

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PERSONAS CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL

JOSÉ MIGUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ

Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica.
Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.
Miembro del grupo de investigación RETICS –
Universidad de Granada (Red de Trastornos Adictivos).
Instituto Carlos III. Ministerio de Sanidad.



FORMACIÓN

continuada a distancia



Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
La intervención psicológica en personas con dependencia al alcohol	
FICHA 1.....	21
Evidencias sobre la psicoterapia de los problemas relacionados con el alcohol	
FICHA 2	24
Conceptos claves de la psicoterapia de los problemas por consumo de alcohol	

Documento base.

La intervención psicológica en personas con dependencia al alcohol

1. Generalidades sobre la psicoterapia.
 - 1.1. La demanda de ayuda.
 - 1.2. Variables claves del proceso terapéutico.
 - 1.3. El tratamiento grupal vs individual.
 - 1.4. La adherencia al tratamiento.
 - 1.5. La utilización de interdictores.
2. Componentes esenciales de los programas.
 - 2.1. Aproximación al reforzamiento comunitario.
 - 2.2. Programa de prevención de recaídas.
 - 2.3. Programa de McCrady, Rodríguez y Otero-López.
 - 2.4. Programa de Beck, Wright, Newman y Liese.
3. Los pacientes con patología dual.
4. Poblaciones especiales.
5. La terapia de familia.
6. Las intervenciones breves.
7. Los programas de bebida controlada.

INTRODUCCIÓN

“El alcoholismo es un estado de dependencia física y psicológica de la persona, que determina una serie de conductas dirigidas al consumo compulsivo y continuado de alcohol, pese a las consecuencias negativas (fisiológicas, psicológicas o sociales) que se producen. La presencia de pérdida del control para dejar de beber es un rasgo característico de las personas con dependencia alcohólica. La pérdida de control se refiere a la dificultad para controlar la cantidad de alcohol que se toma una vez que se ha comenzado a beber, o como la incapacidad para decidir continuar bebiendo o no en una determinada situación (p. 21)” (Secades, 1996). En este fragmento se recogen varios aspectos fundamentales para la comprensión de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Por un lado se menciona la dependencia física y psíquica como variables de enorme impacto, la presencia de un patrón de consumo desadaptado y unas consecuencias constatables para la propia persona u observador. Además, se hace referencia a la pérdida de control para dejar de consumir una vez comenzado y a la imposibilidad de la persona para decidir sobre la continuidad o no del consumo. Estos aspectos son los que en definitiva deben centrar el análisis con cualquier persona que se pregunte si tiene problemas con el alcohol, porque no solo es relevante la cantidad de alcohol que se toma, sino también las consecuencias o pérdida de control del consumo.

Aproximadamente el 65% de la población española adulta consume con más o menos regularidad bebidas alcohólicas. La mayoría de ellos no tienen problemas con el alcohol de modo que el objetivo fundamental para el clínico es delimitar si la persona que acude a tratamiento tiene un consumo de riesgo, perjudicial o presenta un problema de abuso o dependencia del alcohol (Echeburúa, 2001). El 0.2% de mujeres y el 1.2% de hombres presentan dependencia alcohólica, su bien menos del 10% de los afectados reciben tratamiento (Rhem, Rhem, Schield, Guel y Gual, 2013).

Cuando estamos ante un paciente con trastorno por dependencia al alcohol, a diferencia de otras adicciones el cese del consumo puede exigir un paso previo fundamental de desintoxicación tutelado por profesionales. Por este motivo debemos advertir a las personas que presenten dependencia que no deben dejar de beber hasta no disponer del soporte psicofarmacológico necesario para afrontar con garantías la desintoxicación. Esto es importante tenerlo en cuenta.

ta porque podemos encontrarnos con pacientes que estén dispuestos a dejar de beber drásticamente con la finalidad de demostrar su compromiso de abstinencia, olvidando el riesgo que conlleva el cese brusco de consumo de alcohol.

A tenor de las diferencias conceptuales que pueden encontrarse entre las nosologías de abuso y dependencia del alcohol (APA, 2002), y lo que es peor, la desatención de un grupo de personas que acuden a tratamiento sin sufrir una dependencia orgánica manifiesta aunque sí sucesivos episodios de abuso episódico con graves daños a sí mismos o a otras personas, consideramos ambas categorías como trastornos por consumo de alcohol a los que nos referiremos como problemas relacionados con el consumo de alcohol. En la quinta edición del DSM (APA, 2013) se han unificado ambas categorías diagnósticas de modo que la dependencia o abuso al alcohol se conceptualizan únicamente como trastorno por uso de sustancias.

El hecho de que el alcohol sea una sustancia legal, entorpece frecuentemente la aceptación de este tipo de problemas, por lo que es muy importante utilizar un criterio que nos permita determinar con claridad si estamos ante un problema o solamente se trata de un consumo episódico puntual sin más trascendencia. Esto es, el hecho de que el consumo de alcohol esté muy extendido y normalizado entre la sociedad lleva consigo que sea más difícil significar un patrón de consumo perjudicial a las personas que tienen problemas con su consumo. Tanto en atención primaria, servicios de salud mental o servicios especializados para la atención a problemas de adicción, uno de los problemas que surgen habitualmente al inicio de la terapia es conseguir que el paciente sea consciente y valore la gravedad de su consumo de alcohol. En muchas ocasiones las personas creen que hacen un uso moderado y controlado del alcohol al compararse con parte de su entorno o simplemente porque no han experimentado las consecuencias que ellos asocian al consumo problemático de alcohol. Destacamos, por tanto, la importancia de que la persona sea consciente de que su patrón de consumo tiene consecuencias negativas sobre su salud.

Para que la persona tome conciencia de ello podemos tomar como referencia los criterios diagnósticos de trastorno por consumo de alcohol (APA, 2013), si bien en aquellos casos en los que el paciente tenga más dificultad para identificar y valorar objetivamente su patrón de consumo utilizaremos como punto de partida para profundizar en esta cuestión las Unidades Estándar de Bebida (UBE) y su especificidad según el sexo. Una unidad UBE corresponde a 10 g de alcohol puro, de modo que en las siguientes tablas pueden consultarse las equivalencias de las bebidas habituales en cc y su correspondencia en UBE (Silla y Rosón, 2009). Esta información permite identificar más fácilmente a las personas con consumo de riesgo y valorar el riesgo de desarrollo de un síndrome de abstinencia.

Las tablas permiten analizar el impacto del consumo de alcohol en la salud, si bien solo deben utilizarse para analizar esta cuestión y no para el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol. En esta línea, es una vía para iniciar el análisis del consumo con personas más resistentes a aceptar su problema, con la finalidad de comprometerlas a una reducción importante o cese total del consumo de alcohol a tenor sus hábitos de consumo. A partir de aquí puede quedar más fácilmente al descubierto su verdadera dificultad para hacer un uso responsable de alcohol.

Para la evaluación de los problemas relacionados con el alcohol contamos con diversos instrumentos específicos como son: AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), AUI-R (*Alcohol Use Inventory - Reviewed*), CAGE (*Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feelings, Eyeopeners*), CESA (Criterios de Evaluación del Seguimiento en Alcohólicos), MALT (*Münchner Alcoholismus Test*), MAP (*Maudsley Addiction Profile*), MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), SADQ (*Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*). Más información sobre estos cuestionarios puede encontrarse en Iraurgi y González (2002).

El material que se presenta se centra en los aspectos más relevantes de la psicoterapia de los proble-

TABLA 1
CONTENIDO DE ALCOHOL EN LAS BEBIDAS MÁS HABITUALES Y EQUIVALENCIA EN UNIDAD DES DE BEBIDA ESTÁNDAR (UBE)

Tipo de bebida	Volumen	UBE
Vino (12-14°)	1 vaso (100 cc).	1
	1 litro	10
Cerveza (3-5°)	1 caña (200 cc)	1
	1 litro	5
Vino dulce / jerez / vermut (18-20°)	1 COPA (50 cc)	1
Carajillo	1 copa (25 cc)	1
Destilados (40-50 °)	1 copa (50 cc)	2
	Un combinado (50 cc)	2

TABLA 2
DEFINICIÓN DE CONSUMO DE RIESGO EN ESPAÑA

	Consumo diario	Consumo semanal
Mujeres y mayores de 65 años.	>2 UBE	>17 UBE
Hombres	≥4 UBE	>28 UBE

mas relacionados con el alcohol utilizando como referencia los modelos de intervención basados en la evidencia y componentes fundamentales de los programas más utilizados. El objetivo por tanto es proporcionar un conjunto de estrategias que permitan el abordaje de los trastornos por consumo de alcohol.

1. GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO

Partimos de un modelo biopsicosocial porque asumimos que los problemas relacionados con el alcohol tienen un fuerte componente biológico, psicológico y social. Este modelo está a la base de los principios de un tratamiento efectivo según el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) (1999) que son: 1. La adicción es una enfermedad compleja que puede ser tratada y que afecta tanto al cerebro como al comportamiento; 2. No existe un solo tratamiento que sea apropiado para todos los pacientes; 3. El tratamiento debería estar accesible fácilmente; 4. La intervención debe ocuparse de las necesidades de la persona en su conjunto y no solamente del consumo de drogas; 5. Para que el tratamiento sea efectivo el paciente debe continuar en él durante el tiempo necesario; 6. La psicoterapia es un componente crítico del tratamiento; 7. Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia; 8. El plan de tratamiento del paciente y los servicios que recibe deben ser continuamente evaluados y, de ser el caso, modificados para garantizar que se ajusten a cualquier cambio en sus necesidades; 9. En el caso de los individuos que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se deben tratar los dos problemas de una manera integrada; 10. El manejo médico de la desintoxicación es apenas la primera etapa del tratamiento y por sí solo hace poco para modificar el abuso de drogas a largo plazo; 11. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo; 12. Se debe mantener una vigilancia continua para detectar posibles recaídas durante el tratamiento; 13. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados; 14. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos.

Entre los principios se recoge el hecho de que la psicoterapia es un componente crítico del tratamiento de las adicciones, esto es, es una pieza esencial del tratamiento que debe desarrollarse de acuerdo con el resto de principios que describen oportunamente la importancia de cada una de las variables que inciden sustancialmente en el tratamiento. La psicoterapia es un componente esencial del tratamiento del alcoholismo. A grandes rasgos, puede decirse que los objetivos que se persiguen en el camino hacia la abstinencia y abordaje de los daños asociados son: mantener la adherencia terapéutica, prevenir recaídas, incrementar la competencia y calidad de vida y reducir la posible comorbilidad psiquiátrica del paciente alcohólico (Guardia, Jiménez-Arriero, Pascual, Flórez y Contel, 2008). Veamos algunas cuestiones de interés para el desarrollo de la psicoterapia.

1.1. *Demanda de ayuda del paciente alcohólico*

Uno de los primeros objetivos de la intervención psicológica se refiere a evaluar el compromiso de abstinencia de la persona para conocer su nivel motivacional en relación a dejar de beber alcohol. Obviamente este aspecto no es homogéneo entre pacientes, de modo que las personas acuden a tratamiento con distintos objetivos al respecto dependiendo en gran medida de su concepción de enfermedad y de si realmente asumen que tienen problemas con la bebida. La magnitud de la negación de la mayoría de los alcohólicos que empiezan el tratamiento es importante de modo que muchos alcohólicos comienzan el tratamiento de una forma relativamente involuntaria (Wendell, 1993), si bien el grado de motivación y compromiso para dejar de beber difiere de un paciente a otro. Algunos acuden a tratamiento con la pretensión de dejar de beber temporalmente con la finalidad de recuperarse físicamente y mejorar la relación con su familia aunque su verdadero deseo sea volver a beber con un patrón menos problemático. Otros acuden para “aprender a beber”. En estos casos el paciente cree que su problema se debe a que tiene un patrón de ingesta erróneo que no le permite controlar el consumo de alcohol, si bien podría conseguirlo si los profesionales le diesen las claves para evitar llegar a hacer un consumo abusivo. En otras ocasiones las personas quieren mantenerse abstinentes y beber solo cuando el deseo sea muy intenso. Otras veces se trata de personas que aceptan su problema y asumen la necesidad de dejar de beber, con la excepción de beber solamente en momentos señalados como fiestas. Solo algunas veces los pacientes inician el tratamiento con la convicción de dejar definitivamente de beber alcohol. En este sentido, la propuesta terapéutica no debería necesariamente dirigirse hacia la abstinencia definitiva desde el inicio del tratamiento porque, como hemos visto, podría ser difícilmente asumible por determinados pacientes. En al-

gunos casos, es oportuno plantear un paso intermedio que pasaría por un compromiso inicial de abstinencia de algunos meses, por ejemplo cuatro, para durante este tiempo poder intervenir sobre las creencias irracionales que sustentan el deseo de consumo controlado de alcohol. Una vez conseguida la abstinencia los pacientes con problemas claros de déficit de control sobre el consumo de alcohol, suelen valorar más positivamente su situación de abstinencia que un patrón de consumo controlado por el riesgo que comporta.

Debemos valorar por tanto cual es el objetivo más adecuado para cada uno de estos casos asumiendo que cuando estamos ante problemas de larga evolución con graves problemas, no debería ofrecérsele un programa de bebida controlada porque el tratamiento de elección en estos casos exige la abstinencia total de consumo de alcohol. Aceptar la enfermedad es un paso esencial de la psicoterapia.

