



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Tratamientos psicoterapéuticos para la
dependencia al alcohol: propuesta de
tratamiento
(Revisión de la literatura)

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
P R E S E N T A
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Luis Enrique Mejia Aguilar

Director: Dr. Florencio Miranda Herrera

Dictaminadores: Mtro. Rogelio León Mendoza

Mtra. Rosa Isela Ruiz García



Los Reyes Iztacala, Edo de Mexico a 21 de Mayo de 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Hermano José:

“Todos los hombres quieren vivir felices, al momento de descubrir que les hace felices, van a tientas, no es fácil conseguir la felicidad en la vida; hay que determinar lo que apetecemos; luego buscar por donde podemos avanzar hacia ello y andar por el camino. Cuando te acercas a aquello que te hace feliz, te impulsara un deseo natural...”

- síguelo hermanito -

Seneca, Sobre la Felicidad

Hermana Adriana:

Todo viaje tiene un final y la vida es un viaje con múltiples escalas, pequeños vuelos que comienzan y terminan, un ciclo eterno de un avión que sube, se mantiene por un momento y baja, después de un rato el ciclo vuelve a comenzar; hay q viajar cómodos y esto nos asegurara tranquilidad hasta llegar a la terminal final en la que nos esperan y esperaremos a los que vienen en otros vuelos.

Huk ek, Un tramo del espiral

A mi madre Alicia

Si la voz de alguien aterrara los demonios que murmuran en mi cabeza, seria la tuya. Si las manos de alguien desterraran el dolor en mi pecho cuando respiro por un tubo, serian las tuyas. Si alguien pudiera quitar el sol y regalarme un día con estrellas, serias tú. Si supiera como pagar todo lo que has hecho por mi, algunas cosas que hago no tendrían sentido... Gracias Ma.

A mi padre Enrique

Andando por la vida me he dado cuenta que de los muchos caminos a seguir, has elegido uno de los más peligrosos, pero uno de los más reconfortantes, tarde o temprano les contaré a mis hijos lo orgulloso que estoy de su abuelo, por haber elegido su vida y no resignarse; espero un día ellos lo estén de mi; cada uno tendrá errores y aciertos, pero siempre andaremos con una sonrisa en el alma y una fortaleza que nadie derribará.

A mis amigos

A mi gente que me aprecia y me procura un bien, a los que me han ayudado, a los que han festejado con migo, a los que me tienden la mano sin importar de donde vengo, que hago o hacia donde voy y a todos aquellos han leído, visto o escuchado alguna de mis alucinaciones artísticas, a ellos gracias por prestarse a algo diferente.

A mis maestros

Agradezco a todos, sigo en pie y con la firme convicción de que todos somos maestros, todos tenemos cosas que enseñar a los demás. Por lo que agradezco a aquellos que día a día me enseñan de la vida.

Agradecimiento especial a:

A todos los corazones rotos, a todos los amantes frustrados, a todos los olvidados, a los soñadores perversos, a todos aquellos alegres de corazón vacío, a aquellos que lloran y niegan hacerlo, a los ingratos que se creen de más, a todos los guapos de banqueta, a todas las chicas de grandes curvas, a los enfermos incurables, a los callejeros y callejeras de hueso colorado, a quienes se aguantan una burla, a los odiosos, a los feos, a los miedosos, a los indefensos, a los mentirosos, a los sonámbulos, a los que juegan con emociones, a los que se emocionan y juegan, a los que no toman decisiones, a los que odian, a los que se deprimen, a los que hacen lo que quieren, a los que aman, a los que dan más de lo que reciben, a los que no quieren mirar, a los que desperdician su vida sabiendo que lo hacen, a los que oyen voces en su cabeza, a los que las callan con pastillas, a los que se enfrentan a la realidad, a los que huyen de ella, a los caníbales, a los que pisan parejo, a los arrogantes, a los nerviosos, a los dramáticos, a los compulsivos, a los ignorantes, a los delatores, a los pervertidos que se divierten haciéndolo, a las familias disfuncionales, a los vulgares, a los que no hablan, a los violentos que disfrutan su violencia, a los que discriminan, a los discriminados, a los deformes, a los que crecen, a los buenos, a los malos, a los que aprenden, a los que viven, a los felices, a los que no aceptan que nada es para siempre, a los que saben eso y gozan hasta el final, a los que se arrepienten, a los indiferentes, a los que se atreven a cosas nuevas, a los ingratos, a los que toman para no enamorarse, a los se enamoran para no tomar, a los hipocondriacos, a los cleptómanos consientes, a los antisociales, a los olvidadizos por conveniencia, a los que son mañosos hasta la pared de enfrente, a los adictos felices durante la experiencia, a los que se levantan día a día con sentimientos de culpa, a los traumatizados, a los que se resignan, a los exhibicionistas que esperan ansiosos la respuesta de su público, a los detallistas, a los closeteros, a los rabo verde, a los que han deseado o desean a la mujer de otro, a todas aquellas enfermeras del amor, a los que viven en el pasado, a los que tropiezan varias veces con la misma piedra, a los abandonados, a los que encomiendan su vida a un ser divino, a los que preguntan a la luna y esperan respuesta, a los que se trasnochan por que sus pensamientos no los dejan dormir, a los que esperan el impacto, a todos los hijos del culo, a los imponentes, a los impotentes, a los que muestran su afecto bajo efecto de drogas, a todos aquellos que saben todo pero no hacen nada,... a todos los músicos, poetas y locos como yo, y a las demás aberraciones que he conocido, gracias amigos...

La verdadera igualdad solo se logrará cuando nos demos cuenta que no somos tan diferentes, todos andamos en el mismo camino y nadie se salva, el problema es que poca gente se quiere dar cuenta de sus males mentales... ¿te has visto?...

Huk

Índice

Introducción	5
1. Estadísticas de consumo de alcohol	9
1.1. Mundiales	9
1.2. América	10
1.3. México	11
2. Patrones de consumo	14
2.1. Consumo de bajo riesgo y de riesgo	15
2.2. Consumo excesivo episódico	16
2.3. Consumo perjudicial	17
2.4. Dependencia	17
3. Definición de dependencia y alcoholismo	20
3.1. Etapas de desarrollo de dependencia al alcohol	20
3.2. Neurobiología del alcoholismo	24
4. Factores de riesgo	26
5. Prevención del alcoholismo	30
6. Instrumentos para diagnosticar niveles de alcoholismo	35
6.1. AUDIT	35
6.2. Test de Cage	36
7. Tratamientos para la dependencia al alcohol	38
7.1. Tratamientos de desintoxicación	39
7.1.1 Tratamiento del síndrome de abstinencia leve	42
7.1.2 Tratamiento del síndrome de abstinencia moderado	44
7.1.3 Tratamiento del síndrome de abstinencia severo (con o sin delirium tremens)	46
7.2. Tratamientos de deshabitación	48
7.2.1 Tratamientos farmacológicos de deshabitación	49
7.2.2 Tratamientos psico-sociales	51
8. Propuesta de tratamiento	59
8.1 valoración	59

8.2 Programas de tratamiento	60
9. Conclusiones	70
Bibliografía	

Introducción

El alcoholismo se ha convertido a nivel mundial en un problema de salud pública, tan solo en México la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 (ENA, 2002) describe que de los 69 767 067 personas entrevistadas en un rango de 12 a 65 años, el 64.87 % han consumido alcohol aproximadamente 45 254 439 personas, de estas personas 32 315 760 son consumidores activos, de ellos 3 404 351 presentan tolerancia al alcohol, 5 661 446 se encuentran en abstinencia y 2 841 303 cumplen el criterio de dependencia.

Hablar de alcoholismo es enfocar la atención en un problema que repercute directamente en la salud del consumidor y en su entorno social. El alcoholismo debe de ser entendido como una enfermedad y no un vicio; se trata de una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal, es un trastorno y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al alcoholismo “como la ingesta diaria de alcohol superior a 50g. en la mujer y 70g. en el hombre”.

El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos; se caracteriza por una dependencia emocional y orgánica al alcohol y produce un daño cerebral progresivo.

A nivel mundial existen una gran variedad de tratamientos para el alcohólico, pero en nuestro país poco o nada se sabe de ellos y actualmente existe poco material nacional que contenga información sobre éstos, los existentes son exclusivamente de uso médico y los que recopilan materiales de índole psicológico son materiales que fueron editados hace mucho tiempo; sin embargo la investigación en el campo de las adicciones no ha parado y se han descubierto y diseñado tanto fármacos como técnicas enfocadas a eliminar síntomas específicos del alcoholismo; en esta diversidad de tratamientos existen tanto fármacos y técnicas psicoterapéuticas que tienen un buen nivel de éxito, y son las que se usan comúnmente, por lo que el objetivo principal de la investigación es, conocer y describir cuales son los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos más comunes usados en el tratamiento del alcoholismo; algunos de los tratamientos son demasiado costosos para los niveles socioeconómicos a los que pertenecen la mayoría de los alcohólicos en México, aunque es conocido que el alcoholismo al igual que muchas otras enfermedades psicológicas no respeta clase social, sin embargo se diseñó una propuesta de intervención

que busca un buen nivel de efectividad, un bajo costo y ser viable para ser aplicado en nuestro país.

Con base en los objetivos se desarrolló la presente investigación, el primer capítulo retomar información estadística a nivel mundial, continental y nacional sobre el alcoholismo haciendo comparaciones con otros países, retomando información de fuentes estadísticas nacionales y de dependencias públicas, además de presentar información estadística actual mediante resultados preliminares.

En el segundo capítulo se describen los patrones de consumo, no existe una estandarización en cuanto a los patrones, cada institución a nivel nacional y mundial maneja diferentes clasificaciones y diferentes patrones de consumo, por lo que en este capítulo se unificaron los patrones de consumo tomando en cuenta los rangos de alcohol consumido, cada uno de ellos es descrito y se presentan conversiones del nivel de alcohol consumido en Unidades de Bebida Estándar con el fin de lograr una unificación más estable.

El tercer capítulo define el alcoholismo mediante una pequeña búsqueda de la historia del concepto, y describen las etapas de desarrollo del alcoholismo según la tabla de Jellinek que es la más conocida y aceptada en el ámbito científico por su notable descripción de síntomas; para terminar se presentan los mecanismos neurobiológicos inmersos en el desarrollo de la dependencia.

En el cuarto capítulo se presentan los factores de riesgo que potencian el desarrollo de la dependencia alcohólica, está dividido en factores ambientales e individuales, los cuales se encuentran sustentados por estudios realizados en población mexicana buscando encontrar los factores de riesgo específicos para el mexicano.

El quinto capítulo describe los niveles de prevención sobre los cuales se ha de trabajar la prevención del alcoholismo, además de presentar un par de programas de prevención diseñados para la población mexicana.

En el sexto capítulo se describen los instrumentos de diagnóstico diseñados y ocupados por los especialistas dedicados al trabajo con alcohólicos, ambos se encuentran validados en población mexicana y muestran un aceptable nivel de confiabilidad.

El séptimo y último capítulo describe los tratamientos para la dependencia, está dividida en dos fases en las que se lleva el tratamiento: la fase de desintoxicación, una fase

meramente farmacológica que a su vez se divide en tres para describir los tratamientos al síndrome de abstinencia leve, moderado y severo con o sin delirium tremens. La siguiente fase es la deshabitación dividida en dos, en una se presentan los tratamientos farmacológicos y en la otra se presentan los tratamientos psicológicos, estas técnicas son empleadas en programas, pues aunque individualmente las técnicas pueden mostrar una mejoría en el adicto, trabajando en conjunto muestran resultados más sólidos.

Las técnicas se eligieron con base en los criterios de la investigación que fueron, el ser eficaces, en el caso de los fármacos el haber obtenido resultados positivos y tener un uso difundido dentro del ambiente de intervención en el alcoholismo, lo que se cumplió, pues los fármacos tienen un uso muy difundido en el tratamiento del alcoholismo y otras drogas; ser de bajo costo lo que se cumple parcialmente pues algunos de los fármacos son costosos, sin embargo los esenciales se encuentran en el cuadro básico de salud; y por último que su aplicación sea viable en el país, este criterio se cumple por completo, pues todos los fármacos están disponibles en el país.

Los fármacos se deben de usar solo si son necesarios y bajo las condiciones que un médico especializado indique, si se describen en el presente trabajo es con el objetivo de cumplir con el modelo de intervención bio-psico-social que promueve una intervención multidisciplinaria, para enfermedades multifactoriales como lo es el alcoholismo, las dosis que se describen, el modo de uso y la duración del tratamiento, esta justificado en base a diversos documentos respaldados por grandes instituciones como lo son la Secretaria de Salud, el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), la Organización Mundial de la salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pero esto no justifica el uso indiscriminado de los fármacos, ni la automedicación.

En el caso de las técnicas psicológicas, la selección siguió los mismos criterios que se usaron en el caso de los fármacos, sin embargo durante la revisión teórica se encontraron obstáculos como lo fue el poco material impreso que se encuentra accesible y dentro del material se encontró que son pocas las técnicas diseñadas especialmente para el tratamiento del alcoholismo, sin embargo las que se eligieron incluir en el trabajo muestran una gran eficacia, un bajo costo tanto humano como económico y pueden ser aplicables en el país.

Las técnicas se derivan de diversos marcos teóricos, pues se tiene en cuenta que el alcoholismo es una enfermedad multifactorial que se debe de abordar desde diversos enfoques y en ocasiones estos no los abordan de la mejor manera.

Finalmente el lector encontrará en el último apartado la propuesta de tratamiento, está diseñada de acuerdo a los patrones de consumo y los síntomas que le corresponden a cada uno según la tabla de Jellinek, cada patrón presenta una propuesta individual de intervención donde se pueden usar tanto técnicas farmacológicas y psicológicas para potenciar el tratamiento, al final de la propuesta se diseñó una tabla que resume la intervención con el objetivo de facilitar la comprensión de la propuesta.

1. Estadísticas de consumo de alcohol

1.1. Mundial

El alcohol es una droga con efectos tóxicos, que si se consume en exceso, puede causar enfermedades crónicas, accidentes, lesiones, numerosos problemas sociales o muerte.

Las bebidas alcohólicas están disponibles en la mayor parte del mundo. La producción de alcohol y su comercialización es cada vez más general. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay alrededor de 2 billones de personas en todo el mundo han consumido bebidas alcohólicas por lo menos una vez en su vida, de las cuales 76.3 millones se pueden diagnosticar con algún trastorno de consumo (WHO, 2004a).

Esta misma organización clasifica el consumo de alcohol como el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras y discapacidades en el mundo (OPS, 2005a).

El consumo de alcohol tiene consecuencias sanitarias y sociales, contribuye a resultados traumáticos que matan o inhabilitan a una edad relativamente joven. El alcohol provoca 1.8 millones de muertes (3.2% del total) y una pérdida de 58.3 millones (4% del total) de años de vida con discapacidad (WHO, 2004a).

El uso difundido de bebidas alcohólicas está asociado a una serie de consecuencias sociales y de salud, incluyendo lesiones deportivas y de ocio, reducción de la productividad laboral, diversas formas de cáncer, enfermedad crónica hepática, enfermedad cardiaca, lesiones en los sistemas nerviosos central y periférico y dependencia del alcohol (OPS, 2007a). En general, existe una relación causal entre el consumo de alcohol y más de 60 tipos de enfermedades y lesiones (WHO, 2004a).

Algunas de las enfermedades desarrolladas por el consumo de alcohol son:

Cáncer: El alcohol ha sido relacionado con el riesgo de cáncer de boca (labios, lengua), faringe, laringe, hipofaringe, esófago e hígado y especialmente en mujeres con el cáncer de mama; *Enfermedades cardiovasculares*: la isquémica, la hipertensión y otros trastornos cardiovasculares como arritmias cardiacas o insuficiencia cardiaca se ven afectados negativamente por el alcohol; *Cirrosis hepática*: el alcohol se ha estimado como la principal causa de cirrosis hepática.

El consumo de alcohol también esta relacionado con aspectos como: violencia intrafamiliar, conflictos maritales, problemas económicos, abuso de menores, admisiones

en salas de emergencia, comportamiento violento, lesiones y fatalidades en automovilistas y peatones cuando se conduce en estado de ebriedad. El consumo de alcohol también está asociado con comportamientos de alto riesgo, incluyendo sexo no seguro y uso de otras sustancias psicoactivas.

1.2. América

Se estima que en el continente americano en el año 2002, el consumo de alcohol causó la muerte de una persona cada dos minutos. Se estima que en 2002 un 5.4% de todas las muertes en el continente fueron atribuibles al alcohol, en comparación con la cifra mundial de 3.7%, es decir, 68% más que el promedio mundial. En cuanto a los años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD), el alcohol causó casi el 10.0% de todos los años de vida ajustados a la discapacidad, en comparación con la cifra global de 4.4%. En el año 2000, el análisis comparativo de la OMS de 26 factores de riesgo distintos y su impacto sobre la carga de morbilidad demostró que el alcohol era el principal factor de riesgo en el continente americano, en tanto que a nivel mundial el alcohol ocupaba el cuarto lugar. (OPS, 2007a).

El valor promedio de consumo per cápita de alcohol en América es de 8.5 litros, lo cual está muy por encima de la media global de 6.2 litros; en países de vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad como Brasil, México, Chile y otros, el consumo per cápita es similar al de los países desarrollados como Estados Unidos y Canadá (9.0 litros de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de edad o más) (OPS, 2007a).

En general, los niveles de ingesta de alcohol en América son mayores que el promedio global, en tanto que los índices de abstinencia, tanto para hombres como para mujeres, son consistentemente inferiores. En el año 2002, en términos de carga de morbilidad, el alcohol causó aproximadamente 323,000 muertes, 6.5 millones de años de vida perdidos y 14.6 millones de años de vida ajustados a la discapacidad en la Región, abarcando resultados de enfermedad crónica y aguda en neonatos y ancianos. Los hombres tienen mayores niveles de carga de morbilidad atribuible al alcohol en comparación con las mujeres, lo cual podría deberse principalmente a su perfil de consumo de alcohol, tanto en términos de un mayor volumen total, como en patrones más nocivos de ingesta, incluyendo ingesta episódica intensa (OPS, 2007b).

1.3. México

Hasta el año 2000, la OMS calculaba que el consumo de alcohol había disminuido durante los últimos 20 años, principalmente en los países desarrollados, esta organización ubica a México en la posición 101 de 185 en consumo por litro de alcohol puro per cápita en personas mayores de 15 años, con un promedio de 4.62, comparándolo con los datos de 1995 se observa un aumento pues para este año el consumo promedio era de 3.0 litros per cápita (WHO, 2004a).

