

HISTORIA DEL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Editor: Dr. Francisco Pascual



HISTORIA DEL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Coordinador:

Francisco Pascual Pastor

Autores:

Francisco Pascual Pastor

Francesc Freixa

Alicia Rodríguez-Martos Dauer

Miguel Ángel Torres Hernández

ISBN: 978-84-933094-7-3

Índice de autores

FRANCISCO PASCUAL PASTOR

Doctor en Medicina
Responsable Unidad de Conductas Adictivas de Alcoi
Junta Directiva SOCIDROGALCOHOL

FRANCESC FREIXA

Médico
Especialista en Neurología y Psiquiatría
Socio Fundador, exsecretario y expresidente de SOCIDROGALCOHOL

ALICIA RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER

Psiquiatra
Exsecretaria y exvicepresidenta de SOCIDROGALCOHOL

MIGUEL ÁNGEL TORRES HERNÁNDEZ

Psiquiatra
Expresidente de SOCIDROGALCOHOL

Índice

PRÓLOGO. HISTORIA DEL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO.....	9
HISTORIA DEL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO.....	13
ESBOZO HISTÓRICO DEL TRATAMIENTO Y ABORDAJE DEL PACIENTE ALCOHÓLICO EN NUESTRO MEDIO	19
DE LA AVERSIÓN A LA MOTIVACIÓN: CAMBIO DE PARADIGMA EN EL ABORDAJE DEL ALCOHOLISMO	23
HISTORIA DE LOS TRATAMIENTOS DEL ALCOHOLISMO EN LA BIBLIOGRAFÍA ESPAÑOLA (1970-2011). PROPUESTAS DEL ABORDAJE HISTÓRICO DEL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO	33

Prólogo

Historia del tratamiento del alcoholismo

Los autores de esta obra, la dedican al análisis de la historia del tratamiento del alcoholismo en España. Es el cuarto volumen editado por Socidrogalcohol dedicado al alcoholismo, desde su primera "Monografía sobre el Alcoholismo" publicada en 2002, que fue reactualizada posteriormente (2012), y sigue al segundo y tercer volúmenes que se dedicaron a la "Historia de las adicciones en la España contemporánea" (2009), y a la "Historia de la legislación española con respecto al alcohol" (2013). En estos volúmenes previos, también colaboraron, entre otros, los autores del actual. Todo ello demuestra la importancia que Socidrogalcohol concede a los aspectos históricos de los problemas y trastornos relacionados con el alcohol, importancia que se refleja así mismo en la inclusión de sesiones específicas sobre dichos temas históricos con participación de expertos en sus congresos.

Desde luego, analizar el devenir histórico del tratamiento del alcoholismo y de las técnicas utilizadas hasta estos años ya no tan iniciales del siglo XXI, no solo es oportuno por la serie de experiencias y datos nuevos que se han ido produciendo en las últimas décadas. También es necesario ante la influencia y el papel que han representado la producción y el consumo del alcohol en contextos no solamente médicos, sanitarios y científicos sino también económicos, culturales, políticos y en general sociales, hasta desarrollarse un mundo en pleno proceso de globalización.

En este sentido, los trabajos que integran este libro, vienen a actualizar y enriquecer el panorama actual de las publicaciones dedicadas al tratamiento de los trastornos alcohólicos. Los autores han aportado los resultados de una

experiencia vivida en contacto directo con la clínica durante muchos años y en paralelo el seguimiento de las publicaciones científicas que recogen en las respectivas bibliografías.

Son tenidos en cuenta también los nuevos aspectos y posibilidades actuales de los tratamientos psicofarmacológicos así como de las intervenciones psicosociales en el tratamiento del alcoholismo y los programas de reducción de daños y de intervención en crisis. La revisión de los tratamientos clásicos con utilización de disulfiram y otras técnicas ya clásicas biológicas y psicosociales, se completa con la consideración de técnicas con objetivos diferentes, como los de reducción de consumo y la utilización de la naltrexona, psicofármacos y nuevos antiepilépticos. Desde el punto de vista histórico, hay que hacer referencia ya histórica a lo que se ha denominado el cambio de paradigma en el tratamiento en ciertos aspectos y formas de la enfermedad alcohólica, que implica aspectos importantes, tanto sanitarios como sociales. También se plantean las situaciones históricamente nuevas en áreas como el tratamiento de la patología asociada al alcoholismo, la comorbilidad y la patología dual.

Estudiar la historia del tratamiento del alcoholismo, implica que los autores consideren aspectos esenciales como la evolución de los aspectos asistenciales, hospitalarios, ambulatorios, asilares etc. en los que circunstancialmente se ha hecho posible la atención sanitaria a de los pacientes. Inevitablemente, se plantean referencias a las influencias del alcohol y su consumo en la salud pública, así como los aspectos preventivos sanitarios y sociales relacionados con el alcoholismo y

las diferentes legislaciones, estrategias, y los cambios administrativos y regulaciones en los distintos contextos políticos, económicos y culturales que se han sucedido a lo largo de los años.

Francisco Pascual, que hace un análisis historiográfico del alcoholismo, describe en la España de los siglos XVIII a XX la incidencia del consumo de alcohol y sus efectos en una sociedad en vías de cambios sociales e industrialización, también con dificultades socioeconómicas graves, seguida de una guerra civil en 1936 y un largo periodo de postguerras propias y ajenas pasados los años 40. A lo largo de ese tiempo, comenzaron a desarrollarse regulaciones, generalmente referidas al consumo y las "luchas antialcohólicas" trataban de generar medidas de templanza y control del alcohol. Los alcohólicos, que todavía no eran "pacientes" iban a terminar apartados el mayor tiempo posible en asilos y "manicomios". Analiza Pascual los tratamientos y las técnicas, que se dirigían al alcoholismo agudo (embriagueces y abstinencias) y al alcoholismo crónico, y en los que predominaban los aspectos biológicos sobre los "morales" y psicoterapéuticos.

Cuando describía Francesc Freixa la fase de su experiencia vivida en los años 50-70, en la que contribuyó decisivamente a desarrollar el comienzo de las unidades para alcoholismo en los servicios de psiquiatría, destacaba la importancia del trabajo clínico y su integración con la colaboración del equipo de trabajadores sociales. Comenzaba con ello el desarrollo de nuevos conceptos del alcoholismo como la enfermedad alcohólica primaria y las enfermedades alcohólicas secundarias. Freixa se refería a los "intentos de tratamiento" entre ellos, los llamados reflejos condicionados o reflexoterapia, entonces todavía prevalentes también en España, insistiendo siempre en la necesidad de la actitud y la técnica psicoterapéutica en grupos en la que los pacientes participaban como co-terapeutas.

Alicia Rodríguez-Martos sitúa el cambio esencial en la historia del tratamiento de los pacientes alcohólicos, en el planteamiento

asistencial y teórico que comienza a realizarse hacia los años 60 en España. Como indica en el título en su trabajo se analiza el cambio de objetivos, buscando un cambio motivacional propio y personal en el paciente, en lugar del desarrollo de un estado aversivo ante el alcohol. La autora describe las técnicas terapéuticas que han ido cambiando a lo largo de las últimas décadas, desde las que limitaban su acción a los objetivos aversivos, e incluso a las desensibilizadoras y disuasivas, hasta llegar a lograr los cambios y estados voluntarios, como la autora escribe, "del no puedo, al no debo y no quiero".

Miguel Ángel Torres, que describe la historia de los tratamientos del alcoholismo en la bibliografía española de 1970 a 2011, sitúa su análisis del comienzo de los cambios asistenciales y terapéuticos hacia la modernidad en España, a partir de los años 50, 60 y 70. años en los cuales se asientan también las bases científicas de alcoholismo. Revisa pormenorizadamente las características de la asistencia primaria, especializada y de las unidades especializadas, en relación con los pacientes, sus familiares y el entorno, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, así como el papel de los grupos de discusión y familiares, los grupos de AA, asociaciones de alcohólicos, exalcohólicos, alcohólicos rehabilitados y otros grupos.

Las técnicas biológicas y farmacológicas, desde las clásicas técnicas aversivas hasta las modernas psicofarmacológicas, y la evolución y control de sus resultados terapéuticos, son revisadas por el autor, al mismo nivel que las psicoterapéuticas y motivacionales, Miguel Ángel Torres revisa también la evolución de los objetivos terapéuticos, incluyendo las todavía recientes técnicas de bebida controlada. En su trabajo, se hace un análisis muy completo y pormenorizado de la bibliografía española del alcoholismo referente a los aspectos del tratamiento farmacológico y del tratamiento psicosocial, así como del abordaje social de los problemas relacionados con el alcohol.

Creo que después de leer este libro sobre la historia del tratamiento del alcoholismo en España, queda el lector en condiciones de plantearse la contestación, incluso en varios niveles, a la pregunta con la que Toni Gual tituló su trabajo en 1998: "¿Está cambiando el tratamiento del alcoholismo?". Si la pregunta se hace en un sentido restringido referido a la evolución del tratamiento del alcoholismo en España, en efecto, el tratamiento del alcoholismo, así como sus objetivos y las técnicas que se han venido utilizando, comenzaron a cambiar ya hace algo más de medio siglo. Si la pregunta se refiere a cambios en los contextos globales científico, médico, y social, también puede apreciarse la existencia de cambios importantes, tanto los en aspectos prácticos, como en aspectos teóricos relacionados con el tratamiento. Entre ellos, en un plano clínico más concreto, se plantea la pertinencia y posibilidad comprobada de las

recientes técnicas de bebida controlada con resultados y evoluciones positivas que hace poco tiempo se consideraban impensables, incluso en sus presupuestos científicos.

Todas estas cuestiones y otras muchas surgen de la lectura del libro, al compartir las experiencias de los autores. Como concluye Miguel Ángel Torres, han sido muchos los años dedicados profesional y personalmente a los pacientes alcohólicos, a los que como otros muchos compañeros han tratado de proporcionar apoyo, empeño y dedicación en la recuperación de su salud. Esa experiencia humana y profesional vivida, reaparece constantemente en la exposición que hacen los autores en su obra, a los que debe agradecerse su esfuerzo, deseándoles que continúen trabajando con el mismo entusiasmo en próximos trabajos y libros sobre la historia del alcohol y el alcoholismo.

Prof. Joaquín Santo-Domingo Carrasco
Madrid

Historia del tratamiento del alcoholismo

PASCUAL PASTOR, FRANCISCO

Doctor en Medicina
Responsable Unidad de Conductas Adictivas de Alcoi
Junta Directiva SOCIDROGALCOHOL

INTRODUCCIÓN

Para empezar hemos considerado interesante, hacer un pequeño repaso historiográfico sobre el tratamiento aplicado a los problemas relacionados con el alcohol.

Desde antiguo se ha venido relacionando el alcoholismo como un problema de salud pública, pero en escasas ocasiones se les daba la condición de "pacientes" a los alcohólicos y por lo tanto las únicas medidas tomadas tenían un matiz estrictamente represivo y no curativo.

Las primeras medidas fueron legislativas, y en España encontramos los edictos de Elgoibar y Villabona - Amasa de 1755 y 1780 respectivamente¹, que sobre todo intentaban controlar la venta de las bebidas alcohólicas.

La psiquiatría empezó a tomarse el asunto con cierto interés científico a partir de la última década del s. XVIII. Pero no fue hasta 1940 cuando la consideración de enfermedad y por lo tanto de respuesta médica alcanzó el rigor terapéutico propio a cualquier patología, definiéndose el alcoholismo como el síndrome de dependencia al alcohol.²

Estos avances fueron posibles gracias a la aportación indispensable de la obra del Dr. Magnus Huss *Alcoholismus Chronicus*, publicada en el año 1852.³

Ya en el siglo, el enfoque psiquiátrico dado al alcoholismo, venía corroborado por la remisión de los dementes alcohólicos al hospital psiquiátrico provincial de Elda⁴, en Alicante, durante los años 1878-1879.

Tras diversas observaciones, a partir de la segunda mitad del S. XIX fue cuando se estableció la relación entre el aumento del alcoholismo, el desarrollo de la industria y el comercio de bebidas alcohólicas, si a todo ello sumábamos las precarias condiciones de vida, alimentación, vivienda, escaso salario, precariedad laboral, etcétera... se estrechaba la relación entre alcoholismo y revolución industrial, vinculando los higienistas el alcoholismo a las clases populares.

Como respuesta al alcoholismo, entendido únicamente como problema de orden público, se propusieron o arbitraron legislaciones encaminadas a la represión desde el punto de vista policial y judicial⁵.

¹ OLAGÜE DE ROS,G. Y LOBO SATUÉ,I. (Año?) *Consumo de bebidas alcohólicas y Salud Pública en la España de la segunda mitad del siglo XVIII: Análisis de los edictos de prohibición de Elgoibar (1755-1771) y Villabona-Amasa (1780)*. P.p.531-542.

² MENÉNDEZ, E.L. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'etnografia de Catalunya*. N° 3. P.p. 85-119. Barcelona.

³ CAMPOS MARÍN,R. (1992) *Socialismo Marxista e higiene pública. La lucha antialcohólica en la II Internacional (1890-1914/19)*. Fundación de Investigaciones Marxistas. Madrid.

⁴ *Revista de Alcoy*. (7-9-1879).

⁵ CAMPOS MARIN, R. (1992). Ob.Cit.

Aparecieron además medidas de carácter estrictamente moral: enseñanza antialcohólica.

Y en algunos lugares de Europa, incluido algún fallido intento en España fue adoptar como última medida, la creación de asilos para alcohólicos, diferenciados de los hospitales psiquiátricos o manicomios, asilos que no llegaron a proliferar en nuestro país. La característica principal de estos hospitales era su ingreso voluntario, efectuando así el incipiente tratamiento, intentando retener el máximo de tiempo posible a los alcohólicos.

En general podemos decir que en Europa, se arbitraron pocas medidas propias para combatir el alcoholismo, y que además de las señaladas anteriormente, podríamos citar, la creación de Sociedades de Templanza de gran implantación en EE.UU., Sociedades que tampoco en España llegaron a establecerse, aunque si en Francia durante el año 1884.

Lo único a destacar fueron las medidas de orden pública encaminadas a la represión del número de tabernas, horario de cierre, y penalización de la embriaguez⁶.

Múltiples han sido los tratamientos en este sentido, ensayados para el alcoholismo a lo largo de la historia. En 1885 se intentó suprimir "los deseos de beber" con *cocaína*, apuntaban que gracias a la cocaína era posible prescindir totalmente de los asilos para alcohólicos, y conseguir una cura radical en 10 días, esta premisa sirvió de base para que en el último tercio del S. XIX hiciesen aparición bebidas alcohólicas o no aderezadas con cocaína.⁷ (Sic).

También resulta clásica la diferenciación entre alcoholismo agudo (embriaguez) y alcoholismo crónico, por lo tanto vamos nosotros a establecer esta diferenciación a la hora de exponer los distintos tratamientos aplicados en la época estudiada y así poder analizar mejor el problema.

Tratamiento de la embriaguez:

Inyección de amoniaco:

En el año 1887 se utilizaba la inyección hipodérmica de amoniaco (licor) en el alcoholismo agudo. El lugar de la inyección era en el dorso o epigastrio, se inyectaba una mezcla de 1 parte de amoniaco, 2-6 de agua.

"Se inyecta una jeringuilla llena y se frota con el dedo en el sitio de la inyección durante 1 ó 2 minutos.

Los únicos fenómenos desagradables que se observan son el enrojecimiento erisipelatoso y el dolor. Los efectos analépticos, son rápidos y brillantes.

El Dr. Glinky cita el caso de un enfermo que se hallaba en un estado comatoso y en el que habían sido ineficaces los medios ordinarios despertando al parecer, a los tres minutos de inyectarse el licor amoniacoal, recobrando por completo el conocimiento"⁸.

Pauta terapéutica:

En el año siguiente (1888) encontramos una descripción mucho más pormenorizada del proceso terapéutico sobre el paciente embriagado:

"Se despojará inmediatamente a los embriagados de todas las prendas de vestir que les opriman, se les colocará en una habitación fresca y con la cabeza alta. Si aún existe una gran cantidad de alcohol en el estómago, debe dársele salida con la bomba gástrica o con un vomitivo, y con este mismo objeto se aplicarán las inyecciones hipodérmicas de *apomorfina*, pues los eméticos en los casos graves, no producen generalmente ningún resultado. Hay, además, que atender el tratamiento sintomático, y para evitar la hiperemia cerebral, se aplicará una vejiga de hielo a la cabeza y lavativas estimulantes compuestas de tres partes de agua y una de vinagre.

En los casos graves se harán también sangrías locales, aplicando revulsivos a la piel, que con-

⁶ CAMPOS MARÍN, R.; HUERTAS GARCÍA, A. (1991). El alcoholismo como enfermedad social en la España de la Restauración. Problemas de definición. *Dynamis*. Vol. II. P.p. 263-286.

⁷ ESCOHOTADO, A. (1996) *Historia elemental de las drogas*. Anagrama, S.A. Barcelona.

⁸ *La fraternidad médico farmacéutica*. (1887). Alcoholismo agudo. Revista de la hemeroteca del colegio de médicos de Alicante. P. 171

sistirán en ventosas secas o sinapismos a la nuca, y cuando amenace la parálisis del corazón, se dan excitantes al interior o por el método hipodérmico, café muy concentrado, licor de amoníaco cáustico, alcanfor, éter y otros semejantes. Cuando el aturdimiento se prolonga mucho, son muy útiles las irrigaciones frías a la cabeza, y por último, después que con este tratamiento se reponen las facultades intelectuales, hay que cuidar todavía el catarro agudo que resulta en el estómago”⁹.

Inyección antialcohol:

En el año 1889 se describe sin detalles la inyección subcutánea del Dr. Portugalof para la curación de la borrachera, se trataría de un tratamiento aversivo-revulsivo?¹⁰.

Tratamiento de la embriaguez:

Ya en 1912 en la Guía Práctica de Salud del Dr. Federico M. Rositer se definía el alcoholismo agudo como el cuadro que aparecía cuando el paciente se hallaba completamente bajo la influencia del licor, estaba soñoliento, prefería dormir.

Podía despertársele y responder si se le preguntaba; y el tratamiento a aplicar sería el siguiente:

“Lávese el estómago; dése al paciente una pulverización fría o de inmersión y frótese vigorosamente al mismo tiempo, lo que con frecuencia hace que se vuelva sobrio”¹¹.

Tratamiento del alcoholismo crónico:

Esquema terapéutico:

Durante finales del S. XIX se establecieron las siguientes premisas como base para el tratamiento del alcoholismo, la abstinencia total más tratamiento moral.

Existiendo distintos tipos de tratamiento según el tipo de alcoholismo, el tratamiento mo-

ral simple (médico-laboral), el tratamiento en asilos especiales (6-8 meses) y el tratamiento en asilos de rigor más castigos? (superior a un año).

A todo ello se sumaba la reinserción social: Conexión del asilo con sociedades de templanza con un gran carácter moralizador y de caridad.

Debido a la falta de asilos para alcohólicos en España, podemos deducir que el único tratamiento empleado fue el de la abstinencia total, con la consiguiente intervención moralizadora sobre el paciente¹².

Pauta terapéutica:

En 1888 se estableció la privación de la bebida dañosa, como objetivo principal, si se quería conseguir algo con el tratamiento, aunque esto debería hacerse gradualmente para evitar la aparición de un peligroso colapso.

Los padecimientos orgánicos que se presentaban en el alcoholismo crónico y los síntomas que de ellos dependían se trataban según las reglas usuales para cada uno de ellos; pero cuando un bebedor era invadido por una enfermedad aguda, nunca se le sometía a una dieta severa, por la facilidad con que durante su tratamiento podía sobrevenir el colapso, debiendo darle siempre una “*pequeña cantidad de bebidas alcohólicas*”, entre las que se prefería un poco de cerveza o vino, evitando sobre todo la sangría, porque producía un efecto sumamente desastroso.

Contra el *delirium tremens* se conocían dos métodos diferentes de tratamiento. El primero consistía en mantenerse en absoluto a la expectativa, vigilando cuidadosamente al enfermo, a quien se daba una alimentación fácilmente digerible, aunque no muy escasa, y se procuraba curar los trastornos gástricos y las demás complicaciones con los medicamentos apropiados, combatiendo los estados de excitación con los baños templados.

⁹ BLEU, L. *Síntomas que amenazan la vida*. (1888). Embriaguez. P.p.31-33- Madrid.

¹⁰ *El Serpis*. (19-1-1889).

¹¹ ROSSITER, F. Ob.Cit. (1912). P.p.451-452.

¹² CAMPOS MARÍN, R.; HUERTAS GARCÍA, A. (1991). Ob. Cit.

Por otra parte, se aconsejaba emplear un método curativo - activo contra el padecimiento, y como lo primero que se trataba era de provocar el sueño, se administraba el *hidrato de cloral o el opio*, aunque el primero solo se daba cuando se había obtenido la absoluta convicción de que el corazón estaba sano, siendo mejor administrarlo de una vez en una dosis fuerte de 4 a 6 gramos.

El opio convenía a los enfermos cuya acción cardíaca no se mantenía en estado normal o a aquellos en quienes el hidrato de cloral no hacía ningún efecto, usándose entre los preparados el opio puro, la tintura al interior o en enemas, *la morfina* a la dosis de 15 miligramos cada 3 horas, o por último, el extracto acuoso de opio, que se debía administrar por el método hipodérmico, empezando por 3 centigramos por dosis, que se aumentaba cada 3 horas hasta que el enfermo se dormía.

También el *acetato de Zinc* a la dosis de 4 a 6 gramos por 180 de agua era muy alabado por sus efectos.

Por lo demás, se procuraba sostener en lo posible las fuerzas del enfermo por medio de un régimen alimenticio nutritivo y el uso repetido de pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas, y protegerlo contra toda especie de lesiones, aunque sin impedir sus libres movimientos. Cuando había delirio furioso, se comprobó la utilidad de las irrigaciones frías en un baño templado y las frotaciones consecutivas¹³.

El Suero antialcohólico:

En el año 1896 se investigó la aplicación de la seroterapia en el alcoholismo, partiendo de la idea de que ciertas enfermedades infecciosas, al desarrollarse en un sujeto, hacían sus humores refractarios a un nuevo ataque del veneno, se creyó que la intoxicación por el alcohol a dosis elevadas podía despertar una defensa del organismo y provocar acaso la secreción de productos capaces de oponerse de cualquier modo a la actuación de ese tóxico.

Para comprobar esa hipótesis, se hizo absorber a dos perros 40 gramos de alcohol etílico por día, durante una semana. Habiendo recogido luego una cierta cantidad de suero de estos animales, se inyectó de él 24c.c., en tres veces y en el mismo día, a un sujeto atacado de delirio alcohólico agudo. A partir del día siguiente la fiebre remitía y el enfermo recobraba su lucidez.

Se hicieron investigaciones para saber si el suero obró como suero analcohólico o en calidad de un suero cualquiera; si en el primer caso podía inmunizar a animales hasta el punto de hacerlos refractarios a dosis tóxicas de alcohol, o si para esto sería acaso preferible buscar la inmunización alcohólica por el empleo de pequeñas dosis aumentadas progresivamente. (Solo fue un experimento más)¹⁴.

Tratamiento del alcoholismo crónico:

En el año 1912 se definía el alcoholismo crónico como el estado enfermizo causado por el uso continuo de bebidas alcohólicas.

Se propugnaba que el único remedio contra la copa embriagadora era un cambio de corazón y cuerpo y una cuidadosa atención en el régimen, evitando las tentaciones.

Debía ingresar el paciente en una institución de templanza, donde hubiese autoridad que lo dominase, negándosele todo alcohol. El paciente debía tener una alimentación adecuada y adquirir mayor dominio de sí mismo. La carne despertaba la sed de bebidas alcohólicas, por lo tanto había que retirarla así como evitar estimulantes.

Durante los primeros días, después de haberse suprimido el alcohol, debía administrarse al paciente el *baño galvánico neutro* varias veces durante 24 horas, y el tratamiento eliminativo con calor y frío sobre el corazón, fomentos en la espina dorsal y lavativa caliente.

Después, el tratamiento debía ser de naturaleza más tónica, pero graduada según el estado del paciente, el frotamiento fresco de la

¹³ BLEU, L. (1888). *Síntomas que amenazan la vida*. (embriaguez) pág. 31 a 33 - (intoxicación por alcohol) 555 a 558. Madrid.

¹⁴ TOULOUSE, M. (1896) Seroterapia del alcoholismo. *La Semana Médica*. Pág. 162- París. (Hemeroteca del colegio de médicos de Alicante).

mano mojada durante unos días, luego la fricción fría, empezando a los 24º centígrados y más tarde la envoltura de la sábana mojada la fricción de sal, pulverizaciones y electricidad estática y farádica.

“La oración, junto con el hacerse cargo completo de su *vicio* habitual, lograba su victoria”¹⁵.

La psicoterapia:

Ya en el año 1918 encontramos en la obra de Andrés Thomás, “Psicoterapia”¹⁶, un capítulo dedicado al tratamiento de las intoxicaciones, dedicado a las toxicomanías, en donde se describía el tratamiento psicoterapéutico como un método útil para el tratamiento del alcoholismo.

“Las únicas intoxicaciones que interesan a la psicoterapia son las voluntarias o consentidas por el intoxicado; por ejemplo el **alcoholismo** y las toxicomanías.

No he de ocuparme del primero: la lucha contra el alcoholismo no será eficaz si los poderes públicos no se alían con el médico para tomar las medidas necesarias. No hemos llegado a esto todavía; esta es una cuestión de higiene que está lejos de resolverse mientras la intoxicación de las masas sea, prácticamente, una de las condiciones fundamentales de las elecciones.

Por más que el médico sermonee al alcohólico, le afirme que el alcohol es un veneno y le de cuenta de los peligros a que le expone, el alcohólico no suprimirá el veneno sino cuando, por cualquiera de los accidentes que engendra la intoxicación, esté en cama o en la sala de un hospital sujeto a las prescripciones del médico. Quien ha bebido, beberá, y el proverbio siempre es verdad, por desgracia.”

La lucha antialcohólica:

Desde la creación de las primeras sociedades de templanza e incluso hasta nuestros días *la lucha antialcohólica*, ha venido desarrollando un papel importantísimo en el intento por un lado de disminuir la incidencia del alcoholismo, e impedir así sus consecuencias sobre todo sociales, y por otro en ofrecer una solución al paciente alcohólico y a sus familiares.

Entendido el alcoholismo desde al S. XIX como *enfermedad crónica*, y debido a su magnitud considerado como una verdadera plaga social en algunos países.

Llegó a preocupar tanto a las clases dirigentes, que determinó medidas prohibitivas de todas las clases, culminando con la Ley seca promulgada en Estados Unidos en el año 1920, abolida años más tarde por atentar contra la libertad individual y de comercio, entre otras; además de no haber solucionado el problema.

La lucha antialcohólica no pudo revestir en España, ni en la mayor parte de los países europeos, la forma extrema con que se llevó entre los Yanquis, pues las industrias derivadas del alcohol, como la del vino, la cerveza y los licores, representaban una inmensa riqueza que en ningún momento convenía destruir.

Por lo que toca a España (se decía en 1934), “el **vicio** del alcoholismo está muy poco extendido, a pesar de la abundancia del vino, y no es necesario, ni mucho menos, atajarlo con medidas prohibitivas, que en nuestro país habrían de servir para extenderlo. Conviene realizar la lucha contra el alcoholismo por medio de la razón, es decir, educando a la gente, haciendo ver al pueblo los peligros de semejante vicio”¹⁷.

A partir de ahí el alcoholismo, como trastorno por dependencia o adicción, va cobrando progresivamente su concepción por parte de los estamentos sanitarios y aunque el proceso es lento el concepto de enfermedad va arraigando entre los médicos y pacientes y los tratamientos se van homogeneizando.

¹⁵ ROSSITER, F.M. (1912) *Guía práctica de la salud*. Sociedad internacional de tratados. - p.p. 248-255 y 451-459. Barcelona.

¹⁶ THOMAS, A. (1918) *Psicoterapia*. Tratamiento de las intoxicaciones. *Toxicomanías*. Pág. 371. Casa editorial P. Salvat. Barcelona.

¹⁷ ALVARADO, S. (1934). *Anatomía y fisiología humanas con nociones de higiene*. P.p. 304-305. Talleres gráficos de la S.G. de P. S. A. Barcelona.

Esbozo histórico del tratamiento y abordaje del paciente alcohólico en nuestro medio

FREIXA, FRANCESC

Médico. Especialista en Neurología y Psiquiatría
Socio Fundador, exsecretario, expresidente de SOCIDROGALCOHOL

Cuando a mediados del Siglo XX se inicia un nuevo intento técnico de identificar/diagnosticar correctamente la dependencia /adicción enólicas y consiguientemente diseñar estrategias terapéuticas eficientes, la estructura médico/asistencial de atención a los alcohólicos parecía –en aquellos años– que tenía que estar centrada en la psiquiatría. Esta especialidad médica estaba aún, en aquellos momentos, inmersa en una amplia herencia de teorías, desde las hipótesis psicoanalíticas a los supuestos biológicos, pero el interés y la atención de la Institución representativa del saber psiquiátrico, *el manicomio*, llamado después, hospital psiquiátrico, hacia los alcohólicos, fue con alguna rara excepción nulo en la Europa del Sur. (Ullsperger, J.B. 1954 – Cassinelli, B. 1942).

Fue preciso, a nuestro criterio, que la atención psiquiátrica se integrara en la medicina hospitalaria convencional y que esta especialidad fuera una actividad médica más en cualquier Hospital General, con camas para ingresos psiquiátricos, para que en muchos aspectos se modificaran determinados prejuicios y actitudes. Esto sucedió en nuestras latitudes hacia el 1950, originándose paralelamente, profundos cambios en la asistencia psiquiátrica general con la aparición de los primeros psicofármacos y la introducción en la clínica práctica de la denominada –psiquiatría social–. Cuando en un Hospital General existe una Unidad de Psiquiatría, con hospitalización, la percepción y dimensión del alcoholismo se modifica por ambas partes. Los ingresos se hacen también desde una interconsulta hos-

pitalaria (Medicina Interna, Digestivo, Cirugía, etc) en esta interactividad de las distintas especialidades médicas actuando en una sola entidad nosológica: *alcoholismo*, inexorablemente originará que algunos profesionales modifiquen su percepción tanto de la EAP (Enfermedad Alcohólica Primaria), como de las estrategias terapéuticas e incluso el abordaje de muchas de las EAS (Enfermedades Alcohólicas Secundarias). Es cierto que aún persisten las contradicciones y ciertos niveles de incomunicación, entre las distintas especialidades médicas más implicadas, pero ello es una consecuencia de ciertas dificultades estructurales, de determinados aspectos de conflictividad interpersonal y básicamente en muchas ocasiones por los desavuerdos prácticos entre los propios psiquiatras.

Los psiquiatras, que en teoría habían de desarrollar una terapia última, es decir tenían que romper la relación – vinculación individuo-bebida, puesto que no se encontraban frente a un vicioso o un inmoral, como ya había definido Magnus Huss (1807-1890); pero el alcohólico no era un –loco– convencional, sino un paciente, que si tenía estigmas somáticos, en sus primeros ingresos, estos no correspondían, frecuentemente, a la neurología, sino a una manifiesta organicidad hepática, pancreática, etc., consecuencia de su vinculación con las bs.alcs.

Era previsible, pero, que vencer los prejuicios socioculturales y la –mentalidad de usuario– (FREIXA, F. 1990) no sería, ni es fácil, como se demuestra en la Europa del Sur a finales del Siglo XX, tanto en los profesionales de la

sanidad –incluyendo los propios psiquiatras y psicólogos clínicos– y el resto de profesionales. Algunas de ellas también implicadas en la identificación, diagnóstico y tratamiento del alcohólico; como los Trabajadores Sociales y también en el ámbito de laprevención los Enseñantes. En el fondo, el desconocimiento sobre una de las drogodependencias con más incidencia y prevalencia en nuestro medio, es un indicador de las deficiencias en los programas de formación de este conjunto de profesionales. (Freixa, F.; Domenech, R. 1988).

La afectación orgánica, aunque secundaria, es evidentemente el resultado de la historia natural de la enfermedad. Historia natural, que como en otras enfermedades orgánicas si no se modificaba en el tiempo, como había explicado JELLINEK, en diferentes artículos durante la década de los años 1940 a 1950 en U.S. y que finalmente resumiría magistralmente en su obra: –The Disease Concept of Alcoholism– en Octubre de 1960 en US, intentando una vez más, barrer los conceptos morales referidos a la enfermedad. Aún en la actualidad, una de las pautas más útiles par una entrevista – interrogatorio clínico con un alcohólico/a y un familiar, lo constituyen los items evolutivos, pautados, descritos por Jellinek. (Jellinek, E.M. 1960).