En ocasiones acuden al centro de tratamiento personas obligadas a someterse a tratamiento. El punto once del listado de principios del NIDA hace referencia a la voluntariedad del tratamiento, en el que se dice que el tratamiento no tiene porqué ser necesariamente voluntario para que sea útil. Vamos a explicar esto en relación a los problemas con el alcohol. Algunas personas que acuden a tratamiento lo hacen porque han sido condenadas judicialmente por conducir bajo los efectos del alcohol o cualquier otro acto delictivo en el que medie el consumo de alcohol, como puede suceder en la violencia de género. Muchas de estas personas acuden a un centro de tratamiento de las drogodependencias para someterse a tratamiento de desintoxicación y deshabituación psicológica, porque así lo establece como pena sustitutoria la orden judicial, pero con poca conciencia de problema y mucho menos con la motivación necesaria para iniciar tratamiento. Aunque no siempre se producen estos cambios, frecuentemente se observa que a los pocos días de conseguir la abstinencia los pacientes modifican su percepción sobre su necesidad de beber y con ello sus expectativas en relación al consumo de alcohol. Esta experiencia le permite ver su problema desde otro punto de vista pudiendo valorar sus problemas con el alcohol de un modo más objetivo. Estas circunstancias también facilitan una actuación terapéutica que persiga que el paciente asuma sus problemas y acepte el reto de tener experiencias diferentes durante la abstinencia. Así, y aunque dependiendo de las características psicopatológicas de las personas, una orden judicial por la que debe someterse a tratamiento puede ser el comienzo de un proceso de recuperación.

1.2. Variables psicológicas claves del proceso terapéutico

Veamos algunas de las variables psicológicas que parecen tener gran peso en la consecución del logro de objetivos terapéuticos:

- a) *Las expectativas de autoeficacia.* Las “expectativas de autoeficacia” pueden considerarse una variable clave en el tratamiento de las drogodependencias porque en diversos trabajos se ha constatado que su aumento se asocia a mejores resultados (Llorente e Iraurgi, 2008). Se refieren a la percepción de la capacidad de afrontar una situación prospectiva de alto riesgo. Así, se ha comprobado que los niveles bajos de autoeficacia predicen posteriores recaídas en el consumo de drogas (Miller, Ross, Emmerson y Todt, 1989), del mismo modo en que la fuerza de la expectativa de eficacia influye significativamente en el hecho de que el individuo crea que va a afrontar con éxito la amenaza. Con las “expectativas de resultado” sucede algo parecido y es que junto a las de autoeficacia tienen un peso central en el tratamiento porque la eficacia aumenta también en la medida en que el paciente crea que es útil para su recuperación (Tiffany, 1990; Long, Williams, Midgley y Hollin, 2000).
- b) *El craving.* El concepto se refiere al deseo de consumo de una sustancia por lo que en adelante lo utilizaremos para referirnos a él. A lo largo del tratamiento, el deseo de consumo se convierte sin duda en un objetivo de primera magnitud porque es el factor al que se vinculan las recaídas y como consecuencia al abandono del tratamiento. El “craving” podría definirse como un estado emocional y motivacional de sentimientos subjetivos de deseo o necesidad de consumir sustancias psicoactivas (Iraurgi y Corcuera, 2008). En esta línea, aunque se han presentado numerosos modelos explicativos del craving (Skinner y Aubin, 2010), un aspecto clave es desentrañar las razones por las que el deseo aumenta o disminuye a lo largo de la intervención. En este sentido se ha encontrado una relación significativa entre las creencias sobre la adicción y el propio deseo de consumo. Este vínculo se analizará más adelante.

Estrategias para afrontar el craving

Con la ayuda de la psicoterapia el paciente puede aprender estrategias para afrontar el deseo de beber alcohol. Con este fin Beck et al., (1999) enumeran una serie de estrategias que facilitan este control. Sean las siguientes:

- i. *Técnicas de distracción.* Se trata de que el paciente desvíe su atención pasando de focalizarla dentro de sí, como sucede cuando se recrea en los pensamientos asociados al craving, a elementos externos.

- ii. *El empleo de tarjetas-flash*. Puede usar tarjetas en las que aparecen “creencias control” que ayudan a afrontar el deseo de consumo.
 - iii. *Técnicas de imaginación*. Con ellas el paciente podrá identificar las creencias que le conducen a dejarse llevar por el deseo de consumo o aquellas que le ayudan a afrontarlo.
 - iv. *Respuestas racionales a los pensamientos automáticos relacionados con los impulsos*. Se le pide al paciente que se pregunte “¿Qué pensamientos están pasando por mi mente en este momento?” cada vez que experimente deseo de consumo o emociones desagradables. Una clave del modelo cognitivo en el abordaje del *craving* es “ayudar a los pacientes a afrontar los *craving* enseñándoles a probar sus predicciones idiosincrásicas acerca de la duración e intensidad del fenómeno del *craving*, así como la habilidad del paciente para controlarlo” (Beck et al., 1999).
 - v. *Programación de actividades*. Mientras que tomar drogas no requiere el empleo de habilidades concretas, las actividades cotidianas no relacionadas con el consumo requieren el empleo de habilidades considerables (Beck et al., 1999).
 - vi. *Entrenamiento en relajación*. Su utilidad guarda relación con el vínculo que se establece entre niveles de ansiedad y aparición de *craving*.
 - viii. Marlatt y Gordon (1985) coinciden al hablar del denominado “*Urge surfin*” que se basa en el supuesto de que al intentar eliminar o bloquear el deseo, éste en vez de disminuir aumenta su intensidad y frecuencia. Para abordar el deseo recomiendan entre otras medidas deslizarse a través del deseo hasta que desaparezca. Se asume que transcurrido algún tiempo si no se consume el deseo desaparece. Para analizar como fluye el deseo puede utilizarse la imagen de una ola. Del mismo modo en que se refuerzan las creencias de control y por tanto la abstinencia, la respuesta de consumo refuerza las creencias automáticas y nucleares que están a la base de la adicción. Además este reforzamiento afianza las creencias sobre el *craving* lo que afecta negativamente a las expectativas de autoeficacia para su afrontamiento.
 - viii. Cuando los pacientes presentan una llamativa sensación de indefensión para afrontar el *craving*, debe saberse que puede mejorar si el paciente identifica las creencias nucleares asociadas al *craving* y confía en su capacidad para superarlo. No obstante, hay creencias que convierten el afrontamiento del *craving* en un momento extraordinariamente desagradable y en ocasiones insalvable para el paciente. Ejemplos de creencias disfuncionales sobre el *craving* que incrementan la indefensión para afrontarlo son: “*el craving es demasiado fuerte*”, “*no tengo capacidad para poder parar el deseo*”, “*incluso si fuese capaz de parar, no haría más que empezar de nuevo*”, “*el craving no depende de mí y haga lo que haga volverá a aparecer*”, “*los craving no desaparecen nunca*”, “*los craving te vuelven loco*”, “*el craving está totalmente fuera de control*”.
- La identificación de estas creencias permite al paciente evaluar y posicionarse ante el *craving* de un modo más racional, incrementándose así su capacidad para afrontar el deseo de consumo.
- c) *La fuerza de voluntad*. Uno de los pilares más importantes desde el inicio del tratamiento se refiere a la “fuerza de voluntad”. Los pacientes generalmente creen que la fuerza de voluntad es la capacidad de la persona para esperar pacientemente el cese del deseo de consumo, sin embargo debe entenderse como un proceso activo para aplicar técnicas de autoayuda. Así, el paciente debe comprender que es un aspecto central de la recuperación porque está vinculado con la motivación y el empleo de estrategias que aprenderá durante la terapia.
 - d) *La motivación*. También la “motivación” es una de las variables de gran calado en el desarrollo de la psicoterapia, por lo que es muy importante que el terapeuta identifique lo antes posible la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente. Las etapas de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993) muestran que las personas que acuden a tratamiento no siempre presentan el mismo nivel motivacional para dejar de consumir alcohol sino que pueden identificarse varias etapas de cambio, esto es: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento; lo más destacado del modelo es que las etapas representan niveles motivacionales distintos, por lo que la idea central en este sentido es que para que las intervenciones sean afectivas estas deben ajustarse a cada nivel motivacional. El modelo de Prochaska y DiClemente, no representa una visión dicotómica del problema de la dependencia a sustancias sino que parte de la idea de que hay muchos cambios que preceden y siguen a la abstinencia. Por este motivo las intervenciones deben diferenciarse entre sí de acuerdo con cada etapa de cambio. En la tabla 3 se muestran algunas sugerencias para guiar las intervenciones según el nivel motivacional del paciente, porque los pacientes tienen una visión diferente de su problema en cada etapa.

La evolución del paciente a lo largo de estas etapas se produce a través de varios procesos tanto conductuales como cognitivos que se refieren a: pensar sobre el problema, observar los beneficios de dejar de consumir, ser consciente del impacto de su consumo de alcohol en su entorno, valorar las relaciones sociales y familiares, reconocer las consecuencias de algunas relaciones sociales o hábitos vinculados con el consumo de alcohol, el compromiso con el cambio, creer que él mismo es un elemento esencial en el cambio, creer que se tienen habilidades para cambiar, ser consciente del peso de la representación social del patrón de consumo de alcohol que presenta, auto y hetero refuerzo respecto de los cambios que se van produciendo y necesidad de potenciar el apoyo social donde no medie el consumo de alcohol como nexo de unión entre las personas. La progresión a lo largo de las etapas se facilita empleando intervenciones motivacionales dirigidas a incrementar el interés del paciente en metas incompatibles con el consumo de alcohol.

TABLA 3
ETAPAS DE CAMBIO Y TEREAS APROPIADAS PARA LOS PROBLEMAS DE LA BEBIDA

Características del paciente en cada etapa de cambio	Tareas
Precontemplación	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se puede sentir sorprendido cuando se le habla del problema o ponerse a la defensiva. ✓ No es conscientes de su problema. ✓ No se plantea modificar su conducta. ✓ La persona obtiene más gratificaciones que experiencias aversivas. ✓ Si acude a tratamiento es presionados (por ejemplo, la familia, estamento judicial, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se trata de proporcionar al paciente información que le lleve a aumentar su conciencia de problema, por ejemplo, informándolo de los resultados del hemograma. • Dar prioridad a las conductas vinculadas con el consumo de alcohol, analizando con el paciente los patrones de consumo (tiempo que dedica diariamente a beber, tipo de bebida, cantidad de UBE que ingiere diariamente, etc.). • Describir las creencias del paciente en relación al consumo de alcohol (identificar creencias como: "todo el mundo bebe", "no le hago mal a nadie por tomarme una cerveza"). • Evitar sustentar nuestra actuación sobre su obligación de asumir la necesidad del cese de consumo. No utilizar expresiones como "debes dejar de beber por tu bien".
Contemplación	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es consciente del problema. ✓ Ha considerado la posibilidad de dejar de consumir. ✓ Se muestra ambivalente respecto al cese de consumo: considera y rechaza el cambio a la vez. ✓ El paciente puede cronificarse en esta etapa. ✓ Cuando se le confronta para que tome una decisión suele responder que no es el mejor momento. ✓ No ha desarrollado el compromiso de dejarlo. ✓ En esta etapa comienza a equilibrarse lo positivo y lo negativo. ✓ Manifiesta la necesidad de hablar de ello 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar de que valore las consecuencias de cambiar su conducta de consumo o continuar bebiendo tal y como viene haciendo. La idea es inclinar la balanza decisional a favor del cese de consumo de alcohol, al menos de forma experimental. • El objetivo es que la persona analice sus hábitos y sea consciente de que su patrón de consumo no le permite conseguir las metas que se propuso a medio o largo plazo. En este momento es muy importante que sea consciente de la contradicción que existe entre lo que quiere conseguir en la vida o como le gustaría que fuese la relación con su mujer e hijos y el estilo de vida que realmente tiene. Debe dejarse en evidencia que su consumo de alcohol le está llevando a distanciarse de su ideario de vida.
Preparación	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aparece un mayor acuerdo entre intenciones y conducta. ✓ Es la "etapa de toma de decisiones". ✓ Se compromete a dejarlo. ✓ Realiza algunos cambios como reducir la cantidad de alcohol que bebe a diario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un buen momento para que el paciente se comprometa verbalmente con nosotros. • Debemos informarle sobre la mejor estrategia que puede seguir para llevar a cabo el cambio. Debe saber que va a contar con la ayuda de medicación experimentada para que pueda dejar de beber sin que aparezca el síndrome de abstinencia. • Debe saber que la psicoterapia le ayudará a distanciarse progresivamente del deseo de consumir alcohol. • Diseñar un plan conjuntamente con el paciente para que se implique suficientemente.
Acción	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambio de su conducta manifiesta y en su forma de pensar. ✓ El cambio conlleva un mayor reconocimiento y refuerzo social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es el momento de utilizar estrategias para el aumento de la autoestima, haciendo lo posible para que el paciente mejore sus expectativas positivas de autoeficacia en relación al proceso de abandono del consumo de alcohol. Debemos transmitirle esperanza de superar su problema y trasladarle que se llevará a cabo un tratamiento bio-psico-social ajustado a sus necesidades. • Si el paciente deposita en nosotros su confianza para que lo orientemos, podemos mostrarle modelos de personas que han logrado con éxito el cambio de estilo de vida. No está demás informarle de la experiencia de otras personas que iniciaron tratamiento y lo finalizaron con éxito: lo que nos decían sobre el bienestar experimentado una vez superaron la necesidad física de beber, cuando fueron conscientes de los beneficios derivados de su abstinencia, cuando manifiestan que se alegran de haber confiado en nosotros y haber hecho el esfuerzo de seguir las indicaciones terapéuticas.
Mantenimiento	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intenta consolidar los cambios y prevenir recaídas. ✓ Es un continuo cambio. ✓ Puede tener miedo no sólo a las recaídas sino también a los propios cambios en sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se trata de implantar un programa de prevención de recaída que debe ajustarse a las características de cada paciente, especialmente en lo que se refiere a la psicopatología comórbida.