La OPS sitúa a México en el lugar 15 de 27 con un consumo per cápita de 6.5 litros de alcohol puro y 13.2 litros de alcohol puro por bebedor (OPS, 2007a). Por su parte la Encuesta Nacional de Adicciones en su edición 2002, comenta que el volumen total de etanol reportado por la población mexicana alcanzó 2.79 litros, cuando se considera a la población entre 12 y 65 años aumenta a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años y a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los varones. En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre 30 y 39 años con 8.339 litros (ENA, 2002).

Hoy en día en México el alcohol es la principal droga consumida, tanto en el ámbito rural como en el ámbito urbano (Natera, Tenorio, Figueroa y Ruíz, 2002); la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 comenta que existen en el país 32, 315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y se estima que el abuso de consumo de bebidas alcohólicas, representa un 9% del costo total de las enfermedades en México, y se acompaña de padecimientos como cirrosis hepática, lesiones por accidentes de vehiculares, dependencia y homicidios (Urquieta, Hernández-Avila y Hernández, 2006).

Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), reporta que del año 1991 al año 2002, se registraron alrededor de 13 mil consultas anuales por trastornos mentales y del comportamiento provocado por el consumo de alcohol en los servicios de medicina familiar, cerca de 4000 en la consulta de especialidades y aproximadamente de 20 mil en el área de urgencias, la institución comenta que el consumo de alcohol es mucho mayor a los casos registrados por esta institución, además comenta que los pacientes acuden a los servicios médicos cuando su consumo delata serios problemas de salud; por último, el IMSS reporta que los problemas relacionados con el alcohol se empiezan a manifestar en los menores de 25 años y la tendencia va en aumento (IMSS, 2005).

Actualmente se encuentra en procesos finales de aplicación la ENA 2008, la cual pretende dar una perspectiva mas completa del consumo de drogas; los resultados preliminares describen que la población mexicana comienza a consumir drogas a edades mas tempranas y que los niños y las mujeres forman parte de los sectores que más incrementos registran en el uso de drogas, por último se comenta que el problema de las adicciones se ha extendido a casi todas las ciudades del país.

De los datos correspondientes al consumo de alcohol se encuentra que del año 2002 al 2008, el consumo de drogas legales (Alcohol y tabaco), se elevó de 5.03% a un 6%, además reportan que los jóvenes son la sección mas afectada por el consumo de drogas, pues se considera que los adolescentes, al vivir una etapa de crisis y al tratar de evadir los problemas, buscan salidas y se refugian en el consumo de alcohol y otras drogas (Arriola, 2008; Gómez, 2008).

Medina y cols. (2001) señalan una posible explicación al incremento de adolescentes que consumen alcohol, y es que copian modelos que han visto o vivido con adultos, consumos altos y embriaguez frecuentes. Por otra parte, los adolescentes, a diferencia de sus padres, parecen desarrollarse en un ambiente donde se tolera y hasta en ocasiones se promueve el consumo. Lo anterior ocurre porque, a diferencia de otros países, en México no existen normas claras que limiten el consumo en este grupo de edad en la familia, como antes, el alcohol sigue siendo un elemento importante del paso a la edad adulta pero ahora en edades más tempranas en unas y otras.

Por todo lo anterior, el alcohol representan un importante problema de salud pública en México y en el mundo, sin embargo el IMSS comenta que en la sociedad mexicana existe una cierta ambigüedad para la identificación de problemas relacionados al consumo de alcohol, pues hay una tolerancia muy abierta hacia su consumo y no se reconocen o se minimizan sus efectos cuando se ve afectada la salud de no consumidores, esta tolerancia se manifiesta con un comportamientos muy pasivos hacia los accidentes derivados del consumo de alcohol, como una baja condena a los culpables o la absolución por daños a terceros y el pensamiento de que el consumidor no tiene la culpa de los daños que causa cuando esta alcoholizado; por su parte la violencia familiar, la depresión, el suicidio y la discapacidad asociada a las lesiones físicas y mentales se encuentra altamente relacionada con el consumo de alcohol (IMSS, 2005).

En lo referente al tratamiento y medidas aplicadas para la disminución del consumo, esta misma institución, comenta que en los servicios de salud pública no existen programas ampliamente difundidos para la detección de adicciones; los programas de prevención no alcanzan a cubrir el mínimo de información necesaria para hacer frente a una epidemia nacional, y reconocen que el IMSS cuenta con pocos recursos tanto económicos como humanos para enfrentar este problema (IMSS, 2005).

2. Patrones de consumo

El patrón de consumo se refiere a la forma de beber de cada individuo o grupo de individuos, en función de la cantidad que bebe, la frecuencia con que bebe, los episodios de moderación, intoxicación o embriaguez, y el contexto en que se consume (Babor y Higgins-Biddle, 2001).

Dado que las bebidas alcohólicas son muy variadas y muchas de ellas poseen diferentes grados de alcohol en su composición, es complicado medir la cantidad de alcohol consumido por las personas, por lo que se desarrolló una forma de cuantificar el alcohol consumido mediante una Unidad de Bebida Estándar (UBE) de consumo de alcohol. El cálculo de la cantidad de alcohol ingerido en gramos se puede realizar mediante la siguiente fórmula (González, 2003):

$$\text{Cantidad consumida (ml)} \times \text{grados de alcohol de la bebida} \times 0.8 \text{ (variable de estandarización)} / 100 \text{ (variable de ajuste)} = ? \text{ g}$$

La cantidad en gramos obtenidos mediante la fórmula se transforma en UBE usando la siguiente fórmula:

$$\text{Gramos de alcohol puro} \times .10 = ? \text{ UBE}$$

10 gramos de alcohol puro es equivalente a 1 UBE que es equivalente a un trago estándar

Así, una cerveza mexicana con un promedio de 4.5 grados de alcohol, en una presentación familiar (caguama) con 940 ml., tiene 33.84 gramos de alcohol puro ó 3.3 UBE, este nivel de alcohol localizaría a un consumidor en un patrón de consumo de bajo riesgo; actualmente han salido en nuestro país versiones de cervezas con una mayor cantidad de producto (1250 ml. aprox.), estas versiones mantienen el mismo precio que las de un litro, lo que hace ser la preferida de muchos consumidores pues se ofrece una mayor cantidad a un menor precio, el valor en UBE supera el límite del patrón de riesgo.

La ENA (2002) describe que los patrones de consumo más característicos en la gente de 18 a 65 años encuestada, se encuentra en el nivel moderado alto, con un consumo mensual de cinco copas o más por ocasión y el consuetudinario que es el consumo de cinco copas o más, al menos una vez por semana.

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emplean una serie de patrones de consumo (de riesgo, excesivo y perjudicial), por otro lado, hay autores e instituciones que manejan otros patrones complementarios (consumo de bajo riesgo,

borracheras y excesivo episódico), con el fin de ofrecer una descripción mas completa, se unirán y organizarán los diversos patrones de consumo, además de hacer las conversiones necesarias para estandarizar los datos en medidas mundiales (UBE y gramos de alcohol), con el fin de estandarizar las medidas.

Patrón de consumo		Niveles de alcohol
Abstinencia		Ninguno
Consumo de riesgo	Bajo riesgo	Menos de 40 g (4 UBE) en hombres y menos de 20 g (2 UBE) en mujeres. Menos de dos y cuarto copas estándar para hombres y menos de una copa un cuarto para mujeres.
	Riesgo	Mas de 40 g (4 UBE) en hombres y mas de 20 g (2 UBE) en mujeres. Mas de dos y un cuarto copas estándar para hombres y mas de una copa un cuarto para mujeres.
Consumo excesivo episódico	Bringe drinking	Por lo menos 50 g de alcohol diarios o más de 80 g (8 UBE) de alcohol puro para ambos sexos en un día, aproximadamente 5 copas y media al día.
Consumo perjudicial		Más de 70 g (7 UBE) en hombres y más de 60 g (6 UBE) en mujeres.
Dependencia		Criterios del DSM-IV-TR

Tabla 1: patrones de consumo y niveles de alcohol con conversiones a copa estándar y UBE

En la tabla 1 se puede observar que niveles de alcohol en cada patrón no varían mucho, la verdadera diferencia entre cada patrón de consumo se encuentra en las características particulares, en los siguientes subapartados se describen tales características.

2.1 Consumo de bajo riesgo y de riesgo

El término de consumo de alcohol de bajo riesgo se utiliza para indicar que el consumo está dentro de las pautas legales y médicas, bajo este patrón es poco probable que se deriven problemas relacionados con el alcohol, el consumo puede ser mínimo, siempre y cuando se consuma en un rango de 0 a 39.99 gramos de alcohol puro en hombres y de 0 a 19.99 gramos en mujeres. Resultados de la OMS afirman que este patrón de consumo en la

mayoría de las ocasiones tiene efectos benéficos en el tratamiento de algunas enfermedades, como en la enfermedad coronaria y los infartos (WHO, 2004b).

Por otra parte, el consumo de riesgo es un patrón que aumenta la probabilidad de sufrir consecuencias adversas para la salud, como enfermedades, accidentes, lesiones o trastornos mentales o del comportamiento. La OMS describe este patrón como el consumo regular o casi diario superior a 40 grs e inferior a 49.99 g de etanol al día (más de 4 UBEs) en varones y superior a 20 g e inferior a 39.99 g de etanol al día (más de 2 UBEs) en mujeres, equivalente a un consumo semanal superior a 21 UBEs para varones y a 14 UBEs para mujeres (WHO, 2004b).

Se le considera un bebedor de riesgo a aquel que ingiera cualquier cantidad de alcohol con alguna de estas características:

1. Mujeres embarazadas, en cualquier mes de gestación.
2. Personas con patologías previas las cuales empeoran los síntomas debido al consumo de alcohol.
3. Personas que se encuentren bajo un tratamiento incompatible con la ingesta de alcohol.
4. Menores de edad (este punto varia dependiendo la mayoría de edad en cada país).

2.2 Consumo excesivo episódico

Según la OPS en países en vías de desarrollo, incluyendo a México, el consumo excesivo episódico es particularmente elevado; consiste en beber más de cinco tragos en una sola ocasión, aproximadamente 85.5 g de alcohol, lo equivalente a 3 cervezas de tamaño familiar, en una sola ingesta, especialmente entre jóvenes (OPS, 2007a)

El consumo excesivo episódico también llamado *binge drinking* cuya traducción es borrachera o beber hasta la embriaguez, puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud; implica el consumo de por lo menos 50 g de alcohol en una sola ocasión (5 UBE), para el hombre, y cuatro o más tragos estándar para la mujer. Este patrón esta asociado con mayores daños físicos; este patrón produce un efecto de deterioro de la capacidad de razonamiento, la toma de decisiones y la capacidad de auto-control del comportamiento. En tal estado, la persona presenta desinhibición de impulsos sexuales y agresivos que favorecen la aparición de discusiones, peleas, agresiones, relaciones sexuales

no planificadas o abuso sexual, de los cuales puede ser tanto agresor como víctima (OPS, 2007a).

2.3 Consumo perjudicial

El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental del consumidor sin que haya síntomas de dependencia.

La OMS define al consumo perjudicial como el consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60 g al día en hombres (WHO, 2004a).

Debido a que el abuso de alcohol puede producir daños a la salud física y mental sin que haya dependencia, la CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades) introdujo el término de consumo *perjudicial* dentro de la nomenclatura (OMS, 2007b).

Esta categoría se refiere a los daños médicos u otros relacionados con ello, ya que el propósito de la CIE es clasificar las enfermedades, las lesiones y las causas de muerte. Según esta clasificación el consumo perjudicial se define como un patrón de bebida que ya ha causado daño para la salud (Babor y Higgins-Biddle, 2001).

El diagnóstico de este patrón de consumo requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Además los consumos perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos (OMS, 2007a).

2.4 Dependencia

La dependencia al alcohol se define como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

El DSM-IV-TR da las siguientes pautas para el diagnóstico de la dependencia al alcohol y a su vez lo define como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por tres (o más) de los siguientes 7 criterios, que ocurran en cualquier momento, en un período continuado de 12 meses:

1 Tolerancia, definida por cualquiera de lo siguiente:

- a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b) Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuado de las mismas cantidades de alcohol
2. Abstinencia, definida por cualquiera de lo siguiente:
 - a) El síndrome de abstinencia
 - b) El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
 3. El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía
 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol
 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo
 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol
 7. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol

Para explicar mejor el patrón que se refiere a la dependencia nos apoyaremos del trabajo realizado por Gómez y Álvarez (2005) quienes reportan un caso clínico de un varón de 38 años; comenzó su consumo durante su adolescencia, en esos momentos mantenía un consumo excesivo durante los fines de semana y alguna intoxicación de forma esporádica; a los 22 años el consumo de alcohol era diario y con el paso de los años la cantidad y la frecuencia aumentó hasta llegar a consumir durante el último año cerca de 310 g de alcohol puro al día y aumentaba a 340 g los fines de semana.

Estos datos describen un aumento en el consumo, indicando el desarrollo de tolerancia, uno de los principales indicadores de dependencia y el elevado consumo de alcohol (310 g y 340 g) refleja altas cantidades de alcohol consumido, por lo que los autores describen su patrón de consumo:

En un día laboral, reportan que el paciente consumía 2 caballitos de aguardiente (4 UBE) con el café de la mañana; a media mañana ingería medio litro de vino (5 UBE) con un bocadillo, antes de comer 2 o 3 vasos de cerveza de 200 ml. (3 UBE); para comer otro medio litro de vino (5 UBE), después de comer 2 copas de coñac con el café (4 UBE); al salir de trabajar 4 o 5 vasos de cerveza (5 UBE) y para cenar otro medio litro de vino (5 UBE), un total de 31 UBE = 310 g de alcohol puro por día entre semana; los fines de semana repite el patrón pero aumenta el consumo nocturno subiendo a 340 g de alcohol por día (Gómez y Álvarez, 2005)

Este consumo podría considerarse como dependencia pues está presente un alto índice de tolerancia y un consumo superior a los índices perjudiciales.

Años atrás llegaba a su casa semiintoxicado diariamente y los fines de semana completamente embriagado, su médico le hacía referencia de que presentaba síntomas de hepatitis alcohólica, por esta condición que afectaba su salud fue canalizado a un centro para recibir ayuda con su consumo de alcohol; cuando llegó al centro, reportó que no había consumido alcohol en las últimas 24 horas, durante el examen médico y la historia clínica, el paciente presentaba hiperactividad automática, ansiedad e inquietud psicomotriz, sudoración profusa en manos y cara, nerviosismo y fatiga general, en la ocultación apreciaron abdomen inflamado y ligera taquicardia (Gómez y Álvarez, 2005).

Estos datos corroboran la presencia del síndrome de abstinencia en el paciente y el desarrollo de dependencia al alcohol.

Los patrones de consumo son una forma sencilla de poder clasificar a un consumidor con el fin de desarrollar un tratamiento acorde a sus necesidades, cabe aclarar que el alcoholismo es una enfermedad progresiva y lleva un proceso de desarrollo en donde intervienen factores sociales, psicológicos, económicos e inclusive genéticos, los patrones de consumo y las etapas de desarrollo son complementarias una de la otra, pues un patrón de consumo específico nos puede indicar la fase de desarrollo en la que se encuentra el consumidor, en el siguiente capítulo se definirá el concepto de alcoholismo, las etapas de desarrollo de la enfermedad y los procesos neurológicos que llevan a la dependencia.

3. Definición de alcoholismo

El alcoholismo ha sido reconocido etiquetado como un trastorno de la moral, de la ética, una perversión del espíritu o como un vicio que para muchas personas se cura con apoyo de la moral, de la ética, de la religión y en los últimos casos de la medicina y de la psicología. En 1954 la OMS clasificó al alcoholismo dentro de su catálogo como una enfermedades (Barriguete, 2002).

Para 1976 la OMS redefinió el alcoholismo a través del síndrome de dependencia alcohólica entendido como “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conductas que incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia” (OPS, 2007a).

Con el avance de las investigaciones se ha descubierto que el alcoholismo es una enfermedad multifactorial, progresiva y degenerativa, que probablemente se debe a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el auto-control de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas (Arias, 2005; Soledad, 2006).

3.1 *Etapas de desarrollo de dependencia al alcohol*

Una de las formas más conocidas y aceptadas para explicar el desarrollo de la adicción al alcohol es la Tabla de Jellinek (figura 1.1), según esta escala, el consumidor pasa por cuatro fases de consumo, cada una de ellas con situaciones que la diferencia de las demás, a continuación se describen las fases (Barriguete, 2002):

a) Fase pre-alcohólica

En esta fase, el consumidor no tiene problemas, la característica principal de la fase es el desarrollo de un alto nivel de tolerancia, lo cual resulta en la adaptación del cerebro y el sistema nervioso a cantidades cada vez mayores de alcohol; el cuerpo del alcohólico asimila y procesa el alcohol de una forma eficiente y rápida, los resultados de este cambio son que el sujeto se siente en un estado normal cuando consume, consecuencia de la homeostasis del organismo, cuando el nivel de alcohol en la sangre baja su desempeño físico y mental disminuye de una forma rápida.