Muchos supuestos y teorías unitarias, con afirmaciones de que en su conjunto, el uso no ortodoxo de determinas técnicas y el abordaje pragmático de la EAP, podrían mejorarse con determinadas técnicas específicas, se basan en observaciones sesgadas, en experimentos o diseños académicos –para un tesis o tesina– con muestras reducidas, pero especialmente, con seguimientos de casos, de meses o que no superan los dos años, y que en consecuencia no cubren los mínimos necesarios para un conocimiento veraz de si se ha sido capaz de modificar, realmente, la –historia natural– de la enfermedad. Recuérdese en este sentido que muchos trabajos realizados en relación a pacientes alcohólicos se han interrumpido en la práctica al remitir dichos pacientes, en otras latitudes, pero de una manera sistemática a recursos ajenos a

la probabilidad de un seguimiento o de un difícil seguimiento a AA.

Pensar que la complejidad del comportamiento alcohólico, queda evidenciado en las profundas divergencias existentes entre un simple estudio convencional *retrospectivo* médico, por ejemplo y un abordaje en sentido inverso o *prospectivo* como el de Vaillant (1983) y que no se agota en un enfoque conductista reduccionista, o en las hipótesis o creencias, imposibles de probar –epistemológicamente– del psicoanálisis o de lo sistémico.

Intentos de tratamiento

Mucho antes de PAVLOV (1849-1936) y de una manera intuitiva –habitual en los médicos de los siglos XVIII-XIX–, Benjamin Rush (1745-1813) natural de un pueblo cercano a Filadelfia (US) había señalado en un opúsculo titulado –The effect of alcoholic beverages– que si una persona presentaba, puntualmente determinadas molestias (náuseas, gastralgias, malestar general,) después de haber bebido abundantemente: –se había de aprovechar esta circunstancia para ofrecerles más bebida y así la rechazarían–.

En el fondo, muchos aspectos de la domesticidad de los animales, tenían como base práctica el conocimiento –intuitivo– de lo que después sería conceptualizado científicamente como –reflejos condicionados– por Pavlov, que originaría el estudio del comportamiento animal y humano, dentro del marco científico-natural y daría a la –psiquiatría y psicología– cuyas raíces platónico-aristotélicas – tan difíciles son de eliminar, unos principios metodológicos operativos y una epistemología científica. (PAVLOV, I. 1967).

Todos los supuestos del conductismo, las metodologías estadísticas, los diseños o modelos experimentales, las replicas, el ensayo – error, el doble ciego, etc tienen como fundamento y base los esfuerzos de Pavlov par estudiar el comportamiento animal como *un todo* fuera de los conceptos previos, aceptados, en su tiempo, pero indemostrables científicamente.

Ya en 1929, KANTOROVICH, intentó asociar, los aspectos positivos del consumo (aparieren-

cia, color, sabor, y gesto de beber) individual, con estímulos eléctricos desagradables e incluso dolorosos, pero sin capacidad lesional.

En 1933, SBUCKEVSKY y cols. Intentaron, sobre los mismos supuestos teóricos, utilizando un fármaco, la apomorfina, por su potente capacidad emética, habitual en las urgencias toxicológicas como vimitivo.

Hay que advertir que a pesar de tratarse de una molécula obtenida eliminando forzosamente del núcleo de la morfina, una molécula de agua, no es adictiva y NO actúa como agonista.

También se ensayó, por sus cualidades eméticas, aunque menos potentes, la emeitna, alcaloide de la ipecacuana –*cephaelis ipecacuanha*– planta originaria de la América tropical y que a dosis bajas se utilizaba como expectorante.

En su conjunto estas técnicas tuvieron una cierta aceptación en la década de los años 30 hasta finales de los 50. Su tardía introducción, como tratamiento ampliamente utilizado en nuestro medio, que tuvo lugar en la década de los 50-60 aproximadamente, estuvo relacionada con factores extracientíficos. Las fronteras cerradas del país durante la Guerra de 1936-1939, la anormal situación de la inmediata postguerra, coincidente con la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) y la prolongación de una anormal situación política, retardó la normalización de toda la información clínica internacional.

En el tratado de Psiquiatría de E. Mira publicado en el exilio en Argentina, el 1954, se cita sin detallar al Dr. Maupin y su método eléctrico como un recurso terapéutico. (MIRA, E. 1955).

En el mismo año, en la edición del –Tratado de Psiquiatría– de Prof. Antonio Vallejo-Nájera (1954) se habla de –reflejo terapia alcohólica–, distinguiendo entre una técnica inglesa y una norteamericana. Pero aún habla de la –terapia substitutoria– de Freud con cocaína, advirtiendo que el único resultado práctico es agregar una nueva toxicomanía a la primitiva.

Más tarde, y en la década psicodélica de los años 50 a 60, en el área anglófona, podrá

añadirse al error freudiano, el intento de tratar el alcoholismo con drogas alucinógenas, en especial con LSD. (SANDISON, R.A. 1957).

De hecho en todos los casos, tanto en la técnica química –apomorfina– como con la eléctrica –farádicas– un exámen de los intentos y ensayos de tratamiento en el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona - Unidad de Psiquiatría (Prof. Obiols) quedó reflejado en las Actas del X Congreso de la Sociedad E. de Neuropsiquiatría, celebrado en Barcelona, en Octubre de 1969, en las cuales ya se indicaba claramente que: "...en el tratamiento era considerado como –concienciador de la enfermedad–, en rigor no era conductista; en segundo lugar, la mayoría habían participado en los –Grupos de Discusión Terapéutica–; en tercer lugar la diferencia entre un grupo control –sin química– en el porcentaje de recaídas, a los 2 -3 meses del alta hospitalaria y las recaídas del grupo experimental y a los 3 años no eran significativas. Sólo una cuestión quedaba patente, la bebida escogida para la recaída no era nunca de las empleadas en el tratamiento". (Freixa, F.; Mayor, C. 1969).

Los pacientes tratados en aquellos años –seguidos en un alto porcentaje– con "bañeras" como se nombra coloquialmente a la técnica del vómito con apomorfina, en relación al lugar donde se aplicaba el tratamiento –la habitación de un baño de la sala del hospital– han seguido una evolución positiva, en un porcentaje idéntico a los no tratados con esta técnica.

Desde una óptica rigurosa el estímulo incondicionado (apomorfina) y después el neutro (?) bebida alcohólica que tiene que asociarse al vómito es un condicionamiento débil y no puede predecirse con rigor en el tiempo y momento exacto de la acción farmacológica de la apomorfina.

Al emplear el estímulo eléctrico –farádicas– tampoco tenía, a pesar de usarse como señal incondicionada la ingesta, una luz parpadeante y el estímulo eléctrico como castigo en el momento de la ingesta de bs. Alcs. (luz-descarga) o un zumo de frutas (luz-no descarga); se intentaba –groseamente- emplear los paradigmas de escape – evitación. Pero

no existía, si se utilizaba el tiempo en meses, una abstinencia persistente significativa comparando con un grupo control.

Tanto la apomorfina como las farácicas, empleadas como única técnica, comparadas con un programa multimodal (farácicas o apomorfina –grupos de discusión– atención individual) no tenían ninguna relevancia, puesto que con el programa multimodal la abstinencia y otros factores de "normalización" podían medirse y evaluarse por periodos anuales (2-5-10 años). La mayor dificultad en las técnicas con apomorfinas y/o farácicas era la incapacidad de retención o sea los abandonos.

Se tiene que asumir, incluso dentro de una conceptualización conductista que la adquisición de la conducta de ingestión de bs. alc., es un comportamiento complejo en cuyo aprendizaje, factores cognitivos, socio-culturales y el refuerzo de los efectos bioquímicos de tipo biometabólico (hepáticos) y los de tipo neurobioquímico (nueroadaptación) forman un tejido demasiado tupido para deshacer su urdimbre con técnicas simplistas.

De la misma manera que el aprendizaje del beber, cuando no se refiere a la necesidad fisiológica de la ingesta de agua, forma una sucesiva superposición compleja y enmarañada de conductas sociales adaptativas; no en vano en la Europa del Sur la ingestión de bs. alcs. se pretende vender como "cultura" y está asociados a un proceso antropológico supuestamente ancestral. Los ancestros dionisiacos –báquicos (Jeanmarie, H. 1951) y sus potentes asociaciones sincréticas – vino de misa – con la alegría – tristeza, sensualidad, erotismo, etc. son factores no despreciables y utilizados en la promoción de todo tipo de bebidas, además del vino, que lentamente va perdiendo sus cuotas de mercado, y no constituye entre los estratos jóvenes de la población urbana la ingesta "tradicional".

El proceso de enfermar, puede ser lento, tanto en la adquisición de la conducta relacional anómala con las bs. alcs., como por las dificultades en la identificación de la misma por el propio afectado y sus allegados. La tipifi-

cación y la adquisición de los rasgos de conductas considerados característicos del alcoholismo primario (EAP o SDA) se desarrollan de una manera diacrónica, pero la expresión conductual que en la Europa del Sur se tipifica como "alcohólico clínico" que finalmente motivara la consulta, será sincrónica.

En toda consulta la entrevista y la exploración tiene que reunir la condición de que el propio interrogatorio evidencie, para el afectado, que el estado actual es la expresión de las características procesuales y evolutivas de la enfermedad. Una de las "ventajas" (?) de la tolerancia social en la Europa del Sur, es que los dependientes del alcohol que consultan - mayoritariamente – en nuestro medio, son significativamente "alcohólicos clínicos", es decir pacientes que como mínimo presentan a la analítica biológica algunos de los rasgos de riesgo o padecimiento de una EAS. Es decir siguen los criterios del "alcoholismo clínico" de Vaillant.

La mayoría de alcohólicos han intentado, como buenos toxicómanos, un tratamiento "a su manera", es decir, intentando "espontáneamente" la adquisición del autocontrol. Es significativo que los propios fracasos, la propia experiencia, no les han hecho plantearse la supresión del tóxico. Antes de llegar a una consulta especializada han buscado, en ocasiones desesperadamente, determinados profesionales de la medicina, de la psicología o aines, que eno conozcan o no entiendan el conflicto alcohólico, puesto que a pesar de sus propias experiencias negativas, no acepta ser un/a alcohólico y en muchas ocasiones, sus propios familiares se encuentran inmersos en un mar de dudas. Es habitual a pesar de las particulares relaciones con las bs. alcs. y las consecuencias vividas por la pareja, la familia o el entorno, buscar una justificación psicopatológica, psicológica, o atribuir el conflicto a una problemática de la "voluntad" o "moral" que contribuye a exulpar el tóxico –bs.alcs.– o en todo caso a maquillar el alcoholismo y a distorsionar la conciencia de enfermedad vinculada a las bs. alcs. (TORRES, M.A. 1990).

De la aversión a la motivación: cambio de paradigma en el abordaje del alcoholismo

RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, ALICIA

Psiquiatra
Exsecretaria y exvicepresidenta de SOCIDROGALCOHOL

INTRODUCCIÓN

La consideración del alcoholismo como problema moral que merecía desprecio, cuando no cárcel, y, en el mejor de los casos, reeducación mediante casas de templanza era común en el mundo occidental del siglo XIX y principios del XX. En 1869 aparecía en los EE.UU. la Liga de mujeres a favor de la templanza. En las primeras décadas del siglo XX, en EE.UU. se implantaba la ley seca y florecían los movimientos abstencionistas, sobre todo en el mundo anglosajón y países nórdicos.

No fue sino a mediados del siglo XX que Jellinek¹ definió el alcoholismo como enfermedad, lo que ya representaba un gran paso adelante. En los años 70, se introdujeron dos conceptos diferenciados: el síndrome de dependencia alcohólica² y las discapacidades relacionadas con el alcohol³, que deberían sustituir el indefinido término de alcoholismo. La definición del síndrome de dependencia alcohólica todavía sería matizada por Edwards y colaboradores, que comunicaron sus elementos⁴ y postulados básicos⁵ (Edwards, 1986) en los años subsiguientes. Estos conceptos en torno a los problemas serían recogidos en las definiciones incluidas en los manuales de clasificación y definiciones de la OMS y de la APA.

Ya no era cuestión de hablar de vicios morales. Nos referíamos a entidades nosológicas definidas por los científicos y merecedoras de atención profesional en todos los campos incluidos dentro del síndrome de dependen-

cia alcohólica y problemas biológicos, psicológicos y sociales relacionados. Se abría, pues, la puerta al abordaje bio-psico-social del "alcoholismo" con el correspondiente enfoque pluridisciplinar, aunque el peso de los respectivos componentes y el rol del paciente fueran desplazándose con el correr del tiempo.

En España, no hace ni cuarenta años que el alcoholismo es considerado una enfermedad y que, como tal, se incluye en las prestaciones de la Seguridad Social.

Con anterioridad, los alcohólicos habían quedado englobados en la Ley de vagos y maleantes (1933), a condición de que se tratara de "ebrios habituales", caracterizados por la persistencia del vicio, fuertemente enraizado en su vida y practicado de forma continuada. Excluía a los borrachos esporádicos y a quienes padecían alcoholismo crónico, enfermedad con síntomas propios que podía coexistir o no con la embriaguez habitual. A los ebrios habituales se les debía imponer un «aislamiento curativo en casas de templanza» por un tiempo no inferior a 1 año y no superior a 5 años.

Las medidas contempladas no venían acompañadas de los correspondientes recursos.

Más tarde, la Ley de Peligrosidad y rehabilitación social (aprobada en 1970 y no derogada por completo hasta 1995) seguía incluyendo a los "ebrios habituales", a los que se aplicaba de forma simultánea o sucesiva:

«1) aislamiento curativo en casas de templanza, 2) tratamiento ambulatorio, 3) privación del permiso de conducción de vehículos o prohibición de obtenerlo, 4) obligación de declarar el domicilio o de residir en un lugar determinado y sumisión a la vigilancia de los delegados, 5) prohibición de visitar establecimientos de bebidas».

Tampoco esta vez quedaba claro de qué modo había que llevar a cabo estas medidas.

Por fortuna, gracias a la aparición del PANAP (Patronato de Asistencia Psiquiátrica) y paralelamente a la conceptualización científica del alcoholismo como enfermedad, se tejó en España una red de dispensarios antialcohólicos, el primero de los cuales fue el Dispensario Antialcohólico de Madrid, abierto en 1961⁹. Estos centros no sólo recuperaron la salud de muchos pacientes, sino que les confirieron dignidad, al reconocerlos como enfermos, que empezaron a tratarse con programas plurales.

En efecto, tanto en nuestro entorno como a nivel internacional, el enfoque dado a las intervenciones sobre los pacientes alcohólicos ha evolucionado en consonancia con la visión más bien moral o sanitaria que se tuviera del problema.

Ante una conducta desviada y viciosa, había que castigar, escarmentar y, en el mejor de los casos reeducar. A medida que se encara el problema como una cuestión de salud, los abordajes son más terapéuticos que punitivos: y van abarcando cada vez más vertientes de esta patología que ya se define como síndrome de dependencia alcohólica. Además, y paralelamente a la evolución del concepto de "paciente", el individuo pasará progresivamente de ser considerado y tratado como objeto a sujeto de su enfermedad y agente de su recuperación con ayuda del tratamiento. La obediencia ciega a las prescripciones del terapeuta será sustituida por la decisión de cambiar del paciente (cliente, según algunos) y el pacto terapéutico respecto a la opción aceptada.

En el presente capítulo nos proponemos revisar el cambio de paradigma terapéutico en la dependencia alcohólica, que representa

haber pasado de las terapias aversivas, destinadas a castigar la conducta problema, al enfoque motivacional, que basa el cambio en la previa decisión motivada del paciente. Desde los años 60 del siglo XX, el abordaje del alcoholismo engloba, además del tratamiento farmacológico, estrategias psicosociales, encaminadas a la deshabitación y la prevención de recaídas (incluyen desde terapias de orientación cognitiva y conductual hasta la terapia de grupo y, desde los 80, el abordaje motivacional, que ha ido imponiéndose a partir de los años 90).

No es nuestro objetivo profundizar en el tratamiento farmacológico del alcoholismo, tarea de otra ponencia, ni analizaremos aisladamente los diferentes elementos del actual abordaje multidimensional y multimodal de la dependencia alcohólica, donde no se concibe ninguna estrategia como único tratamiento. Nos limitaremos a centrarnos en el desplazamiento del acento terapéutico y de lo que esto significa. De ahí que saltemos de un extremo al otro del espectro.

TERAPIAS AVERSIVAS

Las terapias aversivas persiguen la abstinencia total de alcohol a partir del desarrollo de una aversión condicionada a las bebidas alcohólicas. Por ello administran un estímulo aversivo intenso (ej. descarga eléctrica) en presencia del estímulo que produce la respuesta indeseable o nociva que pretendemos suprimir (ej. consumo de alcohol en un alcohólico) a fin de que ambos queden asociados para el sujeto y, por tanto, acabe evitando la conducta problema. Su fundamento teórico es el condicionamiento clásico y condicionamiento operante (paradigmas de aprendizaje de la evitación o del castigo). Se busca la inhibición de la conducta y de la propia reacción emocional al estímulo. Probablemente, la respuesta obtenida por esas estrategias va más allá del proceso de condicionamiento pavloviano subyacente, implicando complejos procesos de aprendizaje y su traducción en la conducta. Alguna de las respuestas consideradas como reflejos están mediatizadas

por factores cognitivos, que no necesitan ser conscientes; la mayor parte de pacientes alcohólicos tratados con sesiones eméticas saben que la náusea se la produce una inyección, no la bebida, y sin embargo desarrollan un rechazo frente a la misma. Autores que han revisado este tema⁷ consideran que la terapia aversiva no se puede encuadrar de forma simple en el condicionamiento clásico ni en el operante, en el caso de la aversión química, ya que el sujeto no puede evitar las contingencias que le producen la reacción durante el tratamiento. Esta limitación no existiría en la sensibilización encubierta. Pero, más allá de los condicionamientos, el rendimiento de una respuesta instrumental dependería enormemente del valor actual del refuerzo utilizado para entrenar la respuesta.

La literatura nos habla de respuestas condicionadas de náuseas y vómitos extensivas al olor e incluso a la simple vista de anuncios de bebidas; estas respuestas a otros estímulos del entorno se han visto también con las corrientes farádicas.

Existen diversos tipos de terapia aversiva, todos ellos empleados en algún momento en alcoholdependientes: aversión química, aversión eléctrica y terapia de aversión verbal o sensibilización encubierta. La eficacia de estas estrategias conductistas no ha podido ser confirmada con rigor científico⁸.

AVERSIÓN QUÍMICA

Esta modalidad de intervención, introducida en los años 30 del siglo XX, tiene como objetivo crear una aversión condicionada al alcohol a base de asociar su consumo con la aparición de náuseas y vómitos inducidos por el fármaco. Diversas sustancias han sido empleadas como aversivo químico: la emetina, el clorhidrato de apomorfina, el litio, succinilcolina (en este caso no se busca la náusea, sino la parada respiratoria).

El condicionamiento aversivo químico empezó a emplearse como procedimiento terapéutico en los años 50, pero sus antecedentes históricos⁷ se remontan a Plinio el Viejo, en cuya *Historial Naturalis*: se explica que los ro-

manos ponían arañas en el fondo de las copas de vino para que el bebedor las encontrara al acabar su bebida. Más recientemente, en 1815, el psiquiatra Benjamín Rush acabó con el problema alcohólico de un negro añadiendo emético tartárico en el ron que consumía. En 1936, médicos franceses administraban a alcohólicos hospitalizados diariamente un litro de vino con ipecacuana durante 3-8 semanas. A las 3-4 semanas, habían aborrecido el vino. No se hacía seguimiento.

En conjunto, la terapia aversiva química fue ampliamente difundida en los hospitales norteamericanos desde la década de los 30 y se mantuvo hasta los años 80, en que fue desapareciendo del arsenal terapéutico⁷.

La moderna aversión química comenzó como una adaptación clínica del condicionamiento de Pavlov, en busca de algo más prometedor que la psicoterapia analítica. La aversión química, con desencadenamiento de náuseas y vómitos como respuesta incondicionada, parecía más adecuada desde el punto de vista biológico para tratar problemas con el alcohol que los estímulos eléctricos, que comentaremos más adelante. Una sustancia que se huele, se paladea y se ingiere. La secuencia de los pasos del procedimiento es muy importante⁸, debiendo administrar siempre el emético inmediatamente antes de la degustación de la bebida alcohólica, que debe tener lugar siempre antes del inicio de las náuseas. Alterando la secuencia, es decir, administrando la bebida después de la aparición de los efectos eméticos, el efecto aversivo no sólo desaparece, sino que puede reforzarse el consumo de alcohol.

La efectividad de estas técnicas terapéuticas, cuyos estudios experimentales siempre se basan en procesos de condicionamiento nunca ha sido confirmada de forma incontestable⁹, a pesar de las numerosas revisiones realizadas⁷ Aunque los estudios clínicos no controlados suelen aportar resultados positivos (abstinencia del 60% al año y disminución del craving), su validez es muy cuestionable, en parte por el defectuoso diseño de la mayoría de ellos. En cuanto a los diseños controlados, también presentan deficiencias metodo-

lógicas. En ambos casos, no es posible aislar el posible efecto de la terapia aversiva de otras intervenciones terapéuticas. Otro factor a tener en cuenta es el hecho de que los pacientes que concluyen satisfactoriamente estos tratamientos, muy desagradables para el sujeto, han de estar muy motivados para cambiar su conducta con respecto al alcohol, lo que sin duda influye decisivamente en el resultado, sea cual fuere la técnica empleada. A pesar de ello, un autor que ha revisado ampliamente estas estrategias, como Elkins¹⁰, considera que la experiencia recopilada avala su utilidad clínica justificando su inclusión en tratamientos multimodales, aun en ausencia de una evidencia incontestable de su eficacia, que atribuye a la práctica inexistencia de estudios experimentales con asignación aleatoria a tratamiento aversivo y no aversivo. Este autor cree que la evidencia empírica de su efectividad no es inferior a la de tantos otros recursos terapéuticos empleados para abandonar la bebida.

En cualquier caso, antes de acabar el pasado siglo fueron abandonándose las técnicas aversivas, que además no dejaban de ser peligrosas, especialmente la escolina, totalmente inaceptable. Riesgos aparte, las técnicas aversivas se han considerado intrusivas y poco aceptables para el enfermo, además de escasamente costo-eficientes. Revisaremos los principales agentes químicos investigados⁹, y obviaremos otros (lipocodium, sulfadiazina, tartrato de potasio de antimonio),

EMETINA

Fue la sustancia más empleada y estudiada en el tratamiento aversivo químico del alcoholismo y la que viene mejor avalada por los resultados publicados. Se empezó a utilizar en los EE.UU. en los años 30 del pasado siglo¹¹ como estímulo no condicionado. La emetina produce el vómito a los pocos minutos de su administración. Los pacientes deben dar un sorbo a su bebida predilecta antes de que aparezcan las náuseas. El procedimiento se repetía 4-6 veces en un período de hospitalización de 10 días y se daban sesiones de refuerzo¹¹. Aunque muy infrecuentes, se des-

cribieron efectos secundarios como ruptura de esófago o hematemesis y una muerte por infarto del miocardio.

LITIO

No se acepta como un agente aversivo adecuado para humanos debido a la toxicidad intrínseca de la sustancia.

APOMORFINA

Su uso se remonta a finales de los años 30, cuando científicos rusos empezaron a experimentarla con perros. Según una revisión de Elkins citada por Howard et al en 1991⁷, 39 centros sanitarios en todo el mundo habían empleado apomorfina como aversivo. El clorhidrato de apomorfina ha sido una de las sustancias más empleadas para el tratamiento aversivo del alcoholismo también en España. En Barcelona, su empleo era rutinario en pacientes que no presentaran criterios de exclusión (hepatopatías o problemas cardio-respiratorios). «Operativamente se administra una cantidad de bebida alcohólica determinada al enfermo. Previamente se le ha mostrado el vaso o recipiente conteniendo la bebida y se le ha invitado a que la contemple, huela y paladee. Es preciso hacer este ritual de una manera metódica, calculadamente lenta y exacta. Pasados unos dos minutos, se inyecta la primera cantidad de apomorfina, vía subcutánea, en cantidad aproximada de 2 mg...Pasados pocos minutos se obtendrá un estado nauseoso. El enfermo vomitará casi la totalidad de la bebida alcohólica ingerida. Se acostumbra a repetir cada dos horas la bebida junto con la inyección de apomorfina, hasta un máximo de cinco veces diarias. Este tratamiento puede durar de 15 días a 3 semanas»¹². Al aplicar este método en nuestro medio, se hacía hincapié en los aspectos psicológicos del tratamiento, que debía ser voluntariamente aceptado por el paciente, tras la plena comprensión de su sentido.

La respuesta clínica positiva, aunque no desligada del resto de componentes del programa terapéutico (intervenciones psicoterapéuticas individuales y de grupo, así como trabajo

familiar y social) explica su amplia utilización entre los años 60 y 80, cuando se fue abandonando. De hecho apenas existen estudios válidos sobre su utilidad (ausencia de estudios controlados y deficiente diseño de los incontrolados). De ahí que en la literatura científica⁹ no se recomiende su empleo como estímulo no condicionado. Más aún, algunos autores¹¹ consideraron que sus propiedades sedativas podían reducir el condicionamiento, por lo que preferirían la emetina como agente de la terapia aversiva.

ESCOLINA (SUCCINILCOLINA)

La succinilcolina produce una apnea transitoria, que se provoca de forma controlada mediante su administración intravenosa lenta. Los autores que la propusieron¹³ vieron en este método el fundamento de un condicionamiento traumático. En un principio, se inyecta sólo solución salina, cuando el paciente está tranquilo, se le deja ver y tocar una botella de su bebida favorita, que luego puede oler y saborear; tras repetir esta secuencia varias veces durante unos segundos, se inyecta la succinilcolina sin que el paciente lo advierta y se le presenta de nuevo la botella, con lo que la apnea le sobreviene mientras le acercan la bebida a los labios y le dejan caer unas gotas en la boca. La experiencia resulta aterradora y claramente más punitiva que terapéutica, por mucho que se genere un rechazo condicionado de la bebida; al margen de la falta de evidencia de su eficacia (escasa muestra, insuficiente seguimiento y falta de grupo control), este procedimiento no puede ser aceptado por razones éticas, al margen del propio rechazo por parte del presunto paciente.

DISULFIRAM

Como su empleo ha quedado reservado a la disuasión más que a la aversión de la bebida, lo revisaremos más adelante. Sin embargo, lo citamos aquí porque inicialmente se utilizó como aversivo asociando reiteradamente su administración con la ingestión de alcohol, provocando en los pacientes una reacción alcohol-disulfiram que debía resultar aversiva.

En 1952, la OMS instó a que no se utilizara el disulfiram como agente aversivo, resultando más adecuadas para ello la emetina y la apomorfina¹⁴.

AVERSIÓN ELÉCTRICA

La terapia eléctrica fue considerada como un estímulo aversivo especialmente adecuado por permitir un control de su temporalidad e intensidad. Asimismo posibilita ampliar el abanico de opciones que permiten discriminar la respuesta (ej.: elegir una bebida alcohólica o no alcohólica).

Inicialmente fue utilizada durante la Primera guerra mundial para escarmentar a soldados con "neurosis de guerra", a los que se "torpedeaba" con dolorosas descargas de corrientes farádicas y galvánicas para castigar su abandono del frente disfrazándolo de tratamiento¹⁵. El rechazo y quejas de los soldados, así como su mala prensa hicieron abandonar este procedimiento para el tratamiento de las neurosis. El cese de los "torpedos" no impidió que la aversión eléctrica se empleara con profusión en personas homosexuales a las que se pretendía curar de su "vicio".

La terapia eléctrica para alcohólicos empezó a investigarse en 1929, cuando Kantorovich, citado por Elkins⁸ administraba fuertes descargas en ambas manos asociadas a la vista de la bebida, a su nombre escrito, su olor y sabor. Estas sesiones se repetían durante 3 semanas y hasta 20 meses. El escaso número de sujetos y el corto periodo de seguimiento no permitieron sacar conclusiones del resultado, aparentemente bueno. En los años 60 tuvo bastante aceptación el condicionamiento eléctrico, como se deduce de la revisión de Elkins⁸: Hsu (1965) administraba un electroshock de intensidad subconvulsivante cuando el paciente elegía una bebida alcohólica; esta técnica era rechazada por los pacientes. Mayor fortuna tuvo la administración de corrientes farádicas en el antebrazo, que se hacía coincidir con el sorbo del alcohol y su cese contingente con escupirlo (Blake, 1965 y 1967). Se investigaron estrategias diversas: el paciente podía elegir entre bebidas alco-

hólicas o no, autoadministrarse pequeñas o grandes cantidades de alcohol, recibiendo o no el castigo según su elección. MacCance y MacCance, 1969, asociaron la descarga con el simple olfato de la bebida, hasta 5 veces durante las 24 sesiones a intervalos de 6 semanas. Los pacientes recibían además el tratamiento habitual, inclusive reuniones de AA. La evaluación no evidenció diferencias entre los pacientes que habían recibido terapia aversiva eléctrica y los que no. Más tarde, Regester (1971) citado por Elkins⁸ estudió la terapia aversiva como shock eléctrico asociado a estímulos de ideas relacionadas con la invitación a beber. El análisis estadístico de los resultados no comprobó el beneficio terapéutico de la intervención aversiva, ni sola ni asociada al estímulo de las ideas.

Profesionales españoles emplearon las corrientes farádicas cuando existían contraindicaciones para la aversión química; estas técnicas siempre se incluían dentro de un programa en el que primaban las estrategias psicosociales, sin las cuales se consideraba que la aversión no tenía sentido¹².

En cualquier caso, diversos estudios tanto clínicos como experimentales no pudieron demostrar la efectividad del método para crear una aversión condicionada al alcohol, a la par que generaron mucho rechazo. Un estudio¹⁶ sobre el valor de añadir terapias aversivas al tratamiento multimodal de pacientes internados, comprobó un incremento de la tasa de abstinencia a los 6 meses en los pacientes que las habían recibido; a los 12 meses, el efecto había desaparecido. La comparación entre terapia aversiva química y eléctrica tampoco presentó diferencias significativas.

SENSIBILIZACIÓN ENCUBIERTA Y TERAPIA AVERSIVA VERBAL

Aunque la aversión química ha sido la más utilizada, la presencia de algunas desventajas, como su posible toxicidad y efectos secundarios, llevó a los partidarios de las estrategias aversivas a buscar otra alternativa: la sensibilización encubierta o terapia aversiva verbal. En la sensibilización encubierta¹⁷, se

provoca la náusea por sugestión verbal ante el pensamiento de consumir alcohol y cesa cuando la bebida es rechazada, todo ello tras una relajación muscular. La eficacia de esta estrategia tampoco ha sido demostrada⁸.

VISIONADO DE UN VÍDEO SOBRE EL PROPIO DELIRIUM TREMENS

Otra estrategia cognitivo-conductual de la que se comunican resultados positivos tras un estudio aleatorio controlado¹⁸ es la grabación de un eventual delirium del paciente y hacérselo ver después con finalidad aversiva.

DE LA AVERSIÓN A LA DISUASIÓN

La reacción del disulfiram con el alcohol fue descubierta de forma casual en los años 30, al observarse los síntomas desagradables que experimentaban trabajadores de la manufactura de la goma cuando ingerían alcohol. El médico que lo comprobó pensó en aprovechar esta reacción como procedimiento aversivo para curar el alcoholismo. Pero no fue hasta la década siguiente que se hicieron estudios clínicos al respecto (Hald y Jacobsen, 1948; Martensen-Larsen, 1948, citados por Suh et al.¹⁹) indicando su potencial terapéutico como agente disuasivo.

No entraremos en la farmacología clínica de la sustancia, al ser ésta objeto de otra ponencia. Sólo revisaremos la forma en que ha evolucionado su empleo. En principio, se administraba por vía oral en dosis hoy inimaginables (hasta 3.000 mg/d, de entrada, y hasta 1.000 mg/d, de mantenimiento) con la consiguiente abundancia de efectos secundarios, a veces graves y hasta mortales. Además, antes de instaurarlo como tratamiento, se hacía experimentar al enfermo una reacción alcohol-disulfiram controlada y moderada para que el paciente supiera lo que le ocurriría si bebía. Esta práctica no tardó en ser sustituida por una descripción verbal de los efectos. El temor a la reacción venía reforzado en muchos casos por el testimonio de enfermos que lo habían sufrido y que lo relataban a sus compañeros en la terapia de grupo.

Paralelamente, la dosis se fue reduciendo sensiblemente, al comprobarse que solía bastar con 250 e incluso con 125 mg/d para experimentar malestar en caso de consumo, evitándose así peligrosas reacciones, sobre todo en caso de recaída de bebedores compulsivos.