No cabe duda de que la motivación para el tratamiento depende no solo de que el paciente acepte su adicción, sino también de su confianza en el tratamiento y modo de llevarlo a cabo. Por esta razón es importante que el paciente conozca los objetivos fundamentales de la psicoterapia que podríamos resumir en las siguientes: conseguir una deshabituación estable respecto del consumo de alcohol, llevar a cabo un estilo de vida equilibrado con una alta percepción de calidad de vida, no consumir alcohol y afrontar con éxito el deseo de consumo. Para los pacientes es importante confiar en la utilidad de un tratamiento no solo para superar el deseo de consumir si no fundamentalmente para que desaparezca.

1.3. Tratamientos individuales vs grupales

La elección de la modalidad grupal o individual dependerá de cada caso. Como se sabe la terapia de grupo no debería utilizarse indiscriminadamente porque podría facilitar el abandono del tratamiento si se opta por esta modalidad terapéutica desatendiendo el perfil del paciente.

Mientras que en algunos estudios han encontrado tan efectiva la terapia cognitiva en la modalidad individual como grupal de la terapia cognitiva en adictos al alcohol (Pereiro, Becoña, Córdoba, Martínez y Pinet, 2008) en otros, sin embargo, se encontró mayor efectividad de la modalidad grupal (Graña, 1994; Verinis, 1996; Martínez-González, Graña y Trujillo, 2009). Los resultados de estos estudios deberían analizarse detalladamente de acuerdo con la composición de la muestra que se analiza en cada caso, porque esta disparidad podría explicar las diferentes conclusiones a las que llegan las investigaciones.

De cualquier forma la terapia de grupo para tratamiento del alcoholismo es útil cuando se utiliza con pacientes en los que está indicada porque: reduce la tendencia al escapismo, permite el *insight* mediante un proceso de identificación, se centra en la situación de aquí y ahora, se muestra la universalidad vivida de sentimientos y reacciones, se demuestra que son posibles otros tipos de conducta, es un lugar adecuado para experimentar nuevas conductas y ayuda a contrarrestar la influencia social (Gual, 1994). En las intervenciones grupales deben enfatizarse las similitudes entre los pacientes entorno a la idea central de que todos los pacientes beben como respuesta a una serie de antecedentes, que el alcohol cambia las emociones y las cogniciones, y que la mayoría de ellos han experimentado las mismas consecuencias de su problema de bebida (McCrary, Rodríguez-Villarino y Otero-López, 1997).

En el caso del alcoholismo la modalidad grupal generalmente se ha desarrollado en torno a cuatro modelos de intervención: Los grupos motivacionales, que tienen como objetivo principal motivar al paciente y explorar la naturaleza y grado en que la bebida constituye un problema para él; Grupos de discusión, que quieren facilitar el reconocimiento de las circunstancias asociadas al consumo de alcohol a la vez que facilitar el reconocimiento de antecedentes; Grupos de familiares, que se sustentan en una orientación sistémica al considerar que la participación de la familia en el tratamiento es imprescindible; Grupos basados en la filosofía de Alcohólicos Anónimos, que sustentan la recuperación de las personas alcohólicas en doce principios; y Grupos de prevención de recaídas, que tratan de potenciar la autoeficacia del paciente, ayudándole a reconocer anticipadamente las situaciones de riesgo para que, cuando se presenten, pueda responder de forma alternativa y evitando nuevos consumos.

1.4. La adherencia al tratamiento

Se sabe que la adherencia al tratamiento constituye una variable clave del éxito de la intervención porque disminuye las probabilidades de abandono y así aumenta la duración del tratamiento. El que el paciente permanezca el tiempo necesario en tratamiento permite que sea efectivo. McCrary, Rodríguez-Villarino y Otero-López (1999) consideran que los problemas de falta de adherencia o compromiso en el tratamiento de las personas con problemas de bebida se fundamenta en cuestiones como: la subestimación de los problemas de bebida y la dificultad para llevar a cabo cambios conductuales eficaces; la supervaloración de las propias capacidades; y, no valorar la importancia de desarrollar nuevas habilidades y destrezas. En particular se sabe que la alianza terapéutica, parte esencial de la adherencia, influye positivamente en el resultado del tratamiento, especialmente en aquellos pacientes que tienen bajas expectativas de autoeficacia al iniciar el tratamiento (Ilgen, Tiet, Finney y Moos, 2006).

Entre las estrategias que parecen ayudar positivamente a establecer una buena adherencia terapéutica encontramos la entrevista motivacional y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. La entrevista motivacional favorece una elevada tasa de cumplimiento terapéutico (Becoña, et al., 2008), al proporcionar un medio para mejorar ostensiblemente las expectativas de autoeficacia del paciente, variable de una extraordinaria relevancia para el cambio en las conductas adictivas. En el caso de los jóvenes, la relación es bien clara observándose que ofrece mejores resulta-

dos que el no-tratamiento. Por otro lado, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, que agrupa un conjunto de tratamientos que tienen en común el intento de mejorar las estrategias cognitivas y conductuales del paciente, incrementa el tiempo de abstinencia y la adherencia al tratamiento (Burtscheidt, Wolwer, Schwarz, Strauss y Gaebel, 2002).

1.5. La utilización de interdictores

En el tratamiento del alcoholismo además del uso de psicofármacos como antidepresivos, ansiolíticos o fármacos para la impulsividad se utilizan frecuentemente los interdictores, por ejemplo el conocido con el nombre comercial Colme. Solamente debe dispensarse con el consentimiento expreso del paciente. Este fármaco se dispensa en gotas que debe tomar el paciente diariamente según posología indicada por el facultativo responsable y ante la ingesta de alcohol produce una reacción ántabus que consiste generalmente en malestar gástrico intenso, picores, mareos, náuseas, etc. La experiencia indica que su correcto uso de forma simultáneo a la psicoterapia es muy efectivo porque durante el tiempo en que la persona toma Colme (al menos cinco o seis meses) puede intervenir intensamente sobre variables psicológicas que tienen un peso esencial en la recuperación de este problema. Para que sea efectivo, hay que tener en cuenta dos cosas, por un lado que la dispensación siempre debe llevarla a cabo algún familiar o persona cercana al paciente para evitar que el paciente deje de dispensárselo en momentos de debilidad, y por otro, que debe hacerse una correcta custodia del fármaco por parte de la persona responsable para garantizar que el fármaco no es manipulado por el paciente en ningún momento. El adecuado uso de este fármaco proporciona el contexto personal adecuado para llevar a cabo una psicoterapia dirigida a los componentes esenciales que deben abordarse en cada caso. No obstante, debería utilizarse con precaución en determinados casos, porque se ha visto que por ejemplo en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, el uso de un interdictor podría facilitarle al paciente conductas autolesivas en el contexto de su psicopatología (Mutschler, et al., 2010), motivo por el que debe valorarse especialmente el riesgo en estos casos.

2. COMPONENTES ESENCIALES DE LOS PROGRAMAS

Si bien es cierto que las etapas de desintoxicación y deshabitación psicológica frecuentemente van de la mano desde el inicio del tratamiento, la abstinencia total de alcohol es un paso esencial para el desarrollo posterior de actuaciones terapéuticas dirigidas a la prevención de futuros consumos puntuales o recaídas.

La psicoterapia en el tratamiento de la adicción o problemas con el alcohol debería nutrirse de varias fuentes. A lo largo de estos años hemos podido comprobar que la asimilación de componentes de diferentes programas permite incidir especialmente en aspectos centrales de la recuperación de la persona. Los componentes cognitivo y conductuales conjugan fácilmente los elementos centrales del tratamiento, aunque los programas se ocupen más de unas variables en detrimento de otras. Una opción integradora probablemente constituya una fórmula completa y aceptable para el logro de objetivos terapéuticos a corto, medio y largo plazo.

A continuación se describen algunos programas basados en el modelo cognitivo-conductual para su aplicación en el tratamiento de los pacientes con problemas con el alcohol.

2.1. Aproximación de reforzamiento comunitario (Hunt y Azrin, 1973)

El objetivo fundamental de esta terapia es conseguir la abstinencia mediante la disminución del refuerzo positivo asociado al consumo a la vez que se aumenta el vinculado a la abstinencia. La idea es que la sobriedad debe ser más gratificante para la persona que el consumo de alcohol.

Los componentes principales del programa son:

- ✓ *Construcción de la motivación para la abstinencia.*
- ✓ *Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas.*
 - ✓ Análisis funcional.
 - ✓ Plan de automanejo.
 - ✓ Entrenamiento en habilidades de rechazo.
- ✓ *Cambios en el estilo de vida.*
 - ✓ Manejo del tiempo.
 - ✓ Asesoramiento social / facilidades de ocio.
 - ✓ Entrenamiento en solución de problemas.

- ✓ Asesoramiento vocacional.
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales.
- ✓ Prevención de VIH.
- ✓ Asesoramiento de relaciones de pareja.
- ✓ Consumo de otras drogas.
- ✓ Manejo de otros trastornos: depresión, ansiedad, insomnio, etc.

2.2. Programa de prevención de recaídas

Los programas de prevención de recaídas se sostienen en intervenciones cognitivo-conductuales con el objetivo de que la persona con problemas con el alcohol comprenda, analice y desarrolle estrategias para evitar recaer en el consumo. Estos programas persiguen que el paciente aprenda a: a) identificar las situaciones, pensamientos y/o estados emocionales vinculados con la recaída; b) identificar las señales que anuncian la posibilidad de recaída, y c) enfrentarse a las recaídas antes de que se produzcan (Becoña, et al., 2008).

Marlatt (1993), define la prevención de recaídas como: “Un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas.” (p.137). El modelo teórico destaca dos aspectos nucleares: 1) la recaída se concibe como un proceso no lineal, complejo, en el que diversos factores interaccionan afectando a la recurrencia y gravedad de la recaída; y, 2) el modelo propone una visión dinámica de la recaída que se caracteriza por la interacción entre factores de alto riesgo que pueden ser más o menos transitorios. Según el modelo revisado (Hendershot, Witkiewitz, Gerge y Marlatt, 2011), existen procesos tónicos que son factores más estables y distales a la recaída como sucede con la personalidad, los factores genéticos, características de las drogas consumidas, los factores cognitivos, las expectativas relacionadas con las drogas, la autoeficacia, las creencias personales a cerca de la abstinencia o la recaída. Por otro, las respuestas fásicas que son más transitorias y están más directamente implicados en el consumo, como son determinados procesos cognitivos y emocionales como la ansiedad, el *craving*, el estado de ánimo o los cambios transitorios en las expectativas de resultados, la autoeficacia o la motivación. Los factores distales determinan qué pacientes son más vulnerables para recaer mientras que los más próximos determinan cuando se produce la recaída.

Los componentes fundamentales de estos programas se refieren a la cadena de la recaída y a las técnicas de intervención (Marlatt y Gordon, 1985). Son fundamentalmente tres: 1) estrategias de entrenamiento en habilidades (conductuales y cognitivas) para afrontar situaciones de riesgo; 2) procedimientos de reestructuración cognitiva diseñados para proporcionar al paciente pensamientos alternativos a los que le llevan a consumir, estrategias de imaginación para detectar situaciones de riesgo y estrategias para del desánimo derivado de los consumos; y, 3) estrategias de reequilibrio del estilo de vida para incrementar las actividades alternativas al consumo de drogas (Secades, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007).

Debemos diferenciar entre recaída y consumo puntual porque el consumo de alcohol y su impacto tanto en el paciente como en el propio proceso de recuperación son distintos. El consumo puntual se refiere a un episodio de consumo de corta duración que no es seguido de otros consumos en días posteriores. La recaída supone una vuelta al consumo durante más tiempo y donde el paciente vuelve a presentar creencias, actitudes y conductas que reproducen el problema del consumo de alcohol. La recaída debe entenderse como una cadena de conductas y actitudes que se inicia mucho antes de que el paciente consuma nuevamente alcohol. La cadena es una secuencia de pasos como puede ser el resultado de la acumulación de estresantes, la activación de pensamientos negativos y/o positivos y estado de ánimo cambiantes, reaccionar exageradamente o fracasar de forma clara al afrontar una situación de riesgo y/o negar la importancia del problema. De hecho, los episodios de recaída habitualmente se asocian a tres situaciones de riesgo: los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y la presión social para el consumo (Echeburúa, 2001).