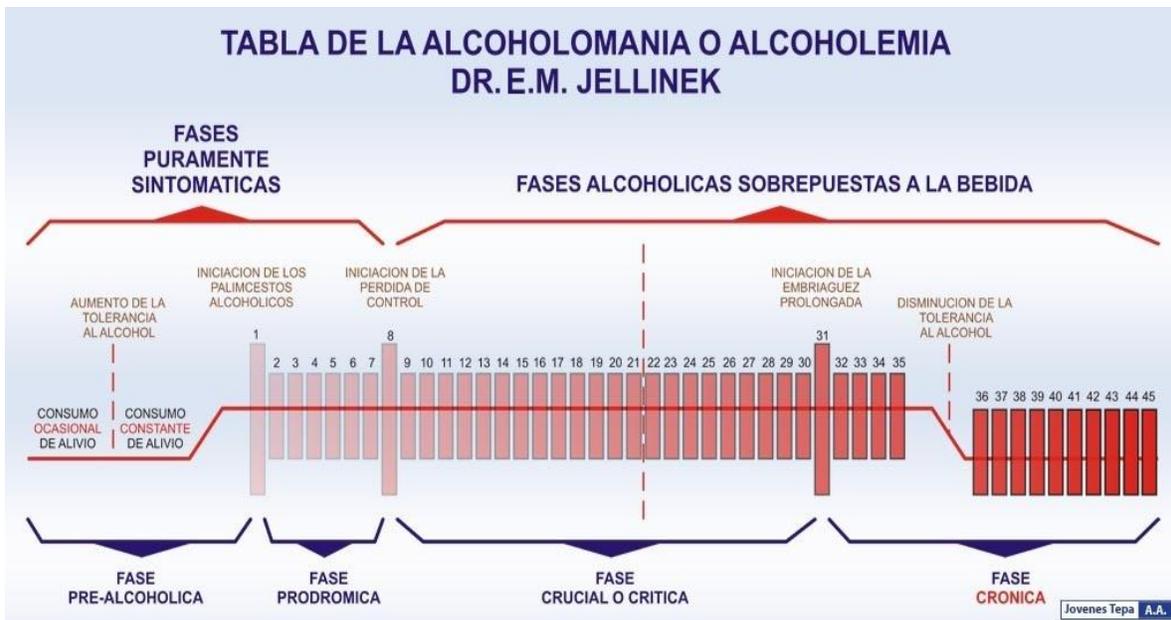


Figura 1: Tabla de Jellinek

b) Fase Prodrómica

- Lagunas mentales (no se acuerda de lo que ocurrió durante la borrachera)
- Beber a escondidas (trata de ocultar a los demás que bebe más de lo normal)
- Preocupación por el alcohol (piensa frecuentemente en excusas que justifiquen el consumo de alcohol)
- Beber con avidez (consumo de alcohol en un tiempo moderado)
- Sentimientos de culpa por su manera de beber (se da cuenta que bebe más de lo normal y empieza a ver los primeros desarreglos en su hogar)
- Evita hablar de alcohol (no le gusta que le llamen borracho, alcohólico, etc.)
- Frecuencia de las lagunas mentales (hasta aquí todavía el enfermo puede ser encausado por una campaña contra el alcoholismo)

Esta fase se caracteriza por la presencia de problemas severos en la memoria, la represión es psicológica, pues el alcohólico reprime todos los recuerdos penosos, se deprime, está nervioso hostil y se autocompadece, mientras que las lagunas mentales destruyen los recuerdos eufóricos. El alcohólico no miente cuando dice que no se acuerda de nada.

c) Fase crítica (desarrollo de la enfermedad)

- Pérdida de control (una vez tomando un trago, no puede detenerse)
- Razona su comportamiento de bebedor (convierte los pretextos en razones para beber)
- Presiones sociales (su comportamiento es objeto de problemas en su hogar o trabajo)
- Comportamiento grandioso y fanfarrón
- Conducta marcadamente agresiva
- Remordimientos persistentes (su forma de beber le causa remordimientos aunque no sirven de nada)
- Periodo de abstinencia total (intenta demostrar su fuerza de voluntad, dejando de beber, pero no puede hacerlo y recae en el consumo)
- Modifica sus hábitos de beber (de bebidas fuertes a suaves)
- Subordinación completa al alcohol (no concibe ninguna parte de su vida sin el consumo de alcohol)
- Fuga geográfica (aparece en algún lugar distinto y en ocasiones distante a donde comenzó a beber)
- Cambio en las costumbres familiares (cambian los hábitos familiares debido a su constante ausencia)
- Protección de su abstinencia al alcohol (se preocupa de que no le falte su porción de alcohol al día siguiente)
- Descuido de su alimentación (pérdida de apetito)
- Primera hospitalización (debido al consumo excesivo y ocasional de alcohol, puede ser necesario el recurrir a primeros auxilios o servicios de emergencia)
- Disminución del impulso sexual
- Celos de alcohólico (por la ausencia constante del hogar cree que su pareja le es infiel)
- Beber en ayunas (la “cruda”, el malestar físico hace que el alcohólico empiece el día bebiendo, este síntoma es preludio de la fase crónica)

Esta fase se caracteriza por múltiples puntos, los principales son la pérdida del control a la hora de consumir (no puede parar de tomar una vez que empieza), la aparición de problemas en el hogar y trabajo por la forma de beber y su disminución en las labores, la

preocupación por que no le falte alcohol para la siguiente ocasión de consumo y la primera hospitalización. El beber en ayunas da fin a la fase crítica y se da pauta a la fase crónica.

d) Fase crónica

- Periodos de embriaguez prolongados (beber sin parar durante ocho días o mas)
- Marcado deterioro moral (recurre a cualquier forma con tal de tener dinero para seguir tomando)
- Disminución de las capacidades mentales (las neuronas mueren deteriorando la capacidad mental)
- Psicosis alcohólica
- Bebe con personas socialmente inferiores (con el fin de sentirse superior bebe con personas inferiores)
- Consumo de productos industriales (alcohol metílico, perfumes, etc.)
- Disminución de tolerancia al alcohol (el enfermo se embriaga con el poco alcohol)
- Temores indefinibles (delirio de persecución)
- Temblores persistentes (a consecuencia de la falta de alcohol en el cuerpo)
- Inhibición psicomotora (no puede controlar sus conductas motoras)
- El beber adquiere carácter obsesivo (el alcohol se ha apoderado de la mente del enfermo, solo piensa en beber)
- Vagas aspiraciones religiosas
- Todo sistema de racionalización fracasa
- Hospitalización definitiva
- Pérdida de la vida

El consumidor en esta fase ya es dependiente del alcohol, bebe en forma compulsiva, rara vez come, se intoxica con mucho menos alcohol que antes y lo desea vehementemente cuando se le priva de él. Se deteriora su trabajo, los vínculos familiares y la vida social. La dependencia llega a ser tal, que da prioridad a la bebida sobre sus amigos, parientes, empleo y autoestima, se ha convertido en un adicto y la continua reproducción del consumo lo llevará a la muerte (Coon, 2005).

3.2 Neurobiología del alcoholismo

El alcohol es un inhibidor de la actividad neuronal, las acciones agudas de esta droga dependen de la dosis, así, a dosis bajas produce un efecto estimulante, consecuencia de una desinhibición de la actividad cortical, cuando esto sucede el sujeto siente los efectos como euforia, labilidad emocional o una disminución de su autocontrol; conforme aumenta el consumo de alcohol aparece el efecto inhibitor que abarca otros cuatro centros subcorticales, lo cual conduce a incoordinación motora, del habla, de la memoria, entre otras; si los niveles de alcohol en sangre son muy altos y la intoxicación llega a afectar a los centros nerviosos del tronco del encéfalo que regulan la respiración puede sobrevenir la muerte del sujeto (García, 2003)

Para que se desarrolle una dependencia es necesario activar mecanismos neurológicos, el alcohol al igual que otras sustancias activan la vía dopaminérgica mesolímbica, esta vía está situada en una zona del cerebro conocida como mesencéfalo, y es el sistema más implicado en la capacidad de las sustancias psicoactivas para producir dependencia. Dos zonas muy importantes para la dependencia de sustancias son el área tegmental ventral y una zona con la que está comunicada, denominada núcleo accumbens. El área tegmental ventral es una zona rica en neuronas que contienen el neurotransmisor dopamina. Los cuerpos celulares de estas neuronas envían proyecciones hacia regiones del cerebro implicadas en la emoción, el pensamiento, la memoria, la planificación y ejecución de los comportamientos. El núcleo accumbens es una zona del cerebro muy importante que está implicada en la motivación, el aprendizaje y en el proceso de reforzamiento (OMS, 2004).

En la dependencia, las sustancias psicoactivas activan repetidamente los sistemas motivacionales del cerebro que normalmente son activados por estímulos importantes, como la comida, el agua, el peligro y la pareja. El cerebro es engañado por las sustancias, que lo llevan a responder como si éstas y los estímulos asociados al consumo fueran biológicamente necesarios. A medida que la exposición se repite, la asociación se hace cada vez más fuerte y produce una respuesta conductual y neuroquímica cada vez mayor. Esto se conoce como sensibilización al incentivo, y consiste en que las sustancias psicoactivas y los estímulos asociados a su consumo adquieren cada vez más importancia motivacional y conductual. Mediante procesos de aprendizaje asociativo, la motivación para consumir sustancias psicoactivas puede ser activada intensamente por estímulos asociados al

consumo de la sustancia (ambientes, personas, objetos), causando así el intenso deseo que puede vencer a la persona y hacer que vuelva a consumir la sustancia, incluso tras largos períodos de abstinencia. Esto también ayuda a entender por qué los síntomas de abstinencia, por sí solos, no son suficientes para explicar todas las manifestaciones de la dependencia, puesto que incluso las personas que han abandonado completamente el consumo de una determinada sustancia pueden volver a consumirla tras verse expuestos a una amplia gama de situaciones diferentes (OMS, 2004).

Concretamente en el caso del alcohol, al llegar al cerebro aumenta los efectos inhibidores del GABA (ácido gamma-aminobutírico) y reduce los efectos excitadores del glutamato. Los efectos reforzantes probablemente estén relacionados con el aumento de la actividad de la vía dopaminérgica mesolímbica. Así, en una persona que bebe con regularidad, su sistema nervioso trata de recuperar el equilibrio, sus neuronas reducen la actividad del GABA y aumentan la del glutamato. Si un alcohólico deja de beber de forma abrupta, las neuronas entran en un estado de hiperexcitación. Las consecuencias son los típicos síntomas de privación del alcohol, tales como temblor y oleadas de sudoración, así como también ataques epilépticos y alucinaciones, hasta presionar al bebedor a consumir otra vez y comenzar el ciclo, hasta llegar a aumentar los niveles de tolerancia (OMS, 2004).

4. Factores de riesgo

Un factor de riesgo se entiende como todo aquel elemento o condición (congénita, hereditaria o derivada de una exposición o de un hábito de vida) que aumenta la probabilidad de adquirir o desarrollar alguna enfermedad.

La OMS (2004), identifica una serie de factores de riesgo ambientales e individuales que son:

Factores de riesgo ambientales:

- Disponibilidad de drogas

Natera y cols. (2002) realizaron un estudio etnográfico del Centro Histórico de la Ciudad de México en relación a la disponibilidad de bebidas alcohólicas, en esta área lograron detectar 607 tiendas donde se vende alcohol, aproximadamente una por cuadra, en sus resultados comentan que el Centro Histórico de la Ciudad de México, es una zona donde las bebidas alcohólicas están mas disponibles que en el resto de la ciudad pues en esta zona se concentra una gran cantidad de tiendas que venden alcohol. En la discusión de los resultados los autores afirman que la disposición y la facilidad para conseguir bebidas alcohólicas es uno de los principales factores de riesgo para la adquisición, el desarrollo y el mantenimiento del alcoholismo.

- Pobreza

Se sabe bien que el alcoholismo está estrechamente ligado a la pobreza y a la falta de oportunidades para un cada vez mayor número de hombres, mujeres y niños. De este modo, la dependencia del alcohol contribuye a reproducir y perpetuar pobreza y marginación, y viceversa la marginación y pobreza ayuda al desarrollo de la dependencia (Perez, 2005)

- Cambio social

Los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas, derivados de variaciones en la dinámica y composición de la estructura demográfica de la población, como las recurrentes crisis económicas, una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización, han afectado las vidas de las personas en los ámbitos

individual, familiar y social convirtiéndose en factor del abuso de sustancias (Medina y cols., 2001).

- Antecedentes familiares de consumo

Natera y cols. (2001), en su estudio llamado “la influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres” describen en sus resultados que el consumo de los padres representa un factor de riesgo importante para el desarrollo del alcoholismo en los hijos.

- Cultura de los compañeros

Guzmán y Alonso (2005) afirmaron que el tener relación con amigos que muestran conductas problemáticas son factores que puedan estar influyendo para la adquisición de consumo de alcohol, además de otros factores como el no practicar alguna creencia, asistir a fiestas y reuniones donde se consume alcohol.

- Normas y actitudes culturales

La sabiduría popular da cuenta de la flexibilidad que se tiene con el consumo de alcohol, frases celebres como:

“Los niños y los borrachos siempre dicen la verdad”

“pa’ todo mal mezcal y pa’ todo bien también”

“el whiskey es el mejor amigo del hombre, como un perro embotellado”

“¿qué quiere el seguro social?- SALUD”

“en un evento deportivo no importa quien gane o quien pierda, sino cual ebrio te pongas”

“fiesta sin alcohol no es fiesta”

Estas frases dan cuenta de la cultura de consumo de alcohol que existe en México, inclusive podríamos hablar de iconos nacionales como Pedro Infante, en cada una de sus películas por lo menos existe una escena que se desarrolle en una cantina o se presente una botella de alcohol y no hay que olvidar las canciones populares como las de José Alfredo Jiménez, la lirica mexicana esta llena de borracheras, “aquí estoy en el rincón de la cantina; de mi mano sin fuerzas, cayo mi copa sin darme cuenta” (Prentiss, 2007).

- Políticas sobre drogas, alcohol y tabaco

La falta de políticas públicas de salud, la falta de leyes que regulen la venta de bebidas alcohólicas a menores, la falta de programas de prevención, la falta de interés por parte del gobierno hacia el consumo de alcohol y principalmente la cultura mexicana que tolera el consumo en jóvenes, han permitido el incremento en el número de consumidores a edades cada vez más tempranas; a esta fecha las autoridades no toman cartas en el asunto, ni aun teniendo en cuenta la información que se ha ido publicando. Se espera que el gobierno y el sector salud formulen actividades para la prevención, detección oportuna y el tratamiento de consumidores de alcohol (IMSS, 2005).

Factores de riesgo individuales

- Disposición genética

Se sabe que la tendencia al alcoholismo puede ser influenciado por la familia, los expertos, le dan un carácter en apariencia hereditario de la sensibilidad a los problemas con el alcohol, pues sugieren la existencia de un componente hereditario que se transmita de una generación a otra una predisposición al alcoholismo.

- Adolescencia

Los adolescentes, al vivir una etapa de crisis y al tratar de evadir los problemas, buscan salidas fáciles o formas de olvidarlos, por ejemplo, por medio del alcohol y las drogas. Muchas veces las adicciones surgen por problemas dentro de la familia (incomprensión, falta de comunicación, golpes, maltrato, rechazo, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, etcétera), al sentir que no son queridos en los hogares, los adolescentes tienen la impresión de no ser escuchados o tomados en cuenta, y caen en un error al tratar de solucionar los conflictos por medio de las drogas, creyendo que sólo van a ingerir una vez la sustancia, pero en realidad se genera la costumbre o la adicción, esto ocasiona que los problemas familiares aumenten, ya que la droga consumida es más fuerte, y al no querer o no poder dejarla optan por abandonar el hogar, convirtiéndose en niños de la calle, en la que se exponen a riesgos de gran magnitud como contraer enfermedades, ser golpeados, soportar abusos, explotación, hambre y abandono (Arriola, 2008).

- Ruptura familiar y problemas de dependencia

El reacomodo social y económico es un caldo de cultivo para el abuso de drogas, en México el divorcio, la violencia intrafamiliar, la incorporación de la mujer en el ámbito laboral y su consecuente ausentismo en casa rompe el patrón tradicional, la angustia causada en los hijos y parejas a consecuencia de estos cambios predisponen al consumo de sustancias (Prentiss, 2007).

5. Prevención del alcoholismo

La prevención contra las adicciones pretende evitar daños o situaciones que pongan en riesgo la seguridad o la salud física y/o mental de los individuos. Con ella se promueve una mejor calidad de vida y se eliminan los factores de riesgo (Rocha, 1998).

La prevención puede darse a distintos niveles:

Atención primaria

- involucra acciones como promoción, fomento y educación que tienden a la protección de la salud; esta dirigida al público en general y su objetivo es disminuir la posibilidad de contraer una enfermedad adictiva. Por su parte Gual y Colom (2004), en la editorial de la Revista Adicciones mencionan que la atención primaria le corresponde asumir la identificación precoz de los bebedores de riesgo, así como las intervenciones breves para reducir los consumos y la derivación de los casos mas severos a los centros especializados

Atención secundaria

- procura el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, con el fin de evitar la cronicidad del consumo. Una vez identificados los consumidores, los especialistas de la salud tendrán que intervenir para que estos disminuyan su consumo de alcohol. Gómez y Álvarez (2003) recomiendan las intervenciones breves, que incluyen el interrogatorio acerca del consumo de alcohol junto con la información y consejo personalizado, afirman que estas intervenciones en la atención secundaria son efectivas y reducen el consumo, consideran que la atención secundaria y la intervención del personal de salud puede evitar, el progreso de la dependencia alcohólica y prevenir la morbilidad, y disminuir los costos sociales y familiares causados por el consumo de alcohol.

Atención terciaria

- La meta de la atención terciaria es reducir el nivel de deterioro del individuo ya adicto, e intenta rehabilitarlo.

Una vez explicados los niveles de prevención se hace necesario el comentar los factores sobre los que se tienen que desarrollar los programas de prevención sea cual sea el nivel de atención.

El alcoholismo no es una enfermedad causada por un factor único, es consecuencia de la interacción de variables de tinte biológico, psicológico y social que al coincidir en un individuo, propician el desarrollo de la enfermedad.

Una de las estrategias utilizadas para la prevención de las adicciones es trabajar simultáneamente en los tres campos biológico, psicológico y sociocultural (Elizondo, 1998).

Una manera de prevenir los factores psicológicos es promoviendo una buena salud mental en los niños, así como una adecuada integración de la familia. Los factores socioculturales se previenen con medidas educativas y legislativas. Como por ejemplo, educar a los adolescentes, sus padres y sus maestros a través de campañas de orientación e información sobre el consumo de alcohol y drogas, o limitar la disponibilidad de una droga a través de estrategias legislativas o legales. En cambio, los factores biológicos sólo pueden hacerse evidentes a través de pruebas de laboratorio (Elizondo, 1998).

Muchos autores consideran que un programa de prevención debe de estar enfocado al desarrollo de habilidades psicológicas, como una buena autoestima y una personalidad resiliente, dejando como segundo orden los factores sociales y biológicos.

Llanes y Margain (2003) comentan que la prevención debe de enfocarse en el desarrollo de las habilidades individuales que le permitan a las personas enfrentar exitosamente la adversidad y los riesgos, y mantener un clima social que le permita a los sujetos disfrutar de la vida sin drogas, abrirse a los aprendizajes que permitan la práctica de patrones de conducta ajenos a la droga, lograr que los sentimientos, los pensamientos y las acciones caminen armónicamente permitiendo que los sucesos de la vida no lleven a los individuos a la comprensión de las frustraciones y/o tensiones por medio del consumo de drogas.

