tratamientos orientados a la abstinencia siguen siendo la primera opción clínica, en la actualidad existe evidencia suficiente para indicar tratamientos orientados a la reducción de consumos.

Dado que la clasificación de los fármacos utilizados en el tratamiento de la dependencia alcohólica es un tanto arbitraria, hemos decidido evitar clasificarlos. Se presentan a continuación y de forma individual aquellos fármacos que tienen la indicación autorizada para el tratamiento de la dependencia alcohólica en uno o más países de la Unión Europea.

### Disulfiram

El disulfiram inhibe la acetaldehído-deshidrogenasa, provocando que ante la ingesta alcohólica el paciente presente niveles altos de acetaldehído en sangre.

El acetaldehído es el responsable de la reacción etanol-disulfiram, caracterizada por vasodilatación, rubefacción, hipotensión, palpitaciones, disnea, ansiedad, cefalea, náusea y vómitos. Por dicho motivo se suele clasificar el disulfiram como sustancia 'aversiva' o 'antidipsotrópica'.

El disulfiram se prescribe generalmente en dosis de 250 mg/día en una sola toma. Existe evidencia de que su administración debe ser supervisada y dado que la inhibición de la acetaldehído-deshidrogenasa se prolonga en el tiempo, el fármaco puede administrarse concentrando las tomas en días alternos.

Mención especial merece la hepatitis idiosincrática asociada al disulfiram (1/25.000 casos), que no constituye una contraindicación absoluta en pacientes hepatópatas, donde debe evaluarse



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

con precisión el balance riesgo-beneficio, dado que la persistencia en el consumo de alcohol tiene un innegable impacto hepático.

### **Acamprosato**

Aunque inicialmente se postuló que la acción anticraving del acamprosato era debida a su acción gabaérgica, actualmente se cree que actúa básicamente produciendo una reducción de la transmisión glutamatérgica, concretamente a nivel de los canales de calcio del receptor NMDA.

Acamprosato se administra en dosis de 2 gramos diarios repartidos en 3 tomas.

Acamprosato tiene pocos efectos secundarios. Los más frecuentes son gastrointestinales, en forma de diarrea, y también puede provocar otro tipo de molestias gastrointestinales, prurito, mareo o cefalea. Mención especial merece la función renal. Dado que acamprosato se excreta en un 90% por vía renal y sin metabolizar, debe monitorizarse la función renal, y está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal.

### **Naltrexona**

La naltrexona es un antagonista opioide, que parece actuar a través del sistema opioide endógeno modulando la liberación de dopamina en las áreas de recompensa cerebrales. Dicha acción facilitaría un incremento de la capacidad de mantener el control sobre la ingesta una vez iniciado el consumo, y por tanto, se puede plantear que la naltrexona tiene básicamente un efecto anti-priming. A pesar de ello, casi todos los ensayos clínicos se han realizado en un contexto de programas de tratamiento orientados a la abstinencia.

La naltrexona se administra en dosis de entre 50-100 mg en una sola toma cada 24 horas, tiene una semivida de 4 horas y su principal metabolito activo, el 6-B-naltrexol, tiene una semivida de 13 horas. En su práctica totalidad la naltrexona sufre un metabolismo de primer paso hepático.

Entre los efectos secundarios más frecuentes cabe citar náuseas, mareo, cefalea, fatiga, insomnio, vómitos y ansiedad. La naltrexona es hepatotóxica a dosis de 150 mg o superiores. Se recomienda no administrar naltrexona a pacientes hepatópatas (hepatitis agudas y hepatopatías crónicas severas), y es conveniente evaluar la función hepática al iniciar el tratamiento. Al tratarse de un antagonista opiáceo debe tomarse en consideración que el paciente no siga tratamiento con fármacos opiáceos y que no presente una adicción activa a sustancias opiáceas. Está contraindicado si existe insuficiencia renal grave y no se recomienda durante la lactancia.



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

Se debe tener especial cuidado con la administración de analgésicos de tipo opiáceo dado que podrían interaccionar con la naltrexona.

### **Nalmefene**

El nalmefene es un modulador del sistema opioide con una acción antagonista a nivel de los receptores Mu y Delta, y una acción agonista parcial a nivel de los receptores kappa. Se cree que actúa modulando la liberación de dopamina provocada por el alcohol en las áreas cerebrales de recompensa, dado que múltiples estudios han establecido el papel regulador del sistema opioide endógeno sobre la acción del sistema dopaminérgico en los centros de recompensa cerebrales.

El tratamiento con nalmefene es eficaz a dosis de 20 mg. Su pauta farmacológica no es fija, se recomienda su administración a demanda en función de la urgencia que tiene el paciente de beber. La administración a demanda y la indicación para la reducción de consumos constituyen novedades relevantes.

Los efectos secundarios descritos más frecuentemente por los pacientes fueron las náuseas, los vómitos, el insomnio, el mareo, la fatiga y la hiperhidrosis.

Del mismo modo que ocurre con naltrexona, ante la administración de nalmefene se debe tener cuidado con aquellos fármacos derivados de los opiáceos. El tratamiento está contraindicado en aquellos pacientes con una dependencia activa a los opiáceos o en el tratamiento sustitutivo con metadona o buprenorfina.

### **Oxibato sódico**

El oxibato sódico es un compuesto endógeno de nuestro sistema nervioso central, cuya estructura es similar a la del ácido gama-aminobutírico, y tiene afinidad por los receptores GABA de tipo B. Se desconoce su función fisiológica, aunque tiene una importante acción inhibitoria del sistema nervioso central. Debido a su acción gabaérgica, se ha considerado como un tratamiento sustitutivo para la dependencia al alcohol. Actualmente está comercializado en Italia y Austria para el tratamiento de la desintoxicación y deshabitación al alcohol.

Actualmente, el oxibato sódico está comercializado en algunos países europeos (Italia, Austria) en presentación líquida. Se recomienda una administración de entre 50-100 mg/kg repartido en



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

tres tomas.

El efecto secundario más frecuentemente reportado por los diferentes ensayos clínicos fue la somnolencia y el sopor. También pueden aparecer al inicio del tratamiento náuseas, pérdida de apetito, visión borrosa, ataxia, enuresis y sudoración. En casos de sobredosis se han observado signos de depresión respiratoria y convulsiones de tipo tónico-clónicas. La posibilidad de que oxibato sódico pueda tener potencial adictivo ha sido tomada muy en cuenta por los investigadores. A dosis terapéuticas, y según los estudios, el potencial es bajo. Aún así, se recomienda su administración bajo estricta supervisión médica.

## Otros fármacos con resultados positivos pero sin indicación terapéutica

### Anticonvulsivantes

Los fármacos anticonvulsivantes como el topiramato, la oxcarbamacepina, la gabapentina, la pregabalina o la lamotrigina, debido a su acción sobre el sistema gabaérgico y su potencial ansiolítico, han sido ampliamente estudiados para el tratamiento de la dependencia al alcohol con el objetivo de reducir el craving y el consumo compulsivo.

### Baclofeno

El baclofeno es un agonista del receptor GABA de tipo B. Está indicado para el tratamiento de la espasticidad grave que aparece en la esclerosis múltiple o en otras lesiones medulares.

Los estudios preclínicos en animales han demostrado que reduce el efecto reforzante del alcohol. De momento, los resultados con baclofeno son controvertidos.

Las dosis utilizadas en los estudios van de los 20 a los 330 mg/día repartidos en dos tomas. Los efectos secundarios más frecuentes son la somnolencia, la hipotensión, urticaria, retención urinaria y la disfunción sexual.



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## 5.2. Intervenciones psicosociales

### 5.2.1. Introducción. Características de las intervenciones psicosociales y tratamientos psicológicos para los trastornos por consumo de alcohol

Aunque la diversidad de modelos y teorías existentes que han contribuido al estudio, comprensión y tratamiento de las adicciones es numerosa, todos coinciden en un abordaje integrador y multidisciplinar que abarca las dimensiones biológica, psicológica y social, y que están representadas en el modelo bio-psico-social, que en la actualidad representa el marco de trabajo más extendido para el análisis y tratamiento de la conducta adictiva basado en la evidencia.