Se distinguen tres niveles de intervención: intervención de apoyo o inespecífico que consiste en prestar atención a los problemas y al discurso expresado por el individuo; un segundo nivel que guarda relación con actuaciones dirigidas a la manipulación ambiental como por ejemplo, no ir al bar durante un tiempo, salir acompañado por la familia, evitar situaciones de alto riesgo; y un tercer nivel de actuación que consiste en intervenciones más genéricas mediante terapia de apoyo, ayuda en la búsqueda de soluciones, manipulación ambiental y guía psicológica anticipatoria. Entre las técnicas cognitivo-conductuales para el abordaje de estos niveles contamos con las siguientes: 1) Educación sobre la prevención de recaídas: se quiere que el paciente detecte señales de alerta para que desarrolle las estrategias nece-

sarias para evitar un nuevo consumo; 2) Vigilar situaciones de alto riesgo; 3) Control de fallos ocasionales o deslices; 4) Contrato de contingencias para prevenir recaídas; 5) Planificar crisis y recaídas; 6) Programa de modificación del estilo de vida; 7) Reestructuración cognitiva; 8) Entrenamiento en manejo del estrés y de la ira; 9) Revisar los procedimientos de exposición y de manejo del deseo; y, 10) Fomento de redes de apoyo social.

El programa de prevención de recaídas sin duda facilita al paciente el aprendizaje de estrategias que no solo le ayudará a afrontar situaciones de riesgo sino también a desarrollar un estilo de vida incompatible con el consumo de alcohol.

2.3. Programa de McCrady, Rodríguez y Otero-López

El Programa de Tratamiento de Problemas de Bebida – PTPB, (McCrady, Rodríguez-Villarino y Orero-López, 1998), se sustenta en una aproximación multicomponentes de base cognitivo-conductual. Los autores presentan un paquete integrado de tratamiento en el que describen cada sesión justificando los objetivos programáticos de la intervención. La propuesta pretende ser eminentemente flexible para adaptarla al paciente y al medio terapéutico en el que se quiere llevar a cabo.

Los objetivos fundamentales del tratamiento son: proporcionar a las personas con problemas de bebida un marco de trabajo basado en el aprendizaje social, a través del cual podrán reducir la vergüenza y culpa al comprender las razones por las que desarrollaron este problema; ayudar al paciente por un lado a que conozca su problema valorándolo como un problema de conducta y no como un rasgo personal, y por otro a que reconozca la necesidad abstenerse del consumo de alcohol; que el paciente identifique los antecedentes ambientales, cognitivos y afectivos de su modo de beber; enseñarle estrategias que le faciliten el mantenimiento de la abstinencia; superar las consecuencias de la bebida; proporcionar información sobre qué son y cómo afrontar las caídas y recaídas.

El desarrollo del programa se fundamenta en una serie de principios rectores:

- ✓ Confiere gran importancia a la intervención cognitiva, porque considera que el paciente debe analizar tanto eventos internos como ambientales para desarrollar habilidades de solución de problemas como estrategia que deberá utilizar a lo largo del tratamiento.
- ✓ Se detiene especialmente en las actitudes que llevan al paciente a experimentar vergüenza o culpa por tener este problema, evitando la utilización de conceptos moralistas incidiendo en el hecho de que el consumo de alcohol es una conducta aprendida y que sentirse culpable no ayuda a superar el problema.
- ✓ La decisión última de beber o abstenerse la tiene el propio paciente en base a sus expectativas sobre las consecuencias de una u otra opción.

No debe olvidarse en este marco conceptual que cada persona es única en cuanto a sus antecedentes, consecuencias del consumo y alternativas positivas.

Un componente importante del programa es el análisis funcional de la conducta de consumo de alcohol. El objetivo central del análisis funcional es que el paciente sea consciente de la función que el alcohol juega en su vida, realizando un análisis de todos los elementos que intervienen en los episodios de consumo. Los antecedentes se refieren no solo los estímulos ambientales sino también las variables personales que disparan el deseo o conducta de beber, así como la interpretación que hace el paciente de ellos. Además, el consumo debe describirse pormenorizadamente para conocer el tipo de bebida, cantidad, duración, etc., del episodio porque una descripción detallada proporciona información que le ayudará al paciente a comprender el consumo.

Sucede que en la mayoría de los casos las recaídas son cada vez más intensas, más impactantes y más difíciles de superar. Esto debe saberlo el paciente para evitar que albergue creencias permisivas sobre el consumo puntual de alcohol a pesar de sus consecuencias. Una manera de profundizar en esta cuestión es que el paciente desglose en consecuencias positivas y negativas que pueden ser directas o indirectas del consumo, lo que permite analizar la certeza de las expectativas previas al consumo y que pueden pasar desapercibidas si no se repara en ellas.

El programa de tratamiento que proponen los autores dispone de un manual para el terapeuta en el que se detallan los objetivos de la intervención y las sesiones grupales que se destinan a su consecución. Entre las técnicas de intervención para el logro de estos objetivos sugieren: la exposición de conceptos, el planteamiento de interrogantes e identificación de comunalidades, diferentes y aspectos críticos entre los pacientes, aplicación de técnicas conductuales, cognitivas, y formación y colaboración en los juegos de roles.

A continuación se presenta un cuadro resumen de las sesiones de terapia de grupo de este programa de acuerdo con los objetivos enumerados (tabla 4). Las sesiones se agrupan en torno a: motivación al tratamiento, teoría del aprendi-

zaje y problemas de bebida, identificación de antecedentes, alternativas al consumo, sesiones de apoyo y sesiones de caídas.

2.4. Programa de Beck, Wright, Newman y Liese (1999)

Aunque el programa atiende en su desarrollo tanto variables conductuales como cognitivas, los autores inciden muy especialmente en la modificación de las creencias disfuncionales vinculadas al consumo de drogas que median en los procesos de recuperación de la drogadicción.

Del modelo se desprenden los siguientes componentes principales para el desarrollo de un programa de intervención:

A. Establecer el *rapport* con el paciente.

✓ Se trata de cuidar todos los aspectos que afectan a la relación terapéutica. La intervención terapéutica se concibe como un trabajo de colaboración terapeuta-paciente basado en la confianza.

B. Educar a los pacientes en el modelo cognitivo:

✓ Que el paciente comprenda la relación causal entre cogniciones, afecto, conducta, *craving* y consumo de drogas:

✓ El paciente debe conocer el verdadero impacto de sus creencias siendo consciente de que los obstáculos para superar su problema de bebida radica en la red de creencias disfuncionales que tiene alrededor del consumo de alcohol.

✓ Una de las ideas centrales gira en torno al hecho de que los pacientes que vuelven a beber después de un tiempo de abstinencia es porque sus creencias nucleares relacionadas con la adicción no han cambiado sustancialmente. Es posible que el paciente haya adquirido estrategias para controlar la conducta de beber pero no ha cambiando sus actitudes que son las que alimentan el *craving*.

✓ Reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir drogas mediante la refutación de las creencias subyacentes.

✓ El análisis de creencias nucleares relacionadas con la adicción, con su consumo o con la vivencia del *craving* permitirá utilizar estrategias para modificarlas.

✓ Enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos (ej. entrenamiento en autocontrol).

✓ Ayudar al paciente a encontrar formas más satisfactorias de afrontar los problemas reales y sentimientos desagradables sin tener que volver a consumir drogas (ej. entrenar en estrategias de resolución de conflictos).

✓ Que el paciente descubra la presencia e impacto de las creencias nucleares, automáticas e instrumentales relacionadas con el consumo de drogas y a detectarlas.

✓ El paciente debe comprender que la fuerza de voluntad no es simplemente el mantenimiento pasivo del malestar cuando se desea consumir, si no que es un proceso activo para aplicar técnicas de autoayuda.

C. Establecer metas realistas y específicas.

D. El manejo del *craving* y los impulsos de consumo:

✓ Evaluar la percepción idiosincrásica del *craving*. Se trata de que el paciente contraste sus predicciones en relación a la intensidad y duración del *craving*.

✓ Enseñarle al paciente a que comprenda los distin-

**TABLA 4
ADAPTACIÓN DE MCCRADY, RODRÍGUEZ-VILLARINO
Y ORERO-LÓPEZ, 1998**

Objetivos del programa	Sesiones destinadas a cada objetivo
Ayudar a que las personas con problemas de bebida reconozcan el alcance y severidad de sus problemas de bebida y la necesidad de abstenerse del alcohol.	Razones para asistir o eludir las sesiones de tratamiento. Consecuencias positivas de abstenerse del alcohol.
Proporcionar un marco de comprensión de los problemas de bebida basado en la teoría del aprendizaje social.	Bebida, refuerzo y aprendizaje. Teoría del aprendizaje y alcoholismo.
Enseñar a las personas con problemas de bebida a identificar sus antecedentes de bebida.	Torbellino de antecedentes grupal. Torbellino de antecedente individual. Pensamiento irracional o autodestructivo. Expresión de sentimientos.
Proporcionar a las personas conductas alternativas de afrontamiento de necesidades.	Aprendizaje de concepto de conductas alternativas. Establecimiento de metas y objetivos. Grupos de final del día. Rechazo a bebidas. Entrenamiento en habilidades sociales. Entrenamiento en relajación.
Proporcionar a las personas con problemas de bebida estrategias de utilización de apoyos ambientales que sustenten y refuercen su cambio de hábitos adictivos y de abstinencia.	Grupo de parejas y/o familias. Grupo de seguimiento y asistencia. Empleadores. Grupos de autoayuda. Grupos de mujeres con problemas de bebida.
Presentar la ocurrencia habitual de caídas tras el periodo de tratamiento y enseñar a las personas con problemas de bebida a predecirlas, afrontarlas y minimizar su impacto.	Grupo de caídas.

tos factores que contribuyen al *craving* (ej. creencias nucleares, creencias sobre el propio *craving*, la exposición a estímulos de alto riesgo).

- ✓ Comprender la experiencia subjetiva del paciente.
 - ✓ Centrarse en la importancia de manejar los impulsos y el *craving*.
 - ✓ Enseñar técnicas que puedan ayudar al paciente a afrontar mejor sus impulsos y su *craving* (ej. técnicas de distracción, la utilización de tarjetas, técnicas de imaginación o elaboración de respuestas racionales a los pensamientos automáticos relacionados con los impulsos).
- F. Prestar atención a las creencias por su enorme influencia en los sentimientos y conductas:
- ✓ Discriminar entre creencias acerca de la misma droga (*“la cocaína no es adictiva”*), creencias sobre lo que espera de la droga (*“me ayudará a relajarme”*), creencias que llevan a darse permiso para consumir (*“necesito sentirme bien”*).
 - ✓ Discriminar entre las creencias sobre lo anticipatorias (*“esta noche haremos una fiesta”*), las orientadas hacia el alivio (*“no soporto este aburrimiento, necesito una raya”*) y las facilitadoras o también denominadas permisivas (*“solo las personas débiles tienen problemas con las drogas”*).
 - ✓ Evaluar, examinar y probar la veracidad de las creencias nucleares adictivas con el paciente (*“sin consumir la vida es aburrida”, “todo el mundo consume”*) con el objetivo de poder reemplazarlas por creencias de control (*“puedo salir sin necesidad de tomar alcohol”, “las drogas son perjudiciales para mí”*).
 - ✓ Conocer “la función” del consumo de drogas indagando en la cronología del abuso de drogas.
- G. Utilizar estrategias para la prevención de recaídas.
- ✓ El paciente debe conocer la conexión entre las creencias nucleares relacionadas con la adicción, las creencias sobre el *craving* y el consumo, analizando la recaída desde el modelo cognitivo.
 - ✓ Técnicas para prevenir y controlar la recaída: identificación de los estímulos de alto riesgo; estrategias para afrontar estímulos de alto riesgo (ej. lista de actividades distractoras que puede utilizar cuando se encuentra ante los estímulos de alto riesgo), análisis de las ventajas y desventajas; desarrollar redes de apoyo social.
- H. Manejo de los problemas vitales generales.
- ✓ Atención a problemas que pueden influir negativamente en el logro de objetivos terapéuticos: problemas matrimoniales y familiares, económicos, estresores cotidianos (trabajo con mucha presión), legales, médicos.
- I. Intervención ante la crisis: en la medida en que los pacientes afronten las crisis con éxito sin tomar drogas, aumentará su autoconfianza y habilidades futuras de afrontamiento (ej., identificación de signos de alarma).
- J. Atención a otros trastornos concomitantes.
- K. Utilización de técnicas cognitivas (técnica de la flecha descendente, reatribución de responsabilidad, registro diario de pensamientos, etc.)
- L. Utilización de técnicas conductuales (programación y control de la actividad, experimentos conductuales, repaso conductual, entrenamiento en relajación, asignación de actividades entre sesiones o resolución de problemas).