Muchos gobiernos basan sus medidas de prevención en un enfoque sociocultural, han comprendido que el ambiente social y la cultura influyen creando patrones de comportamiento reconocibles y transformables. De esta manera, los programas se basan en cambiar pautas de conducta mediante el uso del tiempo libre por parte de los y las jóvenes pueden modificarse creando nuevos estímulos de recreación y alternativas de ocio. Esta visión sociocultural ha tenido cierto grado de vigencia porque al reconocer y comprender la compleja trama de factores que subyace en el fenómeno de las drogas, ha podido

observarse que las diferencias sociodemográficas y culturales afectan también o tiñen de diferentes colores el consumo (Llanes y Margain, 2003).

Actualmente en México existen diversos programas de prevención, algunos de los reconocidos por el Consejo Nacional Contra las Adicciones son (CONACID, 2003):

Modelo construye tu vida sin adicciones

Este modelo preventivo es una propuesta basada en los aportes de la medicina mente-cuerpo elaborada desde el sector salud, la cual pretende fortalecer la responsabilidad individual y social en relación con su salud integral y en especial prevenir adicciones.

El modelo aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos. Bajo este abordaje se considera que el estrés, una inadecuada alimentación, un autoconcepto pobre, falta de espacios para la diversión o una mala comunicación, entre otros, pueden actuar como elementos para alentar el consumo de sustancias psicoactivas, por ello esta propuesta está orientada a desarrollar habilidades para liberar tensiones, construir pensamientos positivos, mejorar hábitos alimenticios, incrementar las capacidades creativas, favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos, trabajar con el autoconcepto, dedicar un tiempo para el esparcimiento y reflexionar sobre los patrones de consumo de sustancias adictivas.

Este modelo pretende fortalecer la responsabilidad individual y social acerca de la salud, facilitando la conformación de estilos de vida que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona y propiciando condiciones que eleven la calidad de vida y de las comunidades.

Modelo preventivo Chimalli

El Modelo Chimalli tiene como fin producir resiliencia, con un enfoque proactivo y ecológico. Se aplica en planes de acción por ciclos de actividades, con duración aproximada de quince semanas en comunidades (escuelas, centros comunitarios y de desarrollo, barrios, unidades habitacionales, colonias).

El Chimalli interviene en las áreas de uso de drogas y conducta antisocial, eventos negativos de la vida y estilo de vida (en la que se considera la sexualidad, el autocuidado de la salud, el uso del tiempo libre y consumismo). Propone el desarrollo acciones para contrarrestar las conductas de riesgo con habilidades y actitudes de protección por intervenciones que abarcan: técnicas psicocorporales: respiración, relajación y trabajo con

imágenes; técnicas psicosociales empleando viñetas en tercera persona, construidas por el propio grupo intervenido; técnicas psicoeducativas y juegos de educación preventiva y acción social educativa que se expresan en prácticas comunitarias solidarias.

La resiliencia, entendida como la actitud de tener plasticidad, de aguantar los choques de la vida y adaptarse a la adversidad cotidiana, es la capacidad de desarrollar competencia social, de dar resolución adecuada al estrés. Se construye en contacto con otros seres humanos por lo que se afirma que el vínculo interpersonal es un componente básico en tanto promueve el desarrollo de habilidades y competencias socioafectivas.

Esta perspectiva teórica se articula en la siguiente hipótesis básica: A mayor resiliencia, es decir vínculos afectivos al servicio del desarrollo humano y la promoción social que transformen los ambientes proximales de las comunidades donde se llevan a cabo planes de acción (escuelas, barrios...), encontramos menor prevalencia de conductas de riesgo. Esto se opera a través de las técnicas (psicocorporales, psicosociales, etc.) que enseñan a los grupos, cambian actitudes y desarrollan habilidades socioafectivas, por su parte y a través de la autoevaluación la red de voluntarios se empodera y transforma los ambientes y disminuye el estrés, medido por la prevalencia de conductas de riesgo.

Los modelos anteriores son algunos de los que se encuentran en acción a nivel nacional, cada estado y en ocasiones cada municipio o delegación tiene sus propios modelos de prevención, sin embargo cada uno de ellos trabaja sobre el componente psicológico ó social dejando de lado los factores biológicos, esto sin contar que los modelos de intervención no abarcan a toda la población que indudablemente está expuesta a los factores de riesgo del alcoholismo, a lo anterior hay que añadir los bombardeos constantes de la mercadotecnia que lentamente ha acostumbrado a la sociedad a ver el consumo de alcohol como algo normal. El gobierno ha construido con su supuesta guerra contra el narcotráfico y un doble discurso en el que por un lado intentan erradicar el consumo de drogas ilegales que causan daños en la población, mientras que por el otro lado no interfiere en el control de las drogas legales que invariablemente son drogas de inicio y las consecuencias de su uso, el producto paga impuestos que al menos en una parte solventan los gastos de su supuesta guerra, hay que considerar que aunque se elimine el narcotráfico, las drogas legales seguirán siendo de uso común e indiscriminado y seguirán siendo drogas de inicio a nuevas sustancias. Los impuestos que pagan estas empresas ponen entre la espada y la pared las acciones del

gobierno, por lo que si se intenta dar alguna solución al problema del alcoholismo, se debe de mantener una postura preventiva guiada a trabajar con los servicios de salud pública con el fin de abarcar un mayor número de personas, además de continuar con las labores de los programas de prevención los cuales tienen que ser rediseñados intentando abarcar los factores psicológicos, socioculturales y de ser posible los biológicos.

6. Instrumentos para diagnosticar niveles de alcoholismo

En el capítulo anterior se describieron los diferentes niveles de prevención para la dependencia al alcohol, sea cual sea el nivel, es necesario identificar en cada consumidor su patrón de consumo, dado que ayudará a diseñar un tratamiento específico que potencialice la rehabilitación.

6.1 AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test (Test de Identificación para los Trastornos relacionados con el Consumo de Alcohol)

En 1982 la OMS diseñó un instrumento de tamizaje simple llamado AUDIT para identificar personas cuyo consumo de alcohol se haya convertido en un problema de salud, ya sea porque el consumo entraña riesgos o daños a la salud, o bien dependencia (Monrás, Lligoña, Freixa y Gual, 2004).

Colom, Contel, Segura y Gual (2002) describen el test como un cuestionario que fue pensado para ser autoadministrado, consta de 10 preguntas que exploran cantidad y frecuencia de consumo, presencia de consecuencias negativas y criterios de dependencia; y permite discriminar consumos de riesgo, consumos nocivos y presencia de dependencia; las 3 primeras preguntas hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 reacciones adversas y las dos últimas problemas relacionados con el consumo de alcohol; el cuestionario investiga los hechos durante el último año. Las ocho primeras cuestiones tienen 5 posibles respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango de la puntuación global va de 0 a 40. Se suman los resultados de cada respuesta que están entre paréntesis.

Esta prueba clasifica a los sujetos según sus puntuaciones obtenidas como ostentadores de un consumo sensato, dependiente o dañino. En el consumo sensato se clasificaría a aquellos sujetos que consumen en un día normal hasta dos bebidas estándar (si son mujeres) y hasta cuatro (si son varones). Por su parte, el llamado consumo dependiente engloba a aquellos sujetos que consumen en un día típico de tres a cinco bebidas estándar (mujeres) y de cinco a nueve bebidas estándar (hombres) y que, además, hayan dejado de realizar algunas actividades (sociales, laborales o lúdicas) a causa del consumo de alcohol. Por último, el consumo dañino agruparía a quienes ingieren en un día típico seis o más bebidas

estándar (mujeres) y diez o más bebidas estándar (hombres) y que amigos, familiares o personal de salud les hayan manifestado preocupación por su forma de beber (Vargas, Moreno y Alonso, 2005).

Este test esta destinado a identificar a los consumidores en estadios muy precoces (consumidores de riesgo) que difícilmente pueden ser detectados puesto que no presentan signos ni síntomas de problemática asociada al alcohol, esta característica lo hace diferente de los cuestionarios existentes dado que exploran básicamente criterios de dependencia y presentan unos indicadores de validez inaceptables en la detección de consumidores de riesgo.

Seppä, Pekuri, Kääriäinen y Aalto (2004) mencionan que de los cuestionarios disponibles, el preferido para su investigación fue el test AUDIT, que fue elegido, no debido a su superioridad, sino por que al ser “autoadministrable” ahorra tiempo y los profesionales no necesitan tener suficiente habilidad para discutir el tema de forma directa y poder dar un seguimiento a la detección del problema de consumo.

El cuestionario esta validado en población mexicana, según Borges, Medina, Cherpitel, Casanova, Mondragón y Romero (1999) los resultados de los pacientes mexicanos estudiados como parte de un proyecto internacional de la OMS, mostraron que el AUDIT es un instrumento de tamizaje muy sensible (80%) y específico (89%), con valores medios predictivos positivos y negativos de 60 y 90%, respectivamente. Otras aplicaciones del AUDIT en diferentes escenarios clínicos y sociales del país han mostrado excelentes resultados.

En resumen, se trata de un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol, centrándose en el consumo de riesgo de alcohol y resulta especialmente adecuado cuando se siguen los criterios de la CIE-10 sobre problemas relacionados con el consumo alcohólico.

6.2 Test de Cage (Chronic Alcoholism General Evaluation; Evaluación General del Alcoholismo Crónico)

Este cuestionario tuvo su origen en un estudio llevado a cabo en el Nort Carolina Memorial Hospital en 1968 y fue dado a conocer por Ewing y Rouse en una Conferencia Internacional sobre Alcoholismo en Sydney en 1970.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de cuatro preguntas, que pueden presentarse solas o “camufladas” para evitar el posible rechazo por parte del entrevistado. Según el autor, se trata de un test de selección para detección de alcoholismo, su nombre hace referencia a las preguntas que lo componen en inglés: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (Reducida, Molesto, Culpable, abrió los ojos).

Las preguntas del CAGE son:

¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?

¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?

¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?

¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

Gómez y Álvarez (2003) realizan un estudio de caso con un varón dependiente al alcohol y dentro de la fase de detección de niveles de consumo describen que el test de CAGE es sencillo de administrar y de corta duración. Una respuesta positiva alertar sobre la posibilidad de estar ante un problema por el alcohol y obliga a investigar. Dos o más respuestas positivas dan una alta probabilidad de alcoholismo. Por último comentan que este instrumento es muy útil para atención primaria, pero para el estudio que realizaron necesitaron emplear un método de diagnóstico más específico.

Según sus autores 2 ó 3 respuestas afirmativas suponen un alto grado de sospecha y 4 afirmaciones son confirmatorias de alcoholismo. Otros autores consideran que con sólo 2 respuestas afirmativas ya se puede considerar alcoholismo. Su sensibilidad oscila entre 49 y 100% y su especificidad entre 79 y 100%, en función del punto de corte propuesto y de la gravedad del problema relacionado con el alcohol que se esté valorando.

La prueba CAGE no solo es un instrumento confiable, fácil y barato de aplicar sino también la mejor prueba y la menos intimidante para la clasificación de sujetos alcohólicos. Sin embargo, a pesar de su uso, su validez es aún controvertida (Herran y Ardila, 2005).

7. Tratamientos para la dependencia al alcohol

En los últimos años se ha aplicado en el tratamiento para el alcoholismo un modelo de intervención bio-psico-social y corresponde al etiquetado como “nuevo modelo médico”; en general, el modelo aplicado al alcoholismo se caracteriza por los siguientes aspectos (Gual, 2002):

- Trabajo en equipo multidisciplinario, que incluye médico, psicólogo, enfermero y trabajador social.
- La dependencia alcohólica se define como enfermedad crónica con tendencia a la recaída.
- El abordaje terapéutico debe tomar en consideración no sólo al individuo sino también la familia y su entorno sociolaboral más inmediato.
- La rehabilitación es un proceso de reaprendizaje lento, en el que el retorno ocasional a las conductas anteriores (desde consumos ocasionales hasta recaídas francas) no es excepcional y debe entenderse como parte integrante del proceso de recuperación.
- El proceso terapéutico lo realiza el paciente. Al terapeuta le corresponde una labor de acompañamiento y asesoramiento, donde su misión principal consiste en ayudar al afectado a hacer un buen uso de sus propias capacidades en el proceso de rehabilitación.

Bajo esta perspectiva un tratamiento para la dependencia al alcohol, se debe desarrollar por fases, clásicamente se han distinguido tres, desintoxicación, deshabitación y rehabilitación, bajo el modelo bio-psico-social se tiende a unir las fases de deshabitación y rehabilitación, pues se complementan y suelen superponerse en el tiempo.

Así, con fines didácticos el capítulo se dividirá en:

- Tratamientos de desintoxicación, se entiende como un conjunto de medidas terapéuticas que tienen el objetivo de facilitar la interrupción controlada del consumo de alcohol, previniendo o controlando el síndrome de abstinencia.
- Tratamientos de deshabitación, son un conjunto de intervenciones que se realizan a lo largo de un periodo de tiempo en las que se intenta ayudar al paciente en su proceso de cambio, los tratamientos deben de conjuntar técnicas farmacológicas y

psicológicas, buscando la rehabilitación del paciente, la cual no es otra fase en el tratamiento, si no un objetivo a lograr.

7.1 Tratamientos de desintoxicación

El tratamiento de la desintoxicación alcohólica en un paciente con dependencia al alcohol debe estar dirigido a evitar los síntomas y prevenir las complicaciones asociadas a la privación del consumo (González y cols., 2008).

El Síndrome de privación ó Síndrome de Abstinencia del Alcohol (SAA) aparece asociado a un estado de hiperactividad glutamatérgica, provocada por la supresión brusca del efecto del alcohol sobre los sistemas GABAérgico y glutamatérgico (Valdez, 2003).

Según la guía para el manejo psiquiátrico del síndrome de abstinencia del paciente alcohólico en el primer nivel de atención expedida por la Secretaria Mexicana de Salud y la CONADIC, el síndrome de abstinencia del alcohol se puede presentar cuando en una persona con dependencia física deja de consumir alcohol durante algunas horas, aunque algunos pacientes lo pueden experimentar cada día cuando despiertan y neutralizan sus síntomas con una nueva ingesta de alcohol.

Davila y cols. (2008), comentan que el síndrome de abstinencia alcohólica, se desarrolla en pacientes que ingieren alcohol diariamente al menos durante los últimos tres meses antes de entrar a desintoxicación o han ingerido grandes dosis de alcohol en las ultimas semanas, generalmente los síntomas aparecen entre las 8 y las 12 horas después de la ultima ingesta de alcohol y desaparece con un nuevo consumo.

El síndrome de Abstinencia se caracteriza por la presencia de hiperactividad vegetativa, temblor, sudoración, taquicardia, hipertensión arterial, náuseas, vómitos, síntomas de ansiedad, irritabilidad, inquietud, insomnio y deseo imperioso o “necesidad” de ingerir alcohol, también conocido como “craving” de alcohol (González y cols., 2008).

Cuando la abstinencia es grave, se pueden llegar a presentar crisis convulsivas generalizadas y alteraciones perceptivas (ilusiones ó alucinaciones) en el contexto de un estado de delirium que cursa con agitación psicomotora, que si no es correctamente tratado puede conducir, incluso a la muerte, sobre todo cuando el paciente presenta otros trastornos orgánicos concomitantes como traumatismo cráneo-encefálico, hemorragia cerebral, neumonía, graves alteraciones hidro-electrolíticas, etc. (DSM-IV-TR y la CIE-10). Gómez y Álvarez (2005) describen la valoración de un paciente alcohólico que reporta no haber

consumido alcohol durante 24 horas antes de la valoración, el sujeto presentaba hiperactividad autonómica, ansiedad e inquietud psicomotriz, sudoración profusa en manos y cara, irritabilidad, nerviosismo, labios cianóticos, hipertrofia parotídea, cansancio y malestar general. A la palpación se aprecia un abdomen globuloso. Auscultación cardiopulmonar normal, ligera taquicardia con una frecuencia cardíaca de 92 pulsaciones/min, presión arterial de 130/85 mmHg. Con los síntomas que presentaba se le diagnosticó síndrome de abstinencia y fue canalizado a una unidad médica para su desintoxicación.

El paciente con enfermedad alcohólica que ingresa en una unidad hospitalaria lo hará por alguna de las siguientes razones: urgencia por intoxicación, trastornos graves de comportamiento o complicaciones somáticas; ingreso forzoso por comportamiento auto o heteroagresivo tanto de manera activa como pasiva; paciente con patología dual que no ingresa primariamente por su toxicomanía sino por otro trastorno psiquiátrico concomitante; paciente que ingresa por sintomatología somática en un servicio habitualmente de cirugía o medicina interna y desarrolla un síndrome de abstinencia alcohólica; finalmente, paciente en tratamiento ambulatorio o sin él que decide por sí mismo o es animado a llevar a cabo una desintoxicación alcohólica. Sea cual sea la razón, el tratamiento de desintoxicación sólo es posible de manera ambulatoria en las formas leves y moderadas, bajo estrecha vigilancia diaria; frente a los SAA severos, los riesgos neurológicos, psiquiátricos y en el ámbito de la medicina interna son demasiado serios como para prescindir de un ingreso (Valdez, 2003).

González y cols. (2008) comentan que aunque los pacientes con síndrome de abstinencia leve y moderado pueden llevar su tratamiento de desintoxicación de manera ambulatoria, algunos pacientes deben de realizar su tratamiento de desintoxicación bajo un régimen hospitalario sin importar la gravedad del síndrome, esto será cuando cumplan alguno de los siguientes criterios:

- Coexistencia de patología médico-quirúrgica aguda o crónica que requiera de tratamiento hospitalario.
- Embarazo.
- Presencia de síntomas graves de privación a alcohol.
- Politoxicomanía.

- Antecedentes previos de síndromes graves de abstinencia al alcohol.
- Antecedentes de convulsiones.
- Patología psiquiátrica concomitante.