La valoración de las prácticas basadas en la evidencia han llevado a proponer modelos de intervención más eficaces en función de la historia natural de la adicción. El objetivo es ajustar las intervenciones más adecuadas en el tratamiento de un individuo en función de la cantidad y frecuencia de Consumo de alcohol y de la cronicidad. Uno de los modelos que facilitan esta decisión es la propuesta por Wanigaratney y Keaney (2002). Este modelo, esquemáticamente, propone que cuando los sujetos presentan intención de abandonar el consumo sería adecuada la intervención con terapia motivacional o con terapias basadas en el enfoque cognitivo-conductual. Las terapias pertenecientes al enfoque psicodinámico estarían más indicadas una vez alcanzada la abstinencia y, del mismo modo, cuando se alcanza la abstinencia y se pretende mantenerla, las intervenciones basadas en los modelos de prevención de recaídas serían las más adecuadas.

### 5.2.2. La relación terapéutica

La mayoría las de investigaciones encuentran una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia. Distintas revisiones y estudios coinciden en destacar la relevancia de la alianza terapéutica en el resultado final de la psicoterapia. La alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados psicoterapéuticos.



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## 5.2.3. Intervenciones psicológicas

### Intervenciones breves

Las intervenciones breves dirigidas a bebedores problemáticos no son un tipo de tratamiento sino una clase de intervenciones con características comunes, que buscan moderar los consumos o evitar que puedan ser dañinos.

Pueden ser una o varias intervenciones dentro de un margen limitado de meses, duran de cinco a treinta minutos y la mayoría comprenden evaluación, asesoramiento y orientación con elementos educativos. También pueden utilizarse manuales informativos o de autoayuda. Los profesionales pueden no ser especialistas en abuso de sustancias.

Pueden utilizarse en entornos distintos: desde la Atención Primaria (AP), los servicios de Urgencias, los diferentes servicios de un hospital general, incluso por los servicios de medicina Laboral, hasta un centro especializado en adicciones.

Se diferencia del simple consejo en que es un proceso sistemático y dirigido que escucha y evalúa al paciente. El objetivo es proporcionar herramientas para poder cambiar actitudes básicas y manejar una serie de problemas de fondo. Está más interesado en el “por qué” y el “cómo” que en el “qué”.

Puede utilizar el cuestionario AUDIT para conocer el nivel de riesgo del paciente y en función de él graduar la intervención, desde una simple educación sobre los riesgos del alcohol hasta la derivación a un especialista, pasando por el consejo breve y el seguimiento.

La intervención motivacional breve (IMB) es una aplicación de la técnica de la Entrevista Motivacional (EM), basada en una o dos sesiones. Los autores describen los ingredientes necesarios para la IMB: i) ofrecer feedback al paciente sobre la evaluación de su estado, ii) hacer sentir al paciente que es responsable de su proceso, iii) ofrecer consejo, procurando que sea solicitado y no impuesto, iv) ofrecer un menú de opciones terapéuticas a realizar, considerando los pros y los contras de cada una, v) discutir las situaciones de riesgo con sus alternativas conductuales y, sobretodo, vi) mostrar empatía con el paciente.

Son intervenciones muy estudiadas y difundidas por la OMS. Su mayor eficacia se da en la Atención Primaria (AP), para ayudar a la reducción del consumo en bebedores de riesgo o abusivos, y también para facilitar la aceptación en los bebedores más graves o dependientes de un tratamiento más especializado.

Otra cuestión es que, por su brevedad, son intervenciones muy coste-efectivas y que incluso pueden realizar personal no especializado, como médicos no especializados, trabajadores sociales y enfermeras con un mínimo entrenamiento.



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## Entrevista y terapia motivacional

La entrevista motivacional (EM) es una técnica que pretende ayudar a los pacientes a aumentar su motivación, mediante un estilo de entrevista y de relación terapeuta/paciente que favorece la exploración, el reconocimiento y el afrontamiento de sus posibles problemas, cuando están ambivalentes o no quieren hacer un cambio de comportamiento.

Podemos enumerar las siguientes características de la entrevista motivacional:

- Explora los valores y objetivos de los pacientes para estimular el cambio conductual, sin imponer opiniones, valores o conocimientos.
- Es directiva en el estilo, pero centrada en el paciente, en sus necesidades y experiencias.
- El objetivo es ayudar a resolver la ambivalencia del paciente ante el cambio.
- Realiza un balance de ventajas e inconvenientes de la situación actual y del cambio según el punto de vista del paciente, reforzando su autoeficacia.
- Interpreta la resistencia y la negación como una señal para ajustar las estrategias de ayuda del terapeuta y no como rasgos del paciente.

Identifica en qué fase de cambio está el paciente y se ajusta a ella, evitando la confrontación.

Los principios básicos son: i) expresar empatía y comprensión, ii) desarrollar la discrepancia (tomar conciencia de las consecuencias), iii) evitar la argumentación (no discutir ni etiquetar), iv) no confrontar la resistencia (rodearla) y v) apoyar la autoeficacia.

Finalmente señalar que en una revisión de estudios de costes y beneficios de los tratamientos, la mayoría comparando los costes antes y después de iniciar un tratamiento del alcoholismo, incluso sin su formato breve, la EM es más coste-efectiva que otros tratamientos psicológicos.

## Terapias grupales

Al hablar de terapias grupales nos referimos a la utilización planeada de un entorno grupal, mediante una serie de reuniones de pacientes, limitadas en el tiempo y lideradas por un profesional, dirigidas a tratar algún tipo de problemática o patología psicológica. Deben distinguirse de las denominadas reuniones de los grupos de autoayuda. Por ello no consideraremos las terapias de Alcohólicos Anónimos (AA.AA.), de 12 pasos o twelve step facilitation (TSF).

Según la revisión de Weiss habría diversos modelos de terapias en grupo:

El modelo de psicoeducación en grupo, en el que el líder del grupo sirve como un maestro, que instruye a los pacientes sobre el abuso de sustancias y sus riesgos, (2) el entrenamiento en habilidades, también basado en un modelo educativo, con el objetivo de enseñar las habilidades



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

conductuales y cognitivo-conductuales específicas para el rechazo de drogas, (3) el grupo de bienvenida, que consiste esencialmente en un breve tratamiento individual conducido en un entorno grupal, y (4) los grupos que abordan otros temas de interés para el consumo de sustancias, como el manejo de la ira o la crianza de los hijos.

La terapia “de” grupo clásica para alcohólicos aporta elementos psicoterapéuticos distintos y complementarios de los que puede aportar cualquier otra técnica psicológica administrada grupalmente. Se refiere al proceso psicológico que sigue un grupo de adultos en el que la interacción entre sus miembros y con el líder del grupo es el principal factor terapéutico; es decir, el grupo en sí mismo es el generador de beneficios terapéuticos.

Clásicamente son grupos semiabiertos lentos, de entre 8 y 12 pacientes, con periodicidad uni o bisemanal, de 1 a 1,5 horas de duración, centrados en la discusión de problemas relacionados y/o derivados del consumo de bebidas alcohólicas, con uno o dos terapeutas con estilo de liderazgo poco autoritario, definido como de “autoconvencimiento o automotivación”. Siguen un método del tipo “grupo de discusión”, que busca un autoconocimiento e introspección interpersonal, apoyo y está orientado a los problemas personales. Es un modelo que siempre ha estado fuertemente impregnado de una actitud motivacional, aunque el estudio y publicación de las técnicas de entrevista motivacional de Miller y Rollnick fueran posteriores.

En estas terapias de grupo se tratan y surgen aspectos como la identificación, el aprendizaje, la cohesión, el compromiso, el sentimiento de pertenencia, la presión de grupo, la autoridad, la disminución de los mecanismos de defensa, etc. que no pueden ser explicados por un tratamiento psicoterapéutico “en grupo”. Al mismo tiempo, su actitud motivacional permite también abordar cuestiones relacionadas con el entrenamiento en habilidades sociales, la prevención de recaídas (con el análisis e identificación de situaciones de riesgo y del repertorio de conductas de afrontamiento adecuadas), los problemas familiares y de pareja, laborales, la comprensión y conciencia de la enfermedad, el refuerzo positivo entre sus miembros y la búsqueda de otros refuerzos, la modificación de creencias irreales e idealizadas respecto del alcohol, la identificación y progresivo descondicionamiento de los estímulos condicionados al alcohol, etc., que son precisamente estrategias y habilidades desarrolladas por otras técnicas de tratamiento psicológico de las adicciones.