La relación creencias – craving

El modelo cognitivo de las drogodependencias centra su atención especialmente en la detección y modificación de las creencias que subyacen al consumo de drogas, al entender que el deseo de consumo se sustenta en creencias más nucleares sobre las que debería intervenir. En un estudio reciente pudimos comprobar esta relación y conocer el impacto de las creencias relacionadas con la adicción sobre la presencia de *craving* a lo largo del proceso de recuperación (Martínez-González y Verdejo, 2011). Los resultados mostraron que las creencias nucleares sobre la adicción, especialmente las relacionadas con la funcionalidad del consumo y las expectativas negativas de autoeficacia, predecían la intensidad del *craving*. La relación mostró que en la medida en que los pacientes se identificaban más con esas creencias, mayor era el deseo de consumo experimentado. Se utilizó un cuestionario para la evaluación de las creencias nucleares relacionadas con el consumo y las relacionadas con el *craving* (Beck, 1999). Las creencias nucleares relacionadas con el consumo que se utilizaron fueron: *La vida sin tomar drogas es aburrida; Tomar drogas es la única forma de que se pueda incrementar mi creatividad y productividad; No puedo funcionar sin ellas; Es la única forma de afrontar el dolor de mi vida; No estoy preparado para dejar de tomar drogas; Los craving y los impulsos hacen que tome drogas; Mi vida no mejorará, incluso aunque deje de tomar drogas; La única forma de manejar mi ira es usando drogas; La vida sería deprimente si dejara las drogas; No merezco recuperarme de las drogas; No soy una persona suficientemente fuerte como para dejarlo; No podría ser social sin tomar drogas; El abuso de sustancias no resulta un problema para mí; Los craving y los impulsos no desaparecerán a menos de que tome drogas; Mi abuso de sustancias lo provoca otra persona (ej mi esposa, novia, fa-*

miliar). Las relacionadas con el *craving*: *El craving es una reacción física y, por tanto, no puedo hacer nada para evitarla; Si no freno, los craving empeoran; El craving te vuelve loco; El craving es responsable de que use drogas; Siempre tengo craving de drogas; No tengo control alguno sobre mi craving; Una vez que el craving ha empezado, ya no tengo control sobre mi comportamiento; Tendré craving de drogas el resto de mi vida; No puedo soportar los síntomas que tengo cuando aparece el craving de drogas; Mi castigo por usar drogas es el craving; Si nunca has tomado drogas, entonces no puedes tener ni idea de lo que es el craving (y no puedes esperar que consiga resistirme); Mis imágenes y pensamientos cuando tengo craving de drogas están totalmente fuera de mi control; El craving me pone tan nervioso que no lo puedo soportar; Nunca estaré preparado para soportar el craving.*

En el estudio mencionado, se constata por otro lado que las creencias nucleares relacionadas con el consumo son más intensas en la medida en que es más larga la historia de consumo pero sin embargo, ésta no puede vincularse con las creencias que se refieren al deseo de consumo, lo que implica que el *craving* puede abordarse sin que el tiempo que lleve consumiendo el paciente influya significativamente en él. Todo apunta a que el trabajo sobre estas creencias mejora sustancialmente el nivel de *craving* de los pacientes, lo que a su vez mejora el pronóstico del tratamiento al disminuir la presencia de una de las variables más claramente asociadas a las recaídas. La modificación de las creencias nucleares relacionadas con la adicción se constituyen por tanto en un objetivo prioritario del tratamiento cognitivo de la drogodependencia, toda vez que este cambio facilita no solo la modificación del estilo de vida sino también la reducción de los niveles de *craving*. Los hallazgos de este trabajo son compatibles con la observación clínica porque tras meses de abstinencia los pacientes que han neutralizado estas creencias adictivas verbalizan no experimentar *craving* ante los mismos estímulos que con anterioridad provocaban el deseo intenso de consumo de drogas.

El prototipo de creencias es también un aspecto muy relevante de la evolución hacia la abstinencia del consumo de alcohol. En un estudio de Martínez-González, Verdejo y Becoña (2013) se constató que existen creencias con un impacto diferente sobre el riesgo de consumo, por un lado relacionadas con la propia adicción y otras con el deseo de dejar definitivamente de consumir. Para conocer esta relación se les pidió a los pacientes que contestaran a un cuestionario en el que debían indicar el grado en el que se identificaban justo antes del episodio de consumo y posteriormente en el momento en que se realiza la evaluación. Los resultados mostraron diferencias significativas entre las creencias evaluadas antes y después del consumo, destacando el impacto tanto de las creencias relacionadas con la adicción como las relacionadas con la renuncia al consumo. Se concluyó que la presencia de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas predispone al consumo, destacando particularmente aquellas que guardan relación con la decisión de cese definitivo del consumo de drogas, las que al parecer no verbalizan fácilmente algunos pacientes a lo largo de terapia.

Por otro lado, la facilidad o dificultad con la que los pacientes modifican las creencias relacionadas con su adicción y las que se relacionan con el deseo de consumo, dependen en gran medida de aspectos tan importantes como es la psicopatología comórbida a la adicción, en especial los trastornos de la personalidad. En un estudio en el que se quiso indagar en esta cuestión pudimos comprobar que la presencia de un trastorno de la personalidad tenía cierto impacto en la celeridad y curso del cambio de las creencias que eran objeto de intervención terapéutica (Martínez-González y Verdejo, 2012). Mientras que los pacientes que no presentaban un trastorno de la personalidad seguían una evolución en el cambio de creencias relativamente esperable, en el caso de los que sí presentaban alguno de los trastornos de la personalidad la evolución no eran fácilmente predecibles. Con esto se constata la especial dificultad atribuida a las intervenciones dirigidas al cambio de creencias nucleares en los pacientes con trastornos de la personalidad (Beck, 1995).

3. LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL

El interés fundamental de estos casos radica en que las personas con patología dual son pacientes más vulnerables para afrontar las dificultades del tratamiento (Guardia, Iglesias, Segura y Gonzalvo, 2003). El término patología dual se refiere a la coexistencia de la drogadicción y otra psicopatología tanto del Eje I, Eje II o ambos (DSM-IV-TR, 2002). Actualmente se disponen de instrumentos para la evaluación y diagnóstico de psicopatología concomitante a la adicción que permiten detectar más fácilmente esta comorbilidad.

La manera en que se ha conceptualizado la relación entre las drogodependencias y la psicopatología, ha cambiado a lo largo de los años. Esta comorbilidad puede comprenderse más fácilmente utilizando tres categorías (Torrens et al., 2005): “primario” para denominar los trastornos que no son inducidos por sustancias, como sucede por ejemplo con los trastornos de la estado de ánimo, de ansiedad o los trastornos de la personalidad; “efectos esperados” para hacer referencia a los efectos fisiológicos que cabe esperar del abuso o dependencia de sustancias; e “inducido por sustan-

cias”, que son los síntomas considerados excesivos en relación a como se presentan por intoxicación o abstinencia de la sustancia. Esta clasificación permite no solo predecir razonablemente la evolución de los síntomas de acuerdo con las sustancias sino también valorar más ajustadamente la clínica psicopatológica de acuerdo con el paso del tiempo o su relación con el consumo de sustancias.

Aun con las dificultades que conlleva la evaluación de la psicopatología en el contexto de la adicción a sustancias, se sabe que un porcentaje elevado de pacientes con problemas con el alcohol que solicitan ayuda en los centros especializados presentan alguna otra psicopatología comórbida, aproximadamente el 62.5%, de los que el 44.3% son trastornos de la personalidad. Lo más frecuentes son los trastornos afectivos, de ansiedad y de personalidad. Correctamente se sabe que aproximadamente el 20.3% corresponden trastornos clínicos de los que el 53.2% son trastornos del estado de ánimo y el 33.1% trastornos de ansiedad (Martínez-González, Graña y Trujillo, 2009). Con respecto a los trastornos de la personalidad sabemos que el más frecuente es el obsesivo-compulsivo (12%) seguido del antisocial (8.9%), paranoide y dependiente (7%), narcisista (6.3%), límite e histriónico (5.1%) (Bravo, Echeburúa y Azpiri, 2008).

La psicopatología inducida que podemos observar en pacientes con problemas de alcohol son: el síndrome de abstinencia alcohólica (“Delirium tremens”), alucinosis alcohólica, paranoia alcohólica (celotipia), trastornos del estado de ánimo, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, episodios de amnesia transitoria o trastornos amnésicos persistentes (síndromes de Wernicke o Korsakov). Un paso esencial del tratamiento consiste en detectar en el menor tiempo posible la presencia de trastornos que pudiesen estar vinculados con el consumo de alcohol. En esta línea es muy importante hacer un buen diagnóstico diferencial para descartar determinados síntomas compatibles con alguna encefalopatía, situación en la que debería iniciarse lo antes posible una actuación médica. De cualquier modo, el tiempo de abstinencia es una variable esencial para poder valorar la psicopatología que presenta el paciente.

Así, la importancia de realizar un buen diagnóstico dual radica en que la psicoterapia de los problemas relacionados con el alcohol difiere sustancialmente cuando hay un trastorno de la personalidad comórbido, porque de lo contrario aparecen numerosos problemas e interferencias en el tratamiento. No debería asumirse que las dificultades o falta de colaboración de un paciente son atribuibles en todos los casos a la falta de motivación para dejar de consumir, porque las razones por las que el paciente no realiza las tareas que se le encomiendan o recae de modo aparentemente inexplicable podría deberse a la presencia de psicopatología comórbida (Martínez-González y Trujillo, 2003). Las investigaciones sobre el tratamiento de la drogadicción cuando ésta coexiste con un trastorno de la personalidad muestran algunas evidencias (Martínez-González, 2011a): los drogodependientes con trastornos de la personalidad pueden ser tratados con efectividad si bien es cierto que existen diferencias importantes en la intervención con respecto a otros casos; la evolución del trastorno de la personalidad establece un determinado ritmo que exige adecuar las estrategias terapéuticas a los cambios que se producen en la persona; se ha visto que los pacientes con trastornos de la personalidad pueden presentar un patrón de consumo diferente al resto, lo que puede afectar a los programas de prevención de recaídas; el tratamiento difiere de otros en los que no coexiste con esta psicopatología porque estas intervenciones deben estar necesariamente guiadas por la personalidad; se sabe que el tratamiento debe ser largo para lo que es necesario que el paciente presente una buena adherencia al tratamiento; existen evidencias suficientes para afirmar que el tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para el tratamiento de la drogadicción cuando el paciente presenta un trastorno de la personalidad; y para evaluar la efectividad de la intervención deben tenerse en cuenta variables vinculadas a la adicción y a los rasgos de la personalidad.

Si bien existe un común denominador entre las intervenciones que se llevan a cabo cuando los pacientes presentan un trastorno de la personalidad como son: las cuestiones que se refieren a la egosintonía, las actuaciones que pueden mejorar la adherencia, la adecuación al ritmo que necesita el paciente para ir asumiendo determinadas metas, lo que se debería evitar o potenciar, lo que afecta al abordaje neuropsicológico de estos pacientes o el impacto de la colaboración familiar bajo determinadas condiciones, etc; contamos con estrategias específicas para cada uno de estos casos que deben utilizarse en un contexto terapéutico adecuado (Martínez-González y Verdejo, en prensa).

Existen tres momentos del proceso terapéutico en el que se constata el impacto de los trastornos de la personalidad y en la propia mejoría de los rasgos de la personalidad: antes del tratamiento, porque tiene consecuencias evidentes sobre la propia historia toxicológica del paciente, el patrón de consumo y momento en que demanda ayuda para dejar de consumir; a lo largo del tratamiento, porque sabemos que difiere del que se lleva a cabo en otros casos; y en tercer lugar, en el nivel de riesgo en el que permanece el paciente tras el alta.

También se constata entre los pacientes con trastornos mentales graves es frecuente la comorbilidad del uso de sustancias, lo cual se convierte en un problema importante para la asistencia de enfermos mentales de éstas características. El consumo de alcohol se asocia al incremento de numerosas dificultades a lo largo del tratamiento como también a una mayor probabilidad de intentos de suicidio, violencia, ingresos hospitalarios más largos, circunstancias que ensombrecen el pronóstico de estos pacientes (Guardia, Iglesias, Segura y Gonzalvo, 2003).

Uno de los riesgos de mayor calado en pacientes alcohólicos con patología dual es el suicidio. Se conocen algunos signos específicos del riesgo de suicidio en estos pacientes que deben ser evaluados. Se sabe que el riesgo es mayor en aquellos pacientes que beben más cantidad, tiene una historia de consumo más larga, presentan más problemas relacionados con su abuso, consumen además otro tipo de sustancias, cuentan con antecedentes personas psicopatológicas como por ejemplo trastornos depresivos, alcoholismo familiar y patología psiquiátrica parental, pérdidas maritales, situaciones estresantes e intentos previos de suicidio. También debemos tener presente que la impulsividad y la agresividad se relacionan con la conducta suicida, potenciando el riesgo en este sentido el consumo de alcohol. Los pacientes con alcoholismo con historia previa de intentos de suicidio presentan niveles más altos de agresividad e impulsividad que aquellos sin historia de conducta suicida (Giner, Carballo y Guija, 2011).

4. POBLACIONES ESPECIALES

Si bien existen componentes centrales en cada modelo de intervención, como se ha descrito en apartados anteriores, las actuaciones terapéuticas deben contemplar las especificidades de cada población, porque pueden darse diferencias importantes no solo en lo que se refiere a las dificultades vinculadas al tratamiento de cada uno de ellos, sino también en relación a los objetivos terapéuticos en los que se debería incidir más. Vamos a revisar alguna de las poblaciones que presentan diferencias específicas (Tabla 5).

