

Abuso de alcohol

Enrique Echeburúa

psicología clínica

guías de intervención



EDITORIAL
SINTESIS

ABUSO DE ALCOHOL

Guía práctica para el tratamiento

PROYECTO EDITORIAL
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie:
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:
Manuel Muñoz López
Carmelo Vázquez Valverde

ABUSO DE ALCOHOL

Guía práctica para el tratamiento

ENRIQUE ECHEBURÚA



Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© Enrique Echeburúa

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-975682-9-6

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de los editores y de Editorial Síntesis, S. A.

*Sé templado en el beber considerando que el vino demasiado ni
guarda secreto, ni cumple palabra*

Miguel de Cervantes
(Don Quijote de la Mancha)

Índice

Capítulo 1. Introducción

1.1. Bebidas alcohólicas

1.1.1. Conceptos básicos y clasificación de las bebidas alcohólicas

1.1.2. Efectos beneficiosos de las bebidas alcohólicas

1.2. Uso y abuso del alcohol: ¿qué es el consumo moderado?

1.2.1. Aspectos cuantitativos

1.2.2. Aspectos cualitativos

1.3. Tipos de problemas con la bebida

1.3.1. Clasificación de los problemas de bebida

1.3.2. Alcohol y otras drogas

1.3.3. Repercusiones negativas del abuso de alcohol

1.3.4. Responsabilidad penal e intoxicación alcohólica

1.4. Epidemiología del alcoholismo

1.4.1. Problemas de bebida en España

1.4.2. Sectores específicos implicados

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 2. Etiología de los problemas de bebida

2.1. Factores de inicio

2.1.1. Factores sociales

2.1.2. Factores biológicos

2.1.3. Factores psicológicos

2.2. Factores de mantenimiento

2.2.1. Motivaciones para beber

2.2.2. *Trastornos duales*

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 3. Evaluación de los problemas de bebida: diagnóstico precoz

3.1. Entrevista

3.1.1. Entrevista clínica

3.1.2. Entrevistas estandarizadas

3.2. Indicadores clínicos y métodos biológicos

3.2.1. Indicadores clínicos

3.2.2. Métodos biológicos

3.3. Cuestionarios

3.3.1. Cuestionarios de identificación

3.3.2. Cuestionarios diagnósticos

3.3.3. Valoración de los cuestionarios de alcoholismo

3.4. Autorregistros

3.5. Conclusiones

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 4. Tratamiento de los problemas de bebida (1): guía para el terapeuta

4.1. Motivación para el tratamiento

4.1.1. Las fases del cambio

4.1.2. Motivación inicial: la entrevista motivacional

4.1.3. Motivación de mantenimiento

4.2. Objetivos terapéuticos

4.3. Programa de intervención

4.3.1. Características del proceso terapéutico

4.3.2. Desarrollo del programa de intervención

4.3.3. Intervenciones breves específicas

4.3.4. Terapia de grupo

4.4. Prevención de recaídas

4.4.1. Modelo de recaída: caídas y recaídas

4.4.2. Estrategias de actuación

4.4.3. Resultados del tratamiento

Cuadro resumen
Exposición de un caso clínico
Preguntas de autoevaluación

Capítulo 5. Tratamiento de los problemas de bebida (II): guía para el paciente

- 5.1. ¿Tengo problemas con la bebida?
 - 5.1.1. *¿Bebo mucho?*
 - 5.1.2. *¿Bebo cuando no debo hacerlo?*
- 5.2. ¿Qué debo hacer para beber menos?
 - 5.2.1. *Control del ansia de beber*
 - 5.2.2. *Práctica de actividades gratificantes*
 - 5.2.3. *Afrontamiento de la presión social*
 - 5.2.4. *Solución de conflictos personales e interpersonales*
 - 5.2.5. *Superación de estados emocionales negativos*
 - 5.2.6. *Recuperación tras una recaída*
 - 5.2.7. *Recomendaciones finales*

Clave de respuestas

Lecturas recomendadas y bibliografía

Introducción

En esta guía se aborda el problema del consumo abusivo de alcohol, que ha recibido una escasa atención hasta la fecha y que, sin embargo, constituye una cuestión de salud pública en España. Las razones del desinterés por este tema son múltiples. En primer lugar, la ingesta excesiva de alcohol, al formar parte de nuestra cultura desde tiempo inmemorial, crea en los consumidores una *mentalidad de usuario*, es decir, la creencia de valorarla como un hábito normal e incluso un rito de iniciación a la vida adulta, lo que dificulta la consideración de los excesos de bebida como un problema clínico. Y en segundo lugar, ha habido un interés creciente por las toxicomanías ilegales –explicable, por otra parte, por sus peculiaridades: edad temprana de los sujetos afectados, repercusiones negativas graves para la salud, fenómenos de marginación social, etc.–, que ha generado un ruido de fondo y ha difuminado el verdadero alcance de los problemas relacionados con la bebida.