Una vez que el paciente ingreso a una unidad médica para su desintoxicación, el primer paso a seguir es detectar el patrón de consumo de alcohol pues la probabilidad de que el paciente sufra consecuencias peligrosas por su ingesta de alcohol esta íntimamente relacionada al nivel de alcohol consumido (CONADIC, 2002), sobretodo si ha habido abusos de alcohol importantes en los días antes del ingreso; la severidad de la dependencia, el número de desintoxicaciones previas y posiblemente también la historia familiar de alcoholismo (Soler y Guasch, 2002), es recomendable obtener esta información mediante una entrevista con el paciente y sus familiares ó mediante la aplicación de un test que explore patrones de consumo y pueda dar una cantidad numérica de alcohol consumido al día de preferencia en unidades de bebida estándar (UBE). Es importante incluir estos datos en la historia clínica del paciente y determinar la causa de la interrupción de la ingesta alcohólica, esto con la finalidad de evitar un uso indebido de fármacos durante el tratamiento.

Al mismo tiempo es importante saber si el paciente presenta síntomas del síndrome de abstinencia y en que intensidad. Algunos autores (González y cols. 2003; Lloréns y cols, 2008; Valdez, 2003 y Soler y Gausch, 2002) recomiendan el uso de la escala CIWA-Ar (Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol) por ser sencilla, rápida a la hora de ser aplicada y tener un uso muy extendido; consta de 10 ítems (nauseas, temblor, sudoración, alteraciones del tacto, auditivas y visuales, ansiedad, orientación, convulsiones y cefaleas), que puntúan entre 0 y 7, a excepción del parámetro orientación que puntúa de 0-4 (Soler y Gausch, 2002). Se considera la presencia de un síndrome de abstinencia al alcohol leve cuando el paciente obtiene una puntuación menor de 10, moderado con puntuación entre 10-20 y grave por encima de 20 (González y cols. 2008).

Según Davila y cols. (2008) una vez que se levantó la historia clínica, el personal especializado debe de realizar al paciente un examen físico para descartar algún problema superficial ó alguna lesión de órganos internos analizando principalmente los que se deterioran por el consumo excesivo de alcohol.

Una vez realizada la historia clínica e identificar la presencia del síndrome de abstinencia, la intensidad de sus síntomas y después de haber descartado algún problema físico interno o externo que impida el tratamiento de desintoxicación, es posible implementar un tratamiento de desintoxicación recordando que debe de ser diseñado individualmente y adaptarse a las necesidades del paciente, teniendo en cuenta que el proceso de desintoxicación es solo el inicio del tratamiento.

Soler y cols. (2002) recomiendan que siempre e independientemente de la intensidad de la abstinencia, se administren 100 mg/día de tiamina vía oral durante una semana aproximadamente, para prevenir la encefalopatía de Wernicke, ya que la persona que consume alcohol mantiene niveles bajos de mielina lo cual junto a algunos síntomas del síndrome de abstinencia lo ponen en riesgo de desarrollar tal encefalopatía.

7.1.1 Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Leve

Dominan síntomas vegetativos como pérdida del apetito, temblores leves, sudoración discreta e inquietud, no hay presencia de complicaciones hidroelectrolíticas, neurológicas o del ámbito de la medicina interna. Los síntomas psíquicos no sobrepasan la inquietud, trastornos de sueño y ansiedad, por lo anterior es recomendable realizar un tratamiento ambulatorio, pues los síntomas no ponen en riesgo la salud del paciente (CONADIC, 2002; Valdés, 2003).

Programa de desintoxicación

- Suspensión total de la bebida y permanecer en casa por una semana.
- Consumo abundante de líquidos
- Ingerir los fármacos en las dosis y los horarios previamente establecidos
- Supervisión de la familia o los amigos del paciente para evitar el consumo de alcohol y seguir las recomendaciones del especialista, además de mostrar comprensión y apoyo hacia el paciente.
- Acudir a consultas regularmente, ya sea visitas domiciliarias o a la unidad médica durante los primeros tres o cuatro días después de haber iniciado el tratamiento.

Fármacos empleados en el tratamiento del síndrome de abstinencia leve

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas son un grupo de componentes químicos que muestran un efecto tranquilizante. Estos fármacos y el alcohol comparten varios mecanismos de acción, lo cual explica el alivio de los síntomas de abstinencia con el uso de estas sustancias. Actúan sobre los receptores GABA, el sistema noradrenérgico y la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal e interviene en el fenómeno *kindling* (aumento progresivo de la respuesta y reactividad eléctrica del cerebro al ser estimulado repetidamente), además, pueden ayudar a un suave curso del tratamiento sin síntomas de rebote (Oviedo y Arboleda, 2006).

Diazepam (valium): actúa deprimiendo la conducción nerviosa en las neuronas, produciendo desde una leve sedación hasta un coma, eliminando los síntomas del síndrome de abstinencia; la administración de diazepam para el tratamiento del SAA es eficaz debido a su tolerancia cruzada al alcohol y la vida media-larga del agente principal (30- 60 horas) lo que aseguraría niveles sanguíneos del agente desintoxicante suficiente y de larga duración. Dado que las benzodiacepinas pueden crear o complicar estados de delirio, la administración de diazepam probablemente debería evitarse en los pacientes con alteraciones hepáticas profundas o encefalopatía hepática clara (Hyatt, Cheever y Eldot, 1998; Rodríguez, 2005).

El tratamiento con diazepam o con cualquier otra benzodiacepina prescribe de una manera en la que se decremente la dosis hasta llegar a cero, como lo muestra la Tabla 2, otra forma de administrar el diazepam es dar una dosis cada seis horas por dos o tres días de acuerdo a la gravedad de los síntomas.

DÍA	8:00 Horas	12:00 Horas	17:00 Horas	22:00 Horas	Total
1	10 mg	5 mg	10 mg	10 mg	35 mg
2	10 mg	5 mg	5 mg	10 mg	30 mg
3	5 mg	5 mg	5 mg	10 mg	25 mg
4	5 mg	***	5 mg	10 mg	20 mg
5	5 mg	***	***	10 mg	25 mg

6	5 mg	***	***	5 mg	10 mg
7	***	***	***	5 mg	5 mg

Tabla 2: Dosificación de diazepam (Guía Para El Manejo Psiquiátrico Del Síndrome De Abstinencia Del Paciente Alcohólico En El Primer Nivel De Atención).

7.1.2 Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Moderado

Para considerar que el paciente presenta un síndrome de abstinencia moderado, debe de obtener un puntaje entre 10 y 20 en la escala CIWA-Ar y mostrar los siguientes síntomas (CONADIC, 2002):

- Falta de apetito y de sueño
- Nauseas y vómitos ocasionales
- Temblor y sudoración moderada
- Sentimientos de angustia
- Deseo intenso de ingerir alcohol
- Fallas de memoria (lagunas mentales)

Los síntomas no ponen en riesgo la integridad física del paciente por lo que el tratamiento puede ser ambulatorio, siempre y cuando se tengan en cuenta las indicaciones del personal médico.

Programa de desintoxicación

- Examinar pulso y presión arterial, así como los niveles de conciencia y orientación. Generalmente, la conciencia deteriorada es un signo de un síndrome de abstinencia más severo y puede ser necesaria la hospitalización del paciente.
- Suspensión total de la bebida
- Se aconseja efectuar consultas regularmente durante los primeros cinco días de tratamiento, ya sea en la casa del paciente o en la unidad de desintoxicación.
- Ingerir los fármacos que el personal especializado le prescriba en las dosis y los horarios previamente establecidos
- Supervisión de la familia o los amigos del paciente

Los intentos de suicidio pueden presentarse en este periodo, por lo que es recomendable mantener al paciente bajo vigilancia estricta, si se llegase a presentar un intento de suicidio el paciente debe de ser ingresado a hospitalización.

- Consumo abundante de líquidos

Aunque se recomienda mantener a la persona debidamente hidratada, ello debe de hacerse tomando en cuenta sus condiciones cardiovasculares y su funcionamiento hepático.

Fármacos empleados en el tratamiento del síndrome de abstinencia moderado

Al igual que en el síndrome de abstinencia leve, para el tratamiento del síndrome de abstinencia moderado solo es necesario el uso de fármacos sedantes que disminuyan los síntomas y estabilicen al paciente, además de la vitaminoterapia compuesta por tiamina para evitar el desarrollo de la encefalopatía de Wernicke o de Korsacoff y realizar un equilibrio electrolítico.

Clometiazol ó diazepam

El uso de clometiazol como tratamiento del síndrome de abstinencia es alternativa para sujetos refractarios a las benzodiazepinas (diazepam) o fenitoínas.

El clometiazol es un fármaco hipnosedante sintético que desarrolla efectos anticonvulsivantes. Este agente clorado neurodepresor se puede emplear por vía oral o parenteral intravenosa, según la severidad de la sintomatología clínica. Luego de su administración por vía oral el clometiazol es rápidamente absorbido por la mucosa digestiva, alcanzando su pico plasmático máximo entre los 15 y 90 minutos luego de su ingestión. Es ampliamente distribuido por los diferentes tejidos del organismo, para luego ser biotransformado a nivel hepático en forma extensa, sólo una mínima proporción aparece inalterada por la orina (Soler y Gausch, 2002).

En el tratamiento del síndrome de abstinencia se receta dosis de 4.5mg a 6.0mg por día divididos en 3 o 4 tomas el primer día de tratamiento como dosis de ataque y luego ir reduciendo gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima (Valdez, 2003).

En resumen el clometiazol es una alternativa al diazepam, la función que tienen ambos es similar sobre el sistema nervioso central, siendo ambos sedantes y anticonvulsionantes; sin embargo es mas usado el diazepam por su accesibilidad y propiedades, la guía para el

manejo psiquiátrico del síndrome de abstinencia del paciente alcohólico en el primer nivel de atención recomienda el uso de diazepam como lo indica la tabla 3 (CONADIC, 2002):

DÍA	8:00 Horas	12:00 Horas	17:00 Horas	22:00 Horas	Total
1	10 mg	10 mg	10 mg	10 mg	40 mg
2	10 mg	10 mg	10 mg	10 mg	40 mg
3	10 mg	10 mg	10 mg	10 mg	40 mg
4	10 mg	5 mg	5 mg	10 mg	30 mg
5	5 mg	5 mg	5 mg	10 mg	25 mg
6	5 mg	***	5 mg	10 mg	20 mg
7	5 mg	***	***	10 mg	15 mg
8	5 mg	***	***	5 mg	10 mg
9	***	***	***	5 mg	5 mg
					Fin

Tabla 3: dosificación de diazepam para el tratamiento del síndrome de abstinencia moderado

Carbamacepina

Es un estabilizador, actúa sobre diversos sistemas neurotransmisores incluyendo GABA y noradrenalina, pero su mecanismo de acción en el síndrome de abstinencia es desconocido. Sin embargo funciona como antineurálgico, disminuyendo la transmisión sináptica, la cual da lugar a la descarga neuronal, por lo que previene la aparición del fenómeno de kindling, además de estabilizar el los cambios de ánimo en los pacientes en desintoxicación. (CONADIC, 2002; Soler y Guasch, 2002).

7.1.3 Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Severo (con o sin delirium tremens)

Se trata de una situación clínica grave que requiere la hospitalización inmediata, debido a la alta mortalidad que conlleva a la incapacidad del paciente para su autocuidado. Normalmente estos casos puntúan en la escala CIWA-Ar igual o superior a 20, los síntomas principales son (CONADIC, 2002):

- Negativa a ingerir alimentos.
- Náusea y vómito.

- Incapacidad para conciliar el sueño.
- Temblor y sudoración de moderada a severa.
- Angustia y agitación severas.
- Deseo muy intenso de ingerir alcohol.
- Pérdida de la memoria para los hechos recientes.
- Alucinaciones alcohólicas
- Convulsiones y/o *Delirium tremens*.

El *Delirium tremens* es un trastorno psicofísico caracterizado principalmente por:

- Síntomas psicoorgánicos: desorientación, irritabilidad, agitación psicomotriz, cambios afectivos rápidos, trastornos cualitativos y cuantitativos de la conciencia.
- Síntomas perceptuales: alucinaciones ópticas y táctiles, sugestibilidad e ilusiones.
- Descompensación vegetativa: hipertermia, taquicardia, hiperreflexia, hipertensión, hipermimia y diaforesis profusa.

Programa de desintoxicación

- Remitir al paciente a una unidad médica para su internamiento y su desintoxicación
- Examinar pulso y presión arterial, así como los niveles de conciencia y orientación.
- Realizar estudios y análisis físicos con el fin de descartar daño en órganos internos que puedan complicar la desintoxicación.
- Mantener a la persona debidamente hidratada, ello debe de hacerse tomando en cuenta sus condiciones cardiovasculares y su funcionamiento hepático.

Fármacos utilizados para el tratamiento del síndrome de abstinencia severo con o sin delirium tremens

El tratamiento del síndrome de abstinencia severo es complicado, los síntomas ponen en riesgo la vida del paciente, para este tratamiento se hace necesaria la intervención no solo de sedantes del sistema nervioso, pues los síntomas abarcan posibles convulsiones, trastornos psicóticos y el delirium tremens, por lo que los fármacos se diversifican, en el tratamiento de este nivel de síndrome de abstinencia se emplean:

- Fármacos sedantes (Valdés, 2003)
 - Diazepam
 - Clormetiazol

- Carbamacepina
- Vitaminoterapia: previa a soluciones glucosadas: 100-200 mg de tiamina intramuscular durante 3 días y 300 mg de vitamina B1-B6-B12 por vía oral durante el resto de la desintoxicación, además de un complejo polivitamínico y ácido fólico (Gómez y Álvarez, 2005).
- Equilibrio electrolítico: necesario en caso de hipotensión, vómitos, diarrea, diaforesis o fiebre, siempre que se intente un equilibrio se tienen que realizar esturaos y análisis referentes a la función cardiovascular y epática.
- Anticonvulsivos: las convulsiones por lo general ocurren en pacientes no tratados, y pueden preceder a los otros síntomas de abstinencia. Más de un tercio de los pacientes que presentan convulsiones y no reciben tratamiento desarrollarán un cuadro de delirium tremens. (Gonzales y cols. 2008).
- Antipsicóticos

Para el tratamiento del delirium tremens se emplean:

Benzodiacepinas y antipsicóticos

El costo de la desintoxicación varia dependiendo del nivel en el que se encuentre el paciente, para un síndrome de abstinencia leve o moderada los medicamentos no tienen un precio alto y al ser tratamientos ambulatorios no implican hospitalización ni cuidados especiales, en el caso de la desintoxicación con síndrome de abstinencia severa con o sin delirium tremens se emplean diversos medicamentos y los síntomas del paciente requieren que este sea hospitalizado lo que eleva el costo del tratamiento; como se mencionó a un inicio la desintoxicación solo es la primera parte del tratamiento para el alcoholismo, el siguiente paso es la fase de deshabitación el cual se explicará en el siguiente apartado.

7.2 Tratamiento de deshabitación

La deshabitación es el conjunto de medidas terapéuticas que tienen por objeto que el paciente disminuya su forma de beber con menos esfuerzo, además de que adquiera conciencia de su enfermedad y de las consecuencias que le ha ocasionado, y que recupere sus responsabilidades familiares y sociales. En la deshabitación se combina una serie de tratamientos psicosociales y farmacológicos.

7.2.1 Tratamientos farmacológicos de deshabitación

En cuanto a los tratamientos farmacológicos en la fase de deshabitación existen diversas estrategias las cuales son: el tratamiento con sustitutos, los fármacos antidipsotrópicos y los fármacos que disminuyen la apetencia por el alcohol o fármacos anti-craving.

Tratamiento de sustitución

Para este tipo de tratamiento se emplean fármacos que tienen tolerancia cruzada con el alcohol como las benzodiacepinas. Estos fármacos se ocupan como tratamiento de mantenimiento de abstinencia, pero su uso prolongado ocasiona adicción, dicha adicción no es más fuerte que la adicción al alcohol, se puede controlar mediante una reducción de la dosis hasta llegar al uso de placebos, al emplear este tratamiento se debe tener en cuenta las consecuencias que implica el uso prolongado de los fármacos (Rodríguez, 2005).

Fármacos interdictores del alcohol o antidipsotrópicos

Los fármacos antidipsotrópicos se utilizan desde hace muchos años en el tratamiento de la dependencia alcohólica. Estos fármacos inhiben la enzima acetaldehído deshidrogenasa, responsable de la oxidación del acetaldehído o acetato, esto sucede cuando se ingiere alcohol, un aumento de la concentración de acetaldehído en sangre provoca una reacción muy desagradable que tiene efectos disuasorios. Esta reacción consiste en vasodilatación generalizada con rubefacción y sensación de calor facial, sudoración, cefalea, sensación nauseosa e hipotensión ortostática (Rodes, Carné y Trilla, 2002).

Según García (2003) los fármacos interdictores del alcohol más usados en nuestro país son el disulfiram y la cianamida cálcica:

Cianamida cálcica

Se administra a la dosis de 38 a 75 mg/día, lo que representa de 12 a 25 gotas. Puede producir astenia, fatiga, somnolencia, reacciones alérgicas y hepatotoxicidad. En este sentido, es muy frecuente la aparición de lesiones hepáticas similares a las de una hepatitis crónica, como inflamación, fibrosis y hepatocitos, los que desaconseja su uso en el tratamiento de la dependencia alcohólica (Rodes y cols., 2002).

Disulfiram

Es un interdictor de efectos prolongados, pudiendo aparecer reacciones adversas tras la ingesta de alcohol hasta 14 días después de la administración de disulfiram. La dosis habitual es de un comprimido de 250 mg al día, que puede aumentarse a 2 comprimidos al día. Los efectos adversos son relativamente frecuentes, aunque en general no requieren interrumpir la medicación, y consisten en cansancio, temblores, urticaria, erupciones cutáneas, cefaleas, mareos, alteraciones gastrointestinales, disminución de la libido y hepatotoxicidad, esta última puede producir una elevación moderada y transitoria de las transaminasas. Los casos de hepatitis tóxica aparecen dentro de las primeras 8 semanas de tratamiento, son raros, mas frecuentes en pacientes con una enfermedad hepática previa y pueden ser muy graves si no se suprime el disulfiram cuando se detecta una ictericia o una alteración de pruebas de función hepática. Por este motivo, es conveniente controlar a los pacientes durante los 3 primeros meses de tratamiento (Rodes y cols., 2002).

Estos fármacos interdictores en ocasiones son considerados como un agente aversivo por los efectos que sufre el individuo al consumir alcohol, por lo que se emplea como una terapia de aversión, la realidad es que tanto el disulfiram como la cianamida cálcica son agentes disuasorios que reprimen la ingesta de bebida, ya que es un tratamiento en el que el sujeto se le informa de las consecuencias de consumir alcohol (Brewer, 2005).