TABLA 5 POBLACIONES ESPECIALES: PROBLEMAS MÁS IMPORTANTES PARA EL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y OBJETIVOS CENTRALES DEL TRATAMIENTO		
Poblaciones	Problemas fundamentales	Objetivos centrales del tratamiento
Sin techo	No tener cubiertas las necesidades perentorias ocasiona una enorme distorsión en la psicoterapia. Es una prioridad garantizar su estancia en un recurso adecuado.	La prioridad se centra en orientar los esfuerzos del equipo en facilitarle al paciente el acceso a los recursos para satisfacer las necesidades básicas. Se sabe que un porcentaje elevado de estas personas presentan simultáneamente al problema de alcoholismo otras psicopatologías. Éstas influyen negativamente en la evolución del tratamiento, afectando de un modo destacado en la propia adherencia al tratamiento o posibilidad de utilizar recursos normalizados para el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol.
Mujer	Los problemas relacionados con el alcohol en mujeres difieren en parte del problema en el caso de los hombres: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Las mujeres tardan más tiempo en reconocer su problema y por tanto en pedir ayuda profesional. ✓ En el consumo de alcohol median variables como la vergüenza o culpa por beber que les lleva a ocultarlo sobremanera. ✓ Esto supone beber a escondidas con el consecuente aislamiento social. ✓ Las ocupaciones del hogar y responsabilidades en el cuidado de los hijos en ocasiones complican la continuidad de la asistencia a la psicoterapia. 	Potenciar las medidas organizativas del tratamiento que permita a la paciente acudir a todas las sesiones, preferentemente acompañada de algún familiar. Debe sentirse comprendida y en ningún caso juzgada. Abordar desde el inicio los sentimientos de culpa y vergüenza. Conseguir que su entorno colabore activamente en el tratamiento. Fomentar la adherencia al tratamiento.
Adolescentes	El consumo de alcohol se produce con un importante componente social, en el que la percepción del riesgo asociado al abuso de alcohol generalmente se minimiza. En las relaciones sociales de ocio media el alcohol, pudiendo constituirse en un aspecto extraordinariamente relevante. Las representaciones sociales sobre el alcohol, su consumo e impacto en la vida de las personas impide actuar en casos que reúnen características suficientes para considerarlos consumidores problemáticos.	Raramente suelen encontrarse patrones de consumo de alcohol de dependencia semejantes a los observados en el caso de los adultos, lo que explica en parte que la intervención contemple objetivos diferentes. Los episodios de abuso de alcohol suelen verse entre los jóvenes como no problemáticos. Un objetivo central de la intervención es hacerle comprender que su patrón de consumo constituye un problema en la medida en que le causa problemas a él o a otras personas de su alrededor. No es oportuno emplear la categoría de “alcohólico” para referirnos a él o a su problema, si no más bien conceptualizarlo como un problema del control del consumo de alcohol. Uno de los objetivos más relevantes se refiere a la abstinencia total o consumo controlado (esta cuestión se abordará más adelante).
Drogodependientes	El consumo abusivo o dependencia del alcohol es muy frecuente entre drogodependientes, constituyéndose en muchas ocasiones en un problema de primer orden.	Es muy importante indagar en las causas por las que un drogodependiente consume alcohol. Todo parece indicar que los pacientes con patología dual desarrollan más fácilmente adicción alcohol con independencia de cuál sea su adicción principal, convirtiéndose el consumo de alcohol en un medio para afrontar el malestar emocional.

5. LA TERAPIA DE FAMILIA

No cabe duda de que la terapia familiar es una parcela significativa del tratamiento de los problemas de alcoholismo. La familia, de origen o propia, ocupa un papel relevante en la intervención habiéndose asociado su implicación a una mejor evolución (Graña, 1994; McCrady, Rodríguez, y Otero-López, 1998; Carballo, Fernández-Hermina, Secades-Villa y García-Rodríguez, 2008), razón por la que deben adecuarse las actuaciones terapéuticas a las necesidades específicas de cada una (Spitz y Spits, 1990). Tal es su importancia que puede decirse que la permanencia de los pacientes en el tratamiento es mayor cuando la psicoterapia incluye intervenciones desde la perspectiva familiar (Becoña et al., 2008).

La familia debe conocer la naturaleza del problema, sus consecuencias, tratamiento a seguir y estrategias que debería tener en cuenta para colaborar activa y positivamente en el tratamiento. La psicoeducación es una estrategia muy útil para conseguir estos objetivos. En un estudio reciente pudimos comprobar que la intervención psicoeducativa con familiares de pacientes que seguían tratamiento por su adicción al alcohol, mejoraba considerablemente la percepción de ayuda de los pacientes a lo largo del tratamiento, a diferencia del grupo de pacientes cuyos familiares no seguían el programa de intervención psicoeducativa. En ese estudio se comprobó además, que el descenso progresivo a lo largo del tratamiento de la percepción de apoyo en el grupo de pacientes cuyos familiares no fueron objeto de psicoeducación es un reflejo de la importancia de mantener este tipo de intervenciones familiares, particularmente cuando los pacientes presentan a su vez un trastorno de la personalidad (Martínez-González, Albein, Munera y Verdejo, 2012).

En McCrady, Rodríguez y Otero-López (1998), se presenta un material para familiares que puede resultar muy útil durante la terapia. Se desarrolla en varias partes: la primera se ocupa de proporcionar una descripción apropiada de las etapas por las que pasa la familia, facilitando la comprensión del fenómeno y aceptación de su propia vivencia; la segunda, de cómo tratar y apoyar la sobriedad; la tercera, se ocupa de analizar lo que son las caídas y recaídas; y la cuarta, de los planes de seguimiento para la familia a la vez que tiene presente la posibilidad de volver a enfrentarse con la bebida crónica. Guardia (2004), desarrolla un material (*“Alcoholismo: Guía para pacientes y familiares”*) de fácil comprensión de cuestiones significativas del alcoholismo y su tratamiento. Este documento aborda aspectos como: conceptualización del alcoholismo, en qué consiste el tratamiento, el papel de la familia y dudas más frecuentes. En Martínez-González, et al., (2000) se ofrece una reflexión sobre aspectos que afectan directamente al modo en que afronta la familia la drogodependencia y conductas de los familiares que pueden afectar negativamente al tratamiento.

Materiales como estos pueden ser de utilidad si la familia participa y va de la mano del terapeuta, abordando puntualmente los aspectos que más preocupan en cada momento y aquellos que son necesarios según el interés de la propia psicoterapia.

6. LAS INTERVENCIONES BREVES

Al parecer las intervenciones breves son efectivas para reducir el consumo de alcohol en bebedores de riesgo no dependientes (Díez, Peña, García y Gaité, 2001). Las intervenciones breves son limitadas en el tiempo de duración siempre inferior y marginal respecto del tratamiento específico (Rodríguez-Martos, 2011). Según la autora, pueden diferenciarse tres partes: la evaluación, consejo y seguimiento. Es una intervención oportunista, proactiva y educativa que pretende facilitar el cambio de conducta activando los propios recursos del paciente. La población con la que pueden emplearse este tipo de intervenciones son bebedores de riesgo o con consumo perjudicial, adictos al tabaco o usuarios de otras drogas, porque las personas con dependencia difícilmente pueden beneficiarse de estas indicaciones. Las intervenciones breves han demostrado ser eficaces para disminuir el consumo de alcohol en bebedores de riesgo desde contextos no especializados como atención primaria (Díez, Peña, García y Gaité, 2002).

La intervención se fundamenta en el modelo transteórico de cambio (Prochaska y DiClemente, 1986) partiendo de que nadie cambia porque otro se lo indique, de modo que se trata de que la persona encuentre razones más poderosas que las asociadas al consumo. El profesional no puede darle motivación al paciente pero puede ayudarlo a cambiar. En este sentido cabe mencionar el hecho de que las intervenciones breves se han utilizado en diversos contextos como el comunitario, el campo de la traumatología, en servicios hospitalarios, en servicios de urgencias, etc. (Rodríguez-Martos, 2002).

Todo parece indicar que en determinados casos un consejo puede estimular el cambio, habiéndose observado que el consejo breve sistemático de un médico, por ejemplo, aumenta la probabilidad de que los pacientes cambien su patrón

de consumo de alcohol (Bien, Miller y Toningan, 1993). Esta experiencia ha dado lugar, por ejemplo, a programas específicos de intervención en personas hospitalizadas por accidente en el que ha mediado el consumo de alcohol (Fernández, Martínez-González y Alted, 2011). El momento de la hospitalización reúne una serie de características en el que el paciente además podría ser especialmente receptivo a la intervención del personal sanitario.

Las estrategias de intervenciones breves, por tanto, centran su atención en la toma de conciencia y en el consejo para el cambio. En Martínez-González (2011b) se abordan los aspectos centrales de la intervención breve en pacientes hospitalizados. A modo de esquema en la tabla 6 se exponen algunas sugerencias para aumentar la motivación para el cambio.

El objeto de estas intervenciones, que pueden llevarlas a cabo diferentes profesionales de ámbito sanitario, persiguen transmitirle al paciente optimismo sobre la posibilidad de introducir cambios en su patrón de consumo de alcohol. Tengamos presente que las expectativas de autoeficacia y resultado ocupan un papel central en la toma de decisiones del paciente para dejar de consumir.

7. LOS PROGRAMAS DE BEBIDA CONTROLADA

Generalmente, las personas que acuden a algún dispositivo de drogodependencias o de salud mental lo hacen para abordar sus problemas relacionados con el alcohol. Habitualmente son personas que ya han presentado problemas personales, sociales o laborales de tal calado que en ocasiones motiva que el paciente incluso ya no cuente con el apoyo familiar. No obstante, el nivel de deterioro de cada paciente puede diferir mucho, aspectos que nos invita a tener en cuenta diferentes opciones terapéuticas que no necesariamente deben encaminarse a la abstinencia definitiva de alcohol. Por ejemplo, hay pacientes que deben hacer un uso muy controlado de alcohol por el riesgo que comporta para la recaída en el consumo de la droga principal por la que han iniciado tratamiento o como sucede con adolescentes. No obstante, en el caso en que el paciente bebedor excesivo, generalmente jóvenes, no presente dependencia física podrían beneficiarse de un programa de bebida controlada (Echeburúa y Amor, 2003). Todo apunta, según el autor, a que algunos jóvenes que no han desarrollado un alcoholismo severo y no han perdido el control del consumo pueden seguir unas directrices para lograr un consumo no problemático.

Si bien es cierto que muchos pacientes acuden a tratamiento con la idea de aprender a beber controladamente, no todos pueden seguir un tratamiento de este tipo, más bien son los menos. Cuando se trata de una persona con un claro problema de pérdida de control sobre el consumo de alcohol, no podrá acogerse a este programa.

Para Secades (1996) las condiciones óptimas para la elección de un programa de bebida controlada son: 1. Preferentemente, personas jóvenes con un soporte familiar y social adecuado; 2. Inexistencia de contraindicaciones médicas o trastornos psicológicos importantes; 3. Rechazo de la abstinencia total para toda la vida por parte del paciente, junto con el deseo de lograr beber moderadamente y la confianza en su habilidad para conseguirlo; 4. Existencia de fracasos anteriores en otros tratamientos orientados hacia la abstinencia; 5. Ausencia de consumo de otras drogas; 6. Dependencia alcohólica baja junto a una historia breve de consumo excesivo de alcohol y la existencia de periodos de sobriedad intermitentes; 7. Presencia de demanda externas muy frecuentes para beber en situaciones sociales. Estos programas están contraindicados cuando hay: evidencia de cualquier enfermedad

TABLA. 6
¿CÓMO AUMENTAR LA MOTIVACIÓN DE CAMBIO?
TOMADO DE (MILLER Y ROLLINCK, 2012)

<i>Ofrecer consejo.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar claramente el problema. ✓ Explicar porqué el cambio es importante. ✓ Recomendar el cambio específico.
<i>Eliminar obstáculos que existen en los esfuerzos de cambio.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Miedo a efectos adversos del cambio. ✓ Significar el contexto que invita a la normalidad.
<i>Ofrecer alternativas.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El paciente debe sentirse libre en la elección personal. ✓ Libertad al elegir objetivos terapéuticos.
<i>Disminuir la deseabilidad.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Afectan a la estabilidad los costos percibidos o los riesgos del cambio. ✓ La expresión de preocupación del entorno aumenta lo aversivo.
<i>Practicar la empatía.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Favorece niveles bajos de resistencia. ✓ Comprender el significado de los demás.
<i>Ofrecer feedback.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un conocimiento claro de la situación actual (resultados analítica). ✓ La preocupación de la familia.
<i>Aclarar objetivos.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comparar como se encuentra con respecto a sus objetivos. ✓ Es muy importante lo que las personas creen que es normal. ✓ Que vea el objetivo de manera clara y alcanzable.
<i>Ofrecer ayuda activa.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tomar la iniciativa terapéutica. ✓ Expresión de cuidado al paciente.

que pueda agravarse por el uso de alcohol; deseo de la personas de ser abstinentes; demandas externas muy fuertes para que la persona sea abstinentes (como por ejemplo la familia); toma de medicación con efectos peligrosos cuando se toma con alcohol; y fracasos anteriores de programas de bebida controlada.

Como se indica, la valoración de familiares respecto de la idoneidad del programa de bebida controlada es muy valiosa, porque son las personas de alrededor las que observan más claramente la falta de control sobre el consumo de alcohol que el paciente incluso puede no reconocer o no aceptar. Si definitivamente se opta por un programa de este tipo, las pautas de bebida se deben cumplir al menos durante dos o tres meses si bien debería pasar antes por un periodo de total abstinencia durante el menos dos o tres semanas.

Los componentes más frecuentes de los programas de entrenamiento en autocontrol del consumo de alcohol son: 1. Establecer metas y límites de bebida, indicando que no deben beber por ejemplo más de tres días a la semana ni más de dos copas en cada episodio de consumo. Este consumo deben hacerlo siempre acompañados; 2. Entrenamiento para aprender a usar este patrón de consumo de alcohol. La persona debe tener presente las señales indicadoras de los niveles de alcoholemia para potenciar la idea de que el control es la capacidad de mantener el patrón de bebida previamente determinado; 3. Establecer un sistema de reforzamiento en torno a la consecución de las metas; 4. Utilización de autorregistros para que la persona se observe en relación a su patrón de consumo o situaciones que provoquen deseo; 5. Proporciona instrucciones y feedback dando instrucciones sobre las características de la bebida social como tipo de bebida, la cantidad, la rapidez de ingesta, la situaciones de bebida, etc., además de las que se refieren a la evitación del consumo abusivo y respuestas de afrontamiento alternativas a la bebida; 6. Entrenamiento de familiares y amigos para que proporcionen refuerzo contingente a las pautas de consumo establecido en el programa.