Sigue habiendo pocas evidencias científicas sobre la eficacia de los grupos de terapia en general y en el campo del alcoholismo en particular, pero las revisiones existentes las han detectado poco ante la avalancha y la confusión con los tratamientos en grupo. Las pocas evidencias disponibles indican su eficacia y debería seguir investigándose su efectividad dado su amplio uso. En todo caso, son tratamientos con buena relación coste/eficacia.



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## Terapias cognitivo-conductuales

La terapia cognitivo-conductual es una forma de psicoterapia estructurada, directiva y de tiempo limitado que combina enfoques conductuales con estrategias cognitivas. Este enfoque se basa en la idea de que el uso problemático del alcohol es una conducta aprendida que puede ser influenciada por las experiencias de aprendizaje. Asimismo, por medio de una serie de intervenciones, se ayuda a los pacientes a que aprendan a detectar situaciones de riesgo externas e internas, a aumentar su repertorio de habilidades cognitivas y conductuales y, en definitiva, a identificar y cambiar las creencias disfuncionales que mantienen patrones problemáticos de pensamientos y conductas relacionadas con el alcohol para reemplazarlos por creencias y conductas más adaptativas.

### Prevención de recaídas

El modelo de prevención de recaídas es una de las técnicas de afrontamiento más ampliamente utilizadas dentro de los programas cognitivo-conductuales, en el tratamiento del alcoholismo.

El objetivo central de este procedimiento es enseñar habilidades para ayudar a los dependientes de alcohol a 1) identificar situaciones de alto riesgo (internas y externas) de consumo, 2) desarrollar estrategias y habilidades para evitar esas situaciones, si es posible, 3) y si evitar estas situaciones de alto riesgo no es posible, facilitar el aprendizaje de habilidades que les permita hacer frente a tales situaciones de alto riesgo sin el uso del alcohol.

Se consideran ingredientes básicos de esta técnica el análisis funcional de abuso de sustancias, el entrenamiento en la identificación y manejo del craving, la reestructuración cognitiva de los mitos relacionados con el consumo del alcohol, la solución de problemas, la planificación ante casos de emergencia, el reconocimiento de situaciones y decisiones de riesgo, y habilidades de rechazo al alcohol, el análisis de los pensamientos relacionados con el uso del alcohol, la identificación y evaluación de situaciones de alto riesgo pasadas y futuras, el refuerzo y revisión de la práctica de nuevas habilidades fuera de las sesiones, y la práctica de habilidades dentro de la sesión.

### Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo en el tratamiento del alcoholismo, se basa en la teoría del aprendizaje de Bandura (1969, 1997) y tiene como objetivo adquirir, aumentar y reforzar el aprendizaje de un estilo de comunicación asertivo y eficaz, que permita construir y mantener relaciones interpersonales sin la presencia del alcohol.



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

La aplicación de esta técnica se basa en la idea de que la ausencia de un buen repertorio de habilidades sociales constituye un factor de vulnerabilidad en el desarrollo y persistencia de la dependencia del alcohol. Las estrategias utilizadas en el entrenamiento de las habilidades sociales comprenden habilidades de adaptación interpersonales, como aprender a rechazar el alcohol, a reaccionar asertivamente, aprender a escuchar, a comunicarse, a realizar críticas positivas, negativas y saber encajarlas, a expresar sentimientos de seguridad en sí mismo y a crear, construir y mantener una red social saludable. Asimismo, también comprenden el aprendizaje de habilidades intrapersonales para la regulación emocional, manejo del estrés, gestionar los pensamientos asociados al consumo de alcohol como las falsas expectativas y distorsiones cognitivas, afrontar el deseo de consumo y pensamientos negativos, resistir el impulso de beber y aprender a tomar decisiones.

Las habilidades de resolución de problemas, la gestión del estrés y el entrenamiento en relajación forman parte de estas habilidades sociales. Asimismo, esta técnica casi siempre se lleva a cabo en combinación con otras técnicas cognitivo-conductuales, con medicación y con acamprosato y naltrexona de cara a evitar el craving. Por tanto, este es un enfoque multidimensional que no solamente se centra en las habilidades sociales directamente vinculadas al alcohol, como el rechazo del alcohol o resistir la presión de grupo, sino también en la adquisición de habilidades sociales como tales.

### **Técnicas de autocontrol**

El entrenamiento en conductas de autocontrol se basa en las técnicas descritas por Miller y Muñoz (1976). Las técnicas de autocontrol enseñan a las personas a reducir su consumo de alcohol y resulta más adecuado para aquellas personas con una dependencia más leve.

Los componentes de las técnicas de autocontrol incluyen: el establecimiento de metas, el autorregistro del consumo diario, el control de la tasa de consumo de alcohol, y la identificación de situaciones de riesgo y disparadores del consumo; asimismo comprenden otras estrategias, como cambio de hábitos de acuerdo con el tipo y la forma de beber, el establecimiento de objetivos, el análisis funcional de las situaciones de consumo y el aprendizaje de estrategias alternativas de enfrenamiento.

### **Terapia cognitiva**

Las terapias cognitivas incluyen métodos que pretenden identificar y modificar pensamientos o creencias desadaptados y que contribuyen al problema del alcohol.

Las intervenciones que se realizan desde la terapia cognitiva, que se centran en la identificación y modificación de pensamientos desadaptativos, pero que no incluyen el componente conductual, no se muestran tan efectivas como los tratamientos cognitivo-conductuales.



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## Terapias conductuales

Las terapias conductuales nacen de las teorías del aprendizaje basadas en el condicionamiento. Desde este paradigma se busca lograr la abstinencia del alcohol mediante la creación de experiencias negativas condicionadas a la presencia del alcohol y de experiencias positivas condicionadas a la ausencia del alcohol.

### Exposición a estímulos (cue exposure)

Esta técnica se basa en los principios del aprendizaje condicionado. Asume que la gente, los lugares y otros estímulos que habitualmente preceden al consumo del alcohol quedan asociados al efecto placentero del mismo, y el consumo se convierte en una respuesta condicionada a esos estímulos capaces de desencadenar reacciones fisiológicas y psicológicas que provoquen una recaída.

Los estímulos que pueden haber quedado asociados al alcohol son diversos, algunos comprenden la visión del alcohol, su olor, personas, lugares, situaciones, horas, momentos, emociones, etc. Todos ellos tienen la característica común de haber quedado vinculados de una forma potente al efecto placentero asociado al alcohol.

La exposición a estímulos se basa en el contracondicionamiento e implica la exposición del paciente de forma repetida y continuada a los estímulos elicítadores en un entorno seguro que le protege contra el consumo, y con instrucciones para resistir el craving. Al no aparecer el refuerzo asociado al consumo del alcohol, las respuestas condicionadas se van extinguiendo en las situaciones de la vida real. El objetivo es que el paciente aprenda a hacer frente a los síntomas de craving y ansiedad fisiológicos y psicológicos provocados por los estímulos condicionados al alcohol. De esta forma se reduce el craving, se retrasan la aparición de posibles recaídas y se reduce el consumo del alcohol.

Se ha visto que la técnica de exposición a estímulos puede alcanzar una mayor eficacia en la extinción de señales elicítadoras del consumo utilizando entornos de realidad virtual. Sin embargo, en la actualidad sólo existen unos pocos estudios que investigan este enfoque en pacientes dependientes del alcohol.

### Manejo de contingencias (Contingency management)

El manejo de contingencias es un componente común de muchos tratamientos psicosociales. Este enfoque de tratamiento se basa en los principios del aprendizaje y tiene como fin reforzar las conductas de abstinencia. Por consiguiente, proporciona un sistema de refuerzo diseñado para hacer menos atractivo el consumo de alcohol y más deseable la abstinencia. Hay cuatro métodos principales de incentivos: Los refuerzos basados en vales canjeables, el refuerzo



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

basado en premios, los incentivos basados en efectivo, y los privilegios clínicos, este último método aplicable para tratamientos por consumo de drogas pero no para el alcohol.

Por lo tanto, todos estos vales u otros incentivos tienen como objetivo alentar y reforzar el mantenimiento de la abstinencia, el cumplimiento de la toma de la medicación, la asistencia a las sesiones de tratamiento y otros objetivos relacionados con el tratamiento. Igualmente, el refuerzo negativo (denegación de incentivos, los informes a otros profesionales, etc.) puede ocurrir en respuesta a conductas menos deseables.