Fármacos anti-craving

El craving es un estado motivacional intenso, que puede ser disparado por estímulos condicionados, por el consumo de una pequeña cantidad de alcohol o de otras sustancias psicotrópicas y también por estados de estrés. El craving de alcohol tiene un trasfondo neurobiológico, relacionado con las estructuras anatómicas y los sistemas de neurotransmisión que componen el circuito de recompensa cerebral (Lloréns, Morales, Calatayud y De Vicente, 2004; Rodes y cols., 2002).

Los fármacos con efecto anti-craving se han clasificado en cuatro grupos: serotoninérgicos (ritanserina, buspirona e inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina), dopaminérgicos (bromocriptina y tiaprida), antagonistas opiáceos (naltrexona) y glutaminérgicos (acamprosato), estos últimos dos son los mas usados por sus resultados.

Cabe recordar lo que se dijo al principio del capítulo, los tratamientos farmacológicos de deshabitación son de gran ayuda en el control de la dependencia al alcohol, sin embargo no son suficientes para eliminar las consecuencias de la dependencia, por lo que siempre se deben de acompañar por un tratamiento psico-social que debe de buscar la rehabilitación del paciente y su reinserción social.

7.2.2 Tratamientos psico-sociales

- Psicoterapias cognitivas-conductuales

Reestructuración cognitiva

La base de las técnicas de reestructuración cognitiva se encuentra en el pensamiento filosófico de los estoicos, que sostenían que la perturbación emocional no está directamente provocada por la situación, sino por la interpretación que los sujetos hacen de ellas (Molina, 2001); es un procedimiento activo, basado en experiencias de la vida del paciente; se considera directiva, dado que el terapeuta es el que indica las instrucciones y organiza el pensamiento según la participación y colaboración del cliente; esta técnica debe de llevar estructura y planificación, el tratamiento debe estar orientado y dirigido específicamente al cambio del alcohólico, el plan de tratamiento debe de detallar el orden y el momento en que deben realizarse las diversas intervenciones (Buela, Caballo y Sierra, 1996). Es una técnica de tiempo limitado, económica y no es recomendable aplicarla en grupos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2002).

La reestructuración cognitiva se centra en la identificación y la alteración de las ideas irracionales y autoenunciados o pensamientos punitivos del cliente, por ejemplo “no puedo dejar de beber”, “es lo único que se hacer”, etc. (Cormier y Cormier, 2000). El empleo de la reestructuración cognitiva aplicada al tratamiento de la dependencia al alcohol es útil para enseñarle al paciente a manejar la baja tolerancia a la frustración, las ideas de indefensión, la autocondena o culpa por consumir alcohol y un buen manejo de cogniciones disfuncionales.

Exposición con prevención de la respuesta

Existen una serie de estímulos, ya sean externos o internos, que se encuentran fuertemente condicionados al consumo (una hora determinada, celebración de una fiesta,

estar sólo y aburrido...), al tratarse de respuestas condicionadas, pueden aplicarse procedimientos de exposición para extinguirlas, en relación con las señales que las evocan. Con la terapia de exposición se extinguen las respuestas de deseo y los síntomas de abstinencia que se desencadenan ante objetos, pensamientos, lugares, personas, etc. (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007).

La exposición tiene que realizarse en vivo, acompañado por el terapeuta, un coterapeuta o bien realizar el propio adicto (autoexposición), en este caso es conveniente que lo acompañe un familiar o persona de confianza. Mediante la exposición acompañada del terapeuta se puede controlar mejor el proceso, pero es más costoso como procedimiento terapéutico.

En los últimos años, se ha introducido junto a la exposición con prevención de la respuesta, el procedimiento de pensar en voz alta y la reestructuración cognitiva cuando la persona está en plena exposición. Con ello se pretende que la persona se exponga a la conducta de beber sin beber y cambie sus pensamientos y creencias irracionales por otros racionales, lo que le ayudará a largo plazo no beber y mantener así más fácilmente la abstinencia (Becoña, 2002).

Entrenamiento de habilidades sociales

El Entrenamiento en Habilidades Sociales es otro procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo en el tratamiento del alcoholismo. En la literatura anglosajona se ha acuñado la denominación de *Coping/Social Skills Training (CSST)* para referirse a este procedimiento (Secades y Fernandez, 2001).

Los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales están basados en el entrenamiento de determinadas habilidades consideradas como deficientes en los sujetos con adicción, porque no son capaces de ponerlas en práctica debido a los mecanismos inhibitorios relacionados con la elevada activación de sus niveles de ansiedad ante situaciones de posible consumo (Pedrero y cols., 2008).

Se parte de la existencia de determinantes que aumentan la vulnerabilidad del sujeto a las recaídas, provocando limitaciones en el automanejo y gestión adecuada del estrés, emociones, ambiente, expectativas sobre los efectos de las sustancias y auto-eficacia. Por lo común, se trabajan habilidades sociales que ayuden a mejorar las relaciones familiares y

profesionales del sujeto, disminuyendo así el malestar asociado y aumentando el soporte social y la percepción de eficacia personal (Secades y col., 2001).

Entrenamiento en solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento en la que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema (Cormier y Cormier, 2000).

Este entrenamiento consta de cinco fases (Moradillo, 1998):

1. Identificar la situación problema. Señalar en forma específica la situación o características del problema.
2. Proponer diferentes alternativas de solución. Identificar el mayor número posible de ideas referentes a lo que se podría hacer ante esa situación.
3. Analizar ventajas/desventajas de cada alternativa. Identificar las consecuencias positivas y negativas asociadas a cada alternativa.
4. Elegir una decisión. Elegir la opción para resolver el problema al considerar ventajas/desventajas; asumir responsabilidad por la elección.
5. Prepararse para la elección. Controlar variables necesarias para incrementar la efectividad de la alternativa. Verbalizaciones que favorecen la adaptación e interacción

En los últimos años el entrenamiento en solución de problemas se ha constituido en un elemento de muchos de los programas de tratamiento por su racionalidad y su eficacia. Es, además, una estrategia incluida en casi todos los programa de prevención de la recaída (Becoña, 2002).

Entrenamiento en reducción de la ansiedad y manejo de estrés

Se parte de que la ansiedad que experimentan los adictos con la privación de alcohol está causada por los efectos farmacológicos que el etanol produjo en los circuitos neuronales del cerebro y otra parte obedece a factores cognitivos que se relacionan con el hábito del consumo asociado a diferentes estímulos, tanto externos como internos. (Mustaca y Kamenetzky, 2006).

En el diseño del entrenamiento se puede utilizar cualquier técnica diseñada para este problema, como las técnicas de relajación, las técnicas cognitivas, la biblioterapia, el cambio del estilo de vida, etc. En la práctica el entrenamiento en relajación es una técnica ampliamente utilizada junto a las de tipo cognitivo, para cambiar las creencias erróneas sobre las causas de la ansiedad o de los elementos estresantes (Molina, 2001)

Técnicas de autocontrol

Es una de las principales estrategias en el tratamiento de las distintas adicciones. Estas pueden llevarse a cabo una vez que la persona ha aceptado participar en un tratamiento orientado a la abstinencia, cuando tiene dificultades en conseguirla o cuando su objetivo es controlar la ingesta de alcohol o la reducción de daños (Becoña, 2002).

Las técnicas de autocontrol se orientan a que la persona conozca su conducta problema y sea capaz de afrontar la misma mediante técnicas que ha aprendido sin llevarla a la práctica. Las principales técnicas de autocontrol son (Cote, 2007):

- *Control encubierto*: Es una técnica que tiene como objetivo lograr que el paciente pueda sobrellevar el deseo de consumir drogas, especialmente durante el período de desintoxicación.
- *Sensibilización cubierta*: Es una técnica que tiene como objetivo lograr que el consumidor reemplace los pensamientos agradables y atractivos con relación al consumo de drogas, por otros que impliquen un rechazo frontal hacia ellas.
- *Respuestas cubiertas de sustitución*: Este método busca que el paciente aprenda cognitivamente respuestas alternativas al consumo de drogas, que puedan luego ser aplicadas en la vida real en situaciones que le predispongan al consumo.
- *Bloqueo del pensamiento*: Esta técnica pretende lograr que los pensamientos angustiosos, deseos o imaginaciones que induzcan al consumo de drogas disminuyan.

El terapeuta le ayuda al adicto a establecer condiciones favorables para el cambio, le entrena en técnicas para conseguirlo, le refuerza por los avances conseguidos, y también le entrena en la aplicación de autorrefuerzos, en buscar apoyo en otras personas para mantener las ganancias conseguidas y que las personas de su ambiente le refuercen su abstinencia (Becoña, 2002).

- Manejo de contingencias: Aproximación de reforzamiento comunitario (ARC)

Se trata de un programa pionero en el tratamiento de alcohólicos severos mediante métodos operantes, tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional (Secades y cols., 2007).

Este programa se aplica en grupo o individualmente y tanto con pacientes externos como hospitalizados. La ARC incluye los siguientes componentes (Secades, 2001):

1. Uso de Disulfiram.
2. Entrenamiento en habilidades de comunicación.
3. Establecimiento de un «club social abstemio». Actividades recreativas no relacionadas con el alcohol.
4. Entrenamiento para enfrentarse a las urgencias y deseos de beber, y para resistir la presión social.

- Psicoterapias dinámicas

Psicoterapia breve

A diferencia de los tradicionales tratamiento de alcoholismo, que se centra en ayudar a las personas que son dependientes de alcohol, las intervenciones breves o sesiones de consejería son ideales para las personas que beben en forma moderada o perjudicial. A diferencia de los tradicionales tratamiento de alcoholismo, que dura varias semanas o meses, las intervenciones breves se puede dar en cuestión de minutos y requieren un seguimiento mínimo (National institute on alcohol abuse and alcoholism, 1999). Estos modelos de intervención breve han demostrado ser un tratamiento eficaz para disminuir el consumo de etanol con un bajo costo y desde contextos no especializados como la atención primaria (Diez, Peña, García y Gaité, 2002).

En general, las intervenciones breves tienen como objetivo que una persona con un consumo moderado o perjudicial de alcohol vuelva niveles razonables ó abandone las prácticas de consumo nocivo de alcohol (como borracheras) en lugar de insistir en la completa abstinencia de alcohol. Reducir los niveles de consumo de alcohol o los cambios en las pautas de consumo nocivo contribuye a reducir los resultados negativos de la bebida, como problemas médicos, lesiones, violencia doméstica, los accidentes de tránsito, los

arrestos, o daños a un feto en desarrollo (National institute on alcohol abuse and alcoholism, 2005).

Gómez y Álvarez (2003) mencionan que la intervención breve es una intervención sistematizada; está basada en los principios de la psicología motivacional teniendo como premisa que las personas cambian sólo si tienen suficiente motivación.

Programa de autocontrol dirigido

En México en el año de 1992 se desarrolló un programa de intervención breve para proporcionar un tratamiento a bebedores con niveles bajo y medio de dependencia de alcohol y con una historia de problemas sociales relacionados con su forma de consumo, este modelo deriva de uno desarrollado inicialmente en Canadá que se denomina Autocontrol Dirigido.

Martínez, Carrascosa y Ayala (2003) mediante talleres interactivos intentan lograr la diseminación del programa Auto cambio dirigido para bebedores problema, pues los altos costos sociales, económicos y de salud asociados con el alcoholismo y abuso del alcohol son incentivos poderosos para el temprano reconocimiento y tratamiento de enfermedades potencialmente curables .

Ayala, Echeverría Sobell y Sobell (En: Ayala, 2001) realizaron una investigación donde aplican el programan de autocontrol dirigido aplicado a una muestra de 177 individuos de la ciudad de México con problemas de abuso de alcohol, el programa se caracterizó por ser una intervención motivacional que empleó procedimientos de autocontrol, análisis funcional de la conducta de beber y la identificación de situaciones individuales de riesgo, para promover un cambio en la conducta de consumo excesivo del individuo. En sus resultados describen que los sujetos expuestos al tratamiento modificaron su patrón de consumo hacia un patrón de consumo moderado, que se mantuvo tras un seguimiento de 6 a los 12 meses después del tratamiento, este cambio se acompañó por una resolución en los problemas asociados al consumo de alcohol y un incremento en la confianza situacional para controlar episodios excesivos de consumo.

Las características de este programa de tratamiento, en términos de su brevedad, su bajo costo y nivel de efectividad lo hacen particularmente apropiado para países cuyos recursos son limitados para establecer programas de atención especializada.

Psicoterapia grupal

La terapia de grupo es una modalidad terapéutica que se utiliza con frecuencia para el tratamiento de distintas adicciones, el objetivo que se pretende con la terapia de grupo es el mismo que el que se busca con la terapia individual pero en un formato de grupo y con las dinámicas propias que se van desarrollando dentro de cada grupo. Le permite al paciente compararse con otros, tener apoyo, aprender estrategias y técnicas de control, adquirir habilidades y asumir normas de funcionamiento del grupo. Los objetivos centrales del mismo son solucionar problemas y realizar tareas que le lleven a la abstinencia o le permita mantener la misma para, finalmente, poder cambiar su estilo de vida (Becoña, 2002).

Alcohólicos Anónimos (AA) es uno de los grupos de autoayuda más conocidos y aunque no tiene orígenes relacionados directamente con la psicología su programa tiene características que desarrollan en el alcohólico habilidades para mantener la abstinencia, esta basado en 12 pasos, los alcohólicos deben alcanzar a darlos durante el proceso de recuperación, a estos grupos se pueden integrar adictos que están por entrar a tratamiento profesional, adictos que están en tratamiento, o como postratamiento. Aunque AA parece producir resultados positivos en muchos de sus miembros, su eficacia rara vez ha sido evaluada en ensayos clínicos aleatorios (Gutiérrez, Andrade, Jiménez y Juárez, 2007).

Los efectos beneficiosos de AA pueden atribuirse en parte a la inclusión del participante en una red social de amigos, los miembros de AA pueden proporcionarse motivación y apoyo para mantener la abstinencia. Además, el enfoque de AA a menudo resulta en el desarrollo de habilidades de afrontamiento, muchos de los cuales son similares a las que se enseñan con otras técnicas psicossocial, lo que daría lugar a reducciones en el consumo de alcohol (National institute on alcohol abuse and alcoholism, 2000).

- Psicoterapias interpersonales

Terapia familiar y de pareja

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. En realidad se trata de programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan la bebida, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de

contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas (Secades y cols., 2001).

Este procedimiento se ha empleado en el tratamiento del alcoholismo y la mayoría de los estudios han encontrado resultados positivos, mostrando que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes pueden ser un componente crítico de los programas de tratamiento para el alcoholismo (Secades y cols., 2007).

8. Propuesta de tratamiento

8.1 Valoración

Antes de cualquier intervención es necesario realizar una evaluación al paciente, mediante esto se desarrollará una estrategia terapéutica acorde a sus necesidades, esta valoración se dividió en tres partes por razones didácticas que son: entrevista, aplicación de pruebas y valoración médica; los pasos se pueden alterar e inclusive en ocasiones podrían mezclarse, lo importante es conseguir la información de una forma efectiva y veraz.

a. Entrevista

El objetivo de la entrevista es obtener información del paciente referente a su historia de consumo, características como, conocer diferentes características del paciente entre las que se puede encontrar, si ha habido abusos de alcohol importantes en los días anteriores al ingreso, la severidad de la dependencia, el número de desintoxicaciones previas, las consecuencias que ha tenido su consumo, relación entre consumo y las consecuencias, tiempo de evolución del consumo y posiblemente también la historia familiar del alcoholismo, entre otras, esta información se puede conseguir con el paciente o directamente con sus familiares. Es básico realizar una historia clínica y determinar la causa de la interrupción de la ingesta alcohólica.

Actualmente no se ha desarrollado una entrevista estructurada eficiente que ayude a retomar esta información, el poder desarrollar una sería de gran ayuda pues reduciría el tiempo en que se recogen los datos.

b. Aplicación de pruebas

La aplicación de pruebas tiene como objetivo, identificar el patrón de consumo del paciente y tener cierta referencia de los síntomas y las consecuencias que se pueden presentar durante el tratamiento; se propone el uso de el Test AUDIT y el Test de CAGE (cap. 6), el primero posee características que permiten identificar a los pacientes con un consumo sensato, con un consumo dependiente y con un consumo dañino, este test es muy valorado por que da la oportunidad de detectar consumos bajos y de riesgo que pueden derivar en una dependencia; el segundo test permite identificar casos de alcoholismo lo cual llega a complementar el test AUDIT, estas pruebas fueron escogidas por ser fáciles de aplicar, interpretar y dan un diagnóstico en poco tiempo.

Si durante la entrevista se encuentra un paciente que presenta síntomas de síndrome de abstinencia, es necesario investigar en que grado, esto se sabe mediante la intensidad de los síntomas, para valor esto se propone el uso de la escala CIWA-Ar (pag. 42) por ser sencilla y rápida a la hora de ser aplicada y tener un uso muy extendido. Estas mediciones ayudaran a planificar un programa de tratamiento para el paciente.

c. Valoración médica

Personal especializado debe de realizar al paciente un examen físico donde se descarte algún problema superficial y/o alguna lesión de órganos internos.

Una vez que se identificó el patrón de consumo, el siguiente paso es desarrollar un programa de tratamiento acorde a las características del paciente.

8.2 Programas de tratamiento

Un programa de tratamiento para el consumo de alcohol debe de ser personalizado y debe de cubrir las necesidades que el paciente presenta en el momento del ingreso al servicio, el programa también debe de estar orientado hacia un objetivo claro que debe de ser el disminuir el consumo de alcohol, la abstinencia se mantiene como objetivo parcial pues es decisión del paciente el mantenerse o no abstemio, sin embargo en algunos de los patrones de consumo como el perjudicial y la dependencia donde existe daño en órganos o enfermedades causadas por consumo de alcohol, la abstinencia debe de ser el objetivo primordial. De cualquier manera, es labor del terapeuta ayudar al consumidor a adquirir o desarrollar habilidades que le permitan mantenerse abstemio, el programa debe llevarse mediante el trabajo de un equipo multidisciplinario guiado al tratamiento de una enfermedad multifactorial como lo es el alcoholismo.