El disulfiram se ha utilizado en forma de comprimidos, como administración subcutánea depot y como inyección intramuscular de liberación lenta, de dudosa eficacia dada la variabilidad del nivel de sustancia disponible a lo largo del tiempo teóricamente protegido, además de los frecuentes rechazos e infecciones en el caso de los implantes, que han llegado a prohibirse¹⁹. El mejor resultado se obtiene con la toma oral, especialmente si es supervisada o contingente con un refuerzo positivo. Un extenso estudio aleatorio doble ciego²⁰ concluyó la disminución de la frecuencia del consumo de alcohol en aquellos pacientes que acudían a las citas de seguimiento. La importancia de la adherencia al tratamiento ha sido repetidamente subrayada a la hora de valorar la eficacia del disulfiram y se invoca la necesidad de desplegar técnicas para aumentar dicha adherencia¹⁹, que va a significar una mayor implicación personal del enfermo. En efecto, el modo en que se concibe hoy la medicación con disulfiram también traduce el cambio de enfoque en todo el tratamiento del alcoholismo. Ya no se espera que el enfermo se limite a no beber por miedo a la reacción ante una medicación impuesta (el paradigma era el implante subcutáneo, que los pacientes llamaban familiarmente “la mochila” en nuestro medio, y que a menudo se vivía como un paréntesis en el consumo, cuyo final se esperaba para volver a beber). Tampoco se acepta la administración subrepticia del fármaco por parte de una esposa bien intencionada, adiestrada por el médico. No se trata de que el paciente escarmiente, sino de que voluntariamente decida tomar el tratamiento para ayudarse a sí mismo a cumplir su objetivo de no beber. Y esa decisión se renueva cada día cuando toma la pastilla, lo que refuerza la idea de que es mejor el tratamiento por vía oral que la administración parenteral, donde la voluntad del

sujeto sólo se manifestaría en el momento de aceptar el tratamiento. La administración supervisada de la pastilla también serviría no sólo de control, sino de refuerzo del compromiso del paciente con la abstinencia ante sí mismo y ante la persona elegida para dicha supervisión, quien además reforzaría positivamente esa conducta. El fármaco aumentaría además el bienestar del paciente que no sufriría su ambivalencia entre beber y no beber en caso de exposición a circunstancias de posible consumo. La decisión de no beber la habría tomado y renovado “en frío” y ya no podría cambiar de opinión.

Como alternativa al disulfiram se introdujo la cianamida cálcica, de eficacia menos contrastada, pero asimismo muy utilizada.

No analizaremos otros fármacos destinados a prevenir la recaída, pero no propiamente disuasorios, como la naltrexona (disminución del refuerzo positivo en caso de consumo) o el acamprosato (reducción del craving).

DEL NO PUEDO, AL NO DEBO Y NO QUIERO BEBER

Los diversos abordajes incluidos en el tratamiento multimodal del alcoholismo, destinados a atacar el problema en su raíz (la dependencia), más allá de sus consecuencias (pérdidas de salud y otras), confluyeron durante décadas en un esfuerzo de persuasión del enfermo sobre su necesidad de no beber. Se le amenazaba con graves problemas de salud o advertía de su presencia y el riesgo vital que corría; se le hacía tomar conciencia de sus pérdidas sociales y familiares. Y, si el bebedor no era consciente de su problema, se consideraba que había dejar que “tocara fondo”, lo que significaba que muchos pacientes necesitaban pegársela para empezar a reaccionar. Si sobrevivían al tortazo... Estaba claro que, aunque la mayoría de pacientes ingresaban o acudían a tratamiento como “voluntarios forzosos”, a instancias de la familia y, en menor medida, de su médico de cabecera, no había nada que hacer si el interesado no quería dejar de beber. Si no existía

una voluntad auténtica de dejar de beber, el tratamiento estaba condenado al fracaso.

El abordaje multidisciplinar del alcoholismo pasó de contemplar la abstinencia como fin (mayoritariamente aceptado) a considerarla un medio para la plena recuperación del sujeto, que debía vivir su nueva etapa como una ganancia y no como una pérdida. Los esfuerzos terapéuticos, inicialmente encaminados a convencer al enfermo de la necesidad de un cambio, que todos veían menos él, se fueron orientando a ayudarlo a descubrir al afectado sus razones para dejar de beber. Del castigo se había pasado a la persuasión y de ésta, se estaba pasando a la motivación. Paralelamente, un importante punto de inflexión en los años 80 es el cambio de rol del paciente: de objeto a protagonista activo de su tratamiento. Si iba a abstenerse, debía ser por la convicción de que ganaría con el cambio. Cuando se popularizó el modelo motivacional, algunos ya lo estaban aplicando sin saberlo.

El abordaje motivacional, representado sobre todo por la entrevista motivacional²¹, íntimamente relacionada con el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente²², transforma totalmente el paradigma. Por primera vez se le reconoce al enfermo su derecho a ver ganancias de su consumo de alcohol y a expresarlas. Se comprende que la dependencia se ha adquirido a partir de la consolidación de un hábito, con sustrato bioquímico incluido, y que un hábito sólo se adquiere cuando una conducta es reforzada de forma positiva. Se puede arrancar una muela, se puede desintoxicar, pero cambiar de conducta no es tan fácil. No se trata sólo de premios o castigos, de convencer... Los castigos se olvidan; las buenas razones (sobre todo si son de los otros), también. Uno solamente cambia de forma sostenida, si ha llegado a la conclusión de que el cambio le interesa a él/ella, de que, tras hacer balance de su situación (comparar lo que gana con lo que pierde con la abstinencia y con el consumo, respectivamente).

De ahí que actualmente se dé tanta importancia al empleo de un abordaje motivacional como componente indispensable de cualquier programa terapéutico. En pacientes in-

gresados o adscritos a programas de deshabitación, puede utilizarse la entrevista motivacional; en enfermos que aún no han tomado conciencia de su problema ni se han dirigido a recursos específicos, puede emplearse la intervención motivacional breve. Ya no se le puede decir a nadie: <<Vuelva cuando esté motivado para tratarse>>. El enfoque motivacional permite una actitud proactiva, que se adelanta a la propia demanda del cliente y al desarrollo de su enfermedad.

Desde la Atención Primaria y otras instancias inespecíficas, incluso desde un servicio de urgencias de traumatología^{23,24} se tiene la oportunidad y el deber de intervenir en bebedores de riesgo, en quienes se puede prevenir la evolución hacia la dependencia.

En cualquier caso, ningún programa de deshabitación puede prescindir hoy en día del abordaje motivacional sean cuales fueren sus ingredientes. Hay que ayudar al paciente para que encuentre, refuerce y mantenga su motivación. La motivación es el motor del cambio. La motivación no puede prescribirse; pero el terapeuta puede ayudar a poner en marcha dicho motor aportando al paciente información que le ayude a desplazarse por los estadios del cambio²² desde la *precontemplación* (no pasa nada; nada debo cambiar) a la *contemplación* de sus riesgos o problemas y las vías de solución de los mismos. Puede ayudar a desencallarle cuando esté sumido en la ambivalencia ante la contemplación de los pros y los contras del cambio que se le sugiere. Puede ofrecerle alternativas para entrar en *acción* en pos del cambio. Puede reforzar positivamente su estabilidad. La motivación favorece la propia responsabilización en el proceso terapéutico, porque es al paciente – no a su familia o al médico– a quien le interesa dejar de beber; la motivación favorece por tanto el cumplimiento terapéutico y la retención en el programa, factores de buen pronóstico en cualquier programa de deshabitación. Los principios y espíritu de la entrevista motivacional²¹ deberían inspirar cualquier intervención destinada a facilitar un cambio de hábitos. El abordaje motivacional es esencial desde el principio y a lo largo de

todo el proceso terapéutico para mantener viva la motivación del paciente, con refuerzos positivos de sus logros, y evitar que se hunda en caso de una recaída.

En el modelo motivacional, el paciente deja de beber no sólo porque no puede (su hígado) o no debe (me lo ha prohibido el médico), sino porque no quiere (he decidido no beber; no me interesa la bebida). De una actitud pasiva («vengo a que me quiten el alcohol») pasa a otra activa («vengo a que me ayuden a dejar de beber»).

En el abordaje motivacional, el terapeuta no ordena; dialoga. Y le reconoce al enfermo su capacidad de decidir si deja o no de beber, así como de elegir entre las diversas opciones terapéuticas. No se alía con la familia a espaldas del enfermo; se alía con el paciente en colaboración con la familia.

Los “voluntarios forzosos” recaen hasta que no se convierten en “voluntarios auténticos”.

Entre los pacientes sometidos a terapias aversivas, quienes las aceptaban de buen grado solían obtener mejores resultados. Los pacientes enrocados en la denegación de su problema alcohólico acaban fracasando en cualquier modalidad de programa.

En los últimos años, numerosas revisiones y metaanálisis avalan la efectividad del enfoque motivacional, especialmente en el campo de la atención primaria²⁵; las intervenciones breves sobre bebedores de riesgo se consideran entre las 10 estrategias más efectivas para reducir el daño por alcohol^{26, 27, 28}.

La adición del enfoque motivacional a la tarea asistencial ha representado un importante avance no sólo en los resultados del tratamiento del alcoholismo, sino también en el cambio de concepción de nuestro rol profesional.

Más vale un paciente motivado que uno escarmentado. Mejor un terapeuta empático, que acompañe al paciente a encontrar sus motivos y estabilidad con él un compromiso terapéutico, que un terapeuta prescriptor autoritario cuyas órdenes sabotee el enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Jellinek, E.M. The disease concept of alcoholism. New Brunswick: Hillhouse Press, 1960.
- 2 Edwards G., Gross M.M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Br. Med. J. 1976; 1:1.058-1.061.
- 3 Edwards G et al. Alcohol-related disabilities. World Health Organ Offset publication n° 32. Geneva, 1977.
- 4 Edwards G., Arif A., Hodgson R. Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems: a WHO memorandum. Bul. World Health Organ 1981; 59: 225-242.
- 5 Edwards G. The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. Br. J. Addiction 1986; 81:171-183.
- 6 Santodomingo J. Historia de las adicciones y su abordaje en España. En: Torres M.A. (editor): Historia de las adicciones en la España contemporánea. (pp: 37-82).
- 7 Howard M.O., Elkins R.L., Rimmele C., Smith J.W. Chemical aversion treatment of alcohol dependence. Drug Alc. depen. 1991; 29: 107-143.
- 8 Elkins, R.L. Aversion therapy for alcoholism: chemical, electrical or verbal imaginary? Int. J. Addiction 1975; 10 (2):157-209.
- 9 Wilson G.T. Chemical aversion conditioning as a treatment for alcoholism: a re-analysis. Behav. Res. Ther. 1987; 25 (6): 503-516.
- 10 Elkins R.L. An appraisal of Chemicals aversion (emetic therapy) approaches to alcoholism treatment. Behav. Res. Ther. 1991; 29(5):387-413.
- 11 Lemere F; Voegtlin W.L. An evaluation of the aversion treatment, Q. Jl. Stud. Alc. 1950; 11: 199-204.
- 12 Bach Ll., Freixa F. Problemática del tratamiento psicosocial del enfermo alcohólico. En: Gasull MA (ed.): La enfermedad alcohólica. Fargraf de España S.A., Barcelona 1978 (pág. 273).

- 13 Sanderson R.E., Campbell D., Laverty S.G. An investigation of a new aversive conditioning treatment for alcoholism, *Quart J. Studies Alcohol* 1963; 24: 261-275.
- 14 Glatt, M.M. Aversion treatment for alcoholismo. *Br. Med. J.* 1962; 1: 407-408.
- 15 Tatu L., Bogousslavsky J., Moulin Th. et al. The "topillage" neurologits of World War I. Electric therapy to send hysterics back in the front. *Neurology* 2010; 75:279-283.
- 16 Smith J.W., Frawley P.J., Polissar N.L. Six-and twelve-month abstinence rates in inpatient alcoholics treated with either faradic aversion or chemical aversion compared with matched inpatients from a treatment registry. *J. Adddict Dis.* 1997; 16 (1): 5-24.
- 17 Cautela, J.R. Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychol. Rep.* 1966; 16: 33-41.
- 18 Mishai A., Damsa C., Allen B., Balydier B., Lazingnac C., Heinz A. Viewing videotape of themselves while experiencing delirium tremens could reduce the relapse rate in alcohol-dependent patients. *Addiction* 2007; 102 (2): 226-231.
- 19 Suh J.J., Pettinati H.M., Kampman K.M., O'Brien Ch.P. The status of disulfiram. A half century later. *J Clin Pharmacol* 2006; 26 (3): 290-302.
- 20 Fuller R.K., Branchey L., Brightwell D.R. Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration Corporative Study. *JAMA* 1986; 256: 1449-1455.
- 21 Miller W.R., Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing people to change* addictive behaviour. New York, Guilford Press.
- 22 Prochaska, J. & DiClemente, C. (1986). *Towards a comprehensive modelo of change.* En: Miller, W.R. & Heather, N. (eds): *Treating Addictive Behavirs: Processes of Change.* New York, Plenum Press.
- 23 Rodríguez-Martos Dauer A., Santamariña E., Escayola M., Martí J. Brief intervention in alcohol-positive traffic casualties: is it worth the effort? *Alcohol Alcohol* 2006; 41: 76-83.
- 24 Rodríguez-Martos A., Castellano Y., Salmeron J., Domingo G. *Simple Advice for Injured Hazardous Drinkers: An Implementation Study;* *Alcohol Alcohol* 2007;42 (5): 430-435.
- 25 Fleming, M.E., Barry, K.L., Manwell L.B., Johnson, K. & London, R. (1997) Brief physician advice for problem drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, 277: 1039-1045.
- 26 Bien T.H., Miller W.R., Tonigan J.S. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993; 88: 315-336.
- 27 Wilk Al.; Jensen NM.; Havighurst TC.: Meta-analysis of randomized control trials assessing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J. Gen. Int. Med.* 1997; 12: 274-283.
- 28 Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2003) *Alcohol, no ordinary commodity.* Oxford University Press.

Historia de los tratamientos del alcoholismo en la bibliografía española (1970-2011)

Propuestas del abordaje histórico del tratamiento del alcoholismo

TORRES HERNÁNDEZ, MIGUEL ÁNGEL

Psiquiatra
Expresidente de SOCIDROGALCOHOL

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del alcoholismo, de una forma sistematizada, a partir de los años 50, 60 y 70, tuvo uno de sus orígenes en Valencia, primero en el antiguo Manicomio de "Jesús" o el primitivo Padre Jofré, siguiendo con posterioridad en el Hospital Psiquiátrico Padre Jofré de Bétera. También se sientan las bases científicas de los criterios de alcoholismo, sus clasificaciones y conceptos básicos, entre ellos el de su abordaje en el trabajo de Santo-Domingo y Llopis en 1963¹. Báez (1974)² también propuso en su trabajo la necesidad de abordar el problema del alcoholismo dentro de las propuestas españolas y la escasez de doctrina existente en cuanto al abordaje del problema.

También otros autores, venían afirmando que el alcohólico debería ser tratado dentro del entramado del hospital general para obtener una mejor eficacia y abordar todos los aspectos como es el caso de Ayuso y Montejo³.

Freixa (1977)⁴ presentó una visión amplia sobre el abordaje del alcoholismo, a modo de resumen de todo lo que se debería hacer y que en aquellos tiempos fueron ya modelos a seguir como los que se han venido proponiendo a lo largo de este trabajo.

Un aspecto que debe ser considerado como una gran ayuda para alcoholismo es la determinación de la Unidad Básica de Bebida Estándar en España, propiciado por Socidrogalcohol y en el que colaboraron multitud de profesionales de diferentes puntos de España, el trabajo se presentó en el año 2000⁵.

En el año 2000, a través de la Red Europea de Tratamientos en Drogodependencias (ERIT), en la que Socidrogalcohol formaba parte, Paille y col.⁶ propusieron una estrategia de desintoxicación de los alcohólicos en tres etapas:

1. Diagnóstico: separando el abuso de la dependencia, ya que desde 1994, los síntomas físicos no son necesarios para el diagnóstico.
2. Toda dependencia manifiesta necesita una desintoxicación completa y prolongada, con toda una serie de proyectos de cambio de vida acordados con el paciente. No siempre son necesarios los medicamentos, y el uso de los mismos debe ser breve. Se debe establecer una excelente relación médico paciente y un apoyo psicoterapéutico individual y otras actividades psicoterapéuticas bien estructuradas.
3. Debe haber un seguimiento continuado, que nos garantizará una cura bio-psico-social.

Santo-Domingo (2002)⁷ menciona la situación del abordaje de los alcohólicos hasta los años 60 como un aspecto indiferenciado de la asistencia psiquiátrica general, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario, también a partir de esos años y los anteriores, aparecen los primeros grupos de profesionales relacionados con el PANAP, los dispensarios antialcohólicos, los primeros grupos de alcohólicos rehabilitados y diferentes concepciones de abordaje del alcoholismo, como puede ser una vía psiquiátrica, una vía médica y una vía más socializante, para ver también el cambio con respecto a los hospitales psiquiátricos y la transformación en unidades más específicas para el abordaje de dicha patología. Tenemos multitud de autores que empezaron planteamientos terapéuticos sobre el abordaje del alcoholismo, desde sus trastornos por intoxicación, abstinencia y deshabitación, hasta los problemas somáticos relacionados con la misma enfermedad, como es el caso de Cabaleiro Goas (1965)⁸.

Según Pascual (2004)⁹ La Psiquiatría empezó a tomarse interés en el tratamiento del alcoholismo en la última década del Siglo XVIII (Magnus Huss), aunque no fue hasta 1940 cuando se le dio consideración de enfermedad y con posibles respuestas médicas, definiéndose como Síndrome de dependencia del alcohol. Los tratamientos eran, en su principio de tipo represor o limitador y con tendencia a preservar el orden público. Quizás uno de los primeros intentos para ayudar a reprimir el deseo de beber fue el uso de cocaína, propugnado por Freud.

Para el tratamiento de la embriaguez se establecieron medidas como la inyección hipodérmica de amoniaco en dorso o epigastrio, una parte de amoniaco con 2 a 6 partes de agua, denominada inyección antialcohol.

Para la dependencia del alcohol se establecieron como dos tipos simultáneos de tratamiento, un esquema terapéutico buscando la abstinencia como una premisa moral de su hábito, tanto en manos de médicos como en asilos terapéuticos de larga duración y posteriormente las psicoterapias como método útil. Fue en el siglo XX cuando se empezaron

a ordenar las ideas médicas y sociales, aparición de grupos de autoayuda, con posterior intervención psicológica y la aparición de la farmacopea que ha venido utilizándose hasta los momentos actuales.

Según nuestra experiencia y que vivimos desde los años 70 en el Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías del Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera en Valencia establecimos una serie de criterios de actuación que nos sirvieron de guía para el abordaje del alcoholismo en nuestro ámbito de trabajo y más o menos era el siguiente:

1. EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- a. Desintoxicación: lo más antiguo, clometiazol, tetrabamato, benzodiacepinas. Tratamiento del delirium. Tratamiento de las deficiencias vitamínicas con la asociación de vitaminas del grupo B1, B6, B12, ácido fólico, es decir una restitución orgánica del paciente y preventiva de los déficits vitamínicos producidos por el alcohol
- b. Deshabitación y prevención de recaídas: enfoque aversivo (disulfiram, cianamida cálcica, apomorfinas, apomorfinas, corrientes farádicas) y enfoque preventivo actual (naltrexona, topiramato, acamprosato, disulfiram, cianamida). En opinión nuestra de otros autores como Soler y Guasch (2002)¹⁰ ha de realizarse un tratamiento farmacológico siempre, ya que se dispone de un arsenal terapéutico que administrado de forma prudente e individualizada para cada paciente tienen una gran eficacia y un amplio margen de seguridad.
- c. Casas de templanza, manicomios y hospitales psiquiátricos, Centros y programas ambulatorios y residenciales específicos.

2. EL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

- a. El abordaje psicoterapéutico.
- b. Las entrevistas psicoterapéuticas, psicoterapia de apoyo y estrategias motivacionales para el cambio, el psicoanálisis, el psicodrama.
- c. Tratamiento y prevención de la codependencia.

- d. El abordaje de comunidades terapéuticas y otros recursos sociales, primera información escrita que nos llegó de Herrera y col (1969)¹¹ y que podrían ser un sistema útil de tratamiento en pacientes crónicos, entre ellos los alcohólicos.

3. EL ABORDAJE SOCIAL

- a. Los grupos de discusión (desde las asociaciones de templanza, los AA hasta los alcohólicos rehabilitados)
- b. El trabajo con la familia.
- c. La reinserción socio-laboral

Según los criterios de López Briz¹² utilizando la Medicina Basada en la Evidencia, realizó un estudio de las diferentes toxicomanías encontrando en el abordaje de la dependencia y el abuso de alcohol los siguientes aspectos a llevar a cabo:

Intervenciones farmacológicas.

Anticonvulsivos para la privación de alcohol.

Benzodicepinas para la privación de alcohol.

Antagonistas de los opiáceos para la dependencia del alcohol.

Analgesia con óxido nítrico para los estados de privación alcohólica.

Prevención primaria para el abuso de alcohol en jóvenes.

Intervenciones psicosociales como los 12 pasos de AA y otras asociaciones para la dependencia del alcohol y Efectividad de intervenciones breves acerca del alcohol en atención primaria, COMO FUE EL CASO DE Suárez Ramos (1969)¹³.

A pesar de todos estos aspectos, y revisando multitud de bibliografía, llegó a considerar los siguientes aspectos de acuerdo en la MBE (Medicina Basada en la Evidencia):

La vitamina B1 es recomendable para prevenir y tratar la encefalopatía de Wernicke.

Para la promoción y mantenimiento de la abstinencia alcohólica se recomiendan disuasivos como el disulfiram, especialmente en pacientes supervisados.

El acamprosato es otro de los promotores de la abstinencia alcohólica desde 1985, también para prevenir recaídas, incremento de la adhesión a tratamiento y disminuir el deseo de consumo de alcohol "craving". Aunque recientemente se ha puesto en duda el papel del acamprosato, prefiriendo la naltrexona con o sin intervención conductual, como preeminente en dichos aspectos, aunque todo está por aclarar con nuevos estudios.

También la naltrexona, introducida en 2004, tiene los mismos fines, además de coadyuvar a las medidas de intervención psicosocial.

García-Estrada y García (1985)¹⁴ hicieron una revisión de los últimos 10 años acerca del tratamiento del alcoholismo, con las siguientes consideraciones: la duración de los programas de tratamiento en régimen de hospitalización no tienen influencia alguna sobre los resultados a largo plazo, existe una proporción de pacientes que pueden continuar bebiendo de una forma controlada y destacaron que no había evidencia de que ningún tipo de tratamiento era globalmente más efectivo que otro; todas estas conclusiones eran basadas en estudios extranjeros, aunque en el algún estudio español como el de Bedate y col (1978)¹⁵ que al mes, tres meses y seis meses tras el alta, los pacientes que seguían tratamiento ambulatorio tenían más probabilidades de permanecer abstinentes.

En 1990, se publicó un artículo de Nunes-Dinis y Lowe¹⁶ sobre las actuaciones en España y Portugal sobre los problemas derivados del alcohol y entre los programas de tratamiento empleados y considerados útiles, refieren que en España se apostaba por las residencias psiquiátricas, las asociaciones y las unidades para el alcoholismo, entre las asociaciones mencionan los AA y los alcohólicos rehabilitados.

Santo-Domingo (2002)¹⁷ en su trabajo de revisión de la evolución del tratamiento del alcoholismo en España destaca algunos momentos importantes en la evolución del mismo de los últimos 50 años, es decir: los dispensarios antialcohólicos del PANAP, la labor de la Comisión Interministerial para el Alcoholismo y las Dependencias del año 75, nacimiento de algunas sociedades científicas, las asociaciones

de ex enfermos, posteriormente el desarrollo autonómico y sus acciones frente al alcoholismo y la evolución del abordaje del alcoholismo hasta el momento actual, en que se insiste en que el abordaje del alcoholismo debe realizarse de una forma multidisciplinaria desde la medicina interna a la psicología y psiquiatría y aspectos sociales, Ávila y col. (2006)¹⁸.

Siguiendo los criterios de la época, se describieron una serie de etapas en el tratamiento del alcoholismo: primero la etapa de la desintoxicación, es decir la eliminación del tóxico en el paciente, posteriormente o casi simultánea, la fase de deshabitación con psicoterapias individuales y grupales o más específicas, incluyendo las históricas pautas de aversión con diversos métodos, junto con las actividades dentro de los que sería una sala de hospital: la asamblea de pacientes y los talleres ocupacionales y las actividades de laborterapia.

Al mismo tiempo se valoró, en aquellos momentos, la actividad extrahospitalaria como instrumento fundamental en la actividad terapéutica en la que todos los procesos se podían desarrollar en el domicilio del paciente, contando con toda una serie de actividades asistenciales, tanto públicas como de organizaciones de voluntariado que supusieron toda una serie de instrumentos terapéuticos de larga historia y que también han venido siendo un instrumento terapéutico básico.

También Santodomingo en 2004¹⁹ estima que la existencia de políticas asistenciales para los problemas de alcoholismo y otras adicciones, se inicia en el siglo XIX en países anglosajones con creación de establecimientos de internamiento y tratamiento de ebrios, en España la preocupación por la asistencia a los alcohólicos se inicia en el Siglo XX, especialmente a partir de los años 30, a través de la Liga Española de Higiene Mental y la Asociación de Neuropsiquiatras que culminó en la organización del Consejo Superior Psiquiátrico en 1931, la Ley de Hospitalización Psiquiátrica y el Proyecto Piloto de Dispensarios de Higiene mental y Toxicomanías y que se detuvo hasta el final de la Guerra Civil, no retornando a tener un funcionamiento hasta 1955 que inició su andadura el Patronato Nacional de Asisten-

cia Psiquiátrica, que culminó en 1960 con la creación del primer dispensario Antialcohólico piloto en Madrid, con la creación posterior de una red de Dispensarios en otras provincias. Todo este funcionamiento, el interés que despertaron, hicieron que se creara una Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas del alcoholismo y estupefacientes que en 1975 planteó una serie de intervenciones integradas y que constituyó la base del Plan Nacional sobre Drogas que dejó de lado por completo la atención a los problemas del alcoholismo, aunque con el tiempo se han venido resolviendo dichas diferencias, sobre todo a través de los planes autonómicos de drogodependencias en que el alcoholismo ha sido integrado como un problema más dentro de las actividades de los recursos asistenciales.

Hemos estado hablando de la actividad profesionalizada, también la participación de voluntariado y organizaciones de ex alcohólicos, tanto de orientación con los 12 pasos de AA y las asociaciones de ex alcohólicos o alcohólicos rehabilitados de más reciente creación que estos.

También se podría mencionar la actividad preventiva tanto a nivel comunitario, como escolar, social, etc.

El abordaje del alcoholismo se ha venido haciendo de un modo variado, no único ni simplificador²⁰.

Según Pascual, 2000²¹ hace referencias a diversos tratamientos según momentos históricos:

- 1885, intento de suprimir los deseos de beber con cocaína, con la consiguiente aparición de bebidas alcohólicas con cocaína.

Otro planteamiento fue el trabajo de Gual (2002)²² sobre las terapias motivacionales para superar los antiguos modelos de intervención, combinando con los abordajes farmacológicos, buscando el proceso de cambio en los pacientes, a través de la confrontación interna de los pacientes de su implicación en el abordaje de su patología. El autor menciona algunos modelos de intervención como el de Siegler (1982)²³ en el que se plantea la siguiente clasificación:

Tratamientos para la embriaguez (1885-1912)

- Inyección de amoníaco, como efecto anapléptico para los comas y las embriagueces profundas.
- Utilización de eméticos como la apomorфина, lavados gástricos, vejiga de hielo en la cabeza y lavativas estimulantes con agua y vinagre.
- Sangrías locales en los casos graves, con ventosas secas o sinapismos en la nuca, inyección de excitantes, café concentrado, licor de amoníaco cáustico, alcanfor, éter y otros semejantes.
- Si se prolonga el aturdimiento, eran aconsejables las irrigaciones frías en la cabeza, cuidando el catarro agudo o colitis en el estómago.
- Inyección antialcohol de Portugalof (1889), siendo esta un tratamiento aversivo-revulsivo, sin una explicación clara.
- En 1912 Rositer define alcoholismo como el cuadro que se debe a una estar bajo los efectos del licor, y que tiende a la somnolencia y prefiere dormir. Si se despierta el tratamiento recomendado es el siguiente: lavado de estómago, pulverización fría o de inmersión con frotamiento vigoroso, lo que hace que se vuelvan sobrios.
- Ferrer en 1973²⁴ propuso toda una serie de pautas de abordaje hospitalario y de los cuadros clínicos de alcoholismo, dejando una serie de anotaciones importantes para los profesionales, en los que se mencionan todos los tratamientos posibles de dichos problemas. Lo mismo que Freixa (1973)²⁵ que describe el modelo en el cual se han basado muchos de los clínicos para el abordaje del problema alcohólico, tanto en sus medios, como en sus tratamientos farmacológicos psicoterapéuticos, etc.

Tratamiento del alcoholismo crónico

Finales del XIX, se establecen las siguientes premisas básicas para el tratamiento del alcoholismo:

1. Tratamiento consistente en la abstinencia total, además de tratamiento moral o moralizante.
2. Se establecen pautas según los tipos y gravedad:
 - a. Acción moral simple con terapéutica médica asociada a tareas laborales "medicina y trabajo".
 - b. Ingresos en asilos especiales, entre 6-8 meses
 - c. En casos más graves régimen de internamiento en asilos, con castigos e ingresos superiores a un año.
 - d. En todas se indicaban medidas de reinserción, conexión del asilo con asociaciones de templanza, con gran carácter moralizador y de caridad.

En España, la tradición se basaba fundamentalmente en el tratamiento moralizante por carencia de asilos, sin otros medios terapéuticos.
3. Pauta terapéutica:
 - a. Privación de la bebida como objetivo principal, a ser posible gradualmente para evitar colapsos.
 - b. Se realizaban tratamientos sintomáticos al uso de los problemas asociados, evitando dietas severas para evitar colapsos, dando una pequeña cantidad de bebida alcohólica –cerveza o vino, evitando sangrías al paciente.
 - c. Para el delirium tremens propugnaban dos métodos:
 - Mantener permanentemente a la expectativa vigilando constantemente al paciente, con una alimentación digerible, no escasa, tratando los trastornos gástricos y las demás complicaciones con medicamentos apropiados, combatiendo la excitación con baños templados.
 - Utilización de un método curativo activo: provocar el sueño con hidrato de cloral o el opio, el hidrato de cloral si el corazón estaba sano según Mendel, administrado de una sola vez con 4 a 6 gramos. El opio se empleaba en los que no tenían una función cardíaca normal,

o a los que el hidrato de cloral no les hacía efecto en forma de opio puro en forma de tintura en forma de enemas, morfina a dosis de 15 miligramos cada 3 horas, o el extracto acuoso de opio hipodérmico empezando por 3 centigramos por dosis, aumentando cada 3 horas hasta que se durmiese.

- Otro tercer tratamiento era el uso de acetato de zinc a la dosis de 4 ó 6 gramos por 180 de agua.

d. Sostener en lo posible las fuerzas del enfermo por medio de un régimen alimenticio nutritivo y el uso de pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas, evitando en lo posible la posibilidad de lesionarse, sin impedir sus movimientos. A excepción de los delirios furiosos, que entonces requerían las irrigaciones frías en baño templado y frotaciones.

4. Suero antialcohólico:

Iniciado en 1986, aplicando sueroterapia en alcoholismo. Administraron dosis de alcohol elevadas, tratando de obtener una respuesta del organismo y creer que se provocaba una secreción de productos capaces de oponerse a la actuación del tóxico. Se ensayó con perros, viendo que no eran en absoluto eficaces.

Tratamiento del delirium Tremens y algunas otras complicaciones del alcoholismo

En 1967 Coderni de Saus y Ferrer²⁶ determinaron una serie de pautas de intervención en el delirium tremens tanto el medio, como los fármacos a emplear y los métodos, que serían uno de los primeros artículos en dichos años.

García y col. (1971)²⁷ establecieron criterios sobre el diagnóstico del delirium junto al diagnóstico diferencial con otros cuadros clínicos y mostraron el nivel de eficacia del clometiazol como medicamento para resolver la sintomatología del mismo y la reducción de las complicaciones.

Tratamiento del alcoholismo

En 1912 se define el alcoholismo crónico como estado de enfermar causado por el uso continuo de bebidas alcohólicas.

Únicos remedios el cambio de corazón y cuerpo, cuidados en su régimen, evitar tentaciones, como intervención psicológica y orgánica, lo que hoy llamaríamos *deshabitación*. Se propugnaba ingresar al paciente en instituciones de templanza, con autoridad, negando cualquier consumo de alcohol, alimentación adecuada, adquisición de habilidades de autocontrol, suprimiendo carnes y estimulantes.