Con todo esto, si se dan las condiciones idóneas o la persona no acepta la abstinencia total de consumo de alcohol como objetivo del tratamiento, debemos valorar la utilidad de estos programas para evitar el abandono del tratamiento y fundamentalmente para que el paciente compruebe sus verdaderas dificultades de control del consumo de alcohol.

Ficha 1.

Evidencias sobre la psicoterapia de los problemas relacionados con el alcohol

A lo largo de los últimos años contamos con estudios que han analizado las evidencias en favor del empleo de algunas prácticas psicoterapéuticas. La importancia de sustentar nuestras intervenciones a la luz de abordajes que cuenten con las garantías necesarias, permiten acometer la psicoterapia con estrategias probadas y reconocidas como válidas para el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol.

De los metaanálisis parece desprenderse que no existe ningún tratamiento bien establecido, para la dependencia alcohólica. En Fernández y Secades (2003) pueden consultarse los requisitos que deberían reunir los estudios sobre la efectividad de las intervenciones para que sean considerados tratamientos bien establecidos o probablemente eficaces¹. Los autores ofrecen unas pinceladas sobre cada uno de los cuatro tratamientos considerados como probablemente eficaces: Aproximación de Reforzamiento Comunitario, Tratamiento de exposición a pistas, Proyecto CALM y Entrenamiento en Habilidades sociales.

1. La Aproximación de Reforzamiento Comunitario es un tratamiento combinado que utiliza el Disulfiram y diversas estrategias operantes con la finalidad de reducir el consumo de alcohol y potenciar el comportamiento funcional. Sus principales componentes son: a) la utilización del Disulfiram; b) Aplicación de técnicas conductuales para el manejo del ambiente familiar y de pareja; c) desarrollar actividades sociales reforzantes que no incluyen el uso de alcohol; d) el entrenamiento en búsqueda de empleo a los pacientes que lo necesiten; e) potenciar actividades recreativas no relacionadas con el alcohol; y f) entrenamiento en técnicas para enfrentarse al deseo intenso de beber y a la presión social.
2. El entrenamiento de exposición a pistas. Es un tratamiento del ámbito de los vinculados con el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento. Sus componentes son: a) que el paciente aprenda a identificar situaciones de alto riesgo que llevan al aumento del *craving*; b) se hace una exposición a los estímulos que desencadenan un alto riesgo hasta que disminuya el deseo de beber; c) que el paciente aprenda estrategias cognitivas y conductuales para enfrentarse al deseo de consumo.
3. Al proyecto CALM que se encuadra en las terapias conductuales familiares y de pareja. Tiene el objetivo de reducir los desajustes maritales y a mejorar el control sobre los hábitos de consumo de alcohol. Las técnicas utilizadas son: el análisis funcional, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias y el entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas.
4. El entrenamiento en habilidades sociales, planteamiento al que subyace la idea de que el paciente carece de habili-

¹ **Tratamiento bien establecido.**

Al menos dos estudios con diseño de grupo llevados a cabo por investigadores diferentes deben mostrar eficacia:

A) El tratamiento es superior al tratamiento farmacológico o al placebo, o a otro tratamiento.

B) El tratamiento es equivalente a otro establecido en estudios con adecuado poder estadístico.

Demostrar eficacia mediante una serie amplia de estudios de caso único con: buen diseño experimental y haber comparado la intervención dentro del modelo de diseño único con placebo, con la intervención farmacológica o con otros.

Tratamiento probablemente eficaz.

Dos estudios han demostrado que el tratamiento es más eficaz que un grupo control en lista de espera.

En dos estudios se cumplen los criterios de tratamiento bien establecido pero son llevados a cabo por el mismo investigador.

Al menos dos buenos estudios demuestran la efectividad del tratamiento pero muestran una gran heterogeneidad en las muestras de clientes.

Usando metodología de caso único se reúnen los criterios para tratamiento bien establecido, pero la serie de estudios es pequeña (menos de tres).

Tratamiento en fase experimental.

Tratamientos que no pueden enmarcar en las categorías anteriores, aunque indicios experimentales prometedores de que se pueden alcanzar los niveles de eficacia establecidos.

dades para enfrentarse a determinadas situaciones. Los módulos más comunes en este tipo de programas son habilidades de: rechazo de la bebida, dar *feedback* positivo, realización de críticas, recepción de críticas acerca del uso de bebida, escucha, conversación, apoyos a la sobriedad, resolución de conflictos, comunicación no verbal, expresión de sentimientos, asertividad, rechazar peticiones y realizar críticas en general.

En esta línea de trabajos Fernández y Secades (2003) muestran en su trabajo las conclusiones de un estudio de meta-análisis en torno a la evidencia sobre la eficacia de un grupo numeroso de investigaciones. Se perseguía conocer la contundencia con la que la literatura respalda la eficacia de diferentes propuestas de tratamiento de los problemas con el alcohol. Ordenados de mayor a menor encontramos: 1. La intervención breve; 2. Entrenamiento de habilidades de amplio espectro; 3. Terapia marital / familiar; 4. Aproximaciones cognitivo-conductuales; 5. Terapias de aversión; 6. Medicaciones como el Disulfiram; 7. Medicaciones psicótropas; 8. Psicoterapias de orientación no conductual; 9. Aproximaciones confrontacionales; 10. Alcohólicos Anónimos. En conclusión puede decirse que no hay una sola aproximación capaz de tratar a todos los pacientes.

El hecho de la inexistencia de una aproximación terapéutica únicamente eficaz y con extraordinarias opciones de generalización para todo tipo de enfermo, lleva a sopesar la potenciación de aspectos que comparten las terapias con signos de eficacia. Las sugerencias que deberían tenerse en cuenta a la hora de llevar a cabo una psicoterapia de los problemas relacionados con el alcohol serían: a) tratar la motivación y los reforzadores; b) usar una aproximación no confrontacional; c) enseñar habilidades específicas; d) promover habilidades de afrontamiento activas y el establecimiento de metas; y e) tratar los factores medio-ambientales.

En Guardia et al., (2007) pueden consultarse los diferentes enfoques que han mostrado cierta garantía para su utilización en el tratamiento psicológico. En la tabla 7 se exponen los tipos de abordajes psicoterapéuticos que cuentan con mayor evidencia científica de acuerdo con diferentes grados de recomendación.

La recuperación del paciente dependerá en todo caso de la adherencia, de la existencia de un diagnóstico dual previo a la intervención que conduzca las intervenciones, del apoyo que el paciente reciba durante el tratamiento de su entorno inmediato, de su motivación para rentabilizar el tratamiento y de la decisión de dejar de beber. Se sabe que la psicoterapia de los problemas de bebida debe orientarse hacia la abstinencia total cuando la persona presenta una clara pérdida del control del consumo de alcohol y/o dependencia física.

En la Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones (Becoña et al., 2008) se hace una revisión minuciosa de las aportaciones de diversos estudios en relación a la efectividad de las intervenciones en adicciones. En este caso se presentan las que se refieren específicamente a los problemas relacionados con el alcohol. Sean las siguientes:

✓ *La entrevista motivacional.*

- ✓ Feldstein y Forcehimes (2007) encontraron que un grupo de adolescentes con abuso de alcohol asignados a una Entrevista Motivacional, comparados con un grupo control de no tratamiento, redujeron significativamente los episodios de consumo abusivo en la evaluación a los dos meses.
- ✓ Hulse y Tait (2002) efectuaron un estudio aleatorizado con 120 sujetos que presentaban abuso de alcohol y doble diagnóstico. La reducción era significativamente mayor entre los sujetos que participaron en la entrevista motivacional.
- ✓ La entrevista motivacional parece más indicada para el consumidor con mayor deterioro cognitivo.
- ✓ Resulta especialmente eficaz en la reducción de daños, por ejemplo, una menor incidencia de conducción bajo los efectos del alcohol, de infracciones de tráfico o de otras conductas problemáticas relacionadas con el consumo de drogas.

✓ *Terapias cognitivo conductuales:*

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

- ✓ Longabaugh y Morgenstern (1999) observaron que el entrenamiento en habilidades incrementaba la eficacia de los tratamientos cuando formaba parte de programas más amplios, y sólo en sujetos que presentaban una dependencia leve al alcohol y poco deterioro personal y social.
- ✓ El abordaje del entrenamiento en habilidades de afrontamiento y estrategias de afrontamiento para personas con dependencia de alcohol y/o cocaína dentro de programas multimodales más amplios, es uno de los elementos más eficaces en la evolución y el resultado del tratamiento.

✓ *Manejo de contingencias.*

- ✓ El manejo de contingencias mediante vales canjeables mejora la adhesión y reduce las tasas de recaída en el tratamiento de la adicción al alcohol.

✓ **Tratamientos combinados:**

- ✓ La combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas (psicológicas o farmacológicas) es más eficaz que la aplicación de cada uno de los componentes de forma aislada.
- ✓ La combinación de terapia farmacológica (interdictores del alcohol) y terapia psicológica fundamentalmente cognitivo-conductual mejora los resultados del tratamiento para la dependencia de alcohol y cocaína.

✓ **Pacientes con comorbilidad:**

- ✓ La terapia cognitivo-conductual ha mostrado su utilidad en adolescentes abusadores de alcohol con tendencia al suicidio.

Puede verse que aunque si bien no puede determinarse un tratamiento como el más y únicamente efectivo para el tratamiento del alcoholismo, el tratamiento cognitivo – conductual está a la base de los programas o intervenciones psicoterapéuticas que gozan de más evidencia sobre su efectividad.

**TABLA 7
GRADO DE RECOMENDACIÓN DE LOS ABORDAJES**

Abordajes	Grado de recomendación	Puntos fuertes
Terapias cognitivo-conductuales		Las técnicas cognitivo-conductuales son útiles para ayudar a los pacientes a detectar situaciones de riesgo (internas o externas), para dotarse de estrategias, con lo que se consigue un aumento significativo de la abstinencia.
✓ Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.	A	Está especialmente indicada en pacientes con dependencia leve del alcohol, sin deterioro cognitivo o social significativo, que obtiene mejores resultados en el marco de un tratamiento integral.
✓ Prevención de recaídas.	A	Se muestra eficaz en la disminución de la frecuencia de recaídas, su intensidad y problemas asociados.
✓ Entrenamiento en habilidades sociales o habilidades de comunicación.	A	Es una técnica eficaz también con pacientes que presentan mayor comorbilidad y severidad de la adicción, cuando se persigue retrasar la recaída significativamente. Los mejores resultados se encuentran cuando se utiliza con pacientes que presentan dependencia leve y no tienen episodios explosivos de consumo.
✓ Técnicas de autocontrol.	B	Al parecer consiguen resultados similares a otros si bien suelen utilizarse más cuando existe un objetivo de consumo moderado.
✓ Intervenciones motivacionales.	A	Es eficaz para el tratamiento de la dependencia leve de alcohol y muestra una relación coste-beneficio superior a otras.
Terapias conductuales		La APA considera probada la eficacia de las terapias conductuales.
✓ Exposición a pistas.	B	Cuando se emplea de forma conjunta con estrategias de afrontamiento la exposición a pistas es eficaz en la reducción de la frecuencia e intensidad de consumo, del <i>craving</i> y el aumento de la autocompetencia, en las intervenciones que tienen el objetivo de consumo controlado.
✓ Abordaje de refuerzo comunitario.	A	Es una de las técnicas que consigue mejores resultados tanto en la reducción de días de consumo como de los problemas asociados.
✓ Terapia conductual de pareja.	A	Parte de la idea de que en el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol es recomendable la inclusión de la pareja dado que mejora los resultados en lo que se refiere al consumo. Estaría indicada especialmente en los casos en que la relación está deteriorada o carecen de habilidades de comunicación.
Otras intervenciones psicosociales.		
✓ Terapia de facilitación basada en el abordaje de los 12 pasos.	C	Es un modelo recomendado por la Sociedad Americana de Psiquiatría, aunque de momento no hay acuerdo en cuanto a su eficacia.
✓ Terapias grupales.	B	Obtiene resultados similares a su aplicación individual pero mejora la adherencia inicial al tratamiento y la relación coste-beneficio.
✓ Terapia de Conducta Social y Red de Trabajo.	B	Parece ser tan efectiva como la terapia motivacional.

² Establece cuatro niveles de evidencia: el primero, le corresponde a ensayos clínicos controlados, randomizados y bien diseñados, o bien metaanálisis; el segundo, ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas; el tercero, estudios descriptivos, comparativos y de casos controles; y el cuarto, consenso de comités de expertos, informes técnicos de autoridades sanitarias y series de casos. A estos niveles de evidencia se le asignan un grado de recomendación, de modo que al nivel de evidencia primero le corresponde la máxima recomendación, a los niveles segundo y tercero le corresponde el grado de recomendación alto y al cuarto nivel de evidencia le corresponde un grado de recomendación medio.

Ficha 2.