Los siguientes programas están diseñados de una manera sencilla y didáctica, están basados en los 5 patrones de consumo descritos con anterioridad en el capítulo 2, cada uno esta dividido en tres secciones, la primera da características muy generales del patrón de consumo; en la segunda sección se redacta el o los objetivos según sea la necesidad de la intervención; la tercera y última fase llamada tratamiento, muestra las técnicas y la justificación para haber sido incluidas en la propuesta (para saber las características de las técnicas consulte el capítulo 7); cabe aclarar que las técnicas se escogieron en base a la tabla de desarrollo de alcoholismo de Jellenek (cap. 3) pues esta muestra los síntomas y las

características que deben ser consideradas en cada fase, las fases de la tabla coinciden con las características de los patrones de consumo lo cual fue muy útil a la hora de diseñar las siguientes intervenciones.

Consumo de bajo riesgo

El consumo de bajo riesgo no tiene ninguna complicación en la salud, inclusive en ocasiones el consumo de alcohol bajo este patrón puede ser benéfico para el organismo, sin embargo se tiene que tener en cuenta que el alcoholismo es una enfermedad progresiva por lo que el consumo puede aumentar.

- Objetivo de intervención:

Mantener o disminuir el patrón de consumo

- Tratamiento
 - o Dar información al consumidor sobre consecuencias del aumento en el consumo de alcohol, la educación puede ser dada por personal instruido en ello o inclusive por su médico familiar, además puede ser acompañado por algún material impreso que contenga la información que el personal le explicó, la información contenida dentro de la plática y el material impreso debe de ser: definición de alcoholismo, desarrollo del alcoholismo, patrones de consumo, consecuencias del consumo (físicos, económicos y sociales), tratamiento y teléfonos de ayuda.

Consumo de riesgo

Este patrón de consumo aumenta el riesgo de sufrir consecuencias adversas para la salud, como enfermedades, lesiones o trastornos mentales o del comportamiento. Este patrón de consumo es identificado como un consumo sensato según el test AUDIT, el patrón de consumo se ubica en la fase pre-alcohólica en la tabla de desarrollo del alcoholismo de Jellinek, según esta fase el consumidor aumenta su tolerancia al alcohol debido a que mantiene consumos constantes, este aumento en la tolerancia obliga al consumidor a aumentar el volumen de alcohol ayudando a la progresión de la enfermedad.

- Objetivo de la intervención

Disminuir el consumo a un patrón de consumo de bajo riesgo, además de que el paciente adquiera información sobre las consecuencias de aumentar su consumo.

- Tratamiento

- Psicoterapia breve se propone por que busca reducir el consumo, además de su eficacia, rapidez, bajo costo y el hecho de que la técnica puede ser desarrollada por personal con formación intervencionista, por lo que el mismo médico familiar puede realizar esta tarea.
- Para completar las intervenciones breves se propone dar información al consumidor sobre consecuencias del aumento en el consumo de alcohol, las características de la información son las mismas que en la intervención anterior.

Consumo excesivo

Este patrón implica el consumo de grandes cantidades de alcohol en pocas horas, el consumo bajo este patrón deteriora la capacidad de razonamiento, la toma de decisiones y la capacidad de autocontrol del comportamiento, este patrón característico de Latinoamérica, se presenta en jóvenes y jóvenes adultos; los consumos de alcohol excesivos y repetidos en poco tiempo pueden desarrollar un síndrome de abstinencia en el consumidor a la hora de abandonar el consumo, este patrón coincide con los síntomas de la fase prodrómica de la tabla de desarrollo de alcoholismo de Jellinek, el Test AUDIT identifica este patrón como un consumo dependiente, mientras que el test de CAGE lo clasifica como una alerta ante un problema de alcoholismo.

- Objetivo de la intervención

Disminuir el consumo a niveles de un patrón de bajo riesgo; que el paciente adquiera información sobre las consecuencias de aumentar su consumo y si es el caso de presencia de síndrome de abstinencia, tratarlo y mostrarle al paciente como controlarlo; el tratamiento del síndrome de abstinencia puede ser ambulatorio siempre y cuando no cumpla con los criterios presentados en la página 41.

- Tratamiento

- Se propone el uso de un programa de autocontrol dirigido por su eficacia en el tratamiento de pacientes con un consumo excesivo, el programa esta ampliamente estudiado en nuestro país;

- Al igual que en las anteriores propuestas se debe de dar información al consumidor sobre consecuencias del aumento en el consumo de alcohol, las características de la información son las mismas que en las intervenciones anteriores; a manera de variación se propone incluir al consumidor a un grupo de apoyo pues así el contacto con la información y las experiencias son mas directas y puede resultar mas significativo que la información dada por el especialista, se propone un grupo AA por el bajo o nulo costo y la accesibilidad para integrarse a un grupo;
- También se propone incluir al paciente a un entrenamiento en habilidades sociales, con el fin de desarrollar en él habilidades para afrontar las invitaciones a consumir alcohol, es sabido que las borracheces características de este patrón de consumo pueden deberse a una falta de habilidades sociales por parte del consumidor;
- Por último se propone recetar al consumidor 100 mg/día de tiamina vía oral durante una semana aproximadamente, para evitar la encefalopatía de Wernicke pues el alcohol disminuye los niveles de mielina.
- En caso de presencia de síndrome de abstinencia se propone recetar diazepam 5 mg cada 8 horas por tres días, si los síntomas no disminuyen administrar la dosis cada 6 horas durante 3 días.
- Además del diazepam o en lugar de él se propone iniciar un entrenamiento en relajación para aminorar los síntomas y ayudar a su desaparición.

Consumo perjudicial

Este patrón es conocido en la tabla de Jellinek como la fase crítica, este patrón conlleva daños a la salud física, mental y social de la persona, en esta fase el consumidor pierde el control en su forma de beber, disminuye sus labores, aparecen los problemas de salud por lo que se presenta ingreso o ingresos hospitalarios lo cual junto con la aparición del principios de síndrome de abstinencia dan paso a la última fase. El test AUDIT clasifica a este patrón como un consumo dañino, mientras que el test de CAGE lo identifica al obtener 2 o 3 respuestas positivas como alcoholismo.

- Objetivo de la intervención

Dado que los síntomas de este patrón conlleva daños en la salud física y mental así como el deterioro de las relaciones sociales; la intervención debe de dirigirse primeramente a disminuir el consumo a niveles de un patrón de bajo riesgo y en caso de que la valoración médica identifique daños en órganos o enfermedades que puedan empeorar con cualquier consumo de alcohol, debe buscarse la abstinencia como objetivo principal; otro objetivo que debe de seguir la intervención es buscar la reinserción social del consumidor, si no es de una manera completa se debe de buscar que el consumidor desarrolle habilidades que le permitan buscar por si mismo su reinserción social; además el consumidor debe de adquirir información sobre las consecuencias de continuar su consumo, si es el caso de presencia de síndrome de abstinencia, tratarlo y mostrarle al paciente como controlarlo, los síntomas del síndrome de abstinencia tienen que ser medidos para identificar la gravedad de ellos y dar un tratamiento específico;

- Tratamiento

- En caso de presencia de síndrome de abstinencia se debe evaluar la intensidad de los síntomas para identificar su nivel, se propone usar la escala CIWA-Ar (véase pag. 42); ya identificado el nivel se debe de elegir el tratamiento, el nivel define los fármacos a usar y el tipo de desintoxicación ya sea ambulatoria u hospitalaria (cap. 7).
 - Se propone el uso de un entrenamiento en manejo de ansiedad y estrés que le ayude al consumidor a reforzar el apoyo de los fármacos.
- Después de realizar la desintoxicación en caso de haber sido necesaria, se continúa con la fase de deshabitación.
- Al igual que en las anteriores propuestas se debe de dar información al consumidor sobre consecuencias de mantener o aumentar su nivel de alcohol consumido, las características de la información son las mismas que en las intervenciones anteriores;
 - Se propone el uso de un programa de aproximación de reforzamiento comunitario por su eficacia en el tratamiento de pacientes con un consumo perjudicial, además de tener dentro de sus actividades el uso de fármacos interdictores que ayuden al paciente a eliminar su consumo; entrenamiento en habilidades sociales que pueden ayudar a mejorar la comunicación del

consumidor con su ámbito social y de desarrollar habilidades que ayuden al consumidor a evitar posibles consumos; asistencia a club de abstemios, con la finalidad de que el paciente identifique las consecuencias de su consumo; además de insertarse a una red social que le ayude a su próxima reinserción social; actividades recreativas no relacionadas al alcohol, y por último un entrenamiento para enfrentarse a las urgencias y deseos de beber, y para resistir la presión social que favorecerá a la disminución de consumo de alcohol.

- Una vez terminado el programa de aproximación de reforzamiento comunitario se propone integrar al consumidor a terapia familiar y/o de pareja, con lo que se pretende que el consumidor se integre a su ámbito familiar y posteriormente a su ámbito social.
- Se propone ingresar al consumidor a un entrenamiento en prevención de respuestas que le ayude a resistir el consumo al integrarse a su medio social.

Dependencia

La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioridad para el individuo, bebe en forma compulsiva y constante, rara vez come, se intoxica con mucho menos alcohol que antes y lo desea cuando se le priva de él, se deteriora su trabajo, los vínculos familiares y la vida social: para su diagnóstico se emplean los criterios del DSM-IV-TR (Pag. 19), el AUDIT identifica este patrón de consumo como dañino, mientras que el CAGE lo diagnostica al obtener 3 o 4 aciertos como alcoholismo.

- Objetivo de la intervención

Dada la presencia de daños en la salud física y mental del paciente, así como un deterioro de las relaciones sociales, la intervención debe de dirigirse primeramente a controlar el síndrome de abstinencia, después a la búsqueda de la abstinencia y la reinserción social del consumidor, si no es de una manera completa se debe de buscar que el consumidor desarrolle habilidades que le permitan buscar por si mismo su reinserción social, además el consumidor debe de adquirir información sobre las consecuencias de continuar o aumentar su consumo.

- Tratamiento
 - En caso de presencia de síndrome de abstinencia se ha de evaluar la intensidad de los síntomas e identificar su nivel, se propone usar la escala CIWA-Ar (véase pag. 53), ya identificado el nivel se debe de elegir el tratamiento, el nivel define los fármacos a usar y el tipo de desintoxicación ya sea ambulatoria u hospitalaria (cap.7).
 - Se propone el uso de un entrenamiento en manejo de ansiedad y estrés que le ayude al consumidor a reforzar el apoyo de los fármacos.
- Después de realizar la desintoxicación en caso de haber sido necesaria, se continúa con la fase de deshabitación.
 - Al igual que en las anteriores propuestas se debe de dar información al consumidor sobre consecuencias del aumento en el consumo de alcohol, las características de la información son las mismas que en las intervenciones anteriores;
 - Se propone el uso de psicoterapia breve por su enfoque motivacional el cual puede ayudar a que el consumidor se apegue mas al tratamiento.
 - A manera de complemento de la psicoterapia breve se propone el uso de reestructuración cognitiva con la finalidad de modificar las cogniciones que estén deteniendo el proceso de deshabitación.
 - Se propone el uso de un programa de aproximación de reforzamiento comunitario por su eficacia en el tratamiento de pacientes con un consumo perjudicial.
 - Una vez terminado el programa de aproximación de reforzamiento comunitario se propone integrar al consumidor a terapia familiar y/o de pareja, buscando que el consumidor se integre a su ámbito familiar y posteriormente a su ámbito social.
 - A manera de complemento de la terapia familiar y/o de pareja se propone ingresar al consumidor a un entrenamiento en solución de problemas que le ayude a resolver conflictos al momento de intentar su reinserción social.

- Se propone ingresar al consumidor a un entrenamiento de exposición a estímulos con prevención de respuestas que le ayude a resistir el consumo al integrarse a su medio social.
- Como técnicas finales se propone la aplicación de técnicas de autocontrol que ayuden al consumidor a mantenerse con un consumo moderado o nulo después de haber terminado la fase de deshabitación.

En la tabla 4 se presenta a manera de resumen la propuesta de intervención.

Tabla 4: resumen de la propuesta de intervención

Patrón de consumo por UBE	Características generales	Fases de desarrollo del alcoholismo de Jellinek	Test AUDIT	Test de GAGE	Objetivo de intervención	Propuesta de intervención
Consumo de bajo riesgo	Menos de 2 UBE mujeres Menos de 4 UBE hombres		Consumo sensato		Reducir o mantener el nivel de consumo	Información de alcoholismo
Consumo de riesgo	Mas de 2 UBE mujeres Mas de 4 UBE hombres	Fase pre-alcohólica	Consumo sensato		Reducir el consumo a un patrón de bajo riesgo	Información de alcoholismo y psicoterapia breve
Consumo excesivo	De 5 a 8 UBE para ambos sexos	Fase prodrómica	Consumo dependiente	1 acierto	Reducir el consumo a un patrón de bajo riesgo	Información sobre alcoholismo ó grupo AA+ psicoterapia breve +entrenamiento en habilidades sociales + tiamina. En caso de presencia de SAA diazepam 5mg cada 8 horas por 3 días + entrenamiento en relajación.
Consumo perjudicial	Mas de 6 UBE para mujeres Mas de 7 UBE para hombres	Fase crucial o critica	Consumo dañino	2 o 3 aciertos	Reducir el consumo a un patrón de bajo riesgo o en caso de daño a órganos o enfermedades q así lo ameriten debe de buscarse la abstinencia	En caso de presencia de SAA medir y administrar tratamiento según la severidad del SSA+ Entrenamiento en manejo de ansiedad y estrés. Información sobre alcoholismo + programa de Aproximación de reforzamiento comunitario + terapia de pareja o familiar+ entrenamiento en prevención de respuestas+ tiamina y complementos vitamínicos.
Dependencia	Criterios del	Fase crónica	Consumo	4 aciertos	Reducir el	En caso de presencia de SAA

	DSM-IV-TR		dañino		consumo a un patrón de bajo riesgo o en caso de daño a órganos o enfermedades q así lo ameriten debe de buscarse la abstinencia	medir y administrar tratamiento según la severidad del SSA+ Entrenamiento en manejo de ansiedad y estrés + tiamina y complementos vitamínicos. Información sobre alcoholismo + terapia breve (entrevista motivacional dirigida al cambio)+ reestructuración cognitiva+ programa de Aproximación de reforzamiento comunitario + terapia de pareja o familiar+ entrenamiento en solución de problemas+ exposición a estímulos con prevención de respuestas+ técnicas de auto
--	-----------	--	--------	--	---	---

9. Conclusiones

Las investigaciones actuales muestran que en el continente americano el patrón de consumo más común es el excesivo, lo cual indica un consumo alto y una alta probabilidad de daños a la salud; en cuanto a las estadísticas nacionales, según los resultados preliminares de la ENA 2008 indican que el consumo de alcohol supera la media mundial y que la población que consume más se encuentra entre los adolescentes y adultos jóvenes, además de que consumen bajo un patrón excesivo; con base a estos datos se desarrolló el presente trabajo.

La investigación persigo el objetivo de conocer y describir cuales son los tratamientos psicoterapéuticos mas comunes usados para el tratamiento del alcoholismo y posteriormente dar una propuesta de tratamiento teniendo en cuenta el costo, la efectividad y la viabilidad de poder llevarlo acabo en nuestro país; el objetivo fue cumplido ya que las técnicas se identificaron y describieron; y la propuesta fue desarrollada y se encuentra en posibilidad de ser aplicada a consumidores, sin embargo existen características específicas que no permitirían disminuir los costos del tratamiento, por ejemplo el hecho de que exista un daño en órganos importantes (hígado, riñones, páncreas, etc.), esto acarrea gastos altos en el tratamiento ó el uso necesario de algunos fármacos en el tratamiento del síndrome de dependencia ó en la fase de deshabituación; en especial cuando se trata de una dependencia severa. La única forma en la que se puede disminuir costos es mediante la intervención temprana en los casos de consumo de riesgo y excesivos, la identificación de estos casos antes de desarrollar dependencia ayudará a detener el progreso de la enfermedad, lo cual evitaría el deterioro de la salud física y mental del consumidor y disminuiría los costos en el tratamiento de la dependencia.

Al costo que podría ser una limitante en el desarrollo de la propuesta, hay que agregar que actualmente la falta de políticas públicas de salud, la falta leyes que regulen la edad de consumo y venta de bebidas alcohólicas, la falta de programas de prevención, la falta de interés por parte del gobierno hacia el consumo de alcohol y principalmente la cultura mexicana que tolera el consumo en jóvenes, han permitido el incremento en el número de consumidores a edades cada vez mas tempranas; a esta fecha las autoridades no toman cartas en el asunto, ni aún teniendo la información que se ha ido publicando, estas tendencias de consumo se presentaban desde el año 2001, actualmente en el país se lleva

una llamada guerra contra el narcotráfico la cual centra toda la atención en las drogas ilegales, dejando fuera las drogas legales y de inicio como el alcohol y el tabaco, por lo que se espera que el gobierno y el sector salud reformule las actividades que se tiene no solo para la prevención del consumo de drogas ilegales, sino también en la prevención, detección temprana y el tratamiento de consumidores de alcohol pues esto disminuirá los costos y potencializará la intervención.

A lo anterior hay que agregar lo que mencionan algunas de las publicaciones del IMSS, que aseguran que la institución no cuenta con programas ni recursos suficientes para dar apoyo al derechohabiente consumidor de alcohol, además de que este último solo asiste a consulta cuando el consumo de alcohol ya ha dañado algún órgano importante, lo cual dificulta su tratamiento e incrementa el costo del servicio médico de una manera muy significativa. Los especialistas de la salud coinciden en que el prevenir la dependencia al alcohol en fases tempranas ayudaría a disminuir los costos de los tratamientos no solo económicos sino también en recursos humanos.

Los actuales modelos de prevención modelos de prevención trabaja sobre el componente psicológico ó social dejando de lado los factores biológicos, esto sin contar que los modelos de intervención no abarcan a toda la población que indudablemente está expuesta a los factores de riesgo del alcoholismo, a lo anterior hay que añadir los bombardeos constantes de la mercadotecnia que lentamente han acostumbrado a la sociedad a ver el consumo como algo normal, el gobierno ha construido un doble discurso por un lado intentan erradicar el consumo de drogas ilegales, mientras que por el otro lado no interfiere en el control de las drogas legales que invariablemente son drogas de inicio, que pagan impuestos que en parte solventan sus gastos, hay que considerar que aunque se elimine el narcotráfico, las drogas legales seguirán siendo de uso común e indiscriminado, al menos hasta que no instauren leyes que las controlen, mientras tanto dentro de la ilegalidad seguirán siendo drogas de inicio a nuevas sustancias que abrirán otro círculo. Los impuestos que pagan estas empresas ponen entre la espada y la pared las acciones del gobierno, por lo que si se intenta dar alguna solución al problema del alcoholismo, se debe de mantener una postura preventiva guiada a trabajar con los servicios de salud pública con el fin de abarcar un mayor número de personas, además de continuar con las labores de los programas de prevención los cuales

tienen que ser rediseñados intentando abarcar los factores psicológicos, socioculturales y de ser posible los biológicos.