Tras la supresión de alcohol en unos días, se administraba el baño galvánico neutro varias veces al día, y administrar calor y frío simultáneamente sobre el corazón, en la espina dorsal y lavativas calientes.

Frotamiento fresco con la mano mojada durante unos días, luego fricciones frías, envolviendo al paciente con una sábana mojada, fricción con sal, pulverizaciones y electricidad estática y farádica.

Siempre terminaba el tratamiento con el enfoque moralizante *"La oración, junto con el hacerse cargo completo de su vicio habitual, logrará su victoria"*.

Psicoterapia

En 1918 se publica el manual de psicoterapia de Thomas, con un capítulo sobre el tratamiento de las intoxicaciones, además de describir en tratamiento psicoterapéutico del alcoholismo y las otras toxicomanías.

La lucha antialcohólica

Se inicia con las primeras sociedades de templanza. Los movimientos antialcohólicos han tratado de reducir la incidencia y prevalencia del alcoholismo, impidiendo sus consecuencias sociales, ofreciendo soluciones al alcohólico y su entorno.

A mitad del Siglo XIX, se establecieron las primeras medidas prohibitivas, entre ellas, la "Ley Seca" en USA 1920, que fue abolida años más tarde.

La lucha antialcohólica empezó a tropezar con los intereses económicos de los fabricantes de alcohol que no conviene destruir.

En aquella época se empiezan a plantear las medidas como la de evitar las prohibiciones

sobre el alcohol, conviniendo que se deberían establecer medidas por medio de la razón, es decir, educando a la gente, haciendo ver a la población los riesgos de semejante consumo.

El modelo moderno de la asistencia

Sociedades de Templanza 1861 desde USA y países escandinavos. Iniciadas por mujeres víctimas de los excesos de sus compañeros, con soporte ocasional de movimientos religiosos.

Estas sociedades impulsaron la creación de los Asilos para alcohólicos, en el siglo XIX.

En 1833 Liga contra el alcoholismo en Francia, apoyo con amigos y soporte, reuniones semanales con el paciente, familia y amigos.

Principios del siglo XX aparecen los grupos de autoayuda como grupos de fraternidad y amistad.

1910, aparición de la Cruz de Oro en Francia, que requería abstinencia y militancia contra el alcoholismo de sus participantes.

En 1935 Bill y Bob en USA fundaron Alcohólicos Anónimos AA, con la filosofía de que a un alcohólico solo lo podía ayudar otro alcohólico, creando dos documentos fundamentales "los doce pasos" y las "doce tradiciones", con base espiritualista para mantener la abstinencia.

Jellinek en 1951, definía el alcoholismo como enfermedad, tras análisis pormenorizados del comportamiento del alcohólico, que presentaban una toxicomanía alcohólica o alcoholosis.

La APA americana en 1952, en el DSM-I incluía los criterios diagnósticos de alcoholismo (enfermo alcohólico) empezándose a desarrollar la Alcohología como una ciencia.

En 1960, Jellinek definió el alcoholismo, sistematizando los diferentes tipos de alcoholismo, su enfoque terapéutico, a partir del concepto dependencia del alcohol.

En España, como respuesta a la falta de atención al alcoholismo por parte de la administración, se creó un modelo de Asociaciones de alcohólicos Rehabilitados, como grupos de autoayuda, con la participación, muchas veces

voluntaria de profesionales: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, etc.

La OMS, siguiendo los criterios de Jellinek y otros profesionales definió el concepto de alcoholismo, como un desequilibrio de las esferas biológicas, psicológicas y sociales del individuo por causa del alcohol.

Santo-Domingo y Llopis en 1962²⁸ hacen una primera valoración de la eficacia y resultados de los dispensarios antialcohólicos, en España definió la dependencia del alcohol como un estado patológico morboso en la cual la persona al perder grados de libertad en su conducta, queda alterada en sus capacidades adaptativas en todos los niveles de su funcionamiento, corporal, psicológico y social.

También Alonso-Fernández (1966)²⁹ estableció las bases etiopatogénicas para el tratamiento del alcoholismo, de modo que, estableciendo las causas de sus problemas se podría abordar mejor al paciente.

Se define al alcohol como una droga psicotrópica, según criterios de la OMS 1975, con afinidad y efectos específicos sobre el SNC, capaz de producir alteraciones del comportamiento, efectos físicos y dependencia psicológica y física.

En España se crean los dispensarios Antialcohólicos dentro del Plan Nacional de Asistencia Psiquiátrica. En Valencia se crean Unidades específicas de tratamiento del alcoholismo y las otras toxicomanías, que tienen su momento en 1970-73 con la creación en el Hospital Psiquiátrico Padre Jofré de Bétera el Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías, con un modelo integral de asistencia médica, psicológica, social, etc. al paciente alcohólico dentro de un programa con programa de desintoxicación, deshabitación, programas psicoterapéuticos y posterior reinserción en contacto con los grupos y asociaciones de alcohólicos rehabilitados.

En dichos lugares como el mencionado Servicio de Alcoholismo, se empezaron a utilizar fármacos de diversa índole para los síndromes de abstinencia y su prevención: el diazepam, el meprobamato, el Clometiazol, la vitaminoterapia, los programas de tipo aversivo

con apomorfina, el uso de corrientes galvanofarádicas, los grupos de psicoterapia tanto grupal como individual, la laborterapia y las salidas programadas para detectar la evolución de los pacientes, así como intervención sobre familias y su posterior remisión a los grupos de alcohólicos rehabilitados.

Rodríguez-Martos y Vecino (1985)³⁰ hicieron un estudio sobre pacientes ingresados y no ingresados, para valorar la eficacia de los mismos, concluyendo que le régimen ambulatorio favorecía la concienciación y participación más auténtica del enfermo, perfilando mejores resultados y, sin duda, económicamente más rentables.

Hay que decir que solo a finales de los 70 e inicio de los 80 es cuando se empiezan a asumir los costes del tratamiento del alcoholismo por la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud.

En 2004, Gual y Colom³¹ Hace una aportación sobre la estructuración de la asistencia al alcoholismo dependiendo de la intensidad y gravedad del problema, implicando desde la Atención Primaria de Salud hasta la Atención especializada, la formación de los médicos de la primaria para ser los primeros eslabones de una cadena en la que se afrontaría el problema desde los primeros síntomas, las primeras manifestaciones y la aparición de indicios de un abuso hasta los problemas más graves que serían atendidos en los recursos especializados de asistencia al alcoholismo.

Quizás una de las propuestas más extendidas en los momentos actuales es la de plantearnos la seguridad y eficacia de las desintoxicaciones ambulatorios de los enfermos alcohólicos como proponen Mosquera y col. (2005)³² que en una revisión retrospectiva de 100 desintoxicaciones ambulatorias, valorando toda una serie de variables, entre ellas la de la abstinencia con clometiazol, benzodiacepinas, tetrabamato, etc. Valoraron que hubo muy pocos casos que requirieron ingreso hospitalario, y en los otros hubo muy pocos síntomas severos con poca sintomatología de abstinencia, valorando que la desintoxicación ambulatoria es un proceso seguro para el tratamiento de dichos pacientes.

Técnicas y métodos de tratamiento del alcoholismo

Desde sus inicios el alcoholismo se ha visto siempre como un problema de abordaje completo o sistémico de la persona enferma, por lo que desde hace muchos años, el abordaje se ha planteado de una forma integral, es decir, intervención multidisciplinar del mismo, de forma que todo profesional que intervenga debe buscar los mismos fines y actuar de una forma complementaria y suplementaria con el resto de los intervinientes en el proceso (equipo terapéutico y otras especialidades y recursos terapéuticos y sociosanitarios).

Entendemos que el proceso debe iniciarse con un primer proceso de desintoxicación, abordaje médico y de su patología orgánica, es decir, necesitamos al paciente sobrio y protegido para poder abordarle en todas las direcciones, para después iniciar todo un proceso de abordaje psicoterapéutico, social, familiar, laboral, de reinserción que nos permita llegar al buen fin perseguido, como sostenía Amor Villalpando en 1961³³, con algunas consideraciones sobre el alcoholismo y su tratamiento actual, con el objetivo de formar a los médicos militares en el abordaje médico del mismo.

Desde finales de los 60 y principios de los 70, entendimos que el abordaje debía hacerse en unos recursos especiales para alcohólicos y/o drogodependientes, independientemente de la dependencia administrativa y social del recurso, iniciándose los primeros balbuceos en centros dependientes de la Administración.

El abordaje y tratamiento del paciente alcohólico como tradicionalmente hemos venido comprobando requiere diversos enfoques y medios:

- **Abordaje ambulatorio:** atención al paciente y sus familias, abordaje médico (desintoxicación, estudio psicopatológico, deshabitación, abordaje psicológico y social). Tratamientos de la intoxicación aguda, así como el de la intoxicación crónica.
- No debemos olvidar lo que en estos tiempos está realizando la Atención Primaria de Salud, con las intervenciones y detección precoz de los alcohólicos, lo que contribuye

a que mejore el pronóstico de dichos enfermos bebedores excesivos regulares y los dependientes del alcohol y que cuanto más precoz sea la intervención por el método de Intervenciones Breves en Atención Primaria pueden resultar eficaces en la reducción del consumo (Sevillano y Aragón, 2000)³⁴.

- **Tratamiento de la psicopatología asociada.**

- Encefalopatías.
- Colaboración con grupos de autoayuda, Reinserción laboral y social.
- **Abordaje Hospitalario:** desintoxicación, revisiones clínicas, abordaje psicopatológico, psiquiátrico, social, etc. En un medio no contaminado con alcohol y con posibilidades de planteamientos seguros frente a la abstinencia, inicio de terapias grupales, individuales, laborales, ocupacionales, etc.

El tratamiento hospitalario en hospitales generales ha venido siendo propuesto por muchos autores españoles, como el medio más apropiado para su realización, a pesar de que muchos médicos e incluso hospitales generales tenía un especial rechazo para el mismo como entidad, entre muchos de esos autores tenemos los trabajos de Batlle y col (1984)³⁵.

Santo-Domingo y col. (1985)³⁶ publicaron un trabajo sobre diversos abordajes de alcoholismo en hospital general, por complicaciones médicas derivadas de las ingestas de alcohol, con un abordaje con los siguientes objetivos: 1) Tratamiento de la privación alcohólica y sedación con benzodiacepinas (diazepam, clordiacepóxido, clorazepato dipotásico), clormetiazol, Tiapride o tetrabamato. 2) Inicio del tratamiento de deshabitación con análisis de las causas de la ingesta y tratamiento de las mismas a través de una psicoterapia individual o grupal. 3) Conexión con los servicios comunitarios de tratamiento del alcoholismo para su rehabilitación. El éxito de dichos programas de intervención en Hospital General tuvo que ver con una serie de aspectos: adecuada colaboración de los servicios médicos para una desintoxicación eficaz, lecturas informativas y educativas, terapia recreativa y de grupo, consejo individual, in-

cremento de habilidades, manejo del estrés y entrenamiento en asertividad, terapia familiar, encuentro con asociaciones de ex alcohólicos, ayudas sociales, remisión a unidades ambulatorias de tratamiento.

En 1988, Chinchilla y col.³⁷ mostraron un aspecto importante que era el de la favorable evolución de los alcohólicos tratados en una unidad de psiquiatría dentro de un hospital general y sus ventajas. Que posteriormente evaluaron en diferentes hospitales Conde y col en 1990³⁸ en un estudio de 1300 pacientes en dos hospitales uno de Valladolid y otro de Madrid, con departamento de psiquiatría y alcohólicos ingresados, lo que permitió conocer unos resultados muy amplios sobre la eficacia de dichos tratamientos, además, los autores (conde y col. 1990³⁹ y 1991⁴⁰), también estudiaron las posibles diferencias, ventajas e inconvenientes entre el ingreso y los tratamientos ambulatorios de los pacientes alcohólicos Ariño y col. (1992)⁴¹, Ávila y col (1994)⁴² publicaron sus resultados sobre la conveniencia y las ventajas del mantenimiento de estas unidades de tratamiento del alcoholismo en el hospital general con unos excelentes resultados.

Hospital de día

Es otro de los instrumentos que se consideraron como útiles y eficaces para los alcohólicos en una forma ambulatoria especial cuya primera referencia la encontramos en el trabajo Hernanz y Ariño en 1991⁴³ con las siguientes actividades asistenciales: ocupacionales como ludoterapia, socioterapia, labor-terapia, deportivas y culturales supervisadas por el terapeuta ocupacional. Psicoterapias específicas individuales, grupales y familiares. Intervenciones sociales como trámites sociales, apoyo a las familias, relaciones laborales y servicios sociales de la zona. Todo este programa de intervención era similar al que se realizaba en algunos centros específicos de alcoholismo hospitalarios, pero ya en el medio social y entorno próximo al paciente.

Abordaje en centros residenciales de larga estancia: centros de enfoque psicoterapéutico continuado y de técnicas de re-

inserción social, para lograr que el paciente reoriente su vida en un medio ausente de alcohol, y con planteamientos de resolución de toda una serie de conflictos. Un ejemplo de modelo, podría ser el de los tratamientos en pisos terapéuticos como un modelo integrador descrito por Cañuelo y col. (2001)⁴⁴.

Medios y técnicas empleadas a lo largo de estos años de referencia

Medicamentos para reducir la ansiedad y los síntomas típicos de la abstinencia: desde la antigüedad se venían utilizando ansiolíticos y otros medicamentos como los neurolepticos, otros como los sedantes mayores tipo barbitúricos, también los sedantes de otras características como los meprobamatos, los ansiolíticos benzodiazepínicos, los hipnóticos, los derivados del sulpiride como el Tiapride, también los derivados de la vitamina B1 como el distraneurine, fundamentalmente.

Otros medicamentos y soportes vitamínicos fueron los derivados del complejo vitamínico B, protectores hepáticos, gastroprotectores y la reposición de líquidos y electrolitos en alcohólicos con gran deterioro.

Vilalta (1987)⁴⁵ proponía en su estudio comparativo entre dos grupos uno con psicopatología y otro sin psicopatología, utilizando como instrumentos de desintoxicación clorazepato dipotásico, tiamina, piridoxina, cianocobalamina, mientras que a los pacientes con psicopatología asociada, se les administraban antidepresivos tricíclicos, neurolepticos, benzodiazepinas y otros con desensibilización sistemática, a estos no se les añadieron interdictores, mientras que a los que no presentaba psicopatología si se le añadieron, junto con terapia grupal. El autor observó que los que presentaban psicopatología asociada hicieron más abandonos del programa y más recaídas, mientras que los otros se mantuvieron más tiempo abstinentes y con menos recaídas. Este trabajo de su autor se prolongó a lo largo de otro año, publicando una segunda parte (Vilalta, 1988)⁴⁶.

-Tiapride

Medicamento de la familia de las benzamidas, investigado dentro de las terapias neurolepticas,

introducido en España en los años 70, utilizado fundamentalmente para reducir la ansiedad y la intensidad del síndrome de privación alcohólico, y también como ansiolítico.

Ruiz y col. (1981)⁴⁷ encontraron en el tiapride una nueva arma terapéutica para los alcohólicos, con buenos resultados.

Ramos y col. (1982)⁴⁸ en Salamanca utilizaron el Tiapride como tratamiento para la desintoxicación de los enfermos alcohólicos con resultados de reducción de la ansiedad y evitación del síndrome de abstinencia.

Torres y Fernández (1984)⁴⁹ realizaron un estudio comparativo entre Tiapride, clometiazol y meprobamato en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica y su prevención en el Hospital Psiquiátrico de Bétera. Los pacientes se distribuyeron al azar a uno u otro tratamiento, solamente excluyeron los cuadros de delirium o predelirium. Determinaron que el Tiapride solo mejoraba muchos síntomas en la abstinencia alcohólica, pudiendo llevar una vida sin complicaciones, no provocaba síntomas de privación, con escasos efectos secundarios, por lo que se consideró un fármaco útil y aplicable en pacientes alcohólicos.

Un estudio comparativo entre tetrabamato y tiapride se realizó en Madrid por Santodomingo y col (1985)⁵⁰ con resultados favorables al tiapride por razones diversas, entre ellas, la ausencia de adicción al tiapride, un uso más breve y ausencia de efectos secundarios, no por ello, el trabajo resultó ser negativo sobre el tetrabamato (Sevrium) que demostró también su eficacia en el síndrome de abstinencia alcohólico.

San (1986) en un artículo sobre el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólico propuso toda una serie de medicaciones, entre las que figuraba el Tiapride.

Ruiz (1987)⁵¹, también utilizó el tiapride en paciente con síndromes leves de privación alcohólica, con resultados esperanzadores, y verdaderamente positivos, frente a los síntomas leves de privación.

También se empleó el tiapride como una parte de los tratamiento en alcohólicos de Alcoy

(Cortés, 1989)⁵², introduciendo como uno de los instrumentos de tratamiento, el tiapride.

Casariago y col (1992)⁵³ hicieron un estudio sobre la eficacia del tiapride frente a la carbamazepina en síndrome de abstinencia alcohólico, viendo que el síntoma ansiedad así como la inquietud y agitación era mayor en el grupo carbamazepina; la duración de las náuseas y vómitos era mayor en el grupo de los que utilizaron tiapride, y el resto de los síntomas no fueron significativos en sus diferencias frente a los dos medicamentos.

Gual y col, 2002⁵⁴ emplearon el tiapride en procesos largos de deshabitación, viendo que el tiapride por sus diferentes acciones contribuía a mantener muy bien la abstinencia del alcohol.

También en 2002 Balcells y Gual⁵⁵ hicieron una revisión de los tratamientos hasta la fecha viendo las posibilidades del propio tiapride como un instrumento útil y eficaz en el tratamiento de deshabitación alcohólica.

Valdés (2003)⁵⁶ estableció que la desintoxicación alcohólica con tiapride era mucho más liviana, con menos riesgos y una facilidad de uso y pronta retirada superior a otros tratamientos.

-Tetrabamato (Sevrium)

El tetrabamato era una molécula derivada de los meprobamatos, con una acción sedante y ansiolítica, muy útil en su momento en el tratamiento de los síndromes de abstinencia alcohólica, así como su prevención.

Ramos y col (1982)⁵⁷.

Hemos ido encontrando referencias en la bibliografía española para dicha utilidad en 1983 Rodríguez-Martos y col.⁵⁸ Que compararon con clometiazol los resultados y vieron que ambos medicamentos eran de una gran utilidad cada uno en su especie en el tratamiento de la abstinencia y deshabitación alcohólica, en medio hospitalario.

Pérez Martorell, 1984⁵⁹ y su colaborador, encontraron los mismos resultados en Alicante, con un buen resultado para el tetrabamato.

Soler Insa y San en 1985⁶⁰ hicieron un ensayo con el tetrabamato, viendo su utilidad redu-

ciendo la ansiedad y los problemas que se plateaban en los alcohólicos en abstinencia y su utilidad.

También los médicos de familia emplearon el tetrabamato en la desintoxicación ambulatoria alcohólica, revisando los diversos tratamientos por parte de Fernández Ferrer en 1985⁶¹ para dichos profesionales, de manera que se implicaran más en los tratamientos ambulatorios.

Lligoña y col (1998)⁶², mencionan en su estudio sobre las benzodiazepinas el uso de esta sustancia para la desintoxicación alcohólica, también preferida por los europeos junto al Clometiazol, mientras que las benzodiazepinas son preferidas por los estadounidenses.

El uso de dicho medicamento ya fue comparado por Santodomingo y col en 1985 en el Hospital La Paz, frente al tiapride.

Soler y Guasch (2002), fue un medicamento muy indicado para tratamientos ambulatorios o SAA leves o moderados, con menor capacidad adictiva, y menor vigilancia, se utilizaba entre 6-12 comprimidos en pauta de reducción, dependiendo de la sintomatología que presentara el paciente, siempre por vía oral, pero con cuidado en pacientes con función hepática alterada por ser un derivado de Carbamato-fenobarbital.

Tras unos cuantos años, volvió a estudiarse el tetrabamato como un medicamento útil en la desintoxicación alcohólica por Mosquera y col (2005)⁶³.

-Clometiazol (Distraneurine)

Medicamento ansiolítico, hipnótico, inductor del sueño, medicamento que surgió a finales de los 60 y que dio un vuelco a los tratamientos de los síndromes de abstinencia y también a las curas de desintoxicación.

Ya hay trabajos de inicio de los años 70 como el de López Zanón y col. 1970⁶⁴ en el que mencionan fundamentalmente una de las facetas de la utilidad de dicho medicamento en el tratamiento de cuadros agudos como el delirium tremens y los buenos resultados que proporcionaba dicho medicamento, tanto en su forma oral como endovenoso.

García y col. (1971)⁶⁵, también publicaron un trabajo sobre el clometiazol y su utilidad en el delirium tremens.

En 1972, Martínez Díaz⁶⁶. Estudió el delirium tremens como patología orgánica y médica sugiriendo abordajes tanto de tipo médico como ansiolítico y recuperación del tono vital mencionando el clometiazol como un instrumento de ayuda al mismo.

También Ayuso y Montejo (1977)⁶⁷ ya utilizaron dicho medicamento para la sedación en el delirium tremens, junto con carbamacepina Rodríguez-Martos y col. (1983), así como Soler Insa y San Molina (1985) Poner número de referencia al final del trabajo ya que se ha mencionado en el apartado tetrabamato) ya hicieron estudios comparativos entre tetrabamato y clometiazol, valorando la positividad y complementariedad de dichos tratamientos.

También en 1985 Fernández Ferrer⁶⁸ estudió en el medio de la Atención Primaria, considerando al clometiazol como un instrumento importante en la desintoxicación alcohólica.

En 1986 San Molina⁶⁹ describió todos los fármacos empleados en el tratamiento del alcoholismo, además de explicar sus funciones farmacológicas y sus mecanismos de acción, así como los fundamentos farmacológicos de los mismos, entre ellos el clometiazol y las benzodiazepinas, para el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólico, además de que estableció en su trabajo unas pautas de desintoxicación con Clometiazol, dependiendo del grado de intensidad del síndrome de abstinencia alcohólico.

Farfán y col. (1997)⁷⁰ en un estudio sobre el abordaje del síndrome de abstinencia alcohólica, valoraron los diferentes tratamientos, utilizando en un porcentaje medio de los casos el Clometiazol, advirtiendo de sus riesgos por vía intravenosa. También el uso de Benzodiazepinas de acción larga en un 84% de sus pacientes.

Otros autores demostraron su eficacia en el tratamiento de los alcohólicos con problemas bronquiales crónicos, Haro y col. 1998⁷¹.

También hacen mención al Clometiazol como coadyuvante en la abstinencia alcohólica el Clometiazol por Lligoña y col. (1998).

Según Bobes y col. (1998)⁷². Los medicamentos de elección en la prevención del síndrome de abstinencia alcohólica son el clometiazol y las benzodiazepinas, que podrían asociarse a neurolépticos si se dan dosis bajas de estos.

En 2001 Mosquera y col.⁷³ Realizaron un estudio de evaluación sobre la desintoxicación ambulatoria de pacientes alcohólicos empleando el clometiazol, observando que de los pacientes tratados, unos pocos presentaron sintomatología leve de abstinencia, no presentando sintomatología grave, siendo la desintoxicación ambulatoria una opción segura en la inmensa mayoría de los alcohólicos, pudiendo hacerse en Atención Primaria en colaboración con la Unidad de Alcoholismo.

Soler y Guasch (2002) consideraban que el clometiazol era el medicamento más utilizado en España para el tratamiento del SAA, como fracción diazólica de la vitamina B1, y en sus formas oral y parenteral, su inicio fue en 1957 para el delirium tremens, y posteriormente utilizado para los síndromes de abstinencia moderados, a partir de 1965 en UK, como ansiolítico, antitremórico y anticonvulsivo, podía producir alguna intolerancia, poco frecuente (congestión, cosquilleo nasal, rinorrea, estornudos, prurito, rubefacción facial, xerostomía y tos, no recomendable para pacientes con problemas respiratorios), con riesgo de abuso y dependencia. Se podía ser generoso en las dosis iniciales, si el paciente lo toleraba, en 2-4 tomas diarias. En casos de agitación delirium, etc. Se recomendaba el uso parenteral intravenoso, hasta conseguir un sueño superficial, para posteriormente, y lo antes posible pasar a la administración oral.

Valdés Stauber J.⁷⁴ en 2003, hizo una revisión de los tratamientos, valorando la eficacia, entre otros del clometiazol, como un instrumento fundamental en la misma, en las primeras fases de desintoxicación y tratamiento.

A pesar de los años transcurridos, Mosquera y col., 2005⁷⁵ valoraron la eficacia del clometiazol en los tratamientos de desintoxicación ambulatoria que cada vez suponen un por-

centaje mayor en los tratamientos de dicha enfermedad, a la que no es necesario recurrir, en la mayoría de ocasiones a los tratamientos hospitalarios.

–Benzodiazepinas

Han sido medicamentos utilizados desde hace muchísimos años en las desintoxicaciones por alcohol, como reductores de la ansiedad, del deseo y también para la prevención de las crisis epileptiformes de la abstinencia de los alcohólicos.

Lligoña y col. (1998)⁷⁶ afirman que desde finales de los 60 las benzodiazepinas han sido utilizadas para el tratamiento de los alcohólicos. Pero también han detectado los riesgos que suponían la posibilidad de la dependencia y la tolerancia cruzada con el alcohol, ya que estas pueden aliviar la sintomatología de abstinencia y aliviar el malestar de la misma. Los autores revisan las posibles indicaciones de las benzodiazepinas, tanto en el síndrome de abstinencia alcohólica, como en el proceso de deshabitación alcohólica. También los autores destacan las posibles inconveniencias en el tratamiento prolongado con las mismas: la posibilidad de tolerancia cruzada con el alcohol, deterioro motor y cognitivo que se potencia mutuamente entre alcohol y benzodiazepinas, y el riesgo de aparecer una dependencia cruzada entre ambas sustancias, por lo que no son muy recomendables en períodos largos de tratamiento. Es más en su trabajo, como conclusión, basada en ellos y otros autores afirman: no se aconseja el uso de benzodiazepinas en alcohólicos, excepto para el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, ya que el riesgo de abuso, en tratamientos prolongados pueden generar problemas de dependencia.

También Bobes y col (1998) mencionan las benzodiazepinas para la prevención del síndrome de abstinencia alcohólica.

Soler y Guasch (2002), recomendaban su uso por activación de la función Gabaérgica, bloqueando la hiperactividad noradrenérgica de la abstinencia, disminuyendo la liberación de corticosteroides y el riesgo de crisis epilépticas. Por los autores anglosajones eran consi-

deradas como los elementos de elección para el SAA, no habiendo ninguna benzodiazepina superior a las otras, reduciendo los síntomas de abstinencia. Presentan riesgo de dependencia y abuso, disminución del nivel cognitivo, cierta desinhibición, debiendo valorarse la edad, estado clínico y función hepática, ya que producen un síndrome de tolerancia cruzada con el alcohol. Los más empleados eran el diazepam, el clordiazepóxido o Librium® con menos efectos secundarios de rebote y una acción más prolongada, aunque en la actualidad se postula por los autores el uso de benzodiazepinas de vida media corta como lorazepam, oxazepam antes que el alprazolam, por menor riesgo de sedación y acumulación, especialmente en ancianos y personas con alto deterioro hepático.

Medicamentos para reducir la apetencia y craving del alcohol, interdictores, etc.

En este grupo incluimos los más conocidos como el disulfiram, la cianamida cálcica, el metronidazol y posteriormente acamprosato, naltrexona y otros reductores de impulsividad y a su vez ansiolíticos como carbamazepina, Valproato, otros antiepilépticos en caso de aparición de crisis comiciales, y actualmente los antiepilépticos atípicos de última generación como la oxcarbazepina, la gabapentina, el topiramato, etc.

La acción tanto del disulfiram como de la cianamida cálcica y el metronidazol⁷⁷ (un antifúngico), es provocar la interrupción del metabolismo del alcohol en el organismo, de modo que haya un incremento de acetaldehído con las correspondientes molestias que este producto produce en el alcohólico, disnea, sofocación, hipertensión, taquicardia, enrojecimiento facial y de otras partes del cuerpo, etc. muy molestas para el individuo que las padece.

También se explicaron los mecanismos de acción de estos medicamentos capaces de inducir una intolerancia al alcohol, a través del trabajo de García Sevilla (1974)⁷⁸.

–Cianamida cálcica (Colme)

Presentación en forma de gotas, incoloras, inodoras, insípidas, con una metabolización

relativamente rápida en el organismo, por lo que a veces se aconseja dar en dos tomas.

En 1973, Soler y col.⁷⁹ publicaron una de las primeras referencias de su uso en España, para el tratamiento aversivo de los alcohólicos. El mismo autor (Soler, 1974)⁸⁰ siguió reafirmando la eficacia del tratamiento de los alcohólicos con medicamentos aversivos como la cianamida en su abstinencia.

También los López-Ibor en 1973⁸¹ ya introdujeron la cianamida como un incremento terapéutico imprescindible en el tratamiento de los alcohólicos.

García Sevilla (1977)⁸² también propuso dicho tratamiento como aversivo del alcohol.

López-Ibor y col en 1977⁸³, publicaron su experiencia de tratamientos con el Colme, demostrando su eficacia y que su manejo era más sencillo que el disulfiram o el metronidazol.

Ayuso y Montejo (1977)⁸⁴ propusieron que el uso de los interdictores de alcohol como la cianamida eran muy importantes para el mantenimiento de la abstinencia y la recuperación del alcohólico.

Del Busto y col. (1983)⁸⁵ detectaron algún caso de intoxicación por cianamida tras las ingestas de alcohol, y la gravedad del caso en que se presentaron.

Buqueras y Carbonell, 1984⁸⁶ trabajaron con los pacientes alcohólicos rehabilitados y sus valoraciones sobre el uso de la cianamida cálcica, y el uso y las consideraciones que le dan cada uno de los pacientes.

En 1984 Borja Villegas⁸⁷ estudió los efectos que se producían en el hígado por el uso continuado de cianamida, estableciendo un potencial riesgo por el uso de la misma, que vistos los resultados y el uso extensivo de la misma y el tiempo de uso, a lo largo de la historia no se han revelado tan hepatotóxicos.

Fernández, M.L. en 1985 ya mencionada, en su revisión de tratamientos por el alcoholismo en Atención Primaria, definió la Cianamida como un instrumento eficaz en la desintoxicación de alcohólicos.

Caballería y col. 1986⁸⁸ detectaron dos casos de daños hepáticos por el uso de la cianami-

da, partían de la base de la baja hepatotoxicidad del medicamento, pero se encontraron algunos casos que ellos atribuyeron al efecto de la cianamida en personas que de por sí presentaban pluripatología.

También en 1985, Bobadilla y col., criticando los trabajos publicados por Vázquez y col.⁸⁹, demostrando que en la revisión de sus pacientes no se encontraron los cambios morfológicos que le atribuyeron a la cianamida cálcica, y no tenían repercusión clínica, considerando que estos tratamientos eran un excelente ayuda para los pacientes y su tratamiento.

Estalrich, 1986⁹⁰, realizó un estudio y análisis de dichos productos (cianamida y disulfiram), así como evaluó resultados en la práctica habitual, dando normas de utilización y funcionamiento e indicaciones para los mismos.

San, L. (1986), ya citado anteriormente, incluyó en su estudio el uso de dichos medicamentos para el tratamiento del alcoholismo, ponderando su eficacia y su tiempo de duración, recomendando más la cianamida que el disulfiram por menor toxicidad.

Román y col (1989)⁹¹, también determinaron un caso de hepatotoxicidad de la cianamida cálcica en alcohólicos con resultados de daño grave en el hígado.

La cianamida fue estudiada en los posibles problemas que pudiera producir, describiéndose algún caso de agranulocitosis por Morales y col. 1990⁹².

Mención sobre la cianamida cálcica como tratamiento antidipsotrópico se hace mención en el trabajo de Balcells y Gual (2002)⁹³ que interfiere el metabolismo del alcohol, inhiben la acción de la aldehidodeshidrogenasa y provocan niveles plasmáticos altos de acetaldehído con sintomatología como taquicardia, hipotensión, rubefacción, cefalea, etc. Su eficacia reside en el temor a la reacción disulfiram-alcohol más que la acción farmacológica per se.

También fueron descritas dermatitis alérgicas de contacto por la cianamida cálcica por Armisen y col en 2003⁹⁴.

Uno de los motivos de rechazo del uso de dicho medicamento por los pacientes, ha sido

la influencia de la cianamida cálcica en las disfunciones sexuales, descrita por Ávila y col, 2004⁹⁵.