## **Abordaje de refuerzo comunitario (CRA)**

El abordaje de refuerzo comunitario (CRA) es un enfoque terapéutico conductual, bio-psicosocial, de amplio espectro centrado en el cambio de estilo de vida en personas que tienen un problema con el alcohol. Utiliza métodos operantes con el objetivo de reducir el consumo de alcohol y aumentar el comportamiento funcional. Se basa en la idea de que la dependencia de alcohol es mantenida por varios tipos de refuerzos relacionados con el consumo y con el bajo nivel de alternativas y refuerzos no asociados a la sobriedad. Como consecuencia de ello se propone modificar el ambiente para que la abstinencia sea más gratificante que el consumo.

El enfoque del refuerzo comunitario puede aplicarse tanto en grupo como individualmente; se puede llevar a cabo en el domicilio del paciente, en su entorno inmediato, o en una combinación de los dos juntos y tanto con pacientes ambulatorios como hospitalizados.

## **Terapia de conducta social y red de trabajo**

La terapia de conducta social y red de trabajo (SBNT), incluye el uso del entorno social del individuo como una forma de contribuir al logro de la abstinencia o al consumo controlado. La SBNT comprende una serie de estrategias para ayudar a los sujetos a construir redes sociales de apoyo que faciliten el cambio, en las que involucran al paciente y a los miembros de su red social, como amigos y familia. La integración de estas estrategias tiene como objetivo ayudar al paciente o construir un apoyo social positivo para facilitar un cambio positivo en el problema de bebida.

## **Terapias psicodinámicas**

Las terapias psicodinámicas (TP) estudian los efectos de las experiencias pasadas como determinantes en modular pautas de conducta, crear síntomas sobre las causas inconscientes de la conducta, el conflicto, la relación entre el paciente y el terapeuta, así como en determinar



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

las defensas y estilos interpersonales de percepción, que se vuelven repetitivos e interfieren con la salud mental.

### **Terapias centradas en la familia**

Cabe considerar que la familia es el escenario en el que se presentan los problemas relacionados con el consumo de alcohol, y otras sustancias, a lo largo de todos los momentos evolutivos de sus miembros, y no solo en las familias de origen, sino en todos los formatos familiares que se conforman a lo largo de la vida. Las dinámicas familiares pueden apoyar y mantener los comportamientos desadaptados de uso de alcohol, por lo que hacer frente a la unidad familiar en su conjunto es más productivo que centrarse de forma aislada en la conducta individual del sujeto.

### **Terapias de familia en adolescentes**

Las terapias familiares aplicadas en adolescentes con problemas de consumo de sustancias que cuentan con apoyo de evaluación son: la terapia familiar multidimensional (MDFT), la terapia familiar breve estratégica (BSFT) y la terapia familiar multisistémica (MSFT). La MDFT reduce el consumo de alcohol y drogas durante el tratamiento y se muestra con mayor eficacia que la terapia de iguales en la disminución de riesgos y promoción de protección en las áreas individual, familiar y de grupo de iguales.

Los tratamientos basados en la familia con adolescentes muestran mayor adherencia y retención, mejor resultado en la reducción del consumo y problemas de conducta, mejoría en la dinámica familiar y menor adscripción a grupos de iguales consumidores, cuando son comparados con abordajes en los que no se focaliza a la familia.

Consolidar la alianza terapéutica entre adolescente, profesional y familia correlaciona con el éxito en la terapia.

### **Terapia familiar y de parejas**

La terapia familiar y de pareja facilita las estrategias de afrontamiento familiar y/o iniciar el cambio cuando el individuo no está dispuesto a buscar ayuda, y la ayuda en la recuperación una vez que ya se ha iniciado el tratamiento.

Cuando los sujetos ya están en tratamiento, y en el caso de pacientes adultos durante el tratamiento MFT, y particularmente la terapia conductual de pareja (BCT) es claramente más eficaz que el tratamiento individual para mantener la abstinencia y el funcionamiento de las relaciones familiares.

La terapia familiar y de pareja, en sujetos con problema de alcohol no motivados a tratamiento,



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

sugiere que la facilitación Al-Anon AFT es menos eficaz cuando se trata de individuos con actos de violencia en pareja (VCI) y especialmente la terapia de habilidades de afrontamiento llevo a menos VCI cuando el paciente agresor era varón y se agravándose en la AFT.

## Terapia conductual de pareja

Es un programa multicomponentes que incluye técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan consumo de alcohol o drogas, el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares, la asignación de tareas, la estimulación del control, el contrato conductual, el manejo de contingencias, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas.

En la terapia conductual de pareja (BCT) se integra a la pareja como apoyo para la abstinencia y mejorar el funcionamiento de la relación. Se asume que las parejas pueden reforzar la abstinencia, mejorar la relación y la comunicación y reducir el riesgo de recaídas. En BCT se plantean varios componentes principales: intervenciones dirigidas al apoyo de la abstinencia y centradas en aumentar los sentimientos positivos y compartir una comunicación más constructiva.

## Mindfulness

El mindfulness se define por prestar atención intencionadamente, en el momento presente, sin prejuicios, tomando conciencia y prestando atención de un momento al siguiente. Los términos temporales, pasado, presente y futuro únicamente pueden ser manejados en el momento presente, por lo que sólo pueden ser operativizados en el presente. Una característica fundamental del mindfulness es la ausencia por parte del sujeto del control de sus reacciones, sentimientos o pensamiento. No se trata de controlar el malestar, el miedo, la ira, la tristeza o el craving. Se trata de que, manteniendo la sintomatología en observación, sean los mecanismos naturales de autorregulación del propio individuo los que ejerzan el control indirecto de reducción de los síntomas. Desde esta perspectiva, cada vez más autores contemplan el mindfulness como un complemento de otros abordajes terapéuticos para la prevención de la recaída en el abuso de drogas y alcohol, compatibles y asociadas en psicoterapias de más amplio espectro, en especial en aquellas de orientación cognitivo-conductual. En este sentido están siendo incorporadas como programas terapéuticos completos, como la denominada Mindfulness based stress reduction (MBSR), o bien como componentes de las mismas como en el caso de la DBT, la terapia cognitiva para la depresión o la terapia de aceptación y compromiso (ACT).



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

## Uso de tecnologías de la comunicación y la información (TIC)

A nivel psicoterapéutico podemos distinguir ámbitos como:

1. La información disponible en Internet sobre los trastornos psicológicos y su tratamiento: páginas de instituciones privadas y públicas (PNSD, NIDA, NIAAAA)
2. La disponibilidad de recursos de autoayuda en Internet, en formato texto o audiovisuales.
3. La formación y aprendizaje en Internet en el ámbito sanitario y de la e-Salud. Cursos a distancia y virtuales. Universidades online (UOC, UNED).
4. La evaluación psicológica online, con administración y corrección de cuestionarios y escalas, a veces de orígenes y calidades poco fiables, pero también como parte de programas de tratamiento más completos.

Sin embargo, los campos más actuales y específicos de las TIC en el tratamiento del alcoholismo y de las adicciones son los siguientes:

5. La telepsicología, que se define como “el uso de las tecnologías de telecomunicación para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la salud mental con fines diagnósticos y de tratamiento, educativos, transmisión de información, investigación y actividades relacionadas con la diseminación del cuidado de la salud”. Las posibilidades de las nuevas tecnologías de la comunicación (teléfonos, móviles, sms, Internet) facilitan la disponibilidad de ayuda profesional y los tratamientos clínicos online cuando hay dificultades de desplazamiento (por distancia, clima, movilidad, tiempo, dinero, vergüenza), en seguimientos largos o crónicos, y para evaluaciones continuadas.
6. La Realidad virtual (RV) como método de entrenamiento: permite crear un ciberespacio visual en el que es posible interactuar con cualquier objeto o ser, con una sensación de estar presente en ese entorno gráfico virtual, y de interactuar con él en tiempo real.

La aplicación de técnicas de realidad virtual en el ámbito de las drogodependencias ha tenido tres líneas de investigación complementarias:

- La mayoría de los estudios se han centrado en comprobar cómo la exposición a entornos virtuales puede provocar craving como respuesta condicionada en sujetos con adicción a sustancias, al igual que la exposición a situaciones, objetos, lugares y otros estímulos relacionados con el uso de drogas. El craving puede ser medido a través de autoinformes de los participantes o con medidas psicofisiológicas. En general, los resultados demuestran la capacidad de los entornos virtuales para provocar craving de forma más eficaz que otro



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

tipo de formatos de presentación más tradicionales, con el objetivo de modificar la respuesta mediante la exposición gradual a estímulos con RV.