Actualmente el especialista que se dedica a trabajar con consumidores dependientes al alcohol se enfrentan a una serie de circunstancias le impiden realizar un trabajo efectivo, una de ellas es la cultura de consumo de alcohol que se tiene en el país, pues se sigue creyendo que para el alcoholismo solo existe una cura y es la abstinencia, no se cree que es posible regresar a un consumo de bajo riesgo, otra cuestión que se deslinda de este mismo punto es el hecho de creer que la solución se encuentra en lugares sagrados como la iglesia o los grupos AA, debemos de aceptar que estas dos alternativas son muy importantes y pueden formar parte de un tratamiento mas largo, se sabe que estas técnicas en conjunto con otras puede tener una mayor efectividad que si trabajan como tratamientos aislados.

Se puede decir que las técnicas psicoterapéuticas empleadas en el tratamiento del alcoholismo en sus diferentes etapas de desarrollo son relativamente económicas y no implican gran uso de recursos humanos, lo que llega a complicar el tratamiento es el uso de los fármacos y los cuidados hospitalarios especiales que en algunas fases de desarrollo de dependencia son necesarios para salvaguardar la integridad física y mental del consumidor, una solución básica seria el evitar el uso de fármacos y el ingreso hospitalario, sin embargo hay que recordar que el alcoholismo debe de ser visto como una enfermedad multifactorial que necesita una intervención multidisciplinaria y el no llevarla así, acarreará complicaciones a corto y largo plazo como deficiencias orgánicas provocadas por la falta de medicamentos o recaídas por falta de aplicación de técnicas diseñadas para evitar eso, por lo que no es posible diseñar una propuesta de tratamiento eficaz para el alcoholismo excluyendo al tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico u hospitalario; y el hacerlo no se podría justificar empleando el argumento de disminuir costos, pues para esto es necesario el buscar desarrollar programas de detección e intervención temprana, los cuales se podrían llevar durante chequeos médicos rutinarios o como parte del plan preventivo de salud pública, el cual se podría llevar acabo como parte de campañas mas grandes como por ejemplo PREVENIMSS.

A pesar de que el objetivo se cumplió, durante la revisión teórica se identificaron cosas que limitan la investigación en el caso de las intervenciones psicológicas se encontró que no hay técnicas específicamente diseñadas para abordar esta enfermedad, sin embargo las

existentes son generalizables a diversos problemas entre ellos la adicción al alcohol y otras drogas, además de que tienen un uso muy difundido y resultados que apoyan su uso. Otro obstáculo es la falta de información nacional actual, pues la mayoría de la información nacional que se encontró tiene un promedio de 5 a 12 años de antigüedad, la información actual proviene de otros países lo que hace pensar que existe poco interés tanto en la investigación como en el tratamiento del alcoholismo.

Por último se propone que los psicólogos se integren mas a esta área de investigación e intervención que parece estar olvidada, tomando una perspectiva clara guiada a la detección temprana y al tratamiento del alcoholismo.

10. Referencias

1. Arias, D. (2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Perspectivas en Psicología*. 1(2)138-147. Recuperado el 10 de diciembre de 2008, disponible en: www.usta.edu.co/diversitas/doc_pdf/diversitas_2/vol1.no.2/art_2.pdf
2. Arriola, M. (2008). *encuesta nacional de adicciones 2008*. Recuperado el 4 de enero de 2009, disponible en: http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_nota=386715
3. Ayala, H. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. en: *Tratamiento de conductas adictivas*. México. UNAM.
4. Babor, T. y Higgins-Biddle, J. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol*. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Recuperado el 7 de octubre de 2008, disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf
5. Barriguete, C. (2002), *la copa nostra: psicodinamica de las recaídas en las adicciones*. Diana, México.
6. Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2002) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
7. Becoña, E. (2002). *Adicciones y salud*. Recuperado el día 4 de marzo de 2008, disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-76-adicciones-y-salud.pdf>
8. Borges, G., Medina, M., Cherpitel, C., Casanova, L., Mondragón, L. y Romero, M. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Revista de Salud Publica de México*. 41(1)3-11. Recuperado el día 7 de mayo de 2008, disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1999/v41n1/consumo_de_bebidas.pdf
9. 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*. 17(4)285-296. Recuperado el 3 de febrero de 2009 disponible en: <http://www.adicciones.es/files/edit%20brevwer.pdf>
10. Buela, C., Caballo, V. y Sierra, J. (1996) Evaluación del proceso y de los resultados del tratamiento (69-70). en: *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. México: Siglo XXI.

11. Colom, J.; Contel, M.; Segura, I. y Gual, A. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo (2): los bebedores de riesgo. *Adicciones*. 14(1)375-385. Recuperado el día 5 de agosto de 2008, disponible en: http://socidroalcohol.psiquiatria.com/psimgdb//archivo_doc7535.pdf
12. CONADIC (2002) *Guía para el manejo psiquiátrico del síndrome de abstinencia del paciente alcohólico en el primer nivel de atención*. Recuperado el día 7 de diciembre de 2008, disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/guiapsiq.pdf>
13. CONADIC, (2003). *Modelos preventivos*. Recuperado el día 7 de diciembre de 2008, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7324.pdf>
14. Coon, D. (2001). *Fundamentos de psicología*. International Thomson Editoriales, México.
15. Cormier, W. y Cormier, L. (2000). Reestructuración cognitiva, relajación e inoculación del estrés. en: *Estrategias de entrevistas para terapeutas*. España, Desclée De Brouwer.
16. Cote, M. (2007). Manejo del trastorno de dependencia al alcohol: conceptos generales. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*. 3(2). Recuperado el día 3 de enero de 2009, disponible en: http://www.tipica.org/pdf/N2V3_cote_manejo_del_trastorno_por_dependencia_al_alcohol.pdf
17. Davila, E., Davila, E., Jurezuk, I., Melgar, E. y Romero, A. (2008). Protocolo de tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 14(3)20-29. Recuperado el día 7 de diciembre de 2008, disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/14/55/05_davila.pdf
18. Díez, J.; Peña, C., y Gaité, L. (2002) Intervención breve en Cantabria en problemas relacionados con el alcohol. *Adicciones*. 14, (2). 13-24. recuperado el 27 de mayo de 2008, disponible en: http://www.zheta.com/user3/adicciones/files/13_24%20Original%20Problemas.pdf
19. Elizondo, J. (1998). *Productores biológicos para la prevención de adicciones*. Recuperado el 27 de mayo de 2008, disponible en: <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0191-16.pdf>
20. García, U. (2003). *Manual set de alcoholismo*. México, Médica Panamericana.

21. Gómez, C. (2008). *La encuesta nacional de adicciones tiene un universo de 48 mil hogares*. Recuperado el día 4 de enero de 2009, disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/06/06/index.php?section=politica&article=014n2pol>
22. Gómez, T. y Álvarez, G. (2005). Varón dependiente de alcohol. *Trastornos Adictivos*. 7,(4),235-243. Recuperado el día 12 de febrero de 2008, disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/182/182v05n03a13049864pdf001.pdf>
23. Gómez, T., y Álvarez, G. (2003). Atención al consumidor excesivo de alcohol y consejo médico breve en atención primaria. *Conductas Adictivas*. 3,(4),1-6. Recuperado el día 27 de mayo de 2008, disponible en: [http://www.conductasadictivas.org/conductas/html/anteriores/articulos/cons Alcohol AP 01.html](http://www.conductasadictivas.org/conductas/html/anteriores/articulos/cons%20Alcohol%20AP%2001.html)
24. González, J. (2003). Alcohol. Tipos de intervención en el consumo de riesgo. *Revista de la sociedad española de salud laboral en la administración pública*. 1(8)11-16. Recuperada el 28 de agosto de 2008, disponible en: http://www.seslap.com/seslap/html/pubBiblio/revista/n_8/n8Art2.pdf
25. González, V., Climent, B., García, D., Pérez, J., Herrera, P., Guijarro, M. y Herrera, A. (2008). Estudio descriptivo de las desintoxicaciones de alcohol en un servicio de medicina interna. *Adicciones*. 20(4)377-386. Recuperado el día 4 de enero de 2009 disponible en: <http://www.adicciones.es/files/climent.pdf>
26. Gual, A. (2002). Organización de la estrategia terapéutica. Modelos de intervención. *Adicciones*. 14(sup1)405-408. disponible en: <http://www.zheta.com/user3/adicciones/files/gual.27.pdf>
27. Gual, A. y Colom, J. (2004). Alcohol y atención primaria de salud: el difícil camino hacia la normalización. *Adicciones*. 16(1)3-6. Recuperado el 6 de agosto de 2008, disponible en: <http://www.adicciones.es/files/gual.pdf>
28. Gutiérrez, R., Andrade, P., Jiménez, A y Juárez, F. (2007). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de alcohólicos anónimos (AA). *Revista Salud Mental*. 30(4)62-68. Recuperado el día 22 de junio de 2008, disponible en: www.saludmental/files/gual.27.pdf
29. Guzmán, F y Alonso, M. (2005). Adquisición del uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: El afecto de la relación de amigos. *Saúde Mental Alcohol e*

- drogas. 1(2)* 1-13. Recuperado el día 28 de enero de 2008, disponible en: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>
30. Herrán, O. y Ardila, F. (2005). Validez interna y reproducibilidad de la prueba CAGE en Bucaramanga, Colombia. *Biomedica. 25(1)*231-241. Recuperado el día 27 de agosto de 2008, disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v25n2/v25n2a10.pdf>
31. Hyatt, M., Cheever, T. y Eldot, R. (1998). Diazepam para la desintoxicación al alcohol. *Revista de Toxicomanías. (16)*5-8. Recuperado el día 13 de diciembre de 2008, disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/ret/pdfret/RET16-1.pdf>
32. IMSS, (2005). El IMSS en Cifras. El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social; 43(5)*449-456. Recuperado el día 25 de enero de 2009, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/6B1B08C7-B7A9-4A6E-A536-0ACBAB568D69/0/RM05511IMSSCIFRASALCOHOL.pdf>
33. Llanes, J. y Margain, M. (2003). enfoques a la prevención... o entre uno y otro lente. Recuperado el día 7 de noviembre de 2008, disponible en: <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0772-72.pdf>
34. Lloréns, R., Calatayud, M., Morales, E., Añó, C. y Adriá, L. (2008). Estudio preliminar sobre la desintoxicación ambulatoria de 18 pacientes alcohólicos con tratamiento de observación directa. *Adicciones. 20(3)*295-304. Recuperado el día 22 de junio de 2008, disponible en: <http://www.zheta.com/user3/adicciones/files/llorens.pdf>
35. Lloréns, R., Morales, E., Calatayud, M. y De Vicente, T. (2004). Alcohol, craving e hipotiroidismo. *Adicciones. 16(1)*37-40. Recuperado el día 30 de agosto de 2008, disponible en: <http://www.adicciones.es/files/37-40AlcoholCraving.pdf>
36. Martínez-Martínez, K.; Carrascosa-Venegas, C. y Ayala-Velázquez, H. (2003). Una estrategia de diseminación en la psicología: los talleres interactivos. *Salud Pública de México. 45, (1)*, 5-12. Recuperado el día 24 de mayo de 2008, disponible en: <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v45n1/15044.pdf>
37. Medina, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. y Tapia, C. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental; 24(4)*3-19. Recuperado el día 24 de mayo de 2008, disponible en: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2404/sm240403nbe.pdf>

38. Molina, J. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: aplicaciones en el campo de las adicciones. *Adicciones*. 13(1)31-38. Recuperado el día 31 de enero de 2009, disponible en: <http://www.adicciones.es/files/31-38%20Original.pdf>
39. Monrás, M., Lligoña, A., Freixa, N. y Gual, A. (2004) El último consumo de alcohol previo al ingreso de desintoxicación como predictor a largo plazo de la abstinencia. *Adicciones*. 16(29)1-5. Recuperado el día 25 de septiembre de 2008, disponible en: <http://www.zheta.com/user3/adicciones/files/gual.27.pdf>
40. Moradillo, F. (1998). *Manual para prevención de consumo de drogas en adolescentes*. España: Cervilla.
41. Morrison, J. (2008). *DSM-IV*. México. Manual Moderno
42. Mustaca, A. y Kamenetzky, G. (2006). Alcohol y ansiedad: modelos animales. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 6(3)343-364. Recuperado el día 2 de febrero de 2009, disponible en: http://www.ijpsy.com/ver_archivo.php?volumen=6&numero=3&articulo=148&lang=E S
43. Natera, G., Borges, G., Medina, M., Solís, M. y Tiburcio, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública*. 1(43)17-26. Recuperado el día 21 de agosto de 2008, disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2001/vol%2043%201/431_2_lainfluenciadelahist.pdf
44. Natera, G.; Tenorio, R.; Figueroa, E. y Ruíz, G. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Publica*. 48,(supl.1),30-40. Recuperado el día 4 de agosto de 2008, disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2006/v48s1_el_consumo.pdf
45. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1999). *Alcohol alert: Brief Intervention for Alcohol Problems*. Recuperado el día 30 de noviembre de 2008, disponible en: <http://www.niaaa.nih.gov/>
46. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2000). *Alcohol alert: New advances in alcoholism treatment*. Recuperado el día 30 de noviembre de 2008, disponible en: <http://www.niaaa.nih.gov/>
47. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2005). *Alcohol alert: Brief interventions*. Recuperado el día 30 de noviembre de 2008, disponible en: <http://www.niaaa.nih.gov/>

48. Organización Mundial de la Salud (2004) *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado el día 5 de julio de 2008, disponible en:
<http://www.oms.com>
49. Organización Mundial de la Salud, (2007b). *Clasificación Internacional de enfermedades*. Recuperado el día 29 de julio de 2008, disponible en:
<http://www.oms.com>
50. Organización Panamericana de Salud (2007a). *Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico*. Recuperado el día 29 de julio de 2008, disponible en: <http://www.ops.com>
51. Organización Panamericana de Salud, (2007). *OPS: Región de las Américas lidera estadísticas mundiales en muertes, consumo, patrones y trastornos por alcohol*. Recuperado el día 30 de julio de 2008, disponible en: <http://www.ops.com>
52. Organización Panamericana de Salud, (2007b). *Alcohol y Salud Pública en las Américas: Un caso para la acción*. Recuperado el día 30 de julio de 2008, disponible en: <http://www.ops.com>
53. Oviedo, H. y Arboleda, P. (2006). Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia al alcohol. *Universitas Medica*. 47(2)112-120. Recuperado el día 8 de diciembre de 2008, disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/1%20Fisiopatolog%EDa.pdf>
54. Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Bernejo, M., Secades, R. y Tomás, V. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Recuperado el día 15 de mayo de 2008, disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/ca/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicaIntPsicologica.pdf>
55. Pérez, G. (2005). *Alcoholismo y pobreza incentivan los agravios*. Recuperado el día 2 de enero de 2009, disponible en: http://www.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=56524&tabla=Estados
56. Prentiss, C. (2007). *La cura para el alcoholismo y otras adicciones*. España, Alamah.
57. Rocha, O. (1998). *La autoestima, antídoto contra las adicciones*. Recuperado el día 4 de enero de 2009, disponible en: <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0193-16.pdf>
58. Rodes, J., Carné, X. y Trilla, A. (2002). *Manual de terapéutica medica*. Elsevier, España.

59. Rodríguez, R. (2005). *VAM, Vademécum Académico de Medicamentos*. México, Mc Graw Hill.
60. Secades, R., García, O., Fernández, J. y Carballo, J. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*. 28(1)29-49. Recuperado el día 30 de diciembre de 2008, disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1426.pdf>
61. Secades. R. y Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*. 13(3)365-380. Recuperado el día 24 de septiembre de 2008, disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/460.pdf>
62. Secretaría de Salud (2002). *encuesta Nacional de Adicciones 2002, Tabaco y alcohol y otras drogas*. Resumen ejecutivo 2002. México, DF: SSA, 2002.
63. Seppä, K; Pekuri, P; Kääriäinen, J; Aalto, M. (2004). Intervenciones breves en alcohol como rutina diaria. Proyecto de investigación acción de directrices para atención primaria. *Adicciones*. 16(4)1-8. Recuperado el día 21 de enero de 2009, disponible en: <http://www.adicciones.es/files/Seppa.pdf>
64. Soledad, A. (2006). Alcoholismo: integración familia-paciente desde la terapia ocupacional. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*. (4), 1-25. Recuperado el día 4 de enero de 2009, disponible en: <http://www.revistatog.com/num4/pdfs/ORIGINAL4.pdf>
65. Soler, P. y Guasch, M. (2002). Tratamiento farmacológico: la desintoxicación. *Adicciones*. 14(sup.1)421-438. Recuperado el día 27 de septiembre de 2009, disponible en: <http://www.zheta.com/user3/adicciones/files/soler.29.pdf>
66. Urquieta, Hernández-Avila, y Hernández, (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Publica de México*. 48,(supl.1),30-40. Recuperado el día 26 de mayo de 2008, disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2006/v48s1_e1_consumo.pdf
67. Valdez, J. (2003). Estrategias en el tratamiento de desintoxicación alcohólica. *Adicciones*. 15(4)351-158. Recuperado el día 29 de enero de 2009, disponible en: <http://www.adicciones.es/files/08.%20Revi.351-368.pdf>

68. Vargas, J., Moreno, E. y Alonso, M. (2005). Patrones de consumo de alcohol en trabajadores industriales mexicanos. *International Journal psychology and psychological Therapy*. 5(2)113-124. Recuperado el día 5 de noviembre de 2008, disponible en: http://www.ijpsy.com/ver_archivo.php?volumen=5&numero=2&articulo=115&lang=ES
69. World Health Organization, (2004a). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Recuperado el día 3 de mayo de 2008, disponible en: <http://www.who.com>
70. World Health Organization, (2004b). *Comparative Quantification of Health Risks*. Recuperado el día 3 de mayo de 2008, disponible en: <http://www.who.com>