Guardia, 2011⁹⁶, considera en sus trabajos que la cianamida cálcica produce un bloqueo de ALDH de menor duración que el Antabús, por lo que presenta menos riesgos, utilizándose en programas de abstinencia completa

-Disulfiram (Antabús)

Es un medicamento con los mismos fundamentos que la cianamida cálcica en su acción, uso e indicaciones. Fundamentalmente el disulfiram ha sido empleado por vía oral, aunque desde hace años se viene utilizando en forma de implantes subcutáneos, y en estos últimos años, la inyección intramuscular del mismo en forma cristalizada.

En 1955, Stoppa⁹⁷ consideró que el uso de disulfiram, con alguna dosis de alcohol podría ser un buen y excelente mecanismo de establecimiento de aversión en los alcohólicos, como se hizo en años posteriores, aunque con otras sustancias, es decir la exposición al uso de alcohol, con aplicaciones posteriores de disulfiram para experimentar intencionalmente la reacción.

Santo-Domingo, Valenciano y Alonso-Fernández (1966)⁹⁸ determinaron que el uso de la mencionada sustancia mejoraba el pronóstico de los pacientes alcohólicos como instrumento terapéutico.

Jimeno y Lequerica en 1969⁹⁹, observaron la posibilidad de relacionar una complicación psicótica por el hecho de consumir alcohol, habiendo tomado disulfiram

Antón (1976)¹⁰⁰ describe las técnicas y fundamentos de la aplicación subcutánea de comprimidos de antabús esterilizados e implantados para su posterior disolución lenta.

Para los implantes subcutáneos de disulfiram, sus rechazos y sus problemas en el implante, Ortiz y col. 1982¹⁰¹, pero también su utilidad en el tratamiento a largo plazo del alcoholismo.

Otro de los inconvenientes que se estudiaron tras la presentación de algunos problemas fueron los daños hepáticos, que en algún

momento hicieron vacilar a los clínicos en su uso, como es el caso de Bobadilla y col, 1985¹⁰² eso motivó que muchos alcohólicos rechazaran dichos tratamientos.

Estalrich (1986) en su trabajo de revisión sobre ambos productos concluyó que la cianamida cálcica y el disulfiram son dos buenos fármacos en el tratamiento del alcoholismo, siempre que se unan a otras técnicas no farmacológicas. Suelen ser útiles en casi todos los tipos de alcohólicos, siempre que tengamos en cuenta sus posibles complicaciones, toxicidad y contraindicaciones.

También mencionada por San (1986) como un instrumento eficaz para el abordaje e interferencia del metabolismo del alcohol, inhibiendo la enzima aldehidodeshidrogenasa hepática, con todos los efectos negativos sobre el individuo, ya mencionados y coincidentes con incremento del acetaldehído en sangre.

También se describieron otras complicaciones debidas al disulfiram como eran el infarto de miocardio e isquemia cerebral difusa, ya que algunos pacientes habían intentado suicidarse bebiendo alcohol tomando disulfiram, Plaza (1986)¹⁰³.

En el uso de disulfiram, valoraron el mismo en el caso de los alcohólicos con patología dual, viéndose que era utilizable (Álvarez, 1999)¹⁰⁴. También mencionado en el trabajo de Ceccanti y col. 1999.

En 2001, Sáenz¹⁰⁵ publicó un estudio de seguimiento de muchos años y la influencia del disulfiram en el mantenimiento de la abstinencia.

Al disulfiram, como la cianamida cálcica también se le atribuyeron casos de intoxicaciones y complicaciones como casos de shock e isquemia cardiaca por la reacción disulfiram alcohol, detectado por Claraco y col. 2001¹⁰⁶.

En 2001, en la revista Adicciones, se publicó un artículo cubano sobre el uso de disulfiram por González y col.¹⁰⁷ En dos cohortes de alcohólicos al año y 8 años, viendo que el resultado final de abstinencia y expectativa de vida era superior en los pacientes que hacían uso del disulfiram implantable como un recurso disuasivo suplementario.

Balcells y Gual, 2002 valoraron en su justa medida la utilidad del disulfiram tanto en las curas de desintoxicación, como en las de deshabitación de los alcohólicos, refiriendo que la baja eficacia a largo plazo de estos medicamentos se basa en su falta de acción farmacológica *per se*, pues actúan como castigo, sin incidir ni modificar la dependencia, perdiendo su eficacia tras su retirada, si no van acompañados del correspondiente tratamiento psicosocial.

Sisteré (2002)¹⁰⁸ estudió la posibilidad de valorar la eficacia del implante subcutáneo de disulfiram para el tratamiento del alcoholismo, evaluando una nueva técnica de implantación. Introdujeron disulfiram subcutáneo (12 comprimidos de liberación retardada) mediante una técnica quirúrgica menor, a nivel subescapular, mediante una pequeña incisión y con la ayuda de un trocar, repartiendo los comprimidos en 4 puntos distintos, valorando su eficacia a lo largo de 6, 12, 18 y 24 meses y las complicaciones (infecciones y rechazos).

El autor propone que es técnica útil pero para uso indiscriminado, buscando pacientes con cierto control de las ingestas, inexistencia de riesgo suicida, fracaso de la administración oral, y la propia incapacidad del individuo para mantenerse largos períodos abstinentes.

Valdés (2003)¹⁰⁹ incluyó, como importante en las estrategias de abordaje del alcoholismo un medicamento interdicator como es el caso del disulfiram.

Brewer, en 2005¹¹⁰, determinó que el tratamiento supervisado con disulfiram entre alcohólicos, era más eficaz que el uso de naltrexona y acamprosato para el mismo proceso.

La última referencia que tenemos de algún trabajo sobre la administración de disulfiram en su forma inyectable de liberación prolongada, la realizaron Elizondo y Pérez en 2007¹¹¹ estudiaron la eficacia de la presentación de disulfiram inyectable de liberación prolongada, como alternativa a los implantes del mismo, así como demostraron que su eficacia era igual o superior, con menor coste y molestias para los pacientes y siempre acompañadas de medidas de tipo psicoterapéutico. También en el año 2007, Cáceres¹¹² estudia la

posibilidad de introducir el disulfiram desde los centros de atención al alcoholismo valorados como una posible emergencia de tratamiento del alcoholismo.

Guardia (2011) consideraba que tras 40 años, el disulfiram tiene indicaciones limitadas por sus efectos con el consumo de alcohol, requiriendo un estudio físico del estado del paciente, con evaluación periódica.

-Naltrexona

Siguiendo los criterios de que uno de los posibles mecanismos de adicción producido por el alcohol podría ser el similar a una dependencia opiácea, se pretendió el uso de la naltrexona como antagonista para la ocupación de los receptores e impedir que el alcohol produjera un efecto placentero, positivo y de refuerzo, de ese modo la ingesta de alcohol vendría reducida o eliminada, por lo que se pensó en su posible acción terapéutica.

Landabaso y col.¹¹³ (1997) en un ensayo clínico aleatorio con 30 pacientes con varios tratamientos aversivos en los últimos años, un grupo con naltrexona y otro con tratamientos aversivos solamente, durante 6 meses, y en el grupo que utilizaron con naltrexona y aversivos, se disminuyó el craving, la pérdida de control sobre la bebida con menos recaídas, siguiendo los criterios de Cacabelos en 1990¹¹⁴.

Ochoa (1998)¹¹⁵ presentó los resultados de un investigación preclínica, que demostraba la implicación del sistema opioide como reforzante de los efectos del alcohol, y los efectos de la naltrexona, reduciendo los consumos de alcohol, bloqueando los efectos placenteros de la "subida" asociada al consumo de alcohol, evitando las recaídas, sin efectos hepatotóxicos a las dosis prescritas.

Bobes y col (1998). La naltrexona habitualmente se venía utilizando en comprimidos, pero en la actualidad se ha pensado también en el uso en forma de implantes o en inyecciones depot, para reducir la adicción comportamental y farmacológica del alcohol mencionado en el trabajo de Ceccanti y col. (1999).

También Arias en 1998¹¹⁶ valoró como una de las alternativas psicofarmacológicas más importantes en el tratamiento del alcoholismo,

el uso de naltrexona, ya que se había demostrado que el uso de antagonistas opioides disminuía el consumo de alcohol, previniendo las recaídas, como coadyuvante de otras modalidades terapéuticas. Su mecanismo de acción es el bloqueo los efectos reforzantes positivos del alcohol, impidiendo el uso compulsivo de alcohol, evitando que el consumo esporádico conduzca a la recaída.

En Estados Unidos de Norteamérica, Swift¹¹⁷ describe un trabajo de medida sobre la eficacia de la naltrexona en la reducción de la bebida y el aumento de la abstinencia, a través de Treatment Improvement Protocol (TIP). El TIP sobre naltrexona fue desarrollado en numerosas etapas, determinando que era un tratamiento altamente eficaz en los presupuestos que inicialmente menciona el autor.

Otro criterio de gran valor para nosotros ha sido el del Grupo Científico sobre Alcohol de Socidrogalcohol, coordinado por Izquierdo y col. En 1999¹¹⁸ con un alto seguimiento de pacientes en programa de deshabituación alcohólica en forma multicéntrica en toda España, con casi 300 pacientes, con muy pocos abandonos del programa y un alto seguimiento de la abstinencia por parte de los mismos.

Rubio y col (1999)¹¹⁹ consideran que la pérdida de control es un proceso similar al "priming" o puesta en funcionamiento del deseo inmediato, proponiendo como estrategia farmacológica la utilización de la naltrexona.

También en el año 2000, Álamo¹²⁰ determinó en su ponencia y trabajo que la naltrexona era un tratamiento aprobado para la prevención de recaídas en pacientes alcohólicos, por la relación entre el consumo de alcohol y la liberación de opioides endógenos, de modo que la naltrexona disminuiría la recompensa que puede modificar el deseo, reduciendo, de algún modo el 50% de recaídas, manteniendo la abstinencia más tiempo, impidiendo la naltrexona, que en caso de consumo se siga haciendo uso del mismo.

En el año 2000, Torres y col.¹²¹ en un estudio sobre el mantenimiento de la abstinencia y la reducción del craving en alcohólicos de diferentes centros de tratamiento de España (42), valoraron una mejoría importante en los

mismos, además un deseo de no consumir alcohol y una baja tasa de recaídas y mejora en el mantenimiento de la abstinencia

Jiménez-Arriero y col. En el año 2000¹²² lo utilizaron como tratamiento para pacientes con cierta preservación del funcionamiento social, laboral y familiar, con menor tiempo de evolución, y especialmente indicado en pacientes con pérdida de control.

En 2002 Balcells y Gual, mencionan como antagonistas opiáceos, como alternativa a la dependencia opiácea por la relación entre el sistema opioide endógeno y el consumo de alcohol, por la presencia de endorfinas y encefalinas en animales que consumen alcohol. El alcohol altera el contenido de β endorfinas y encefalinas en el cerebro, las recaídas podrían deberse a un nivel bajo de β endorfinas centrales, lo que iniciaría el proceso del craving, para ello se sugirió el uso de antagonistas opiáceos como la naltrexona sobre el deseo de beber, que junto a programas psicoterapéuticos darán un nivel de eficacia a dicho fármaco. Otro antagonista opiáceo sugerido por los autores es el **Nalmefene** que es un antagonista de los receptores δ , como alternativa a la naltrexona, disminuyendo los episodios de consumo excesivo de alcohol, aunque el fármaco no está demasiado probado y todavía está en fases de estudio.

También en 2002, Rubio y col.¹²³ Hicieron un estudio multicéntrico avalando el uso de la naltrexona entre alcohólicos en diferentes centros de tratamiento españoles, lo mismo que aplicaron Conde y Gómez (2002)¹²⁴.

También en 2003, Valdés, recomendó en su estudio sobre energías en el tratamiento de la desintoxicación alcohólica, el uso de la naltrexona como preventivo de las recaídas en la dependencia alcohólica un antagonista opiáceo.

Torres y col. (2000)¹²⁵ hicieron una revisión de tratamientos de alcohólicos con naltrexona para reducir el craving y el mantenimiento de la abstinencia, en diferentes centros de tratamiento en España, observándose una baja tasa de recaídas y mejora en el mantenimiento de la abstinencia.

Dentro del mismo estudio anteriormente citado GEODA, Ochoa y col. (2000)¹²⁶ se determinó que en una muestra amplia de alcohólicos, tras seis meses de tratamiento con naltrexona había un alto margen de seguridad, con un nivel bajo de efectos adversos y los abandonos por intolerancia fueron mínimos.

Brewer y Streef (2003)¹²⁷ describen los implantes de naltrexona como potenciales instrumentos para el tratamiento del alcoholismo, facilitando también la puesta en marcha de procesos psicológicos cruciales en el éxito a largo plazo de los tratamientos de la adicción.

En un estudio comparativo entre disulfiram, acamprosato y naltrexona, Brewer en 2005¹²⁸, determinó que en tratamientos supervisados con disulfiram, no era imprescindible el uso de naltrexona, con una evidente superioridad, tras un metanálisis de los estudios realizados entre estos y el acamprosato.

En 2011, Guardia, también ha estudiado la eficacia de la naltrexona a lo largo de los años en que empezó a ser utilizada considerando que es un buen producto para reducir el craving de alcohol, además de reducir el consumo de alcohol por ocasión, disminuyendo el efecto reforzador positivo del alcohol. También el autor menciona el uso de la naltrexona inyectable de liberación prolongada como alternativa terapéutica.

-Acamprosato

Nosotros formamos parte de los equipos del estudio de investigación en Fase III sobre el uso de acamprosato y la reducción del deseo de alcohol en los pacientes alcohólicos, a través de un estudio de 6 meses de seguimiento y su posterior introducción en el mercado español.

Faus y col. (1997)¹²⁹, publicaron un trabajo sobre el producto, en los estudios preclínicos, sobre la disminución del deseo de consumo de alcohol en varios modelos animales, y que asociado dicho producto a psicoterapias adecuadas, contribuía a doblar la tasa de abstinencia respecto al uso del placebo, siendo bien tolerado, sin sedación ni interacción con alcohol ni otros medicamentos utilizados en la deshabituación alcohólica.

También Bobes y col (1998), preconizan el uso del acamprosato para la reducción de la ingesta alcohólica y en la profilaxis de las recaídas, como también lo estudian en su trabajo Sáiz y col. (1998)¹³⁰ y que detectan que no presenta riesgo de abuso y que su eficacia se incrementa con la adición de disulfiram.

El uso de dicho medicamento también se menciona en el trabajo de Ceccanti y col. (1999).

También Álamo, 2000, menciona el uso del acamprosato como reductor de las recaídas, por antagonizar la acción postsináptica de los aminoácidos excitatorios, que parecen jugar un papel importante en el consumo de alcohol, previniendo las recaídas alcohólicas.

Balcells y Gual (2002) en su revisión aluden a los fármacos Gabaérgicos y de acción sobre el Glutamato, para regular los niveles excitatorios del glutamato con los reductores del GABA, entre ellos mencionan al **Ácido γ hidroxibutírico (GHB)** y el **Acamprosato** para la disminución del craving y aumento de las tasas de abstinencia, aunque con el primero, mencionan casos de abuso del medicamento por parte de algunos pacientes. Con el Acamprosato encontramos una acción agonista GABA, inhibidor de los receptores glutamatergicos, previniendo las recaídas con una reducción del craving, demostrando en muchos estudios una eficacia superior a placebo en seguimientos a largo plazo.

Valdés (2003), considera que el acamprosato tiene efectos positivos en el mantenimiento de la abstinencia, aunque otros trabajos no admiten la misma eficacia

OTRAS MEDICACIONES CONCOMITANTES

En muchas ocasiones ha sido imprescindible el uso de antidepresivos, neurolépticos y otros psicofármacos, buscando siempre la mejoría de los aspectos clínicos y las posibles asociaciones o patología dual en el caso de muchos alcohólicos: depresiones, psicosis, trastornos bipolares, cuadros de ansiedad, trastornos de personalidad, etc. Entre esos psicofármacos los antidepresivos desde los

tricíclicos, hasta los ISRS, los ISRN, etc. Los neurolépticos desde las butirofenonas, al largactil y otros, hasta los actuales atípicos como la risperidona, olanzapina, quetiapina, etc. También los estabilizadores del estado de ánimo como el litio y el Valproato, han formado parte de la historia de los tratamientos del alcoholismo.

En 1955, París Ruiz¹³¹ propuso como el largactil (clorpromazina) medicamento neuroléptico para reducir la ansiedad de la abstinencia y los síntomas derivados de la misma, ya que se encontraba en el grupo de los tranquilizantes sedantes mayores, según las definiciones de aquél momento, con todos los efectos secundarios del mismo, pero también con ciertas ventajas para prevenir cuadros de delirium.

En 1960 Rosa y Mir¹³² propusieron el uso de la reserpina como tratamiento del alcoholismo subagudo, para reducir la ansiedad y los síntomas de abstinencia, pero sin el resultado apetecido.

También se estudió por Rosa (1962)¹³³ la nialamida, un antidepresivo IMAO para el tratamiento del alcoholismo crónico por parte de los médicos, con los inconvenientes de dichos medicamentos por lo que dejó de emplearse.

Murcia (1964)¹³⁴ empleó el tofranil (imipramina), medicación antidepresiva en dosis bajas, para evitar la sintomatología depresiva que se producía en el abandono del alcohol en los tratamientos, además de que era considerada muy eficaz por el autor para su uso en las psicoterapias, en las que observaba que se producía una sintomatología depresiva en el paciente.

En 1968, Morales Belda y col.¹³⁵ hicieron un ensayo clínico con tiotixeno (actualmente es conocido como Clopixol), neuroléptico de alta potencia antipsicótica, menos sedante que la clorpromazina, pero con frecuentes síntomas anticolinérgicos, en el tratamiento de las psicosis inducidas por alcohol, pero que a los autores les dio algún resultado, de todos modos sin ser muy esperanzador y que actualmente puede utilizarse, aunque hay otros con menos problemas para su administración.

Un medicamento alternativo al disulfiram y la cianamida cálcica fue empleado por diversos autores como Morales, concepción y Lequerica en 1970¹³⁶, hablamos del metronidazol como antifúngico que causaba la misma reacción alcohol disulfiram si se consumía alcohol.

Otro medicamento que se propuso para el tratamiento del alcoholismo y sus consecuencias neurológicas en memoria y otros aspectos fue la conductasa, que se desestimó a los pocos años de su ensayo (De Guzmán, 1971)¹³⁷.

En 1972, López Ibor y col.¹³⁸ emplearon dicho medicamento en el tratamiento del delirium tremens con unos resultados esperanzadores, asociados a otros medicamentos concomitantes, pero con él se hizo una aplicación buscando el efecto sedante, al mismo tiempo que el anticonvulsivo, ya que era considerado uno de los medicamentos polivalentes en cuanto a su eficacia.

También en 1972 Jimeno y Sappia¹³⁹ hicieron un estudio sobre una de las acciones de recuperación del delirium tremens en sus fases agudas y de riesgo, tratando de mejorar el cuadro orgánico del mismo a través de la administración 3 aminoácidos y la vitamina B12, como aportes a sus estados de deterioro orgánico y neurológico.

Santo-Domingo (1973)¹⁴⁰ nos hacía una serie de advertencias sobre los distintos fármacos empleados en el tratamiento del alcoholismo y la asociación de otros, así como los riesgos de interacción y potenciación de los mismos.

En 1977 Merry y col.¹⁴¹ que asociando la idea del alcoholismo con los trastornos afectivos, emplearon el carbonato de litio, para reducir los trastornos afectivos, entre ellos, la depresión en los alcohólicos, siendo superior, según los autores el litio frente a los antidepresivos tricíclicos, reduciendo la bebida y la incapacidad de los alcohólicos depresivos de dejar el alcohol.

También en 1977 se publicó un trabajo anónimo¹⁴² sobre el uso del tratamiento de litio como preventivo del alcoholismo, sin especificar mucho los mecanismos, aunque se

estima que podría ser debido a sus acciones estabilizadoras del estado de ánimo.

Dentro de las propuestas que se emplearon para tratar el alcoholismo y las complicaciones de tipo epileptiforme se encontraba la difenilhidantoina (un antiepiléptico de frecuente uso en aquellos momentos), para prevenir también las crisis epilépticas tanto en abstinencia y en intoxicación, pero se descubrieron algunos casos en alteraciones de la marcha, ataxia cerebelosa, por alteraciones en el cerebelo. (Rosich, 1980)¹⁴³.

Otro medicamento que se utilizó como medicación para la desintoxicación de alcohol y que fue propuesta como tal fue la sulfoadensosil-l-metionina, como mejoradora de la función hepática y mejoradora del estado de ánimo, esto se publicó en un trabajo de LLanes (1983)¹⁴⁴, Villegas (1983)¹⁴⁵ Ruíz (1985)¹⁴⁶.

En 1990, Casariego¹⁴⁷ estudió la utilidad de la carbamazepina en el tratamiento ambulatorio del síndrome de abstinencia alcohólico, con 800 mgr de carbamazepina en dosis decrecientes, se valoró la duración de los síntomas de abstinencia y posteriormente tras la valoración, se obtuvo que la carbamazepina es una alternativa eficaz en la desintoxicación ambulatoria del SAA leve y moderado, pudiendo unirse al arsenal terapéutico existente como es el caso del tiapride.

También en 1992, Casariego y col., compararon la eficacia de la carbamazepina frente al tiapride, encontrando unas pequeñas diferencias en cuanto a eficacia entre dichos medicamentos.

Farfán y col. (1997) también hablaron de los barbitúricos y el haloperidol, pero que al fin se decidieron por el uso de las benzodiazepinas frente a estos por el posible uso del flumazenil para eliminar los posibles efectos de las benzodiazepinas, mientras que los barbitúricos y el haloperidol no tiene esas posibilidades de ser contrarrestados.

Fernández y col. (1998)¹⁴⁸ realizaron un estudio en pacientes alcohólicos que presentaban sintomatología depresiva en su tratamiento de deshabitación, se emplearon, además de los ansiolíticos habituales en la deshabitación,

tanto la venlafaxina como la fluoxetina, obteniendo, al cabo de tres meses, una importante reducción de la sintomatología depresiva, un alto porcentaje de abstinentes y una eficacia similar para fluoxetina y venlafaxina.

Bobes y col. (1998), también mencionan el uso de carbamazepina para el tratamiento de las crisis epilépticas tanto en abstinencia como en intoxicación. En el mismo trabajo, consideran que en los alcohólicos hay una disminución de la concentración de serotonina por lo que estiman que la indicación de ISRS, puede mejorar los resultados en el tratamiento del alcoholismo, así como mejorar la sintomatología depresiva que puede presentarse en el alcohólico, todo ello siempre asociado a programas psicosociales.

En 1999 Ceccanti y col.¹⁴⁹ publicaron en adicciones una serie de medicaciones que ellos estimaban importantes en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. Las benzodiazepinas (diazepam, clordiazepóxido, oxazepam, etc.) para reducir la gravedad de la abstinencia, estabilización de signos vitales, previenen las convulsiones y el delirium tremens. Los betabloqueantes (atenolol, propranolol) mejoran los signos vitales, reducen el craving. Los alfa agonistas (clonidina) reducen los síntomas de abstinencia. Antiepilépticos (carbamazepina) reducen la gravedad de la abstinencia, previenen las convulsiones.

También en el año 2000, Álamo, dentro de su trabajo sobre el abordaje farmacológico de las recaídas, recomienda el uso de algunos productos como la **Buspirona** y algunos **ISRS** (como la fluoxetina o el Citalopram), Buspirona por la modulación de la transmisión serotoninérgica, en los dos últimos fármacos, a veces por la acción serotoninérgica y a veces por presentar ansiedad o depresión comórbidas con el alcoholismo. A la fluoxetina también le atribuye un papel potenciador del efecto de la naltrexona, reduciendo la avidez y el deseo de consumo y la disforia que puede ocasionar la naltrexona.

Cuadrado¹⁵⁰ en el año 2000, siguiendo a una serie de paciente con comorbilidad psiquiátrica estableció que la comorbilidad en su conjunto no influye en la respuesta al trata-

miento y evolución, ni es un criterio útil para establecer subtipos dentro de la dependencia alcohólica.

Valorando los trastornos de la personalidad y la alta prevalencia entre pacientes con dependencia alcohólica, Valderrama (2001)¹⁵¹ planteaba a este tipo de pacientes como un grupo con dificultades diagnósticas y terapéuticas, recomendando fármacos ISRS, neurolépticos atípicos y fármacos anticomiciales, por tener pocos efectos secundarios, ser más seguros y provocar menos problemas de adicciones sobreañadidas, al mismo tiempo que se plantea como posibilidad el uso de acamprosato, antagonistas opiáceos e interdictores en el contexto de un buen abordaje psicoterapéutico.

Izquierdo (2002)¹⁵² en su trabajo sobre intoxicación etílica aguda, preconiza toda una serie de tratamientos sobre la misma, dependiendo de su gravedad, en los casos de alcoholismo crónico, propone siempre el uso de tiamina para prevenir todas las complicaciones neurológicas derivadas del uso crónico de alcohol. En las embriagueces atípicas, propone el uso de diazepam, clorzepato dipotásico o neurolépticos como clotiapina o haloperidol. Con respecto a los tratamientos de las complicaciones de la intoxicación alcohólica aguda propone, para las crisis convulsivas: diazepam, Mg o K. En los casos de agitación: lorazepam, diazepam, clorzepato dipotásico, haloperidol.

Soler y Guasch (2002). Estimaron que tanto la carbamacepina y otros anticonvulsivantes, eran medicamentos muy útiles en el tratamiento del SAA, por su actuación sobre el sistema GABA y otros sistemas neurotransmisores, aunque como mecanismo de acción no bien conocido, superiores en eficacia al placebo y similares a las benzodiacepinas en la abstinencia leve o moderada. Se utilizaron para el tratamiento del delirium en combinación con otros fármacos sedantes. No provocan depresión respiratoria, ni alteraciones cognitivas, ni se abusa de ellos. Pueden producir algunos efectos secundarios desagradables: vértigos, náuseas, prurito, ataxia, cefalea y xerostomía. Su indicación fundamental era la de prevenir los cuadros convulsivos propios de los alcohólicos. Además de

la carbamazepina, los autores mencionan el ácido valproico, la gabapentina, la vigabatrina, siendo más útiles que el placebo en el tratamiento del SAA.

Los autores mencionan también los **Agonistas α Adrenérgicos** como la clonidina, basada en la experiencia de la eficacia en el tratamiento del síndrome de abstinencia a opiáceos, y que con la abstinencia alcohólica puede coadyuvar en la abstinencia leve o moderada para reducir la frecuencia cardíaca o la hipertensión arterial, no tiene efectos anti-convulsivos u puede utilizarse conjuntamente con benzodiacepinas, con un control exhaustivo de la TA.

Otros medicamentos propuestos por Soler y Guasch (2002) son los **Antagonistas β Adrenérgicos** que apenas han sido utilizados en España (propranolol y atenolol), que servían para reducir las manifestaciones autonómicas del SAA desde 1973, una de las hipótesis era que usando atenolol, se reducía la cantidad de benzodiacepinas necesarias en el SAA, aunque con muchos inconvenientes para diabéticos y pacientes con problemas pulmonares o miocardiopatías.

Dentro de la revisión de Soler y Guasch se estuvieron mencionando los **Neurolépticos** como fenotiazinas y butirofenonas, que demostraron alguna eficacia en el SAA, siendo menos eficaces que las benzodiacepinas como prevención del delirium, se empelaron, asociados a benzodiacepinas para prevenir cuadros de agitación.

También se mencionó el uso de **Magnesio** ya que en el SAA se reduce su nivel, se utilizó asociado a benzodiacepinas por vía parenteral, no demostrando un nivel alto de eficacia, solo se aconsejaba para los problemas de arritmias cardíacas o alteraciones neurológicas por déficit de magnesio.

También los autores mencionan como posibles tratamientos del SAA, el uso de **alcohol etílico**, pero desechado por su escasa eficacia. También se menciona en su recopilación el uso de **Litio** para controlar síntomas de abstinencia, para disminuir la actividad de la bomba de sodio-potasio ATPasa, que se incrementa en el SAA, siendo en estos mo-

mentos desechado su uso. La **Bromocriptina**, fue utilizada en algún estudio con SAA, reduciendo la ansiedad, temblor, náuseas y sudoración, siendo su eficacia inferior a la del clometiazol o las benzodiazepinas. También se mencionan algunos trabajos con **Ácido gamma-hidroxiabútrico (GHBA)** y los **Antagonistas del Calcio (verapamilo)**, que no han sido incorporados plenamente a la farmacopea del tratamiento del SAA, lo mismo que los **ISRS**, pero que actualmente solo se utilizan en el caso de aparición de sintomatología depresiva, pero no para reducir el SAA.

Balcells y Gual (2002), en su revisión de tratamientos de la deshabituación alcohólica añaden un grupo más que serían los **Fármacos dopaminérgicos**, que sería los que en el núcleo accumbens actuarían para reducir la liberación de dopamina y disminuir el refuerzo por el consumo de alcohol, ya que esta sustancia libera dopamina y endorfinas. Entre esos fármacos encontramos la **Bromocriptina** que actuaría como un agonista dopaminérgico de acción prolongada, que en estudios sobre animales ayudaba a reducir el consumo de alcohol, aunque en humanos no ha demostrado su eficacia. Entre los **Antagonistas dopaminérgicos** ya valoramos el Tiapride, sin los efectos indeseables de los neurolépticos y el flupentixol, pero este segundo demostró muy poca eficacia. Los **Fármacos serotoninérgicos** aumentan la disponibilidad del 5-HT_{1A} que disminuye en alcohólicos, por lo que estos al incrementar el consumo de alcohol incrementan la liberación de serotonina, entre ellos estarían los **ISRS (fluoxetina, Citalopram, Sertralina, etc.)**, pero que no han demostrado la eficacia que se desea para la reducción del consumo de alcohol y, sí que lo son como antidepresivos. Otros medicamentos de este grupo son **Bupiróna**, en principio utilizada como ansiolítico, que no demostró su eficacia como reductor del craving del alcohólico. Otro medicamento utilizado inicialmente fue el **Onansetrón**, pero asociado a naltrexona y a terapia psicoterapéutica, por lo que individualmente no está estandarizado como tratamiento antidipsotrópico.

En 2002, Rubio y col.¹⁵³. Presentaron un trabajo sobre la acción del **Topiramato**, anticonvulsivante con diversos mecanismos entre los que destacaba el bloqueo de los canales de sodio y calcio, dependientes de voltaje, actividad Gabaérgica y antiglutamatérgica, utilizado para diversos cuadros clínicos, empleándose como reductor del deseo y activación sobre dichos canales sobre el deseo de alcohol, en su experiencia, los autores concluyen que se ejercía un efecto positivo en el craving de alcohol, reduciendo el número diario de consumiciones, sin efectos secundarios graves.

Los ISRS como la **Sertralina**, han demostrado su eficacia en la reducción del consumo de alcohol, reduciendo la necesidad del paciente, aumentando su bienestar, en alcohólicos con síntomas depresivos como en los que no los padecían. En su estudio Rodríguez Navarrete (2002)¹⁵⁴ concluyó que la **Sertralina** era un tratamiento efectivo en la reducción del consumo de alcohol, aumentando el número de días de abstinencia y disminuyendo las recaídas, así como mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Valdés (2003), reconoce que el uso de antidepresivos tricíclicos, los IMAO y el litio no han dado resultados muy positivos.

También en 2002 Muñoz¹⁵⁵, realizó una evaluación del uso de Sertralina en los cuadros distímicos secundarios a la deshabituación alcohólica, en un estudio piloto, determinando que la Sertralina era un tratamiento efectivo reduciendo los síntomas de ansiedad y depresión en el tratamiento de deshabituación alcohólica, mejorando los resultados del tratamiento de deshabituación.

También un antidepresivo como la Mirtazapina fue propuesto como medicamento en la deshabituación de alcohólicos con abuso concomitante de benzodiazepinas (Costa y col, 2004)¹⁵⁶. En el presente trabajo, los autores tratan de resolver los problemas de abstinencia, insomnio, etc. Provocados en alcohólicos con un abuso previo o concomitante de benzodiazepinas. Medicaciones que deben retirarse lo antes posible por el fenómeno de tolerancia que son capaces de provocar,

así como la tolerancia cruzada con el alcohol. Por ello proponen el uso de un antidepresivo sedante como la mirtazapina para mejorar la sintomatología ansioso-depresiva e insomnio, así como el craving, como es el caso de la mirtazapina.

Los autores realizaron un estudio de cohorte de dicho tipo de pacientes (consumidores de alcohol y benzodiacepinas), dicho estudio finalizó con cierto éxito y se propuso el uso de dicho medicamento como una posible alternativa a las benzodiacepinas en el tratamiento de la deshabituación alcohólica.