La enorme difusión del alcohol está relacionada con el sabor de la sustancia, pero también con las respuestas psicológicas positivas que induce: las personas se encuentran más atractivas, tienen más confianza en sus habilidades, disminuyen las tensiones diarias, se facilita la expresión del sentido del humor e incluso las dificultades de la vida cotidiana parecen más pequeñas y superables.

Cuando se habla de enfermedades asociadas al alcohol, se piensa habitualmente en el alcoholismo. Pero esto no es así. El alcoholismo constituye la punta del iceberg, es decir, la parte más visible y dramática de este fenómeno clínico, pero no la de mayor tamaño. En realidad, los problemas relacionados con el consumo abusivo de alcohol (no con el alcoholismo propiamente dicho) son mucho más frecuentes, afectan a personas hasta ahora a salvo de este problema, como los adolescentes y las mujeres, y son fuente de disfunciones de todo tipo: violencia familiar y social, conductas temerarias en la conducción, falta de rendimiento en el trabajo y en los estudios, deterioro progresivo de la salud, problemas en las relaciones interpersonales, etc. (Santodomingo, 1990).

La ingesta excesiva de alcohol permanece con frecuencia enmascarada. Las personas afectadas tienden a negar el problema existente. El mecanismo de *negación de*

la enfermedad –frecuente, por lo demás, en todos los trastornos adictivos– se pone en marcha cuando el sujeto percibe un rechazo social de su problema (beber está bien visto, pero ser dependiente del alcohol no) y cuando las consecuencias negativas de esta dependencia no son todavía visibles en la salud y en el funcionamiento cotidiano. Todo ello dificulta la detección temprana, la motivación para el tratamiento y el tratamiento mismo. De estos problemas se ocupa este texto.

Ahora bien, la inquietud por los excesos en la bebida no debe llevarnos a rechazar sin más el consumo de alcohol, como la preocupación por el sida o por los embarazos no deseados no justifica el rechazo indiscriminado a las relaciones sexuales. Beber es agradable y divertido –incluso una forma de *engrase* social–, algo de lo que no hay por qué prescindir si se hace moderadamente y no hay razones médicas, psicológicas o personales que lo desaconsejen. En otras palabras, los excesos en el alcohol de algunas personas, que hacen de una conducta placentera normal un uso anormal, no pueden tergiversar la realidad del consumo gratificante e inocuo de otras muchas que beben con moderación, en compañía y en el transcurso de la comida (Echeburúa, 1996a).

1.1. Bebidas alcohólicas

1.1.1. Conceptos básicos y clasificación de las bebidas alcohólicas

El alcohol etílico es el componente psicoactivo fundamental de las bebidas alcohólicas. Los grados representan el porcentaje de alcohol de una bebida. De este modo, si un vino tiene 12° quiere decir que contiene un 12% de etanol. Si bien las bebidas son muy variables en olor y sabor, todas ellas pueden agruparse en tres grandes tipos ([cuadro 1.1.](#)):

Cuadro 1.1. Clasificación de las bebidas alcohólicas más frecuentes

1. Bebidas fermentadas (5°-15°)	
– Vermús y aperitivos	16°-24°
– Cava	12°
– Vino	11°-12°
– Cerveza	4°-5°
– Sidra	3°
2. Bebidas destiladas (25°-60°)	

– Ron	40°-80°
– Whisky	40°-50°
– Coñac	40°
– Ginebra	40°
– Vodka	40°
– Anís	36°
– Pacharán	28°

3. Bebidas alcohólicas sin alcohol (0,5°-1°)

– Cerveza sin alcohol	0,8°-1°
-----------------------	---------

- a) *Las bebidas fermentadas.* La fermentación se produce cuando se dejan reposar determinados vegetales y frutas de gran contenido en azúcar (uva, manzana, cebada, arroz, etc.) durante un período de tiempo largo en un sitio con una temperatura apropiada. En estas circunstancias algunos microorganismos que se encuentran en el aire y en la superficie de la fruta transforman el azúcar en alcohol. Por tanto, la fermentación espontánea de cualquier líquido azucarado conduce a la obtención de una bebida fermentada.