- Otra línea de investigación se dirige a mejorar los tratamientos, en especial los de exposición a estímulos (cue-exposure therapy -CET). En estos estudios se intenta que el craving producido por los entornos virtuales se reduzca tras exposiciones repetidas a ellos y, como consecuencia, disminuya el consumo de tabaco o alcohol en situaciones reales. Estos estudios presentan resultados prometedores, pero en la mayoría de ellos la variable resultado no es el consumo real de tabaco o alcohol, sino sólo la reducción del craving medida a través de autoinformes o pruebas psicofisiológicas.
- Por último, también se ha usado la RV para entrenar a personal sanitario en la detección de pacientes alcohólicos y hacer una intervención breve, siendo los resultados de ambos ensayos clínicos significativamente eficaces a los 6 meses en ambas tareas.

7. La realidad aumentada (RA): se introducen elementos virtuales mezclados con el mundo real. Se generan informáticamente objetos, seres, contextos, imágenes y textos virtuales, que se superponen en el mundo real. Esto es, el sujeto ve su entorno real mediante una o más cámaras y, a la vez, los elementos virtuales “insertados”.

Se ha utilizado sobre todo en el tratamiento de la ansiedad y de las fobias específicas, por medio de la introducción y mezcla en la imagen del mundo real del entorno del paciente, de imágenes virtuales de objetos, animales (cucarachas, palomas, arañas, etc.) o estímulos de los que deba realizarse un proceso de exposición gradual para lograr la extinción de la fobia.

8. Los juegos terapéuticos (serious games), para mejorar la psicoeducación o cambios conductuales o de actitud específicos para pacientes con una variedad de enfermedades, desde asma, cáncer, diabetes o dolor.

El objetivo no es ganar, sino lograr una mayor capacidad de autocontrol. Para ello se sirve no solo de las características intrínsecas de un videojuego (intensidad, aislamiento del mundo exterior, capacidad de inmersión y baja resistencia a su uso), sino de biosensores (respuesta galvánica de la piel, saturación de oxígeno, la frecuencia y variación cardíaca, temperatura de la piel, frecuencia respiratoria) y algoritmos de reconocimiento de emociones faciales (enfado, alegría, aburrimiento), que detectan las reacciones del jugador ante situaciones del juego y modifican



# 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

aspectos del mismo ante respuestas inapropiadas de impulsividad, ira, etc. (aumentando la dificultad o dirigiendo el avatar hacia ambientes mas relajados), lo que da un feedback continuo al jugador para que pueda ir modificando y modulando su respuesta emocional.

Este tipo de videojuegos está siendo utilizado en el campo de los trastornos del control de los impulsos, sobre todo en los trastornos de la conducta alimentaria y de las adicciones comportamentales (juego patológico), con el objetivo de aumentar el autocontrol ante un amplio abanico de situaciones.

## 5.2.4. Intervenciones sobre grupos específicos

### **Población adolescente**

Las terapias: TC breves, MET, multisistémica, TCC, TCC más MDFT, MDFT y terapia familiar estratégica breve, aplicadas de forma individual o grupal pueden ser procedimientos adecuados para reducir el consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes.

Las intervenciones breves y la MET pueden servir para aumentar la motivación en jóvenes y aumentar la autoeficacia.

Los pocos estudios que existen sugieren que la combinación de MET y TCC pueden ser eficaces.

La terapia multidimensional familiar y la terapia cognitivo-conductual han recibido un mayor soporte empírico y reducen el consumo de sustancias y alcohol en adolescentes.

La participación de la familia en los programas de tratamiento para jóvenes ha demostrado que se asocia positivamente con mejores resultados en la reducción del consumo y en el nivel de participación de los jóvenes.

En adolescentes, las recomendaciones serían: TCC individual cuando haya baja comorbilidad y buen apoyo social; y programa de componentes múltiples (terapias familiares) para los que presentan mayor comorbilidad y/o apoyo social limitado.

### **Intervención en mujeres**

Las investigaciones han especificado barreras en la entrada de las mujeres al tratamiento por abuso de sustancias. Las mujeres están subrepresentadas en la mayoría de los programas de tratamiento de abuso de sustancias, ya que han sido, históricamente, para los hombres fundamentalmente, dominando las “normas culturales” masculinas. Además, las mujeres con TCS se diferencian de sus homólogos masculinos en sus factores de riesgo, los problemas que presentan, la progresión, los trastornos co-ocurrentes, las consecuencias médicas y las razones



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

de la recaída. Estas diferencias no pueden abordarse adecuadamente en intervenciones mixtas.

Se han encontrado estudios en 3 amplios grupos: intervenciones grupales, intervenciones para reducir el consumo durante el embarazo y la lactancia, y en mujeres delincuentes.

### **Intervención grupal**

Una intervención en grupo centrada en el género puede mejorar a largo plazo los resultados clínicos en mujeres con trastornos por consumo de sustancias.

Los tratamientos residenciales que permiten a las madres estar acompañadas por sus hijos presentan una mayor continuidad a largo plazo en tratamientos ambulatorios y atención continuada post tratamiento.

### **Embarazo y lactancia**

Los estudios individuales indican que las intervenciones psicológicas y educativas pueden aumentar la abstinencia del alcohol entre las mujeres embarazadas.

Tanto la terapia motivacional como la terapia cognitivo-conductual (TCC-MET) son adecuados para la intervención breve con usuarias de drogas embarazadas.

Las mujeres que están o podrían estar embarazadas deben ser advertidas de las directrices que recomiendan la abstinencia. Los médicos que prestan asesoramiento a las mujeres embarazadas deben familiarizarse con el análisis de riesgos descrito en estas directrices.

Las mujeres que beben alcohol con moderación (menos de una bebida estándar por día de consumo sin intoxicación) no pueden estar seguras de que no es un consumo de riesgo.

Las mujeres que amamantan deben ser advertidas de las actuales directrices que recomiendan la abstinencia del alcohol. Si una mujer desea beber, se recomienda que amamante antes de beber. De lo contrario, espere hasta que los niveles de alcohol en sangre lleguen a cero (una hora por cada unidad de bebida estándar) antes de reanudar la lactancia materna.

Las intervenciones breves están recomendadas durante el embarazo, cuando sean pertinentes. El seguimiento de la intervención es importante.

Si una mujer presenta intoxicación durante embarazo, se recomienda ingreso hospitalario para evaluar la seguridad fetal y la materna, y para una evaluación integral y la planificación de la atención.

La abstinencia del alcohol durante el embarazo debe manejarse en un hospital general, idealmente en una unidad de maternidad de alto riesgo. Se puede administrar diazepam para controlar la abstinencia. Será necesaria una intervención nutricional, incluyendo tiamina parenteral, el



## 5. Intervención bio-psico-social para los tratamientos relacionados con el consumo de alcohol

Vicente Tomás Gradolí, Benjamín Climent, Antoni Gual, Juan J. Fernández, Laia Miquel, Ricardo Bravo de Medina, Miquel Monras, Maxi Rio

reemplazo de folato y la evaluación de otros suplementos.

Las mujeres que presentan durante el embarazo problemas con el alcohol (y/u otras drogas) deben ser ingresadas en una adecuada unidad hospitalaria para la estabilización, la evaluación y la planificación de la atención.

Se recomienda seguimiento en atención prenatal, tratamiento para abuso de sustancias, asistencia social y protección infantil.

No se recomienda farmacoterapia para mantener la abstinencia durante el embarazo debido a la insuficiencia de los datos sobre seguridad.

Se recomienda un cuidado prenatal, incluyendo el seguimiento del crecimiento fetal y salud.

El seguimiento de los bebés recién nacidos con abstinencia de alcohol debe llevarse a cabo en unidades especializadas.

Los hijos de mujeres que han consumido alcohol regularmente durante el embarazo deben ser cuidadosamente evaluados para el SAF y para trastornos del espectro por parte de un pediatra consciente de la historia materna, con una gestión dirigida por los expertos apropiados.

La evaluación de la unidad familiar es un aspecto esencial de la gestión del uso de sustancias en mujeres. La intervención debe ser dirigida a toda la familia para reducir el consumo de alcohol.

La evaluación de la salud mental es un componente esencial de un plan de atención integral para las mujeres embarazadas con problemas con el alcohol.