Conceptos claves de la psicoterapia de los problemas por consumo de alcohol

- ✓ Introducción.
 - ✓ Hacer un buen diagnóstico (consumo normal / patológico). Incluido diagnóstico dual.
 - ✓ Se disponen de instrumentos para la evaluación de los problemas con el alcohol.
- ✓ Generalidades.
 - ✓ El NIDA presenta los principios fundamentales para el tratamiento de las adicciones entre los que destaca como elemento central la psicoterapia.
 - ✓ Se detectan diferentes tipos de demandas de ayuda con expectativas muy diversas respecto de la abstinencia del consumo de alcohol.
 - ✓ Algunas variables juegan un papel muy relevante en el análisis y tratamiento de las adicciones. Entre ellas se encuentran las expectativas de autoeficacia y resultado, la motivación, el *craving* y la fuerza de voluntad.
 - ✓ Se ha visto que tanto la modalidad individual como grupal son efectivas para el tratamiento del alcoholismo. La clave es utilizar la más adecuada según las características de cada persona.
 - ✓ La adherencia al tratamiento es una variable extraordinariamente relevante porque garantiza que el paciente permanezca en tratamiento el tiempo suficiente para que sea efectivo.
 - ✓ Los interdictores parecen ser efectivos cuando se utilizan de forma conjunta con la psicoterapia. Es muy importante seguir las pautas de dispensación adecuadas.
- ✓ Aspectos centrales de los programas:
 - ✓ Reforzamiento comunitario.
 - Motivar.
 - Desarrollo de habilidades de afrontamiento.
 - Llevar a cabo un cambio de estilo de vida.
 - Atender a los problemas en la relación de pareja.
 - Evaluar e intervenir sobre el consumo de otras drogas.
 - Intervención sobre otros trastornos comórbidos
 - ✓ Prevención de recaídas.
 - Entrenamiento en habilidades para el afrontamiento del riesgo.
 - Reestructuración cognitiva.
 - Reequilibrio del estilo de vida.
 - ✓ Programa de Tratamiento de Problemas de Bebida (McCrary, Rodríguez-Villarino y Orero-López, 1998).
 - El problema de la bebida ha afectado a su vida.
 - La comprensión del problema desde la teoría del aprendizaje social.
 - Identificar antecedentes del consumo.
 - Desarrollo de afrontamiento de necesidades.
 - Establecer apoyos ambientales.
 - ✓ Beck, Wright, Newman y Liese.
 - Establecer un buen rapport.
 - Educar al paciente en el modelo cognitivo.
 - Establecer metas realistas y específicas.
 - El manejo de la ira e impulsos por su influencia.
 - Utilizar estrategias específicas para la prevención de recaídas.
 - Manejo de los problemas vitales generales.
 - Atender psicopatología concomitante.
 - Profundizar en la relación *craving* – creencias.

- ✓ Patología dual.
 - ✓ Debe distinguirse entre trastornos primarios, efectos esperados e inducidos por sustancias.
 - ✓ Analizar el peso de la psicopatología comórbida.
 - ✓ La psicoterapia de los problemas relacionados con el alcohol difiere significativamente cuando el paciente presenta psicopatología concomitante.
 - ✓ Disponemos de algunas evidencias respecto al tratamiento cuando el paciente presenta un trastorno de la personalidad. El tratamiento de pacientes es más costoso y difícil de llevar a cabo pero pueden beneficiarse del mismo tanto como otros.
 - ✓ El tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para el tratamiento de pacientes con problemas relacionados con el alcohol que presentan a su vez un trastorno de la personalidad.
 - ✓ Se disponen de indicadores del aumento del riesgo de suicidio. Los niveles de agresividad e impulsividad juegan un papel central.
- ✓ Poblaciones especiales.
 - ✓ Los objetivos terapéuticos deben ajustarse a las particularidades de cada persona, por lo que se conocen diferencias sustanciales dependiendo de determinados grupos de pacientes que los convierten en especiales: sin techo, mujer, adolescentes o drogodependientes.
- ✓ Terapia de familia.
 - ✓ La implicación de la familia en el tratamiento se ha asociado a una mejor evolución del mismo.
 - ✓ La psicoeducación, en particular cuando se trata de pacientes con patología dual, es una estrategia muy útil para incrementar la participación de la familia de acuerdo con los objetivos de la intervención.
- ✓ Las intervenciones breves.
 - ✓ Las intervenciones breves son efectivas en bebedores de riesgo no dependientes.
 - ✓ El consejo breve puede estimular el cambio.
 - ✓ La idea central se centra en la toma de conciencia del problema y el consejo para el cambio.
 - ✓ Estas intervenciones pueden llevarlas a cabo diferentes profesionales del ámbito de la salud.
- ✓ Los programas de bebida controlada.
 - ✓ Estos programas pueden utilizarse con pacientes, generalmente jóvenes, que no han desarrollado un alcoholismo severo y no han perdido el control del consumo.
 - ✓ Si se utilizan estos programas se deben seguir una serie de recomendaciones una vez que el paciente haya estado al menos dos o tres meses abstinerente del consumo de alcohol.

REFERENCIAS

- APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª Ed. Texto Revisado). Barcelona: Masson.
- APA (DSM) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A.T., Wright, F. D., Newman, C.F. y Liese, B.S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E., Fernández, J.R., Casete, L., Bermejo, M.P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Bien, T., Miller, W. y Toningan, J. (1993). Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Bravo, R., Echeburúa E. y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 20, 218-223.
- Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., Strauss, W. y Gaebel, W., 2002. Out-patient behavior therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 227-232.
- Carballo, J., Fernández-Hermida, J., Secades-Villa, R., y Rodríguez-Rodríguez, O. (2008). Determinantes de la recuperación de los problemas de alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española. *Adicciones*, 20 (1), 49-58.
- Díez, J., Peña, C., García, E. y Gaité, L. (2002). Intervención breve en Cantabria en problemas relacionados con el alcohol. *Adicciones*, 14 (1), 13-24.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol. Guía práctica*. Madrid: Síntesis.
- Echeburúa, E. y Amor, P. (2003). Beber controlado como objetivo terapéutico en el tratamiento del abuso de alcohol.

- En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J.R. Fernández, *Manual SET de Alcoholismo* (pp. 461-476). Madrid: Sociedad Española de Toxicomanía.
- Feldstein, S. W. y Forcehimes, A. (2007). Motivational interviewing with underage college drinkers: a preliminary look at the role of empathy and alliance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 737-746.
- Fernández, E., Martínez-González, J.M. y Alted, E. (Edit) (20011). *Alcohol y drogas en pacientes traumatizados graves: necesidad de acciones de prevención secundaria*. Madrid: SeMicyuc.
- Fernández, J. y Secades, R. (2003). Tratamientos psicológicos y combinados empíricamente apoyados. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J.R. Fernández, *Manual SET de Alcoholismo* (pp. 415-433). Madrid: Sociedad Española de Toxicomanía.
- Graña, J.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Gual, A. (1994). ¿Son terapéuticos los grupos de terapia?. En M. Casas, M. Gutierrez y L. San, *Psicopatología y alcoholismo*. Barcelona: Citran.
- Giner, L., Carballo, J. y Guija, J. (2011). Riesgo y comportamientos autolíticos. En J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez (edit) *Manual de trastornos adictivos* (2ª edición). Valencia: Enfoque Editorial.
- Guardia, J. (2004). *Alcoholismo: guía para pacientes y familiares*. Madrid: Just in Time.
- Guardia, J. (coord) (2007). *Guía Clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Guardia, J., Jiménez, M., Pascual, F. y Flórez, G. (2008). *Alcoholismo: Guías Clínicas de Socidrogalcohol Basadas en la evidencia científica*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Guardia, J., Iglesias, Segura, L. y Gonzalvo, B. (2003). Manejo del paciente con patología dual. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J.R. Fernández, *Manual SET de Alcoholismo* (pp. 493-509). Madrid: Sociedad Española de Toxicomanía.
- Hendershot, C., Witkiewitz, K., George, W. y Marlatt, A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, and Policy*, 6, 17.
- Hulse, G. K. y Tait, R. J. (2002). Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Drug and Alcohol Review*, 21, 105-112.
- Hunt GM, Azrin N. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Ilgén, M., Tiet, Q., Finney, J. y Moos, R. (2006). Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol use disorder treatment outcome. *Journal of Study on Alcohol and Drug*, 67 (3), 465-72.
- Iraurgi, I. y Corcuera, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 32, 9-22.
- Iraurgi, I. y González, F. (2002). *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Barcelona: Aula Médica.
- Llorente, J.J. e Uraurgi, E.I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10, 252-74.
- Long, C.G., Williams, M., Midgley, M. y Hollin, C.R. (2000). Within-program factors as predictors of drinking outcome following cognitive-behavioral treatment. *Addictive Behavior*, 25, 573-8.
- Longabaugh R. y Morgenstern, J. (1999). Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence. Current status and future directions. *Alcohol Research and Health*, 23, 78-85.
- Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Comps). *Recaída y prevención de recaídas*. Sitges, Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Martínez-González, J.M. (2011a). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 32, 166-174.
- Martínez-González, J.M. (2011b). ¿Qué hace cambiar a las personas en relación al consumo de drogas?. En E. Fernández, J.M. Martínez-González y E. Alted, (Edit), *Alcohol y drogas en pacientes traumatizados graves: necesidad de acciones de prevención secundaria* (pp. 65-73). Madrid: SeMicyuc.
- Martínez-González, J.M., Albein, N., Munera, P. y Verdejo-García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol con trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychology Research*.5, 18-24.
- Martínez-González, J.M., Molina, B., Ruiz, M. y Torres, A. (2000). *La familia en el tratamiento del drogodependiente*. Granada: Diputación Provincial de Granada.

- Martínez-González, J. M., Graña, J. L., y Trujillo, H. M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21, 105-112.
- Martínez-González, J.M. y Trujillo, H. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastorno de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez-González, J.M. y Verdejo-García A. (2011). Creencias básicas adictivas y *craving*. *Adicciones*, 23, 339-352.
- Martínez-González, J.M. y Verdejo-García, A. (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad. *Adicciones*, 24, 229-238.
- Martínez-González, J.M. y Verdejo-García, A. (en prensa). *Drogodependientes con trastornos de la personalidad. Guía de intervenciones psicológicas*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Martínez-González, J.M., Verdejo, A. y Becoña, E. (2013). Estudio exploratorio del impacto de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en el consumo tras la abstinencia. *Trastornos Adictivos*, 14, 105-111.
- McCrary, B., Rodríguez, R. y Otero-López, J.M. (1998). *Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Miller P.J., Ross S.M., Emmerson R. y Todt E.H.. (1989). Self-efficacy in alcoholics: Clinical validation of the Situational Confidence Questionnaire. *Addictive Behavior*, 14, 217-224.
- Miller, W., y Rollnick, S. (2012). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Mutschler, J., Grosshans, M., Koopmann, A., Hermann, D., Diehl, A., Mann, K. y Kiefer, F. (2010). Supervised Disulfiram in relapse prevention in alcohol-dependence suffering from comorbid Borderline Personality Disorder – A case series. *Alcohol and Alcoholism*, 45 (2), 146-150.
- National Institute on drug Abuse NIDA (1999). Principles of drug Addiction Treatment. Disponible en <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html> [consultado 26 de agosto de 2013].
- Pereiro, C., Becoña, E., Córdoba, R., Martínez, J. y Pinet, C. (2008). *Tabaquismo. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W.R. Miller y N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviors: Process of change*. New York: Plenum Press.
- Prochaska, J. y Prochaska, J. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gosop, *Recaída y prevención de recaída* (pp. 85-136). Barcelona: Citran.
- Rehm, J., Rehm, M., Shield, K., Guel, G. y Gual, A. (2013). Consumo de alcohol, dependencia alcohólica, trastornos relacionados con el alcohol en España. Impacto de los tratamientos de la dependencia alcohólica. *Adicciones*, 25, 11-18.
- Rodríguez-Martos, A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*, 14. Suplemento 1, 337-351.
- Rodríguez-Martos, A. (2011). Estrategias de prevención indicada en consumidores de riesgo lesionados. En E. Fernández, J.M. Martínez-González y E. Alted, (Edit), *Alcohol y drogas en pacientes traumatizados graves: necesidad de acciones de prevención secundaria* (pp. 25-34). Madrid: SeMicyuc.
- Secades, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. y Carballo, J.L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 29-40.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo Juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Silla, M. y Rosón, B. (2009). Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo. *Trastornos Adictivos*, 11(3): 191-9.
- Skinner, M.D. y Aubin, H.J. (2010). Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 606-623.
- Spitz, H.I. y Spitz, S.T. (1990). Terapia familiar en el abuso de cocaína. En H.I. Spitz y J.S. Rosecan. *Cocaína. Nuevos enfoques en investigación y tratamiento* (pp.161-162). Barcelona: Citran.
- Torrens, M., Astals, M., Martín-Santos, R. y Domungo-Salvany, A. (2005). *Evaluación de la comorbilidad psiquiátrica*. Ponencia presentada en el Encuentro de profesionales en drogodependencias y adicciones. Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- Tiffany, S.A. (1990). Cognitive model of drug urges and drug abuse behavior: role of automatic and nonautomatic process. *Psychological Review*, 97, 147-168.
- Verinis J.S. (1996). Effect of an orientation to treatment group on the retention of alcoholics in outpatient treatment. *Substance use and misuse*, 31, 1423-1431.
- Wendell, O. (1993). Tratamiento del alcoholismo: consideraciones generales. En N. Miller y M. Gold, *Alcohol*. Barcelona: Citran.