Desde la carbamacepina empleada anteriormente para el síndrome de abstinencia alcohólica, se estudió un compuesto similar y derivado de ella, la **Oxcarbacepina**, que aunque no tenga la indicación clínica exacta, se ha ensayado en diversos recursos clínicos para el tratamiento del síndrome de abstinencia del alcohol, resultado de gran utilidad en dicho período, como estudiaron Mondón y col. (2005)¹⁵⁷, en el Hospital clínico de Barcelona. Los resultados obtenidos con 20 pacientes, unos con oxcarbacepina, otros con diazepam y otros con placebo, demostraron que con la oxcarbacepina no aparecieron síntomas adversos, resultado la desintoxicación eficaz, no habiendo, tampoco, unas grandes diferencias entre un grupo y otro.

Guardia (2011)¹⁵⁸ comprobó que algunos agonistas de receptores GABA-A pueden ser útiles en la prevención y tratamiento de las recaídas, aunque con bastantes inconvenientes; alguno de esos antagonistas como el baclofeno, podrían ser útiles para la abstinencia y como reductores del craving, aunque no está bien estudiado. También comprobó que algunos fármacos anticomiciales con efectos antiglutamatérgicos favorecedores de la neurotransmisión GABA, podrían ser útiles para aliviar síntomas de abstinencia.

Técnicas aversivas

Se vinieron utilizando y manifestando estudios con el uso de las técnicas tipo pavloviano como el uso del vómito frente al uso de la bebida habitual del paciente mediante el

uso de apomorfina emética, posteriormente técnicas de uso de las corrientes galvanofarádicas estimulantes y dolorosas, frente a estímulos relacionados con alcohol.

No podemos obviar el uso del disulfiram inyectable de larga duración, primero con implantes subcutáneos del mismo, y más recientemente las inyecciones de forma cristalizada del mismo producto.

También se emplearon las técnicas de condicionamiento, y una de ellas sobre el alcoholismo que trabajaron Soto y Soria en 1968¹⁵⁹.

López-Ibor y col. (1973)¹⁶⁰ emplearon diferentes fármacos para el tratamiento de descondicionamiento del alcoholismo, para que el paciente respondiera a una serie de terapias en las que el alcohol, dejara en su vida de ser un deseo y apetencia condicionada a su deseo.

Rodríguez y col (1983)¹⁶¹ hicieron un estudio de los esquemas tradicionales de la terapia de conducta relacionada con alcoholismo y su eficacia terapéutica y analizaron las terapias aversivas eléctricas, las terapias aversivas químicas, las terapias relajación-aversión y la sensibilización encubierta. Los objetivos de los tratamientos según los autores eran: eliminar el comportamiento de consumo excesivo, enseñar conductas alternativas a las de consumo, reorganizar el ambiente social y profesional para que el sujeto reciba el reforzamiento oportuno de las conductas incompatibles con las de consumo. Con todas estas técnicas en ocasiones se pretendía la abstinencia como fin y en algunos casos, unos supuestos como era el beber controlado, en ambos casos los resultados estaban entre moderados y exitosos y entre los de beber controlado no se mencionan ni siquiera los resultados.

Echeburua (1985)¹⁶² publicó una revisión de programas experimentales sobre técnicas aversivas en tratamiento del alcoholismo, con el objetivo terapéutico de la abstinencia total: estudiando técnicas de aversión química, aversión eléctrica y de sensibilización encubierta. El autor concluye que la combinación de aversión química y aversión verbal parece ser la más eficaz, por facilitar formas de autocontrol, debiendo implicarse dichas técnicas

en un programa de amplio espectro, y que muchas veces el éxito de estas técnicas depende de factores inespecíficos.

Con respecto a la cianamida cálcica Blanco y Ferrando (1988)¹⁶³ determinaron una serie de posibles riesgos hepáticos que, con posterioridad no invalidaron el trabajo ya que con nuestra experiencia en dosis de 15-20 gotas diarias de la misma no repercutían de una manera significativa en los hígados de nuestros pacientes.

Otro aspecto a considerar sobre las terapias aversivas, era el riesgo de utilización en personas con anomalías electroencefalográficas, viéndose que no habría grandes problemas en el uso de las mismas en personas que padecieran alguna anomalía en su EEG Blanco Picavia, 1989¹⁶⁴.

Rubio Pinalla (1996). Afirmaba que muchos pacientes no aceptaban la abstinencia total y de por vida que se les proponía como programa de deshabituación alcohólica. En muchos casos, se proponía el uso de medicaciones que aumentan la actuación desagradable del alcohol, a través de mecanismos que aumenten el acetaldehído, con síndrome vegetativo característico, y que eviten conductas de consumo de alcohol. Por lo que este profesional recomendó las dosis diarias 250-500 mg de disulfiram en una o dos tomas, durante al menos una año o dos. También recomienda el uso de disulfiram por otras vías como la subcutánea injertada que puede durar un período de tiempo diferente para cada paciente. Con todos estos mecanismos se pretende que el paciente recupere el control de la ingesta tras un período de abstinencia. Se pretenden largos períodos de abstinencia y el mínimo riesgo suicida en los pacientes.

Las terapias aversivas fueron estudiadas en el conjunto de intervenciones psicosociales en alcoholismo por Jiménez y cols. 2003¹⁶⁵ dentro del proceso histórico de las intervenciones en pacientes alcohólicos. Desgraciadamente no hemos encontrado más referencias respecto al tetrabamato a partir de esa fecha ya que se decidió su eliminación de la farmacopea española.

Tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos

Psicoterapias: individuales, familiares, grupales, información, de diversas orientaciones: psicodinámicas, cognitivo conductuales, psicodramáticas, role playing, en las que todo paciente es incluido para mejorar sus conocimientos, el uso de la imagen en espejo con otros pacientes, la intervención del terapeuta como dinamizador de los grupos, la entrevista y terapia motivacional, Técnicas de prevención de recaídas, exposición al riesgo, análisis de situaciones, terapias gestálticas, etc. Que se pueden realizar en diversos medios terapéuticos.

Según Moreno¹⁶⁶ la psicoterapia es un método para tratar conscientemente y en el marco de una ciencia empírica, las relaciones interpersonales y los problemas psíquicos de los individuos de un grupo.

Desde los años 60, empezamos a valorar los trabajos de Alonso-Fernández (1961)¹⁶⁷ en que empezaron a determinar el tipo de doctrina a emplear en los tratamientos psicológicos del alcoholismo, haciendo hincapié en la terapia grupal como instrumento fundamental en su recuperación. También el propio autor, posteriormente, hizo hincapié en todos los aspectos etiopatogénicos del alcoholismo, desde sus problemas personales, las implicaciones familiares, educacionales, etc. Tratando de abordar el alcoholismo desde sus causas, fundamentalmente psicopatológicas, Alonso Fernández (1966)¹⁶⁸.

También Murcia Valcárcel en 1962¹⁶⁹, en 1964¹⁷⁰ y en 1968¹⁷¹ fue otro de los defensores e iniciadores de la terapia psicológica, tanto individual como grupal en el paciente alcohólico, de la que estimaba era la solución y la afirmación tanto de la abstinencia como de la recuperación como persona.

Santo-Domingo y Martín (1965)¹⁷² publican su trabajo sobre la utilidad, los beneficios y la eficacia de la terapia grupal en alcohólicos que desde hace años venía siendo considerada la terapia por excelencia para los mismos. Llopis (1970)¹⁷³, en la época en que se estaban estableciendo los criterios de la socio-

génesis del alcoholismo y su abordaje desde eses prisma y con el apoyo de todos los recursos sociales disponibles, menciona que la etoterapia era la asociación de las mismas personas afectadas con el ánimo de mejorar y conocer el problema con la finalidad de la autoayuda y la agrupación y discusión de los problemas. También el mismo autor hablaba en su trabajo sobre las cuestiones relacionadas con las terapias conductuales con alcohólicos, como instrumentos de recuperación de los mismos.

Jimeno (1971)¹⁷⁴ Hace una revisión sobre los aspectos a rehabilitar en el paciente alcohólico, estableciendo el modelo de reinserción social en grupos terapéuticos y que define como socioterapia por las múltiples dificultades de integración de dichos pacientes.

Bustamante (1971)¹⁷⁵ estableció una diferente psicodinamia más específica en la mujer, por lo que precisaba un abordaje un poco más especializado, tanto a nivel individual como grupal.

Camacho (1972)¹⁷⁶ también definió la psicoterapia de grupo como uno de los instrumentos esenciales para el tratamiento del alcoholismo y su reinserción.

Barcia y col. (1973)¹⁷⁷ describieron las características de personalidad de los alcohólicos crónicos como factores predisponentes a la recaída y que debían ser tenidos en cuenta a la hora de abordar la psicoterapia con los mismos.

Para Pérez Martorell (1979)¹⁷⁸ la psicoterapia de grupo en alcoholismo tiene un objetivo flexible: paliar el trastorno, fomentar el desarrollo personal, ampliar la sensibilidad emocional. Implica el alivio de la ansiedad o enfermedad de un grupo a través de la interacción y la ayuda mutua. Su fin primordial se centra en la recuperación de las personas alcohólicas psicológicamente enfermas, para recuperarle y reintegrarle totalmente restablecida a la sociedad como elemento sano, de hecho y derecho. Posteriormente el autor define los principios generales de los grupos de psicoterapia para alcoholismo y los tópicos a tratar en cada una de las sesiones de forma que se abarque por completo todo el proceso del enfermar alcohólico.

Dentro de las publicaciones científicas españolas¹⁷⁹, se han encontrado las de Echevarría (1881), Úbeda (1901), Viñes (1957), y con posterioridad Villacián, López, Gutiérrez, Llopis, Santodomingo, Freixa y Alonso Fernández¹⁸⁰.

Polaino-Lorente (1973)¹⁸¹, ya describió los rasgos neuróticos, la existencia alcoholomaniaca y la libertad, como factores para abordar la psicopatología y la terapia con los alcohólicos, definido que dichos rasgos neuróticos podrían ser causa o parte del problema y las dificultades de uso de la libertad del propio paciente a la hora de abordar su rehabilitación.

En 1976, nace la publicación *Drogalcohol*, en el Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías de Bétera (Valencia) y en 1980 aparecen los primeros estudios de ICSA GALLUP, con encuestas sobre el alcoholismo en población adulta española.

También en 1977, en la revista *Drogalcohol*, se publica un informe siguiendo los criterios antes mencionados sobre los tratamientos del alcoholismo por Yuguero y cols.¹⁸² En el que describen los dos medios de tratamiento: ambulatorio y hospitalario, con una sistemática básica: desintoxicación, terapia aversiva, fármacos antialcohol y vitaminoterapia, junto con grupo de psicoterapia modelo grupo de discusión abierto a familiares y pacientes, encaminado a facilitar información sobre el alcoholismo a pacientes y familias, mentalización de los factores que influyen en la enfermedad, conceptos sobre alcoholismo como enfermedad psicosocial y mantenimiento de un clima y lugar de reunión para pacientes alcohólicos, con una frecuencia de dos sesiones semanales, dirigidas o moderadas por el psiquiatra y la asistente social. El grupo trata de ser lo menos directivo posible, siendo los propios pacientes que promuevan la discusión y los temas a tratar en el mismo. En el grupo no se permite la asistencia de pacientes bebidos.

Fábregas y cols. (1977)¹⁸³ En su *Grup Teral*, hicieron unas revisiones críticas acerca de las estrategias terapéuticas, tanto sobre el abordaje psicoterapéutico, como sobre las terapias aversivas. En el primer caso el paciente debe ser informado constantemente de to-

das las acciones que se emprenden con la familia para evitar rasgos paranoides, al mismo tiempo que se debe tratar a todo el complejo familiar dando un apoyo al paciente para que se sienta comprendido y recompensado. Por lo que respecta a las terapias aversivas, el Grup se planteó que si bien en principio eran indicadas para los pacientes, en su momento se las estaban planteando como contradicción con el clima terapéutico grupal establecido además de que el paciente las vivía de una forma de castigo, aunque bien discutidas, el Grup se las replanteó en los pacientes con ciertas dificultades de comprensión de los problemas, así como aplicar un hecho físico a una terapia, pero criticando a los conductistas, se determinó que no eran las mejores terapias para resolver el alcoholismo.

En 1977, Huertas^{184, 185} emplea la terapia psicoanalítica en el tratamiento de pacientes alcohólicos con el ánimo de ensanchar el campo de la conciencia, de un modo disfrazado, en entrevistas en las que se habla de fármacos, problemática vital o su reacción frente al internamiento. El número de sesiones, el ritmo, la duración y la táctica de esas entrevistas varía en cada caso, requiriendo una formación psicoanalítica.

Marquínz Bascones (1977)¹⁸⁶ en su trabajo en alcohólicos, propugnó como tratamiento básico y fundamental la psicoterapia de grupo de forma que determinó que esa la pauta principal para tratar al alcohólico.

Vázquez y Pietrafesa (1979)¹⁸⁷, publicaron sus experiencias de intervenciones psicológicas tanto individuales como grupales en su clínica en Galicia, con los resultados importantes que suponen dichas técnicas para los pacientes.

Bombín (1980)¹⁸⁸ hizo una revisión y publicó su experiencia clínica con la psicoterapia de grupo para el abordaje del alcoholismo y manifestaba en su experiencia personal todo lo que se aplicaba en su contexto, especialmente en los grupos de terapia de alcohólicos rehabilitados. Y en rehabilitación.

Otros autores que propugnaron y estudiaron las terapias de conducta fueron Rodríguez, Párraga y León (1983)¹⁸⁹ cuyas experiencias fueron de gran valor ya que hicieron un estu-

dio bien detallado de la materia y mejorar los tratamientos del alcoholismo.

Otro modelo de psicoterapia de grupo es la que interviene la familia, la *psicoterapia familiar*, una de las terapias familiares más específicas que se iniciaron fueron las que se relacionaban directamente con las mujeres de alcohólicos como las desarrolladas en Vizcaya por Pereira y Etxeberria (1984)¹⁹⁰ valorando la atención a la esposa del alcohólico en tratamiento, creándose grupos de apoyo e información, viendo que ese tipo de grupo ha servido para ver las posibilidades de tratamiento del alcoholismo, de los alcohólicos y sus familias, lo que nos ha hecho ver las múltiples dificultades en el seno de la familia en los alcohólicos, y que es necesaria la participación de la pareja como parte afectada y que necesita recuperación por sí misma.

Bogani (1984)¹⁹¹. Estableció una serie de pasos en lo que sería el abordaje psicoterapéutico de los alcohólicos. Primero daba los pasos que, en su criterio debían darse para el inicio de la misma, desde la primera entrevista, la valoración de la actitud de la familia, el régimen de tratamiento, la medicalización del problema y la incorporación al grupo. Posteriormente define la composición del grupo, el funcionamiento del mismo, como grupos de discusión y grupos informativos con un contenido pautado y clarificador para los pacientes, las metas del mismo, es decir los fines y objetivos a conseguir, abstinencia, hábitos sanos de vida, recuperación de tiempo perdido, aprendizaje de nuevas actividades y aficiones, el uso de su tiempo libre, fortalecimiento de su YO en base al autocontrol exigente y riguroso, facilitar su experiencia a otros alcohólicos y con una participación prolongada en el grupo con acuerdo con el psicoterapeuta y colaborar con grupos de alcohólicos rehabilitados. El autor se plantea la posibilidad de grupos especiales para personalidades patológicas en el caso de haber un número de pacientes suficiente. La psicoterapia de grupo basada en el Psicodrama de Moreno, con la colaboración de un YO auxiliar, dramatización de situaciones y problemas relacionados con su vida y el alcohol. Finalmente el autor menciona todos los pasos

a tratar e informar al paciente de quién es alcohólico, qué es el alcohol, el alcohol y los intereses económicos circundantes, el aprendizaje del alcoholismo, las justificaciones del propio alcohólico y la psicología del mismo, las consecuencias físicas, psíquicas, sociales, etc, el tratamiento del alcoholismo y el abordaje familiar tras una situación alterada.

Entre los trabajos que hablan de la positiva influencia de la psicoterapia grupal conjunta entre los pacientes y las familias de estos, se obtiene una gran mejoría e influye en un período más largo de tratamiento, contribuyendo a mejorar la relación familiar (Lorenzo y González, 1985)¹⁹² (Lorenzo y col, 1987)¹⁹³.

Ávila y Lozano¹⁹⁴ en 1989 definieron que la terapia de grupo es una de las técnicas más importantes en el tratamiento y rehabilitación del alcoholismo, con múltiples éxitos terapéuticos, incidiendo en las características más significativas del alcohólico, como son la dependencia, el aislamiento y la negación de la enfermedad. Los autores revisan las diferentes terapias de grupo utilizadas en el tratamiento como son las terapias de grupo para enfermos alcohólicos, terapias de grupo para esposas de alcohólicos y terapias de grupo familiares.

Monrás y col (1990)¹⁹⁵ estudiaron los abandonos en las terapias de grupo en alcohólicos, así como consideran la importancia del cumplimiento en el tratamiento, siendo la terapia grupal el fundamental, observando las desapariciones de las terapias grupales en las que a partir del primer año de integración en el grupo es cuando se producen mayor nivel de desapariciones, considerando que los jóvenes tiene peor pronóstico en cuanto adherencia, las mujeres suelen abandonarlas más tarde que los hombres.

Cortés y col (1994)¹⁹⁶ realizaron un estudio sobre las variables que intervenían en la evolución de los pacientes alcohólicos, a caballo entre un Grupo de Alcohólicos Rehabilitados (GARA) y la actividad de una Unidad de Alcoholismo perteneciente al SVS, encastrada en los mismos locales de la Asociación. Los autores revisaron las diversas modalidades de tratamiento que se impartían en lo que respecta a las actividades psicoterapéuticas

con estas diferentes modalidades: terapia de grupal de forma exclusiva, y/o combinadas con otras modalidades: individual y grupal; grupal y de pareja; individual, grupal y de pareja; grupal e informativas; terapia individual; individual y de pareja; informativas; individual e informativas. En el estudio no se encontraron unas diferencias altamente significativas, por lo que la opción de los profesionales fue la de que se adaptaran a las que mejor se podría integrar y adaptar los pacientes.

García y col, (1995)¹⁹⁷ evaluaron dos modalidades de tratamiento en el Centro de Salud Mental de Retiro en Madrid, una de ellas una terapia convencional con desintoxicación, medicación disuasoria y terapia cognitivo-conductual, y otro grupo destinado a prevención de recaídas según el modelo de Prochaska y Di Clemente, revisando los pacientes en períodos diferentes, viendo que ese modelo de entrenamiento no era muy significativo a corto y medio plazo frente a la terapia convencional, pero sí que aparecieron diferencias significativas a los 3 años de seguimiento, con tasas de recaídas menores, y mantenimientos de la abstinencia superiores, es decir, los autores abogaban por esta técnica de entrenamiento psicoterapéutico de Prevención de Recaídas.

Cuadrado y col. (1995)¹⁹⁸, siguiendo su trabajo de revisión de los programas de intervención en alcoholismo, establecen el criterio de *Intervención Comunitaria*, dentro de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, mediante un programa multiprofesional de unos dos años de duración con desintoxicación ambulatoria, terapia individual, farmacoterapia, programa de prevención de recaídas, atención a complicaciones somáticas, psíquicas y sociales y coordinación con grupos de autoayuda. El seguimiento a dos años, supone una revisión de los problemas en cada momento, con incremento de actividades terapéuticas en caso de recaída o de valoración de riesgo. Se lleva a cabo un programa de prevención de recaídas durante 8 semanas, de orientación cognitivo-conductual, con un sistema de repesca que los pacientes autorizan, en caso de desaparición del programa o faltas a las visitas concertadas.

Otro modelo importante en el tratamiento del proceso de enfermar alcohólico fue descrito y puesto en funcionamiento por Prochaska y Di Clemente¹⁹⁹ analizado en el trabajo de Cuadrado y Martínez (1996)²⁰⁰ denominado Modelo Integrador del Cambio, para favorecer el cambio de las personas en su proceso de rehabilitación del alcoholismo en el que primero se aboga por la abstinencia o inicio del cambio y el mantenimiento de la misma o mantenimiento del cambio, que es el eje central del tratamiento, que es lo más difícil para el paciente alcohólico.

Rubio Pinalla (1996)²⁰¹ recomienda una actitud espacial por parte del médico o el psicoterapeuta, valorando todos los fenómenos psíquicos en toda su extensión y gravedad, haciendo que el paciente reconozca todos los problemas que le afectan, para su mejor comprensión, como punto de partida, para que tome conciencia de su problema, ya que si no puede no entregarse de forma completa al tratamiento; recomienda iniciar el tratamiento en un ingreso hospitalario, para luego seguir ambulatoriamente, al mismo tiempo que sirve para un exploración orgánica y psicológica más completa. El autor induce a pensar que conociendo perfectamente sus problemas, el paciente reaccionará positivamente, y se podrán conseguir las metas y objetivos, así como que tome responsabilidad de solucionar sus propios problemas. El terapeuta, en ese aspecto actúa como un súper Yo muy influyente, imprimiendo en el paciente un control interno y externo que hacen que recuerden todas las prohibiciones y consejos del terapeuta. El autor es capaz de establecer las posibilidades de la abstinencia absoluta con disulfiramicos, o bien, el tratar de beber de un modo controlado pasado un largo tiempo de abordaje, aunque siempre recomendando beber siempre delante de la misma persona controladora del proceso.

También habla de que el psicoterapeuta debe tener una actitud muy comprensiva hacia el alcohólico, ofreciendo una imagen de apoyo y salvación que no encontrará en la calle ni entre sus compañeros de barra.

El autor menciona los tratamientos aversivos como liberadores de conductas anómalas, a la vez que se basa en la asociación del proceso psicoterapéutico, se basa en algunos aspectos como que el tiempo de abstinencia va disminuyendo el deseo de la ingesta al no reforzar conductas que al sujeto le daban placer. El solo hecho de la abstinencia modifica las conductas personales del paciente, mejorando su relación familiar, social y laboral, que hacen caer en la cuenta de la diferencia de la respuesta conductual en sobriedad y ebriedad del paciente.

Monrás y col, 1998²⁰² detectaron una serie de individuos reacios a iniciar tratamiento, entre ellos están los pasivos y que necesitan un mayor dirigismo, el adaptarse el terapeuta a las creencias del paciente, las mujeres y los pacientes con menor psicopatología son los que más se benefician de la terapia grupal, por lo que el resistente al grupo sería un varón, con mayor psicopatología, mayor deterioro neuropsicológico, el ser reenviados al grupo suele ser una gran dificultad para que asuma su tratamiento, hacen un mal uso de los recursos sanitarios, para ser un paciente beneficiario del grupo es que haya una alta motivación para su curación y tratamiento.

Gual 1998²⁰³ menciona que al uso de nuevos fármacos en la deshabitación alcohólica, se están introduciendo nuevas modalidades psicoterapéuticas como las *técnicas motivacionales*, con lo que se consigue un menor deterioro de la población asistida. No se conoce bien, en ese momento un perfil específico de paciente para dichas técnicas, por lo que considera proponer que los programas terapéuticos sean individualizados, incorporando los objetivos de cada paciente, de acuerdo con sus características clínicas y contemplando objetivos intermedios. Propone el enfoque bio-psico-social, que incorpora las técnicas motivacionales, que son un modelo que permite trabajar junto al paciente y no frente a él, con menores tasas de atrición entre los pacientes y mayores niveles de satisfacción profesional entre los terapeutas.

Marlatt (1999)²⁰⁴ Define que durante los tratamientos es factible la recaída, o también el

mantenimiento de la abstinencia y la mejoría en una o más áreas de su vida. La prevención de recaídas son una parte integrante de los trastornos adictivos, primeramente utilizadas para mantener la situación de rehabilitación a lo largo de todo el proceso asistencial, tanto en hospital, como en ambulatorio o en sistemas de autoayuda, puede utilizarse para los individuos, sus familias o en grupos de terapia, preparando a los pacientes para anticiparse y tomar decisiones frente a la recaída en el post tratamiento.

Monrás y col. (2000)²⁰⁵ En un estudio controlado con pacientes con tratamiento psicoterapéutico e interdictores y otro sin programa psicoterapéutico valoraron de forma rotunda la eficacia terapéutica de los tratamientos psicoterapéuticos, especialmente los relacionados con la terapia de grupo.

También en el año 2000, Monrás y col.²⁰⁶ Mostraron un trabajo sobre la efectividad de la terapia grupal para alcohólicos, haciendo hincapié en la validación de la terapia grupal como método terapéutico, evaluando objetivamente la eficacia de la terapia grupal en el tratamiento del alcoholismo, mantenimiento de la abstinencia y su adherencia al tratamiento, con unos resultados, comparando un grupo con terapia estándar y terapia estándar con terapia grupal, con mayores tasas de retención, menos recaídas y una probabilidad de permanecer abstinentes mucho más tiempo.

Fernández y col (2000)²⁰⁷ realizaron un estudio con mujeres alcohólicas con dos modalidades de intervención: Tratamiento convencional e intervención en red (en mujeres con menores a su cargo), tras detección problemas de maltrato relacionados con sus hijos. Determinaron tras un año de estudio que el grupo de mujeres intervenidas en red, mejoraban y mantenían su abstinencia mejor que las que habían estado en tratamiento convencional, con mayor adherencia al tratamiento, abstinencia y menos recaídas.

Lorenzo y col (2000) evaluaron la eficacia de los grupos motivacionales en el tratamiento de la dependencia alcohólica, comparada con un grupo similar de pacientes con terapias habituales, comparados durante 6 meses,

obteniendo que la asistencia a grupos motivacionales aumenta la adherencia al tratamiento, disminuyendo las altas precoces y aumentando la abstinencia en un plazo medio.

En 2001, se publicó un artículo en Adicciones por Molina²⁰⁸ que se trata de una revisión y tratar demostrar como la *hipnosis* puede incorporarse a las intervenciones cognitivo-conductuales, como una sinergia en las terapias que se integra, por lo que la utilización de técnicas sugestivas, puede aumentar la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales. Entre esos grupos de intervenciones cognitivo conductuales estaría las terapias de exposición, la reestructuración cognitiva en hipnosis, el control del diálogo interno y autoinstrucciones, control de la ansiedad y utilización de sugestiones posthipnóticas, expectativas para promover el cambio, reproducción voluntaria de los efectos de las sustancias, prevención de recaídas en hipnosis.

Monrás (2001)²⁰⁹ dado el incremento de pacientes cada vez más jóvenes, propone en su trabajo la creación de grupos de terapia para jóvenes, diferenciadas de los grupos que él denomina de "tercera edad", es decir de los alcohólicos mayores y tradicionales, adaptadas a los cambios generacionales.

Iglesias y col (2001)²¹⁰ en su abordaje individual del paciente alcohólico, emplearon la terapia cognitivo conductual en pacientes alcohólicos, basada en los principios de la teoría del aprendizaje social, contemplando la conducta del beber como interrelacionada con la mayoría de los problemas de la persona, entrenando al paciente en mejorar sus habilidades interpersonales y autocontrol, para superar los déficits que tiene la persona, incrementando su habilidad para afrontar las situaciones de alto riesgo, que pudieran precipitar una recaída, incluyendo sus aspectos emocionales, demostrando la evidencia de la eficacia de la asociación farmacoterapia y la psicoterapia cognitivo conductual en el tratamiento de alcohólicos.

En 2002, Martín²¹¹ hace una revisión sobre el abordaje psicoterapéutico en el alcoholismo desde los modelos cognitivo conductuales, hasta los tratamientos centrados en la

mejora de las habilidades de afrontamiento, potenciación de las habilidades sociales y en la prevención de recaídas. La terapia de grupo aparece como uno de los tratamientos de elección, con modelos de intervención profesionalizados, más allá de los grupos de autoayuda. El autor describe los siguientes *modelos motivacionales*: 1) Intervenciones motivacionales breves; 2) Entrevista motivacional; 3) Terapia de mejora motivacional. También describe los *Modelos conductuales de tratamiento*: Terapia cognitivo-conductual de habilidades de afrontamiento. *Entrenamiento en habilidades de afrontamiento*: 1) Prevención de recaídas; 2) entrenamiento en habilidades sociales o de comunicación. *Tratamiento con exposición a estímulos*. *Terapia familiar*. *Terapia conductual de parejas*. *Terapia de grupo con alcohólicos*; *modelo de reforzamiento comunitario*: 1) construcción de la motivación, 2) iniciando la sobriedad, 3) analizando los patrones de consumo de alcohol, 4) incremento del refuerzo positivo, 5) entrenamiento de conductas, 6) implicación de personas significativas, 7) estilo del terapeuta, 8) intensidad inicial del tratamiento. El autor finaliza diciendo que es difícil definir la tipología del alcoholismo, por lo que es difícil definir cuál es el modelo ideal para cada alcohólico, por lo que el criterio clínico sigue siendo el elemento esencial en la elección del tratamiento más conveniente.

Díez Manrique y col. (2002)²¹² describieron la Intervención Breve en Alcoholismo, como un instrumento eficaz para disminuir el consumo de alcohol en bebedores de riesgo y con bajo coste, fáciles de implementar en Atención Primaria, especialmente entre los pacientes que podríamos definir que no han llegado completamente a un diagnóstico de dependencia alcohólica, a través de un folleto de autoayuda, asociado a las sesiones de valoración, consiguiendo, como hemos mencionado una disminución del consumo, tratando los siguientes aspectos: valoración de los acontecimientos estresantes en el período: autopercepción de relación con el consumo de alcohol, autopercepción sobre los efectos sobre el tipo/cantidad de consumo. Conciencia subjetiva de cambios en el consumo y sus

motivos. Comportamientos y estrategias utilizados para la disminución.

Palau y col (2002)²¹³, estudiaron la influencia de la actividad psicoterapéutica basada en el criterio de identidad sexual y sus valores adjudicados por la sociedad, el beber de la mujer como algo reprochable, beber en solitario, beber a escondidas, negación de la enfermedad, negación a la posibilidad de curación, por lo que se planteó un grupo terapéutico para mujeres alcohólicas desde una perspectiva de género y valorar el perfil de las pacientes y su evolución dentro del grupo. El grupo se organizó con el liderazgo de una de las pacientes abstinentes por largo tiempo y cuya función es la de mediadora con el psicoterapeuta. Los resultados fueron que todas ellas consiguieron desintoxicarse, las mujeres estaban en su fase de contemplación del tratamiento, con alta adherencia al grupo con gran participación y abstinencia conseguida. Las autoras concluyeron que la terapia de grupo exclusiva de mujeres, proporcionaba un contexto terapéutico adecuado para superar la inhibición que caracteriza a muchas de ellas, iniciando un proceso de recuperación personal, a partir de los procesos de identificación, toma de conciencia y afrontamiento del problema, vinculación positiva con la mediadora y los valores del grupo han propiciado un aumento de la autoconfianza y autoeficacia personal.

La psicoterapia interpersonal en la codependencia, fue una propuesta de Mansilla (2002)²¹⁴, en la que se habla de la codependencia como una actitud obsesiva y compulsiva hacia el control de otras personas y las relaciones, fruto de su propia inseguridad. En el caso del alcoholismo se define a quién tiene una relación directa e íntima con un paciente que le facilita o ayuda a continuar con la adicción, basado en lo que el otro piensa, miedo a la pérdida de relación, sintiendo la culpa y siempre tratando de reparar. Buscan controlar a las personas y hacer propios los problemas del otro, por baja autoestima, escasa autoeficacia, por autoconcepto negativo, represión de emociones, evasión y negación del problema, ideas obsesivas y conduc-

tas compulsivas, el miedo al abandono, a la soledad, al rechazo, etc.

El abordaje desde la psicoterapia interpersonal se basa en un enfoque pluralista, no doctrinario y empírico, con características específicas. La peculiaridad se basa en sus estrategias, no en las técnicas, abordando cuatro áreas: duelo, disputas personales, déficits interpersonales y transiciones de rol.

Otro modelo de asistencia, que tiene mucho que ver con los programas psicoterapéuticos es la *prevención de recaídas*, modelo que evaluaron Fuentes-Pila y col (2004)²¹⁵ Los autores trabajaron sobre paciente con consumo reiterado de alcohol en procesos de tratamiento antialcohólico, con diversas recaídas y sin cesar completamente el consumo de alcohol. Los autores definieron los métodos de intervención como: Detección inmediata del consumo reiterado, Evaluar la situación de consumo, deconstrucción y eliminación de la fantasía de consumo controlado por el paciente, aspectos neurobiológicos, emocionales, elaboración del duelo de abandono del alcohol, análisis de la ambivalencia entre el deseo de beber y no beber, tratar de inculcar aspectos positivos relacionados con la abstinencia y valoración de sus esfuerzos por la abstinencia. Los autores valoran muy positivamente la reactivación del proceso de cambio en el paciente en recaída, haciendo de ésta una herramienta cognitiva y emocional motivadora para la restauración y motivación de la abstinencia.