### **Delincuentes**

Las áreas que requieren más atención en mujeres delincuentes con problemas de alcohol son la salud mental, la salud sexual, el cuidado de los hijos y las relaciones.

Las intervenciones breves son adecuadas para los problemas de alcohol menos severos.

Las intervenciones cognitivo-conductuales y las comunidades terapéuticas son eficaces para mujeres delincuentes que consumen sustancias.



# 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Francisco Pascual, Bartolomé Pérez, Yoana Monzonis

## Introducción

El alcohol es uno de los factores más importantes de morbi-mortalidad prevenible en la actualidad, ya que causa múltiples enfermedades que podrían evitarse con la prevención del abuso de esta sustancia o con el tratamiento de los trastornos adictivos generados por la misma. El consumo de alcohol se asocia como causa en más de 60 patologías, estableciéndose generalmente una relación dosis-respuesta, es decir, cuanto más alcohol se consume, mayor es el riesgo de padecer la enfermedad atribuible al alcohol.

El elevado impacto que el consumo de alcohol produce en la salud de la población ha motivado la realización de diversos estudios de costes, al objeto de evaluar cómo influye económicamente el consumo de esta sustancia en la sociedad.

Si bien el impacto del consumo de alcohol y la dependencia son importantes para la mortalidad y la génesis de enfermedades, no lo es menos también por las múltiples cargas sociales y económicas resultantes de los efectos del alcohol en las personas, familias, lugares de trabajo y la sociedad en su conjunto. El consumo de alcohol y la dependencia tienen un impacto considerable sobre muchas personas distintas del bebedor. Entre los efectos más devastadores nos encontramos el déficit en los cumplimientos de los roles, los problemas de la familia, incluido el divorcio, problemas con los padres en el ámbito familiar y la pérdida de productividad en el lugar de trabajo.

## 6.1. Impacto en la salud: morbi-mortalidad asociadas al consumo de alcohol

### Morbilidad

Las categorías de enfermedades más comunes que son, total o parcialmente, causadas por el consumo de alcohol van desde las enfermedades infecciosas, el cáncer, la diabetes, las enfermedades neuropsiquiátricas (incluyendo trastornos por consumo de alcohol), las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades del hígado y el páncreas, así como las lesiones no intencionales e intencionales.



## 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Francisco Pascual, Bartolomé Pérez, Yoana Monzonis

**Tabla 6.1. Patologías asociadas al consumo de alcohol: fracciones atribuibles**

Enfermedad	Fracción atribuible (%)
Quemados	25
Demencia	11
Epilepsia	30
Convulsiones	41
Traumatismos (incluyendo accidentes de tráfico)	40

### Mortalidad

Al igual que sucede con el tabaquismo, el número total de defunciones por todas las causas de muerte que han mostrado relación con el consumo de alcohol es un indicador utilizado por la OMS para monitorizar las muertes relacionadas con el consumo de alcohol. En 2008 se produjeron en España 24.339 defunciones relacionadas con el consumo de alcohol. La comisión europea, conjuntamente con las ONGs, calculan que durante los últimos 5 años, unos 600.000 europeos han perdido la vida a causa del alcohol. Tradicionalmente, la tasa de mortalidad asociada a la cirrosis se ha considerado un buen indicador de mortalidad relacionada con el alcohol.

El número de defunciones por causas relacionadas con el consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres. Respecto a la totalidad de defunciones, la razón hombre/mujer es aproximadamente 3:1. Entre los varones, la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol oscila entre el 3,18% del año 2004 y el 3,42% del año 2001. En las mujeres oscila entre el 1,18 del año 2003 y el 1,26% de 1999.

Cuando se analiza la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol diferenciando entre causas agudas y crónicas, puede observarse que, en la mortalidad relacionada con el alcohol, tienen mayor peso las causas crónicas que las agudas: Las causas crónicas representan aproximadamente el 60% y las causas agudas el 40%. Tanto para las causas crónicas como agudas, la relación hombre/mujer es aproximadamente de 3:1.

Las enfermedades del sistema digestivo suponen alrededor del 39-40% de toda la mortalidad. Los accidentes no intencionales suponen entre un 28-29% de la mortalidad atribuible al alcohol.



## 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Francisco Pascual, Bartolomé Pérez, Yoana Monzonis

Los accidentes intencionales supusieron la tercera causa más importante de mortalidad durante los seis años del estudio, oscilando entre un 10,37% de 1999 y el 12,86% en 2004. En cuarto lugar, la mortalidad por enfermedades del sistema cardiovascular supuso en esos seis años el 9-11% de todas las muertes.

El análisis de la mortalidad prematura (años de vida potencialmente perdidos hasta los 70 años) muestra que la media de años de vida potencialmente perdidos ha oscilado entre los 22,24 en 2001 y los 23,00 en 2003. La mortalidad prematura es sensiblemente mayor entre las causas agudas (30,70 años en 2004 y 32,06 en 2000) que en las causas crónicas (13,72 en 1999 y 14,72 en 2003). Este hallazgo es aplicable a ambos sexos.

### **Síndrome alcohólico fetal**

El consumo de alcohol durante el embarazo ocasiona malformaciones, retraso en el crecimiento, peso y talla y déficit mental entre otros síntomas. Conocido y descrito desde hace más de 50 años, el síndrome alcohólico fetal se ha convertido en la segunda causa de retraso mental tras el síndrome de Down. Diagnosticado previo al nacimiento, los cuidados de la madre y del embrión deben extremarse; tras el nacimiento, los cuidados médicos y educacionales suponen una carga social y económica muy importante, lo cual debe sumarse a los costes producidos por el consumo de alcohol.

La incidencia en cada país varía; en España se calcula que puede afectar a 2 de cada 1.000 recién nacidos vivos, pero el espectro es más amplio y a veces hay sintomatología oculta debida a esta causa, que no es detectable en primera instancia pero que también implica costes importantes. Entre ellos, fracaso escolar, delincuencia o alteraciones somáticas más leves.

### **Accidentes de tráfico**

La proporción de accidentes relacionados con el alcohol varía en función de la gravedad del siniestro, suponiendo:

- Entre el 30% y el 50% de los accidentes mortales.
- Entre el 20% y el 40% de los accidentes con víctimas no mortales.
- Entre el 10% y el 30% de los accidentes con daños materiales, exclusivamente.

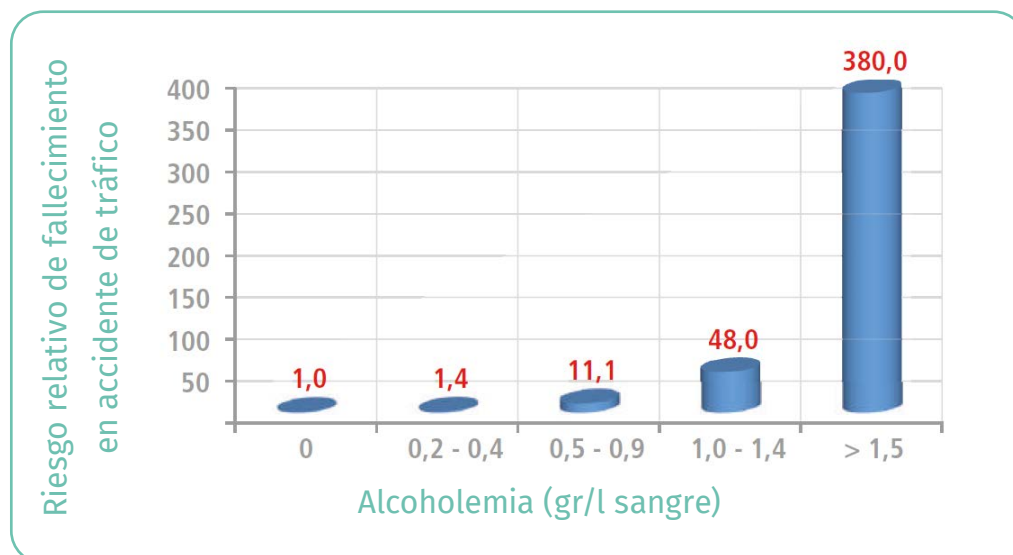
Algunas de las víctimas presentan lesiones no reversibles que precisarán atención socio sanitaria para el resto de su vida, cronificando los costes en estos casos.



# 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Francisco Pascual, Bartolomé Pérez, Yoana Monzonis

Figura 6.1 Relación entre niveles de alcoholemia y riesgo de fallecimiento en accidente de tráfico. Adaptado de Zador (1991).