Según Sánchez Hervás (2005)²¹⁶, es muy importante valorar las opciones psicoterapéuticas para tratar los problemas de los pacientes, adoptando una estrategia de trabajo fundamentada en la recogida, integración e interpretación de la mejor evidencia científica, unida al juicio clínico, lo que ha venido a denominarse *Patología Basada en la Evidencia o Psicología Basada en Pruebas*, lo que ha supuesto que se vayan elaborando una serie de guías de tratamientos empíricamente validados o apoyados, estableciendo un modo de obligación ética, aunque cada tratamiento debe aplicarse con cada paciente, flexible y personalizadamente.

Martínez-González y col (2009)²¹⁷ en un estudio realizado con paciente alcohólicos con y sin trastornos de personalidad, valorando la eficacia de los tratamientos, realizando intervenciones cognitivo conductuales tanto a nivel individual como grupal con el objetivo fundamental de la prevención de recaídas, empleando además de las técnicas psicoterapéuticas, la adición de fármacos anticraving e interdictores, obteniendo unos resultados muy aceptables.

MEDIOS, INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE ABORDAJE DEL ALCOHOLISMO

ASOCIACIONES DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS, GRUPOS DE DISCUSIÓN, PSICOTERAPIAS, ETC.

1976²¹⁸.- Se plantea la necesidad de Asociaciones de ex alcohólicos, para ayuda de los enfermos y a la sociedad. El trabajo alude a los diferentes abordajes del alcoholismo, la asociación como mecanismo de prevención de recaídas, mediante la información y la psicoterapia, potenciando la autoestima, poniendo en marcha mecanismos de dar y recibir para conseguir su total curación.

1976²¹⁹.- Sobre pacientes abstinentes en grupos de discusión terapéutica, se valoró con un cuestionario, las ventajas observadas por los pacientes que permanecen abstinentes.

1976²²⁰.- Los autores detectan fallos en grupos terapéuticos, como el que no estimulan a los alcohólicos en su esfuerzo personal independiente del grupo, sino que los mantiene atados a ella, con convicción de posible recaída posterior, sin ser liberados de la adicción, estimando que los grupos no deben ser indefinidos, sino previamente acordada con el terapeuta y el paciente, máximo 6 meses, con asistencia de familias.

Lozano y col (1980)²²¹ y (1990)²²² en el Grupo de Alcohólicos Rehabilitados de Salamanca, dando toda una serie de bases teóricas de la psicoterapia de grupo familiar, consiguiendo, según los autores, unos porcentajes de rehabilitación entre un 48 y 66% de los casos. El grupo familiar es conducido por dos terapeutas, grupo abierto, con introducción de

nuevos pacientes, independientemente de la antigüedad del grupo, grupo amplio de unas 40 personas, sesiones una vez a la semana de una hora y media.

Martín en 2002, en su trabajo sobre tratamientos psicológicos, menciona la terapia grupal con alcohólicos con diferentes programas: tanto en asociaciones como dirigidas por profesionales. Estos programas tienen muchas acepciones: AA y grupos de alcohólicos rehabilitados, grupos de familias dentro de la asociación, grupos educacionales, psicodrama, grupos introspectivos y grupos motivacionales.

También dentro de las asociaciones y próximas a ellas, podríamos encontrar los *Modelos de Reforzamiento comunitario*, entre los que se encontrarían la construcción de la motivación para dejar de beber, el inicio de la sobriedad, el análisis de los patrones de consumo de alcohol, el incremento de refuerzo positivo, entrenamiento de conductas, implicación de personas significativas. También el autor considera el estilo de actuación del terapeuta: positivo, enérgico, optimista y entusiasta. La intensidad inicial del tratamiento es fundamental, junto con la calidad y rapidez del comienzo. Valdés 2003, considera que los grupos de autoayuda y los de dirigidos por profesionales son terapias fundamentales.

UNIDADES DE TRATAMIENTO

1976²²³.- Filosofía asistencial de la Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías del Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera (Valencia), se debe trabajar sobre grupos homogéneos, presencia de personal especializado interesado en la temática alcohólica, con los siguientes objetivos: 1) conciencia de necesidad de abstinencia total, 2) ambiente terapéutico apropiado, 3) información a médicos, especialistas y familiares ya los propios pacientes, 4) organización de una asistencia intra y extrahospitalaria sectorizada, 5) estudios estadísticos sobre epidemiología y revisiones de casos de las terapéuticas empleadas, 6) personal y medios apropiados.

El plan de tratamiento debe constar de: reuniones informativas sobre el alcoholismo para los pacientes, psicoterapias individuales, grupales, familiares y de orientación. El fin buscado es: rehabilitación del paciente, toma de conciencia de su situación patológica con el alcohol y sus consecuencias, y la aproximación a su vida social natural.

1976²²⁴.- Peculiaridades de los centros asistenciales en Barcelona: 1) trabajo en equipo entre A. Sociales y psiquiatra, como núcleo de la actividad asistencial eficiente, detección, diagnóstico que precisa de todos ellos. 2) Asistencia ambulatoria, agencia de información, difusión del problema alcohólico y la distribución ambulatoria u hospitalaria, con el uso de técnicas de despistaje, interrogatorio psicopatológico, médico y social, uso de los instrumentos clínicos imprescindibles, con implicación mutua de todos los profesionales. 3) la dinámica es la recepción por la AS, con información a paciente y familiares sobre todo el proceso, así como la información de todo el proceso imprescindible y las alternativas sociales y de grupos de discusión. 4) Inicio de una historia social y posteriormente la médico psiquiátrica, exploraciones somáticas, psicopatológicas, psiquiátricas, etc. Para hacer el adecuado abordaje del paciente. 5) si se aprecia psicopatología o alcoholismo sintomático manifiesto, se remite o se comparte con el Dispensario Psiquiátrico. 6) Cuando se trata de un alcoholómano con desajustes sociales, se le incorpora al Grupo de Discusión. 7) La indicación de ingreso hospitalario viene condicionado al grado de alcoholización y previsión del síndrome de abstinencia posible, así como todas las implicaciones sociales que puedan condicionar su abstinencia en el medio ambulatorio. 8) La estrella del tratamiento es el grupo de discusión como paliativo de la estructura social que el paciente abandona, por lo que se insiste en la readaptación social del alcohólico. 9) Como secuela de los grupos de discusión se aconseja el movimiento y la creación de los grupos de Alcohólicos Rehabilitados, en el que se implica a los pacientes y a los familiares, para difundir el mensaje de la rehabilitación.

En este tipo de labor se reivindica el papel de la Trabajadora Social como personal básico del trabajo en alcoholismo, para desmontar el complejo alcohol-vicio tan frecuente en la época en que se hizo el trabajo.

1976²²⁵. - En el presente trabajo se define el programa de alcoholismo en Navarra, llegando a las siguientes conclusiones en cuanto a necesidades asistenciales: 1) *Servicios de Orientación y Counseling*, para atender a las necesidades de la población y las familias, integrados en la comunidad, fácil acceso, funcionamiento a media jornada, con AS y enfermeras, bajo supervisión psiquiátrica. 2) *Servicio de Atención Inmediata*, atención urgente de las consultas urgentes, orientación de las primeras fases de tratamiento y primeras medidas terapéuticas, próximos a los servicios de urgencia, con horario amplio, con personal formado en alcoholismo, y derivación también a servicios médicos generales. 3) *Servicios de internamiento*, o bien en el hospital psiquiátrico, con unidades específicas para el alcoholismo y las drogo-dependencias, que también podrían ubicarse en hospitales generales, ya que se podrían cubrir todos los espectros del alcoholismo. 4) *Servicios ambulatorios*, para la terapéutica ambulatoria global y específica del alcoholismo, psicoterapias individuales, de grupo, de familia y todo el trabajo social imprescindible, recomendable la ubicación en el centro de la comunidad y de fácil acceso, con horarios flexibles y actuaciones coordinadas. 5) *Servicios de asistencia a domicilio*, para tratar al paciente en su medio familiar, eliminación de internamientos inadecuados, que recaería sobre los enfermeros. 6) *Centros de readaptación social*, acogerían a pocos pacientes, como casas a medio camino entre el hospital y el domicilio con diversas actividades.

Plan de asistencia al alcoholismo en Navarra: Creación de un Departamento de Alcoholismo con colaboración con Cáritas, Cruz Roja, Ayuntamiento, etc. Funciones: 1) Promover y estimular y coordinar los esfuerzos de la comunidad sobre el alcoholismo como problema; 2) comenzar una serie de estudios epidemiológicos, sociopsiquiátricos; 3) pro-

gramar actividades preventivas; 4) Responsabilidad en el tratamiento del alcoholismo de modo específico y en todos sus aspectos; 5) formado por psiquiatras, asistentes sociales, enfermeras; 5) Criterios básicos de actuación: promoción de recursos e intereses de la comunidad basados en la atención específica del alcoholismo y la movilización de recursos, utilización máxima de recursos de la comunidad, compromiso con todos los profesionales de las instituciones mencionadas anteriormente.

Mezquita y col. (1977)²²⁶ describieron su unidad antialcohólica, así como su estructura y funcionamiento, similar a las que venían desarrollándose hasta entonces.

Hernández (1989)²²⁷ en los criterios de estructuración de los centros de asistencia para la rehabilitación de alcohólicos, debe crearse la asistencia psicológica en tres niveles de atención y un cuarto que sería el de los grupos de psicoterapia en que la autora describe cuatro tipos: un grupo para pacientes, un grupo para familiares de enfermos, grupo específico para mujeres alcohólicas, grupo específico para parejas con uno o ambos miembros alcohólicos, además de tratar en un grupo aparte y con criterios especiales el tema de las recaídas en el consumo.

Rodríguez-Martos (1997)²²⁸ siguiendo los criterios de la Plinius Major Society, propone la ampliación del espectro de actuación precoz desde la AP, a través de intervenciones breves tras la detección precoz del problema de alcoholismo, proveyéndoles de materiales y orientaciones, así como criterios comunes de intervención para tratar de atajar un problema desde los inicios o por lo menos como una prevención de los problemas posteriores que proporciona dicha enfermedad.

Monrás y col (1998)²²⁹ estudiaron los problemas de los alcohólicos crónicos con múltiples recaídas y reingresos en hospital, con mayor deterioro neuropsicológico y más psicopatología y consumos de psicofármacos y que suelen abandonar prematuramente los tratamientos, consideraron la necesidad de desarrollar programas específicos para los alcohólicos que abandonan prematuramente el

tratamiento, sin un seguimiento, basados en estrategias motivacionales, así como programas paliativos y de reducción de daños en los pacientes en tratamientos de larga duración.

Un aspecto fundamental a valorar y evaluar es el uso de las Sesiones Informativas sobre Alcoholismo en las Unidades hospitalarias para alcohólicos, ya que este aspecto es fundamentalmente educativo, ayudando al cambio de concepciones erróneas acerca de la enfermedad. Los autores, Serrano y col. (2001)²³⁰ realizaron un trabajo de evaluación en el Clínico de Barcelona, con pacientes ingresados, con 6 sesiones establecidas, como: el alcoholismo como enfermedad, dependencia física y psíquica, orígenes y causa del alcoholismo, efectos del alcohol en el organismo, mitos del alcohol y tratamiento del alcoholismo, con cuestionario previo y posterior a la sesión, dando como resultados, obteniéndose un incremento de los conocimientos teóricos en un porcentaje de un 7,75%. A partir de los resultados obtenidos, se ve cumplido el objetivo de las sesiones, incrementando los conocimientos referidos a la enfermedad alcohólica y a los procesos adictivos en general.

Valdés (2003) considera que la rehabilitación psicosocial debe recaer en equipos multidisciplinares en centros de salud mental con comorbilidad psiquiátrica, comunidades terapéuticas, centros y hospitales de día, grupos de ayuda para familiares, especialmente para hijos y esposas de afectados.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

CURACIONES ESPONTÁNEAS

1976²³¹.- En el trabajo se menciona que en la etapa de la vejez, fuera de los problemas cotidianos, laborales, complicaciones físicas y psíquicas, familiares, son los factores que producen cambios en el comportamiento, por lo que en la vejez, con menos vida social, se producen curaciones espontáneas, ya que se restringe su vida de relación y aproximación al alcohol, especialmente en personas bebedores sociales que nunca habían presentado problemas.

SOFROLOGÍA

Aizpiri, 1976²³², consideró que dichas técnicas tenían una gran repercusión en la mejoría del paciente, basadas en las técnicas de intrasofronización de Shultz, o las técnicas de relajación dinámica de Caycedo, en la que se plantea primero una desintoxicación. Posteriormente que el paciente acepte el tratamiento y que sepa que es a largo plazo, para: aceptar el convencimiento de su enfermedad, la necesidad de ayuda, mejorar todos sus condicionantes sociales para evitar sus recaídas.

UTILIZACIÓN DEL ETANOL COMO TRATAMIENTO

En 1998, Mata y Rubio²³³ hicieron un estudio de los diversos trabajos publicados sobre la indicación y uso del etanol en el síndrome de abstinencia alcohólico, viendo una serie de problemas metodológicos en ellos. Se pensaba que el uso de etanol disminuía la mortalidad asociada al síndrome de abstinencia, acortando el ingreso hospitalario, no observándose en casi ninguno de los trabajos, en algunos estudios se compararon el etanol y las benzodiazepinas, viendo que la mortalidad era la misma. Según algunos autores, frente a las benzodiazepinas, hay menos problemas respiratorios, menor disminución del nivel de conciencia, mayor colaboración del paciente en las exploraciones físicas, disminución de riesgo de delirium tremens. Aunque los autores, frente a estas opiniones, el etanol presenta interacciones farmacológicas, y frente a estos se podría utilizar clometiazol, tetrabamato, tiapride o lorazepam, con mayor margen de seguridad, además de que los estudios son escasos y faltan muchos datos para considerarlo un instrumento útil.

PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

En el año 2000, Cuadrado²³⁴ siguiendo los modelos aplicables al abordaje de otras drogodependencias, planteó la posibilidad de establecer programas para modificar la evolución a largo plazo de grupos de pacientes que tienen serias dificultades para el abandono completo del alcohol, previniendo las complicaciones que pudiera producir el consumo

de alcohol en dichos pacientes, para controlar los daños y deterioros que pueda producir el uso continuado del mismo, evitando mayores problemas, de manera que podamos tener a dichos pacientes próximos a los recursos sanitarios, con objetivos de menor exigencia porque los plantean dificultades, en principio para mantener la abstinencia, al mismo tiempo que flexibilizamos sus posibilidades de ser atendidos y cuidados. Entre uno de dichos programas de reducción de daños en alcohólicos estaría el de la Bebida Controlada.

El autor menciona que la reducción del consumo es un aspecto parcial de lo que se persigue, ya que en algunos casos no obtenemos una mejoría completa de todos los problemas y enfermedades de los usuarios de dichos programas, entre dichos problemas nos encontramos que no se resuelven tan fácilmente los problemas, sociales, laborales, familiares, etc., que seguirán precisando de otras intervenciones más específicas sobre los mismos.

Batlle (2002)²³⁵ definió el *beber controlado* como la adquisición de hábitos de consumo de alcohol normalizados por parte de sujetos que previamente han sido identificados como alcohólicos o bebedores problemáticos, partiendo de la consideración de que algunos de estos no quieren o no pueden abandonar su consumo, por lo que los tratamientos orientados a la abstinencia no serán útiles para ellos, pero a lo mejor se pueden adaptar a un programa de bebida controlada y reducir sus ingestas de alcohol.

La filosofía del programa partiría de la idea de la *reducción de daños*, así como de las *intervenciones breves*, tratando de prevenir las consecuencias dañinas del consumo, en que los sujetos siguen bebiendo, tratando que disminuyan su consumo. En las intervenciones breves se trata de identificar a sujetos con consumos de alcohol considerado de riesgo, llevando actuaciones tendentes a reducir o prevenir trastornos relacionados con el alcohol, a ser posible sin dependencia severa, sin patología orgánica o psiquiátrica, utilizando cuestionarios, marcadores biológicos y valoración del consumo de alcohol, tra-

tando de lograr disminuir su consumo, con intervenciones de corta duración, con consejo personalizado sobre reducción del consumo, es posible que se trabaje fundamentalmente desde Atención Primaria de Salud, y se han considerado que son muy efectivas para disminuir dicho consumo. Este aspecto relacionado con las intervenciones breves en Atención Primaria de Salud, también fue analizado por Córdoba en 2002²³⁶, describiendo las técnicas y los métodos de evaluación de las mismas concluyendo que las intervenciones breves, e incluso las muy breves, son efectivas y constituyen un elemento útil y aconsejable para la prevención secundaria de bebedores de riesgo, asimismo, son útiles para la prevención terciaria en bebedores problemáticos, considerando que la efectividad puede llegar hasta un 25% de las personas a las que van dirigidas las intervenciones breves.

Otro de los programas interesados en reducir la incidencia y prevalencia de trastornos relacionados por el alcohol, se inició en Cataluña en 2002, y fue publicado por Segura y col.²³⁷ En 2005. Su objetivo, además de reducir el consumo de alcohol en Atención Primaria de Salud, era el de formar a los médicos, mediante un protocolo estandarizado abordando aspectos teórico prácticos de la detección precoz y la intervención breve sobre el paciente con sospecha de consumo de riesgo. Como conclusiones de dicho programa en fases iniciales fueron las siguientes: el programa era valorado positivamente y los resultados apuntaban a que la implicación de especialistas en adicciones en las actividades preventivas comunitarias, era muy valorado por los que recibieron la formación en dicho programa, así como la extensión en todo el territorio de esa comunidad autónoma podría ser una realidad para mejorar la prevención y atención al alcoholismo.

Los Servicios de Urgencias son un recurso posible para identificar e intervenir sobre individuos con consumo de riesgo de alcohol o que ya han desarrollado problemas con el mismo, ya que en esos lugares se encuentran en una situación receptiva tras el efecto impactante de la urgencia. Las autoras Cher-

epitel y Rodríguez-Martos, en 2005²³⁸, propusieron la utilización del cuestionario RAPS4-QF (Rapid alcohol Problems Scree, 4 ítems + 2 preguntas de cantidad frecuencia) por su facilidad y rendimiento en los servicios de urgencia, al que se le añade una intervención breve, que puede conducir a una reducción del consumo, frente a grupo de control, y una reducción significativa de los problemas relacionados con el alcohol (nuevas lesiones, nuevos ingresos hospitalarios). Sin embargo, la identificación precoz e intervención breve siguen siendo una asignatura pendiente en los servicios de urgencia de todo el mundo.

EPÍLOGO

Estamos convencidos que ha habido más trabajos y autores que han trabajado y han dado a conocer sus resultados en pro de la mejora de los pacientes alcohólicos, pero a lo largo de este trabajo hemos tratado de presentar lo que nos ha parecido más importante reflejando toda una historia en el que hemos incluido métodos, sistemas, tendencias, medicamentos, técnicas, que hemos conocido no solo por la bibliografía, sino por nuestra dilatada experiencia a lo largo de muchísimos años dedicados al abordaje, soporte clínico, profesional e incluso afectivo hacia las personas que hemos considerado a lo largo de nuestra vida como la diana sobre la que había grandes lagunas en España y en otros países y que hemos sido capaces, en muchas ocasiones de darles el apoyo que por derecho tenían y que se lo pudimos dar por nuestro empeño y dedicación, junto con cientos de compañeros que creyeron en la misión que que era devolver salud a los pacientes alcohólicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Santo-Domingo J., Llopis R. (1963). Conceptos y clasificación del alcoholismo. Archivos de Neurobiología 1963, 36(3), 227-241.
- 2 Báez RM. (1974). Alcohol y alcoholismo. Bol. Asoc. Med. P. R. (1974), 66(11): 242-243.

- 3 Ayuso JL., Montejo L. (1977). Tratamiento del paciente alcohólico dentro del entramado del hospital general. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines (1977), 5 (2): 95-108.
- 4 Freixa F (1977). Abordaje actual del alcoholismo. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. (1977), 5 (1): 61-64.
- 5 Llopis J.J., Gual A. y Rodríguez-Martos A. (2000). Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. Adicciones 2000, 12 (1): 11-20.
- 6 Paille F, Bazot M., Favre (2000). Objetivos, indicaciones y modalidades de desintoxicación de los alcohólicos. Adicciones 2000, 12 (2): 245-254.
- 7 Santo-Domingo J. (2002). Introducción: Evolución del alcoholismo y su asistencia en España. Adicciones, en Gual A. Monografía Alcohol (2002); 14 (suplemento 1): 7-21.
- 8 Cabaleiro Goas, M. (1965). Algunos aspectos somatobiológicos y terapéutico-bioquímicos del alcoholismo. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. (1965); 25: 59-66.
- 9 Pascual, F. (2004). Historia del tratamiento del alcoholismo. Adicciones (2004), 16 (suplemento 1): 48-49.
- 10 Soler P.A., Guasch M. (2002). Tratamiento farmacológico de la desintoxicación. Adicciones (2002), 14 (suplemento 1): 421-438.
- 11 Herrera J.J., Espinosa N., Cortopassi L.O. (1969). La comunidad terapéutica en Psiquiatría. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. (1969), 28 (2): 100-116.
- 12 López Briz, E. 2007. El tratamiento de las toxicomanías basada en la evidencia: una alianza necesaria. Rev. Esp. Drogodepend., 2007, 32(4): 512-530.
- 13 Suárez Ramos, H. (1959). Tratamiento del alcoholismo crónico por los médicos generales. Arch. Hosp. Univ. (1959), 11: 265-273.
- 14 García-Estrada R., García R. (1985). Tendencias actuales en el tratamiento de

- la dependencia alcohólica. *Drogalcohol* 1985, 10(1): 9-14.
- 15 Bedate J., Arocas A. (1978). Revisión de los alcohólicos tratados por primera vez durante 1977. *Drogalcohol* 1978, 3(3): 121-132.
 - 16 Nunes-Dinis MC., Lowe L. (1990). Estudio comparativo sobre los problemas derivados del alcohol y sus soluciones en España y Portugal. *Adicciones* 1990, 2(1): 5-20.
 - 17 Santo-Domingo, J. (2002). Introducción: Evolución del alcoholismo y su asistencia en España. *Adicciones* 2002, 14(1): 7-21.
 - 18 Ávila P, Marcos M., Ávila J.J., Laso F.J. (2006). Remisión a medicina interna para el alcoholismo: influencia en la atención y seguimiento. *Rev. Clin. Esp.* (2006), 202 (10): 499-505.
 - 19 Santodomingo, J. (2004). Historia de las políticas asistencias en adicciones. *Adicciones* (2004), 14 (suplemento 1): 53-54.
 - 20 Badenes J., Sanchís M. (2000). *Tratado de Alcoholología*. Nilo. Madrid.
 - 21 Pascual, F. (2000). Perspectivas históricas del consumo de alcohol. En *Tratado de Alcoholología*. Nilo. Madrid.
 - 22 Gual, A. (2002). Organización de la estrategia terapéutica. Modelos de intervención. *Adicciones* (2002) 14 (suplemento1)406-408.
 - 23 Siegler, M. y col. (1982). Models of alcoholism pp. (39-47) en *Interfaces between alcoholism and mental health* en Freed EX Editor, Publications Division. Rutgers Center of alcohol studies, New Brunswick. New Jersey.
 - 24 Ferrer, J. (1975). Sintomatología y tratamiento de urgencia en los cuadros clínicos de etilismo. *Rev. Psiquiatr. Psicol. Med. eur AMER. Lat.* (1975), 11(2): 77-83.
 - 25 Planteamiento general del problema del alcoholismo y las toxicomanías. *Rev. Dep. Psiquiatr. Fac. Med. Barcelona* (1973), 2(3): 141-154.
 - 26 Coderni de Saus J., Ferrer J. (1967). Consideraciones sobre el delirium tremens y su tratamiento. *Rev. Psiquiatr Psicol Eur Amer Lat* (1967), 8 (2): 110-115.
 - 27 García J., Cubillo J., Curado B., Alonso M.J. (1971). Delirium Tremens: su tratamiento con clometiazol y consideraciones sobre el diagnóstico diferencial. *Cuad Madrileños Psiquiatr* (1971), 2(5): 38-48.
 - 28 Santo-Domingo J., Llopis R. (1962). El dispensario antialcohólico: análisis clínico y resultado terapéutico. *Actas-Luso españolas de Neurología y Psiquiatría* 1962, 21: 362-375.
 - 29 Alonso-Fernández, F. (1966). Bases para el tratamiento etiopatogénico del alcoholismo. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr.* (1966), 25 (4): 277-290.
 - 30 Rodríguez-Martos A., Vecino C. (1985). Revisión catamnética y comparativa de una muestra de enfermos alcohólicos acogidos, respectivamente, a tratamiento con internamiento y tratamiento ambulatorio. *Drogalcohol* 1985, 10 (4) 147-151.
 - 31 Gual A., Colom J. (2004). Alcohol y Atención Primaria de Salud. *Adicciones* (2004), 16 (1): 3-5.
 - 32 Mosquera J., Guimerans C., Gómez B., Dávila N. (2005). Desintoxicación ambulatoria de alcohol: una opción segura. *Adicciones* (2005), 17 (1), 29-32.
 - 33 Amor Villalpando A. (1961). Algunas consideraciones sobre el alcoholismo y su tratamiento actual. *Rev Sanid Mil* (1961), 14: 68-72.
 - 34 Sevillano M.L., Aragón A. (2000). Intervención sobre consumidores excesivos de alcohol en Atención Primaria. *Adicciones* (2000), 12 (suplemento 1, XXVII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol): 78-79.
 - 35 Batlle E., Albert R., Juliá J., Soler F., Sánchez C., Cevallos M., Petit T.M., Balcells R., Moixet M., Floriach P et al. (1984). El tratamiento del alcoholismo en el sistema del hospital general. *Actas Luso Esp*

- Neurol Psiquiatr Cienc Afines (1984), 12 (1): 11-16.
- 36 Santo-Domingo J., Barroso A., Bravo F. (1985). Programas de alcoholismo en el Hospital General. Arch de Neurobiol. 1985, 48(2): 89-104.
 - 37 Chinchilla A., Lana F., Vega M., Sánchez P., Pelegrín C., Camarero M., González-Pinto A., Martín M., Jordá L. (1988). Alcohólicos hospitalizados en la unidad de psiquiatría de un hospital general: 10 años de experiencia. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc Afines (1988), 16 (3): 165-172.
 - 38 Conde V., Pacheco L., Pérez C. (1990). Análisis comparativo de una población hospitalizada a causa de la dependencia o por abuso de alcohol y otras poblaciones similares de alcohólicos: un estudio de 1300 pacientes. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc Afines (1990), 18 (2), 81-99.
 - 39 Conde V., Pacheco L., Pérez C. (1990). Descripción de los pacientes diagnosticados por síndrome de dependencia al alcohol y abuso de alcohol de acuerdo con los Criterios CIE-9 de la OMS, en un servicio de hospitalización psiquiátrica. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc Afines (1990), 18 (3), 193-204.
 - 40 Conde V., Pacheco L., Yáñez L., Pérez C. (1991). Análisis comparativo de una población hospitalizada por dependencia alcohólica y abuso de alcohol con otras poblaciones alcohólicas similares: un estudio de 1300 pacientes. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc Afines (1991), 19 (2): 97-114.
 - 41 Ariño J., Ballesteros J., Gutiérrez M. (1992). Desintoxicación de pacientes alcohólicos en el hospital y en ambulatorio: factores discriminantes. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc Afines (1992), 20 (3): 104-111.
 - 42 Ávila J.J., Pérez A., Rodríguez M. (1994). Estudio de una muestra de alcohólicos a los dos años de su tratamiento. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines (1994), 22 (1): 6-12.
 - 43 Hernanz M., Ariño J. (1991). Primer año de funcionamiento de un hospital de día para alcohólicos. Adicciones 1991, 3(3), 273-283.
 - 44 Cañuelo B., Cañuelo P., Mejías J.L. (2001). Tratamientos intensivos de alcoholismo femenino en pisos terapéuticos. Un útil modelo integrador. Adicciones, XXVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. 13 (supl. 1). 18-19.
 - 45 Vilalta, J. (1987). Tratamiento del alcoholismo: factores de mal pronóstico (I). Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1987, 15(1): 1-8)
 - 46 Vilalta J. (1988). Tratamiento del alcoholismo: factores de mal pronóstico (II). Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines (1988), 16 (3): 204-208.
 - 47 Ruiz A. y col. (1981). Nuevas perspectivas terapéuticas en el alcoholismo. Actas Luso-Espa. Neurol. Psiquiatr 1981, 5(8): 8-9.
 - 48 Ramos J.L., Lozano M., Hernández P. (1982). Nuestra experiencia con tiapride en enfermos alcohólicos. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afin (1982), 10(4): 235-256.
 - 49 Torres M.A., Fernández M. (1984). Estudio comparativo entre diversos fármacos en la prevención y tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólico. Drogalcohol 1984, 9(3): 123-146.
 - 50 Santodomingo J., Bravo M.F., Barroso A., Caballero L. (1985) Estudio a doble ciego de la eficacia del tetrabamato y el tiapride en el tratamiento del síndrome de privación alcohólica. Med. Clin., 1986; 85(13): 533-536.
 - 51 Ruiz Marhuenda, A. (1987) Estudio de tiapride en pacientes ambulatorios con síndromes leves de privación. Rev. Esp. Drogodepend. 1987, 12(1): 31-34.
 - 52 Cortés, J. (1989). Estudio de la problemática del alcoholismo en estadios ini-

- ciales e intermedios. *Rev Esp Drogodepend* 1989, 14(2): 119-125
- 53 Casariego C., Morera A., Valenciano R., Cuesta J., Bello G. (1992). Estudio descriptivo del síndrome de abstinencia alcohólico tras la administración de tiapride versus carbamazepina. *Adicciones* 1992, 4(3): 213-217.
- 54 Gual A., Monrant P. (2002). Eficacia de tiapride en el mantenimiento de la abstinencia en alcohólicos. *Adicciones* 2002, 14(3): 321-326.
- 55 Balcells M., Gual A. (2002) Farmacoterapia de la deshabitación alcohólica. Nuevos fármacos, nuevos conceptos. *Adicciones* 2002, 14 (supl. 1): 439-448.
- 56 Valdés-Stauber, J. (2003) Estrategias en el tratamiento de desintoxicación alcohólica. *Adicciones* 2003, 15(4): 351-368.
- 57 Ramos J.L., Lozano M., Hernández P. (1982). Nuestra experiencia con tiapride en pacientes alcohólicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr cien Afines* (1982), 10 (4): 235-56.
- 58 Rodríguez-Martos A., Pons J., Vecino C., Galmés J.L. (1983). Tetrabamato versus clometiazol, en el tratamiento hospitalario del síndrome de abstinencia del alcohol. *Rev Psiq Psicol Med Europa y AMER Latinas* (1983), 16(4): 273-288.
- 59 Pérez Martorell J., Ortuño V. (1984). Estudio comparativo de dos tipos de tratamiento inicial ambulatorio para enfermos alcohólicos, *Informaciones Psiquiátricas* 1984, (98): 353-359.
- 60 Soler Insa P.A., San L. (1985). Ensayo terapéutico del tetrabamato en el síndrome de abstinencia alcohólico. *Rev Psiq Psicol Europa AMER Latinas*. 1985, 17(1): 43-56.
- 61 Fernández Ferrer, M.L. (1985). Fármacos en la deshabitación alcohólica. *Atención Primaria* 1985, 2(4): 233-239.
- 62 Lligoña A., Costa S., Gual A. (1998). Benzodiacepinas en el tratamiento del enfermo alcohólico. *Psiquiatría Biológica* 1998, 5(suplemento 1): 61-69.
- 63 Mosquera J., Guimerans C., Gómez B., Dávila N. (2005). Desintoxicación ambulatoria del alcohol: una opción segura. *Adicciones* 2005, 17(1): 29-32.
- 64 López Zanón A., González de Chávez M., Crisóstomo R. 1970. Nuestra experiencia con el clormetiazol (Distraneurine Made) en el tratamiento del delirium tremens. *Cuadernos Madrileños de Psiquiatría* (1970), 1(1): 28.
- 65 García J., Cubillo J., Curado B., Alonso M.J. (1971). Delirium tremens. Su tratamiento con clormetiazol y consideraciones sobre el diagnóstico diferencial. *Cuadernos Madrileños de Psiquiatría* 1971, 2(5), 38.
- 66 Martínez Días, J. (1972). Sobre el alcoholismo crónico y las crisis de delirium tremens. *Boletín Patología Médica* (1972), 12 (4): 164.
- 67 Ayuso J.L., Montejo L. (1977). El tratamiento del alcohólico en el marco del hospital general. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 1974, 5(2): 95-108.
- 68 Fernández Ferrer M.L. (1985). Hizo un estudio de revisión de los diferentes fármacos empleados en las deshabitaciones alcohólicas. *Atención Primaria* 1985, 2(4): 233-239.
- 69 San Molina, L. (1986). Farmacoterapia del alcoholismo. *Medicina Clínica* 1986, 87(16): 688-690.
- 70 Farfán A., Gómez M., Martínez M.C., Cuenca C., Gironés J.M., García J. (1997). Síndrome de abstinencia alcohólica: manifestaciones clínicas, analíticas y tratamiento. *An Med Interna* 1997, 14(12): 604-606.
- 71 Haro M., Núñez A., Muñoz (1998). Enfermedad respiratoria crónica invalidante y alcoholismo. *Archivos de Bronconeumología* 1998, 34(3): 167.
- 72 Bobes J., Iglesias C., Sáiz P.A., González M.P., Bousoño M. (1998). Aproximaciones al tratamiento farmacológico del alcoholismo. *Psiquiatría Biológica* 1998, 5(suplemento 1): 70-75.