La asociación entre los niveles de alcoholemia y el riesgo de accidentabilidad ha sido constatada por varios autores. Como se muestra en la gráfica 1, el riesgo relativo de fallecimiento en accidente se incrementa de forma exponencial a partir de una alcoholemia igual o superior a 0,5 gr/l sangre, para multiplicarse por 380, respecto a la situación de abstinencia, en sujetos con alcoholemias iguales o superiores a 1,5 gr/l.

## Víctimas mortales

En nuestro país, en el año 2011 fallecieron 702 conductores de vehículos en accidentes de tráfico. De ellos, el 45,01% (316) presentó resultados positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol. En concreto, se registraron alcoholemias positivas en 230 casos; esto es, en un 32,8% de los fallecidos. La presencia de otras drogas se detectó en el 15,1% de los conductores fallecidos, mientras se hallaron psicofármacos en sangre en un 9,5% de las muestras. Los datos evidencian el predominio del consumo de alcohol sobre cualquier otro tipo de sustancias, hasta el extremo de obtenerse alcoholemias positivas en una tercera parte de los conductores fallecidos. En un 94,3% de los casos, la alcoholemia era superior a 0,5 gr./l de sangre.

El consumo de alcohol también se evidencia entre los peatones fallecidos, un total de 192 en el año 2011, de los que un 42,2% registró resultados positivos a las determinaciones de alcohol, psicofármacos u otras sustancias de abuso en sangre. Nuevamente, fue el alcohol la sustancia más representada, estando presente en el 25,5% de los peatones fallecidos, con alcoholemias superiores a 1,2 gr./l en el 75,5% de las víctimas.



# 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Francisco Pascual, Bartolomé Pérez, Yoana Monzonis

## 6.2. Costes asociados al consumo de alcohol

El estudio de coste de una enfermedad se valora cuantificando sus gastos más significativos, como los recursos destinados a su prevención y tratamiento, los costes legales, las pérdidas productivas o las de años de vida, derivadas de la morbi-mortalidad asociada.

Distintos estudios han determinado el coste que, para países o continentes específicos, genera el consumo de alcohol. En términos de Producto Interior Bruto, las investigaciones publicadas ofrecen un rango entre 0,82% y 3,02%, dependiendo del país evaluado. Revisando los estudios realizados en Europa, se estimó que, en el año 2003, solo los costes tangibles producidos por el consumo de alcohol correspondían a 125 millones de euros, cantidad equivalente al 1,3% del PIB europeo, con un rango entre 0,9% y 2,4%. En este estudio, los costes intangibles fueron estimados en 270 mil millones de euros (Tabla 2), con un amplio rango entre 150 y 760 mil millones. Si contabilizamos ambos costes, el gasto total estimado por el consumo de alcohol en Europa, en el año 2003, ascendería a 394 mil millones de euros.

**Tabla 6.2. Coste social del consumo de alcohol en Europa en 2003. Modificada de Anderson y Baumberg (2006)**

	Coste (miles de millones €)	% sobre costes tangibles	% sobre total de costes
<b>Costes tangibles (directos)</b>			
Atención sanitaria	17	13,6%	4,3%
Tratamiento y prevención	5	4,0%	1,3%
Delincuencia: policía, tribunales y prisiones	15	12,0%	3,8%
Delincuencia: defensa y aseguramiento	12	9,6%	3,0%
Delincuencia: daño a las propiedades	6	4,8%	1,5%
Accidentes de tráfico	10	8,0%	2,5%
<b>Subtotal</b>	66*	52,8%	16,7%
<b>Coste tangibles (pérdida de productividad)</b>			
Absentismo	9	7,2%	2,3%
Desempleo	14	11,2%	3,5%
Mortalidad prematura	36	28,8%	9,1%
<b>Subtotal</b>	59	47,2%	14,9%
<b>COSTES TANGIBLES TOTALES</b>	125	100,0%	31,6%
<b>Costes intangibles</b>			
Efectos psicosociales y conductuales	68		17,2%
Delincuencia: sufrimiento de las víctimas	12		3,0%
Pérdida de vida saludable	258		65,3%
<b>COSTES INTANGIBLES TOTALES</b>	270**		68,4%
<b>COSTES TOTALES</b>	394		100,0%

\* La suma equivale a 66.000 millones de euros al considerarse las fracciones de cada subconcepto (redondeos)

\*\* Los costes por efectos psicosociales y conductuales no se contemplan en el total de costes intangibles para evitar su superposición con los generados por la pérdida de vida saludable.



# 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Francisco Pascual, Bartolomé Pérez, Yoana Monzonis

## Distribución de costes

Como puede apreciarse en la Tabla 3, los costes directos son algo más elevados en los países con mayor renta per cápita (27,9% vs. 20,1%), si bien se aprecia una importante diferenciación entre ambos tipos de países en cuanto a este tipo de costes: mientras en los de mayor renta predominan los costes sanitarios, entre los países de rentas medias son los gastos generados por consecuencias legales los que justifican mayor proporción de costes directos.

**Tabla 6.3. Costes según renta económica de los países (Rehm et al., 2012)**

Costes	Países de renta elevada	Países de renta media
Costes sanitarios	12,8%	5,6%
Costes legales	3,5%	10,0%
Otros costes directos	11,6%	15,5%
Costes indirectos	72,1%	78,9%

## Costes sanitarios

Como hemos expuesto anteriormente, los costes motivados por la atención a la salud constituyen el principal gasto directo asociado al consumo de alcohol. En los países de renta más elevada llegan a situarse en el 0,3% del PIB y el 12,8% de los costes totales generados por el consumo de alcohol.

**Tabla 6.4. Costes estimados de los daños relacionados con el alcohol en el NHS durante 2006-7 con precios de 2008-9 (NICE, 2010)**

		Coste estimado a precios 2008/2009 (millones de £)	% sobre el total
<b>Costes hospitalarios</b>	Directamente atribuibles al abuso de alcohol	180,0	6,2%
	Parcialmente atribuibles al abuso de alcohol	1.098,4	37,8%
Consultas ambulatorias		292,6	10,1%
Consultas por accidentes y urgencias		693,5	23,9%
Servicio de ambulancia		400,0	13,8%
Consultas a médicos de Atención Primaria		109,7	3,8%
Consultas de enfermería		10,2	0,4%
Pruebas de laboratorio		N.D.	N.D.
Fármacos prescritos		2,3	0,1%
Tratamientos por otros servicios especializados		59,4	2,0%
Otros costes sanitarios		58,4	2,0%
<b>Total</b>		<b>2.904,5</b>	<b>100,0%</b>



# 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Francisco Pascual, Bartolomé Pérez, Yoana Monzonis

En la Tabla 4 se refleja la desagregación de costes sanitarios estimados por el NICE para Inglaterra. Independientemente de los costes totales de cada epígrafe, destacamos la elevada fracción de gasto que se atribuye a la atención hospitalaria, situada en un 44% del coste sanitario. De igual modo, las urgencias y el uso de ambulancias en conjunto alcanzan otro 37,7%. Por el contrario, la atención ambulatoria apenas motiva el 10,1% del gasto sanitario, destacando el muy bajo porcentaje de costes atribuibles a los fármacos (0,1%).

## Costes laborales

La evidencia ha demostrado que el alcohol, y en particular su consumo excesivo, aumenta la posibilidad de estar desempleado y entre los que trabajan se incrementa el absentismo. Aumenta la posibilidad de llegar tarde al trabajo así como de abandonarlo precozmente, con el consecuente riesgo de una suspensión disciplinaria. Como resultado directo, disminuye la productividad, no solo entre los consumidores diarios sino también entre los que realizan consumos episódicos abusivos. Aparecen de forma más frecuente problemas de disciplina, comportamientos inadecuados, malas relaciones entre compañeros de trabajo y mayor posibilidad de sufrir accidentes.

En general, la pérdida de productividad se presenta como el elemento dominante en los estudios de costes sociales derivados de los daños causados por el alcohol, siendo aproximadamente la mitad del total del coste social del alcohol en la Unión Europea. En un estudio realizado, los costes generados por absentismo y desempleo correspondían al 18,4% de los costes tangibles.

## Costes sociales

Existen consecuencias de difícil cuantificación económica y son esencialmente las que tienen un componente social más importante. Por ejemplo, aquellas que se producen entre los jóvenes, ya que a excepción de las atenciones sanitarias por las posibles intoxicaciones etílicas agudas en urgencias ambulatorias u hospitalarias, el consumo de alcohol en esa edad comporta absentismo escolar, fracaso en los estudios, alteraciones del comportamiento con discusiones familiares y entre el grupo de iguales, y prácticas de sexo sin protección con la presencia de embarazos no deseados, enfermedades, o relaciones consentidas bajo los efectos del alcohol no deseadas (violaciones). La mayor parte de estos daños y costes socio-sanitarios asociados al alcohol se producen en sujetos consumidores aparentemente no dependientes.

Así, el concepto de “costes intangibles” indica el valor que las personas otorgan al dolor, del



## 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Francisco Pascual, Bartolomé Pérez, Yoana Monzonis

sufrimiento y la pérdida de vida que sobrevienen debido a los daños sobre la salud, los delitos y los problemas sociales causados por el alcohol. En 2003 se estimaron en 270.000 millones de euros, oscilando las cifras, según el método de estimación empleado, entre 150-760.000 millones de euros. Aunque estas estimaciones incluyen diversas áreas de la vida humana en las que el alcohol tiene un impacto, existen otras áreas de las que no existe estimación alguna, dada la imposibilidad de obtener datos y cuantificar su coste.

Otro aspecto importante, también de difícil cuantificación económica, es la problemática familiar, la violencia doméstica, el maltrato y/o abandono de hijos e hijas, así como las consecuencias psicológicas a largo plazo para la familia y los efectos del abuso de alcohol durante el embarazo, como el bajo peso y alteraciones en el desarrollo. Igualmente cabe reseñar los problemas que se añaden a la repercusión sobre la economía doméstica, por gasto en compra de alcohol, pérdida de salarios o ingresos.

### **Impacto en las familias**

Los efectos diversos de la dependencia del alcohol en los miembros de la familia son considerables. Los matrimonios en los que uno de sus miembros –o ambos– tienen un problema con el alcohol presentan el doble de probabilidades de acabar en un divorcio frente a aquellos casos en los que el alcohol no es un problema. Las parejas de personas con consumo perjudicial de alcohol y dependencia experimentan mayores tasas de violencia doméstica que en aquellas parejas en las cuales el abuso del alcohol no es característico. El 70% de los hombres que agreden a sus parejas dicen hacerlo bajo la influencia del alcohol.

Casi un millón de niños viven con uno o más padres que abusan de alcohol y el 6% de los adultos informan de haber crecido en una familia así. El alcohol está implicado en un elevado porcentaje de casos de negligencia y abuso infantil y el elevado consumo fue identificado como un factor en un 50% de los casos de desprotección infantil.

Miembros de la familia que tienen una persona con dependencia al alcohol tienen altas tasas de morbilidad psiquiátrica, y crecer con alguien que abusa del alcohol aumenta la probabilidad de que los adolescentes comiencen a consumir alcohol a edades tempranas y desarrollen problemas con el alcohol.



# 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Francisco Pascual, Bartolomé Pérez, Yoana Monzonis

## Adolescencia y jóvenes

En los jóvenes (Tabla 5), las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol suelen referirse a alteraciones de las relaciones en la familia, compañeros y maestros-profesores, bajo rendimiento, absentismo y fracaso escolar, agresiones, comportamientos violentos, alteraciones del orden público y conductas de alto riesgo -como conducir tras haber bebido o subir a vehículos conducidos por alguien que estaba bajo los efectos del alcohol-, actividades sexuales de riesgo sin protección, que conlleva embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual que incluyen hepatitis y VIH, así como relaciones no deseadas y violaciones.

**Tabla 6.5. Problemas sufridos por los estudiantes de 14 a 18 años como consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas**

Problema	%
Problemas de salud	12,8%
Riñas, discusiones u otros conflictos sin agresión	11,8%
Conflictos o discusiones con los padres o hermanos	10,2%
Problemas económicos	9,2%
Peleas o agresiones físicas	6,8%
Haber faltado a clase algún día	4,5%
Tener dificultades con los estudios	4,1%
Pérdida de novio/a o pareja	2,8%

Fuente: Encuesta ESTUDES, 2004. DGPNSD. España, 2004 (respuestas múltiples).

## Otros factores sociales

Tampoco hay que despreciar los costes por la marginalidad producida en ciertas personas por el consumo de bebidas alcohólicas y la inversión en recursos sociales, que debe hacerse para revertir o minorar ciertas situaciones. Existe una alta prevalencia de abuso de alcohol -al igual que problemas de salud mental y física- entre las personas que no tienen hogar.

Igualmente, debemos considerar cómo el impacto del paro de muy larga duración se traduce en vivencias psicosociales muy negativas para unos sujetos socializados en el valor del trabajo estable y de la actividad profesional remunerada como factor principal en el que estructurar su forma de vida.



# 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Francisco Pascual, Bartolomé Pérez, Yoana Monzonis

Y, por último, en este capítulo de difícil valoración, incluiríamos también los costes judiciales, derivados de actitudes violentas, peleas, daños de mobiliario, de bienes, molestias vecinales, actuaciones policiales, así como el daño en incendios, bienes mobiliarios u otro tipo de enseres por actos producidos bajo el efecto de las bebidas alcohólicas.

## 6.3. Coste-efectividad del tratamiento

### Coste-efectividad de la opción de tratar

Diversas investigaciones han demostrado que el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol es rentable en términos de coste-efectividad. Como resumen de evidencias, la **National Treatment Agency for Substance Misuse** señala que:

- En Gran Bretaña, los tratamientos basados en la evidencia para los problemas relacionados con el alcohol podrían generar ahorros netos para el sector público de 5£ por cada libra esterlina gastada (IB).
- Proporcionar tratamientos eficaces reduce significativamente los costes sociales relacionados con el consumo de alcohol e incrementa el bienestar social del individuo (IB).
- Los costes de atención médica pueden aumentar a corto plazo entre los consumidores de alcohol que no han tenido acceso al sistema sanitario antes de iniciar un tratamiento por consumo abusivo de alcohol (II).

### Intervenciones breves

En relación a las intervenciones breves en el tratamiento de los trastornos por abuso o dependencia al alcohol, la **National Treatment Agency for Substance Misuse** concluye las siguientes evidencias:

- Las intervenciones breves realizadas de forma oportunista son más coste-efectivas que la no intervención (IIA)
- Las intervenciones breves realizadas a nivel hospitalario pueden ser de coste neutro pero, aun en ese caso, lograrían beneficios para la salud de la población (IIB).

En términos de ratio coste-beneficio, las intervenciones breves muestran la mejor relación tanto respecto a costes sanitarios como sociales (IB).



# 6. Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Francisco Pascual, Bartolomé Pérez, Yoana Monzonis

## Tratamientos ambulatorios y hospitalarios

La literatura científica muestra suficientes evidencias de que el tratamiento ambulatorio es sensiblemente más rentable que el hospitalario.

No obstante, este último sigue siendo necesario para determinados pacientes y, en este sentido, no es posible demostrar que los tratamientos hospitalarios sean siempre menos eficientes por cuanto dependen de otras variables, como las necesidades específicas del paciente o las características clínicas de éstos (IB). Incluso existe alguna evidencia de que los tratamientos de desintoxicación hospitalarios y ambulatorios, limitados en el tiempo –en este caso, diez días–, no presentan diferencias en términos de coste-efectividad (II).

## Intervenciones psicosociales y farmacológicas

Distintos estudios han mostrado la mejor relación coste-efectividad de los fármacos aprobados para el tratamiento del alcoholismo respecto a su no utilización (IB). Se destaca la capacidad de estos fármacos para reducir los costes a largo plazo (IIA), basándose en estudios previos.

En otro estudio, los pacientes que recibían algún tipo de fármaco indicado para el tratamiento del alcoholismo (naltrexona oral o IM-XR, acamprosato o disulfiram) tuvieron un menor consumo de recursos sanitarios de tipo ambulatorio u hospitalario.

## 6.4. Coste-efectividad de la prevención

Aspectos no contemplados previamente, como los relacionados con la prevención, constituyen otros pilares básicos de las políticas públicas de atención a los problemas derivados del consumo de alcohol. Este tipo de intervenciones, las preventivas, son múltiples y complejas en su evaluación, siendo muy escasos los estudios que analizan su rentabilidad como relación entre coste y efectividad.