- 73 Mosquera J., Guimerans C., Gómez B., Dávila N. (2001). Desintoxicación ambulatoria de la dependencia alcohólica: una opción segura. *Adicciones* (2001), XXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, 13 (suplemento 1): 105.
- 74 Valdés Stauber, J. 2003. Estrategias en el tratamiento de la desintoxicación alcohólica. *Adicciones* 2003, 15(4): 351-368.
- 75 Mosquera J., Guimerans C., Gómez B. (2005). Desintoxicación ambulatoria del alcohol: una opción segura. *Adicciones* 2005, 17(1): 29-32.
- 76 Lligoña A., Costa S., Gual A. (1998). Benzodiacepinas en el tratamiento del enfermo alcohólico. *Psiquiatría Biológica* 1998, 5(suplemento 1): 61-69.
- 77 Morales Vega C., Pérez C., Lequerica J. (1970). El metronidazol como tratamiento de aversión en el alcoholismo crónico. *Arch. Neurobiol.* (1979), 33 (2): 171-183
- 78 García Sevilla J.A. (1977). Mecanismo de acción de las drogas inductoras una intolerancia aguda al alcohol. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* (1977), 5 (2): 73-78.
- 79 Soler M., Muller Morales, Rojas E. (1973). Nota previa sobre el empleo de cianamida cálcica citratada en el tratamiento del alcoholismo crónico. *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 1973, 8(2): 109.
- 80 Soler, M. (1974). Nuestra experiencia con cianamida en el tratamiento del alcoholismo crónico. *Actas Luso españolas...* 1974, 2(5): septiembre octubre.
- 81 López-Ibor J.M., López-Ibor J.J. (1973). Nueva técnica farmacológica de descondicionamiento en el alcoholismo crónico. *Actas Luso-españolas*, enero-febrero 1
- 82 García Sevilla J.A. (1977). Mecanismo de acción de las drogas inductoras de intolerancia aguda al alcohol. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr ciencia Afines* (1977), 5 (2): 73-78.
- 83 López Ibor J.M., López Ibor J.J., Santander G. (1977). La cianamida cálcica nitrada en el tratamiento del alcoholismo. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 1977, 5(2): 79.
- 84 Ayuso J.L., Montejo L. (1977). El tratamiento del alcoholismo en el marco del hospital general. *Actas Luso españolas* 1977, 5(2).
- 85 Del Busto F., Marco P., Taboada F., Cabezón A., Ponte C., Somo R.M. (1983). Intoxicación aguda por cianamida cálcica nitrada. *Medicina Intensiva*, 1983, 7 suplemento 1: 45-47.
- 86 Buqueras F.J., Carbonell M.C. 1984. Informaciones Psiquiátricas, 1984, 98: 377-382.
- 87 Borja Villegas J. (1984). Función hepática en pacientes alcohólicos tratados con cianamida. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Ciencia Afines* (1984), 12 (3): 223-225.
- 88 Caballería E., Aragón J.V., Massó R.M., Vidal J.M., Sanchís A. (1986). Hepatotoxicidad por cianamida: diversas formas de presentación. A propósito de dos casos. *Rev Clin Esp* 1986, 179(2): 39-41.
- 89 Vázquez J.J., Cervera S. (1980). Cyanamide-induced liver injury in alcoholics. *Lancet* 1980, 1: 361-362.
- 90 Estalrich J.V. 1986. El disulfiram y la cianamida cálcica, en el tratamiento del alcoholismo. *Drogalcohol*, 1986, 11(3): 89-93.
- 91 Román F.J., Iglesias E., Fojón S., Mariño A., Pia G., Gordo P. (1989). Hepatotoxicidad inducida por la cianamida. Revisión de los cambios anatomopatológicos. A propósito de un caso. *An Med Interna* (1989), 6 (11): 589-590.
- 92 Morales A., Sánchez J.J., Funes C., Sanz E. 1990. Agranulocitosis relacionada con cianamida cálcica (Colme). *Sangre. Trabajos de Hematología y Hemoterapia*, 1990, 35(5): 412.
- 93 Balcells M., Gual A. (2002). Farmacoterapia de la desintoxicación alcohólica. *Adicciones* (2002), 14 (suplemento 1): 439-448.

- 94 Armisén M., Rodríguez V., Vidal C. (2003). Dermatitis Alérgica de contacto por Colme (Cianamida cálcica). *Adicciones*, 2003, 18(5): 236-238.
- 95 Ávila J.J., Pérez A., Olazábal J.C., López J. 2004. Disfunciones sexuales en el alcoholismo. *Adicciones*, 2004, 16(4): 277-286.
- 96 Guardia J. (2011). Cambio de paradigma en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. *Adicciones* 2011, 23(4): 299-308.
- 97 Stoppa L.S. (1955). Algunas consideraciones sobre la sintomatología en el tratamiento del alcoholismo crónico con el disulfiram-alcohol. *Arch. Neurobiol.* (1955), 18 (4): 1003-1014.
- 98 Santo-Domingo J., Valenciano L., Alonso Fernández F. (1966). Estudio epidemiológico sobre el alcoholismo en España. PANAP, Madrid.
- 99 Jimeno A., Lequerica J. (1969). Complicación psicótica debida a una reacción alcohol disulfiram. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* (1969), 28 (3): 192-200.
- 100 Antón P. (1976). La implantación subcutánea de disulfiram en el tratamiento del alcoholismo crónico. *Folia Clínica Internacional*, 1976, 26(5): 272.
- 101 Ortiz J.M., Avilés J., Pérez R. 1982. Implante de disulfiram. Consideraciones Médico-Quirúrgicas. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 1982, 8(4): 547-554.
- 102 Bobadilla A., Ferreiro C., Suárez S., Moyano G., Lorenzo M.J., Rivera M.J., Seoane F., Gómez C. 1985. Fármacos aversivos del alcohol, su hipotética hepatotoxicidad y campañas de inducción al consumo de alcohol. *Drogalcohol* 1985, 10(2): 51-63.
- 103 Plaza V., Fernández J., Nogué S. (1986). Infarto agudo de miocardio e isquemia cerebral difusa tras intento de suicidio con etano-disulfiram. *Revista Clínica Española*, 1986, 179(4): 223-224.
- 104 Álvarez E. (1999). Alcoholismo y comorbilidad: a propósito de un caso. *Anales de Psiquiatría*, 1999, 15(5): 192-197.
- 105 Sáenz M.A. (2001). Seguimiento al año y 8 años de cohortes de alcohólicos tratados con disulfiram e implicaciones terapéuticas. *Adicciones* 2001, 13(3): 319-322.
- 106 Claraco L.M., García A., Javierre M.A., Garcés C., Larrosa L. 2002. Shock e isquemia miocárdica por reacción disulfiram-alcohol. *Emergencias*, 2002, 14(2): 101-103.
- 107 González R., Donaire I., Goicolea R., Martínez M. (2001). Seguimiento al año y 8 años de cohortes de alcohólicos tratados con disulfiram oral e implantable. *Adicciones* (2001), 13 (3): 319-322.
- 108 Sisteré M. (2002). Implante de Disulfiram subcutáneo. *Adicciones* (2002)XXIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, Lleida, 14 (suplemento 2): 139.
- 109 Valdés J. 2003. Estrategias en el tratamiento de desintoxicación alcohólica. *Adicciones*, 2003, 15(4): 351-368.
- 110 Brewer C. (2005). El disulfiram supervisado es más eficaz en alcoholismo que la naltrexona o el acamprosato e incluso la psicoterapia: como funciona y por qué es importante. *Adicciones* (2005). 17 (4): 285-296.
- 111 Elizondo J.J., Pérez V. Disulfiram inyectable de liberación prolongada en el tratamiento de la dependencia alcohólica. *Revista de la OFIL*, 2007,17(1): 49-53.
- 112 Cáceres D. 2007. Urgencias en alcoholismo: abordaje desde los centros de tratamiento de adicciones. *Revista Española de Drogodependencias*, 2007, 32 (2): 131-148.
- 113 Landabaso M.A., Iraurgi I., Sanz J., Fernández de Corres B., Ruiz de Apodaca J., Jiménez-Lerma J.M., Calle R., Araluce K., Gutiérrez-Fraile M. (1997). Naltrexona más aversivos en alcohólicos refractarios a tratamiento. *Psiquiatría Biológica* 1997, 4(1): 5-8.

- 114 Cacabelos, R. (1990) Bases neurobiológicas de la adicción alcohólica. *Jano (Medicina y Humanidades)* 1990, 38: 75-92.
- 115 Ochoa, E. (1998). Naltrexona en el tratamiento de la dependencia alcohólica. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr cienc Afines* (1998), 26 (1): 51-57.
- 116 Arias, F. (1998). Relevancia del sistema opioide y uso clínico de la naltrexona en la dependencia del alcohol. *Adicciones* 1998, 10(2): 161-178.
- 117 Swift, R. (1999), Desarrollo de un "Treatment Improvement Protocol": protocolo de mejoría del tratamiento, sobre "Naltrexona y el tratamiento del alcoholismo". *Adicciones* 1999, 11 (Suplemento 1): 45.
- 118 Izquierdo M. et al. (Grupo científico Alcohol-Socidrogalcohol) 1999. Uso de naltrexona en la deshabitación de pacientes con dependencia de alcohol en el Estado Español. *Adicciones* 1999, 11(suplemento 1): 75-76.
- 119 Rubio G., Ponce G., Jiménez-Arriero M. A., Santo-Domingo J. (1999). La pérdida de control en la dependencia alcohólica: conceptualización. *Adicciones* 1999, 11(2): 143-158.
- 120 Álamo, C. (2000) Abordaje farmacológico de las recaídas. *Adicciones* (2000), 12 (suplemento 1 XXVII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol): 12.
- 121 Torres M.A., Arias F., Ochoa E. (2000). Efectividad de la naltrexona entre pacientes alcohólicos. *Adicciones* 2000, 12 (12): 1777-186.
- 122 Jiménez-Arriero M.A., Guardia J., Bravo J.L. 2000. Características clínicas en la deshabitación alcohólica: Estudio Stop. *Adicciones* 2000, 12(3): 343-351.
- 123 Rubio G., Espí F., Sanchís M., Bravo J.L. (2002). Uso de Naltrexona en el tratamiento del alcoholismo en España. *Rev Clin Esp.* (2002), 202 (8): 435-439.
- 124 Conde A., Gómez A. (2002). Uso de naltrexona en el tratamiento del alcoholismo en España. *Rev Clin Esp* (2003), 203 (10): 409.
- 125 Torres M.A., Arias F., Ochoa E. (2000). Efectividad de la naltrexona entre pacientes alcohólicos. *Adicciones* 2000, 12(2) 177-186.
- 126 Ochoa E., Arias F., Torres M.A. (2000). Evaluación de la seguridad del tratamiento con naltrexona en la dependencia del alcohol. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2000, 28(3): 161-168.
- 127 Brewer C., Streele E. (2003). Implantes de naltrexona: un avance tanto comportamental como farmacológico. *Adicciones* 2003, 15(4): 299-308.
- 128 Brewer, C. 2005. El disulfiram supervisado es más eficaz en alcoholismo que la naltrexona o el acamprosato e incluso la psicoterapia: cómo funciona y por qué es importante. *Adicciones* 2005, 17 (4): 285-296.
- 129 Faus M.T., Olcina J., Soler E. (1997). Acamprosato: Nuevo fármaco en el tratamiento de la dependencia alcohólica. *Farm Hosp* 1997, 21(1): 1-10.
- 130 Sáiz P.A., Álvarez C.E., González M.P., Carreño E., Bousño M., Bobes J. (1998). Nuevos fármacos en el tratamiento del alcoholismo. *Medicina del Trabajo* 1998, 7: 35-46.
- 131 París Ruiz L. (1955). Uso terapéutico de la clorpromazina (Largactil). *Rev Clin Esp* (1955), 59 (2): 110-117.
- 132 Rosa J.J., Mir J.R. (1960). Reserpina en el alcoholismo subagudo. *Sem Med* (1960), 116: 14-18.
- 133 Rosa, J.J. (1962). Nialamida en el tratamiento del alcoholismo crónico. *Sem Med* (1962), 120: 792-794.
- 134 Murcia Valcárcel, E. (1964). El empleo de Tofranil (10 mgs) en los síntomas depresivos e retiro del alcohol, como terapia coadyuvante al tratamiento base psicoterapéutico del alcoholismo. *Bol. Inf. Inst. Med. Psicol.* (1964), 5 (57): 17-28.
- 135 Morales Belda F.J., Haro de la Cruz T. (1968). Evaluación clínica de la acción del

- tiotixeno (P-46578) en el tratamiento de las psicosis alcohólicas. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr.* (1968), 27: 537-543.
- 136 Morales C., concepción A., Lequerica J. (1970). Metronidazol como tratamiento aversivo en el alcoholismo crónico. *Arch Neurobiol* (1970), 33 (2): 171-183.
- 137 De Guzmán (1971). Experiencia clínica con la conductasa. *Arch Neurobiol* (1971), 34 (1): 71-84.
- 138 López-Ibor J.M., López-Ibor J.J., Darder J.M. (1972). La carbamacepina (Tegretol) en el tratamiento del delirium tremens. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr* (1972), 1(2ª etapa): 77-82.
- 139 Jimeno Valdés A., Sappia M. (1972). Observaciones clínicas sobre 42 casos de alcoholismo crónico tratados con una mezcla de 3 aminoácidos levógiros y B12. *Folia Clínica Internacional* (1972), 22 (6): 417.
- 140 Santo-Domingo, J. (1973). Psicofármacos, alcoholismo y otras toxicomanías. Interacción a distintos niveles. *Medicamenta* (1973), 31 (512): 13.
- 141 Merry J., Reynolds C.M., Bailey J.P., Copen A. (1976). Prophylactic treatment of alcoholism by lithium carbonate. *The Lancet* 1976, 2: 481. Traducido al español en *Revista Clínica Española* (1977) 144(2): 155-156, con el título Tratamiento profiláctico del alcoholismo por el carbonato de litio.
- 142 Anónimo (1977). Tratamiento profiláctico del alcoholismo por el carbonato de litio. *Revista Clínica Española* (1977), 144 (2): 155.
- 143 Rosich Pla, A. (1980). Degeneración cerebelosa permanente secundaria a la difenilhidantoina. *Med Clin* (1980), 75 (9): 387-390.
- 144 Llanes Castaño, A. (1983). Tratamiento del alcoholismo con sulfoadenosil-L-Metionina (S.AME) en un hospital. *Psiquis* (1983), 4 (3): 50-55.
- 145 Villegas, J. (1983). Efecto del S.AMET en los pacientes alcohólicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* (1983), 11(5): 385-389.
- 146 Ruiz Ogara, C. (1985). La sulfoadenosil-L-metionina. *Folia Neuropsiquiátrica sur Este España* 1985, 22(2): 219-220.
- 147 Casariego, C. (1990). Utilidad de la carbamazepina en el tratamiento ambulatorio del síndrome de abstinencia alcohólico leve y moderado. *Rev. Esp. Drogodep* 1990, 15(2): 123-126.
- 148 Fernández F.J., Caño I., Rubio P. (1998). Tratamiento antidepresivo en pacientes alcohólicos en fase de deshabitación. *Psicopatología* 1998, 18(4): 159-161.
- 149 Ceccanti M., Balducci G., Attilia M.L., Romeo M. 1999. Diagnóstico, aproximación terapéutica y rehabilitación del alcohólico. *Adicciones* 1999, 11(4): 363-372.
- 150 Cuadrado, P. (2000). Dependencia alcohólica con y sin trastornos psiquiátricos asociados. *Adicciones* 2000, 12 (3): 373-382.
- 151 Valderrama, J.C. (2001). Alcohol y trastornos de la personalidad. Implicaciones diagnósticas y terapéuticas. *Adicciones, XXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol* (2001), 13 (suplemento 1): 57.
- 152 Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones* 2002, 14(supl. 1): 175-193.
- 153 Rubio G., Ponce G., Jiménez-Arriero M.A., Palomo T., Ferré E. (2002). Efectividad del topiramato en el control del craving por alcohol. *Adicciones* (2002), 14 (suplemento 2) XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Lleida: 132-133.
- 154 Rodríguez Navarrete, J. (2002). Tratamiento de pacientes alcohólicos con Sertralina. *Adicciones* (2002), 14 (suplemento 2) XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Lleida: 126-127.
- 155 Muñoz, A. (2002). Evaluación del uso de Sertralina en los cuadros distímicos secundarios a la deshabitación alcohólica: estudio piloto. *Adicciones* (2002), 14 (su-

- plemento 2) XXXIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Lleida: 121-122.
- 156 Costa, S.; Lligoña, A.; Mondón S.; Gual A. (2004). Uso de la mirtazapina en la deshabitación de pacientes alcohólicos consumidores de benzodiacepina. *Adicciones* 14, (Suplemento 1): 89.
 - 157 Mondón S., Jou J., Gual A. (2005). La oxcarbacepina en la desintoxicación de alcohólicos crónicos. *Adicciones* (2005, 17 (suplemento 1), 102.
 - 158 Guardia, J. (2011). Cambio de paradigma en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. *Adicciones* 2011, 23(4): 299-308.
 - 159 Soto F., Soria J. (1968). Técnicas de condicionamiento en terapia psiquiátrica. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* (1968), 27 (1): 50-60.
 - 160 López-Ibor J.M., López-Ibor J.J. (1973). Nueva técnica farmacológica de descondiccionamiento en el alcoholismo crónico. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr* (1973), 1 (2ª etapa): 203-210.
 - 161 Rodríguez J., Párraga J., León J.M. (1983). Terapia de conducta y alcoholismo: desarrollo y situación actual. *Drogalcohol* 1983, 8(4): 187-200.
 - 162 Echeburua, E. (1985). Terapias aversivas en el tratamiento del alcoholismo: una revisión. *Drogalcohol* 1985, 10(1): 27-34.
 - 163 Blanco I., Ferrando L. (1988). Hepatopatía inducida por investigación de cianamida. *Revista Española de Patología*. 1988, 21(4) 258-63.
 - 164 Blanco Picavia, A. (1989). La terapia aversiva en alcohólicos con y sin anomalías electroencefalográficas. *Hispalis Médica* 1989 46(535): 5-21.
 - 165 Jiménez M., Monasor R., Paloma T. (2003). Intervenciones psicosociales en alcoholismo. *Trastornos Adictivos* (2003) 5(1): 2-8.
 - 166 Moreno, J.L. (1960). Psicoterapia de grupo y psicodrama. Fondo Cultural Económico. México.
 - 167 Alonso Fernández F. (1961). La psicoterapia de grupo en alcohólicos. *Rev. Psicol. Gen. Aplicada* (1961); 16 (59): 515-523.
 - 168 Alonso Fernández, F. (1966). Fundamentos del tratamiento etiopatogénico e los alcohólicos. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr* (1966); 25: 67-82.
 - 169 Murcia Valcárcel, E. (1962). Psicoterapia del alcoholismo. *Bol. Inf. Inst. Med. Psicol.* (1962), 4 (41): 9-22.
 - 170 Murcia Valcárcel, E. (1964). Aportaciones de experiencia personal en psicoterapia del alcoholismo. *Bol. Inf. Inst. Med. Psicol.* (1964), 5 (56): 11-16.
 - 171 Murcia Valcárcel, E. (1968). Aspectos técnicos de la psicoterapia en alcohólicos. *Rev. Esp. Psicoter. Anal.* (1968), 1 (1): 79-86.
 - 172 Santo-Domingo J., Martín J. (1965). Psicoterapia de grupo en alcohólicos. *Rev. Psiquiatr. Psicol. Med. Eur. Amer. Lat.* (1965), 7 (2): 132-143.
 - 173 Llopis, R. (1970). Mito y etoterapia de la curación del alcohólico. *Arch Neurobiol.* (1970), 33 (1): 3-30.
 - 174 Jimeno Valdés, A. (1971). Socioterapia del alcoholismo. *Salud Mental* (1971), 2 (4): 11-14.
 - 175 Bustamante, M. (1971). Psicodinamia del alcoholismo en la mujer. *Archivos de Neurobiología* (1971), 34 (4): 267.
 - 176 Camacho, M. (1972). Algunas consideraciones en torno a la psicoterapia de grupo. Nuestra experiencia en grupos de alcohólicos. *Rev. Psiquiatr. Psicol. Med. Eur. Amer. Lat.* (1972) 10 (5): 265-278.
 - 177 Barcia D., Gómez-Beneito M., Agüero A., Iglesias F. (1973). La recaída y las características de personalidad en los alcohólicos crónicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* (1973), 1 (4): 547-549.
 - 178 Pérez Martorell, J. 1979. La psicoterapia en el alcoholismo. *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, 1979 (Abril-junio), 35: 198-218.

- 179 Conde López, V. (1989) Drogadicción actual y alcoholismo en los servicios de Psiquiatría de los hospitales generales españoles. *Medicina Militar* 6 (45): 583-598.
- 180 VII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría (varios). Ponencia. *El Alcoholismo en España*. Libro de Actas. Pamplona 1962.
- 181 Polaino-Lorente, A. (1973). Rasgos neuróticos, existencia alcoholomaniaca y libertad. *Folia Clin Int* (1973), 23 (6): 451-454.
- 182 Yuguero J.L., Bosch M., Ambrós T. (1977). Trabajo de asistencia psiquiátrica sanitaria y social a pacientes alcohólicos. Seguimiento de 100 casos. *Drogalcohol* 2(2): 36-51.
- 183 Fábregas J.L., Bardón C., Alonso E. (1977). Reflexiones críticas acerca de las estrategias terapéuticas en el alcoholismo. Estudio de un centenar de casos. *Drogalcohol* 2(3): 10-26.
- 184 Huertas, J. (1977). La psicoterapia de inspiración psicoanalítica en el tratamiento del alcoholismo. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica* 1977, 13(4)257-273.
- 185 Huertas, J. (1977). La psicoterapia de inspiración psicoanalítica en el tratamiento del alcoholismo. *Rev. Psiquiatr Psicol. Med Euro. Amer. Lat.* (1977), 13 (4): 257.
- 186 Marquínez Bascónes, F. (1977). Alcoholismo: su tratamiento con psicoterapia de grupo. *Gaceta Médica de Bilbao* (1977), 74 (9): 765.
- 187 Vázquez M., Pietrafesa G.A. (1979). Enfoque psicológico y terapéutico del alcoholismo y drogadicción. *Drogalcohol* (1979), 4 (2): 75.
- 188 Bombín, B. (1980). La psicoterapia de grupo en el tratamiento del alcoholismo. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid* (1980), 18 (3): 239.
- 189 Rodríguez J., Párraga J., León J.M. (1983). Terapia de conducta y alcoholismo. Desarrollo y situación actual. *Drogalcohol* (1983), 8 (4): 187-199, sus aplicaciones en alcoholismo y los avances hasta el momento.
- 190 Pereira R., Etxebarria L. (1984). Mujeres de alcohólicos: una experiencia grupal. *Drogalcohol* 1984, 9(1):21-30.
- 191 Bogani, E. (1984). Psicoterapia de grupo en el alcoholismo. *Drogalcohol* 1984, 9(2): 65-78.
- 192 Lorenzo A., González C. (1985). Análisis sociodemográfico, patología y abordaje terapéutico en una muestra de alcohólicos. *Drogalcohol* 1985, 10(4)152-158.
- 193 Lorenzo A., González C., Fariñas E., Larre-Borges A. (1987). Evaluación de la influencia de la implicación familiar en la terapia del alcoholismo. *Psiquis*, 1987, 8: 13-22.
- 194 Ávila J.J., Lozano M. (1989). Terapia de grupo en el tratamiento del alcoholismo. *Rev. Esp. Drogodependencias* 1989, 14(1): 3-8.
- 195 Monrás M., Freixa N., Martínez M., Bach L. (1990). Abandono de la terapia grupal en pacientes alcohólicos. Seguimiento de diez grupos. *Adicciones* 1990, 2(2): 93-104.
- 196 Cortés M.T., Pascual F., Torres M.A. (1994). Estudio del alcoholismo en un Área Sanitaria de la Comunidad Valenciana. *Adicciones* 1994, 6(1): 23-50.
- 197 García R., Cuesta P., Cuadrado P. (1995). Evaluación de dos modalidades de intervención en alcohólicos. Seguimiento a tres años. *Adicciones* 1995, 7(2): 131-148.
- 198 Cuadrado P, García R., Pata M.D., Noval M.J. (1995). Tratamiento de alcohólicos en un programa comunitario. Resultados a los 6 meses, 1 año y 2 años. *Adicciones* 1995, 7(2): 169-177.
- 199 Prochaska J.O., Di Clemente (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice* 1982, 19: 276-288.
- 200 Cuadrado P, Martínez J.J. (1996). ¿Qué se puede esperar del tratamiento de la

- dependencia alcohólica? Archivos de Neurobiología 1996, 59(3): 147-159.
- 201 Rubio Pinalla, P. (19996). Tratamiento de la dependencia del alcohol. Monografías de Psiquiatría. Problemas relacionados con el alcohol II. 1996, 6: 10-16.
- 202 Monrás M., Gual A., Freixa N. (1998). Situaciones especiales de la terapia grupal para alcohólicos: el paciente reacio a iniciar tratamiento. Adicciones 1998, 10(1): 33-41.
- 203 Gual, A. (1998). ¿Está cambiando el tratamiento del alcoholismo? Adicciones 1998, 10(3): 205-208.
- 204 Marlatt, G.A. (1999). Prevención de recaídas: nuevos avances. Adicciones 1999, 11 (suplemento 1): 31.
- 205 Monrás M., Freixa N., Ortega L., Lligoña A., Mondón S., Gual A. (2000). Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. Medicina Clínica 2000, 116: 126-131.
- 206 Monrás M., Freixa N., Ortega L., Lligoña A., Mondón S., Gual A. (2000). Efectividad de la terapia grupal para alcohólicos. Adicciones (2000), 12 (suplemento 1, XXVII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol), 117-118.
- 207 Fernández MC, Lorenzo A, Arnaiz B (2000). La intervención en red como una alternativa en la dependencia del alcohol. Adicciones (2000), 12 (Suplemento 1, XXVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol): 102.
- 208 Molina del Peral J.A. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: Aplicaciones en el campo de las adicciones. Adicciones 2001, 13 (1): 31-38.
- 209 Monrás M. (2001). Cambios en la edad de inicio de tratamiento de la dependencia alcohólica. ¿Debemos cambiar la oferta asistencial? Adicciones 2001, 13(2): 139-146.
- 210 Iglesias L., Segura L., Gonzalvo B., Romero C., Cardús M., Guardia J. (2001). La terapia cognitivo-conductual en el tratamiento individual de pacientes con dependencia del alcohol. Adicciones (2001), 13, XXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (suplemento 1; 94-95.
- 211 Martín L.J. (2002). Tratamientos psicológicos. Adicciones 2002, 14(1): 409-420.
- 212 Díez Manrique J.F., Peña C., García E., Gaité L. (2002). Intervención breve en Cantabria en problemas relacionados con el alcohol. Adicciones (2002), 14 (1): 13-24.
- 213 Palau C., Sánchez A., González P. (2002). Psicoterapia de grupo para mujeres alcohólicas: intervención desde una perspectiva de género. Adicciones (2002), 14 (suplemento 2) XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Lleida: 124-125.
- 214 Mansilla, F. (32002) La psicoterapia interpersonal en la codependencia. Adicciones (2002), 14 (suplemento 2) XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Lleida: 116.
- 215 Fuentes-Pila J.M.; Calatayud P; López E.; Castañeda B. (2004). Evaluación de la intervención en recaída. Más allá de la prevención de recaída en el paciente alcohólico. Adicciones 14 (suplemento 1): 96-97.
- 216 Sánchez Hervás, E. (2005). Tratamientos psicológicos empíricamente validados en drogodependencias. Adicciones (2005), 17 (suplemento 1): 51.
- 217 Martínez-González J.M., Graña J.L., Trujillo H.M. (2009). Influencia de los trastornos de personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. Adicciones 2009, 21(2): 105-112.
- 218 Villar, R. (1976). Asociación de ex alcohólicos como elemento de rehabilitación. Drogalcohol 1(2): 41.
- 219 Rodríguez-Martos, A. (1976) Estudio piloto para detectar la evolución y el posible cambio de actitudes de los enfermos alcohólicos asistentes a grupos de discusión. Drogalcohol 1(1): 21-33.

- 220 Fábregas, J.; Alonso E. (1976). Manipulación y dependencia en los grupos terapéuticos de alcohólicos. *Drogalcohol*, 1(1): 39-48.
- 221 Lozano M., Hernández P, Rodríguez M. (1980). Terapia de grupo familiar en la Asociación de alcohólicos rehabilitados de Salamanca. *Drogalcohol* 1980, 5: 65-70.
- 222 Lozano M., Ávila J.J., Treceño M., Hernández P., Pérez A., Barahona M. (1990). Diez años de tratamiento del alcoholismo con psicoterapia de grupo familiar. *Adicciones* 1990, 2(2): 105-112.
- 223 Herrero, R. (1976). Unidad de tratamiento para enfermos alcohólicos y toxicómanos. *Drogalcohol* 1(2): 31-40.
- 224 Freixa F., Bach L., Vidal J., Mediavilla B. Jefatura Provincial de Sanidad Barcelona. *Dispensarios Antialcohólicos. Asistencia a los Enfermos alcohólicos.* 1976; 1(3): 12-15.
- 225 Varo, J.R. (1976). Programa al alcoholismo en Navarra. XXII Congreso Internacional sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo. *Drogalcohol*, 1976, 1(3): 17-27.
- 226 Mezquita J., Fernández J.M., González G., Aragonés J.L. (1977). Estructura, funcionamiento y resultados de una unidad antialcohólica. *Arch Neurobiol* (1977), 40 (2): 79-104.
- 227 Hernández, M. (1989). Estructuración de un Centro de Asistencia para rehabilitación de enfermos y enfermas alcohólicos/as. *Rev Esp Drogodep* 1989, 14(4): 249-255.
- 228 Rodríguez-Martos, A. (1997). La intervención en problemas de alcohol. ¿Más trabajo para la Atención Primaria de Salud? *Adicciones* 1997, 9(3): 323-329.
- 229 Monrás M., García S., Torres M., Gual A., Ortega L. (1998). El ingreso hospitalario en el tratamiento de los alcohólicos cronicados. *Adicciones* 1998, 10(2): 151-160.
- 230 Serrano L., Costa S., Pineda P, Monrás M., Gual A. (2001). Sesiones informativas en una Unidad Hospitalaria de desintoxicación de alcohol. *Adicciones* (2001), XXVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, 13 (suplemento 1): 122-123.
- 231 Gradillas, V. (1976). Estudio de la abstinencia alcohólica en la vejez: su aplicación al tratamiento del alcoholismo en general. *Drogalcohol* 1(4): 7-14.
- 232 Aizpiri, J. Las técnicas sofrológicas en el tratamiento del alcoholismo y las toxicomanías. *Drogalcohol*, 1976 1(3): 39-42.
- 233 Mata F.J., Rubio G. (1998). Utilización del etanol en el síndrome de abstinencia de alcohol. *Adicciones* 1998, 10(1): 85-89.
- 234 Cuadrado, P. (2000) ¿Son necesarios los programas de reducción de daños en el tratamiento de la dependencia alcohólica?
- 235 Batlle, E. (2002). Reducción de daños y alcohol: de la intervención breve a los programas de bebida controlada. *Adicciones* (2002), Vol. 14 (suplemento 2) XXXIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Lleida: 12-13.
- 236 Córdoba, R. (2002). Evaluación de la efectividad de la intervención breve para reducir el abuso de alcohol en atención primaria. *Adicciones* (2002), 14 (2suplemento 2). XXXIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Lleida: 20-26.
- 237 Segura L., Gual A., Montserrat O., Bueno A., Fernández C., Colom J. (2005). La evaluación del programa Beveu Menys. El punto de vista de los formadores. *Adicciones*, 17 (suplemento 1): 124-125.
- 238 Cherpitel C.J., Rodríguez-Martos A. (2005). Cribado de problemas de alcohol e intervención breve en los servicios de urgencias: una oportunidad para la prevención. *Adicciones* (2005), 17 (3): 181-192.