Las principales bebidas fermentadas consumidas en nuestro medio son el vino (11°-12°), el cava (12°), la cerveza (4°-5°) y la sidra (3°). Los vinos aperitivos, como los vermús, oscilan entre una graduación de 18° a 24° y se forman a base de añadir al vino alcohol vínico o aguardiente de vino y sustancias vegetales amargas o estimulantes.

- b) *Las bebidas destiladas.* La destilación consiste en hervir bebidas fermentadas. Al eliminarse por el calor parte del contenido de agua, se eleva el porcentaje total de alcohol. Así se obtienen los licores, que suelen oscilar entre 25° y 50°, a los que se suelen añadir algunas sustancias (aromas, azúcar o agua) para hacerlos más suaves y agradables al paladar. Son, además, el ingrediente principal de los combinados y cócteles.

Los licores más consumidos son el whisky (50°), la ginebra (40°), el ron (40°-80°), el coñac (40°), el anís (36°) y el pacharán (28°). Hay incluso en el mercado bebidas alcohólicas más purificadas, como ciertos rones o aguardientes, que sobrepasan una concentración de alcohol del 50%.

- c) *Las “bebidas alcohólicas sin alcohol”.* Se trata fundamentalmente de cervezas que se anuncian como carentes de alcohol, pero que, sin embargo, tienen un contenido alcohólico de 0,8° a 1°. En concreto, tres latas de cerveza *sin alcohol* equivalen a un vaso de vino o a medio whisky.

El mayor o menor efecto de una bebida alcohólica sobre el organismo depende de

la graduación de la bebida en concreto, de la cantidad tomada, del momento del día (en las comidas o fuera de ellas) y de la mayor o menor costumbre, así como de las circunstancias físicas (grado de salud, uso asociado con otras drogas o fármacos, etc.) y psicológicas (estado de ánimo, expectativas, compañía, etc.) en que se ingiere. Por otra parte, la acción del alcohol varía asimismo según la *forma de consumo*. En concreto, la tendencia actual al uso de los cubalibres o de los combinados, es decir, a mezclar el ron, la ginebra o el whisky con bebidas carbónicas (como la tónica, la soda, la *coca-cola* o los refrescos de naranja) responde a dos motivos fundamentalmente: potenciar el efecto del alcohol gracias al CO² presente en estas bebidas y facilitar el tránsito del alcohol por el aparato digestivo al mezclarse con un refresco frío. De este modo, el cava tiene una graduación alcohólica moderada, pero, sin embargo, se trata de un vino espumoso que, al contener CO² y consumirse a una temperatura fría, produce una reacción más rápida que otros vinos.

No es casual el éxito en nuestro medio, especialmente en las salidas nocturnas de los fines de semana, de los combinados de alcohol (ron o ginebra) con *coca-cola* (los *cubatas*), en donde la cafeína presente en este refresco neutraliza el efecto depresor del alcohol y permite mantener el nivel de activación necesario para hacer frente a la somnolencia, seguir el ritmo de la música y continuar con la fiesta. Los *calimochos* (mezcla de vino con *coca-cola*), a veces consumidos en plena calle con bebidas compradas en los supermercados, desempeñan una función similar en personas más jóvenes o con una capacidad adquisitiva inferior.

1.1.2. Efectos beneficiosos de las bebidas alcohólicas

La influencia del alcohol –y, más particularmente, del vino– sobre la salud ha sido objeto de muchas controversias. La mentalidad de consumidor, las ideas preconcebidas y los intereses económicos tejidos en torno al consumo de esta sustancia han enturbiado muy frecuentemente el rigor del debate. Beber alcohol dentro de ciertos límites probablemente no es una bendición del cielo, pero tampoco es la antesala de calamidades múltiples de todo tipo.

En los últimos años se han ensalzado las virtudes del consumo moderado de bebidas alcohólicas para reducir el riesgo cardiovascular porque el etanol tiene un efecto antiocoagulante y actúa sobre los lípidos sanguíneos. De este modo, beber con mesura, no sólo no es perjudicial, sino que incluso puede ayudar a prevenir ciertas patologías, como el accidente cerebrovascular, el infarto de miocardio y la demencia senil.

Más en concreto, la proliferación de estudios médicos sobre el vino ha sido incesante en los últimos años y sólo comparable al aumento del precio de este producto. Así, se ha señalado la influencia benéfica del vino tinto, consumido moderadamente (uno o dos vasos de vino diarios en las comidas), en el metabolismo del colesterol gracias a la

acción antioxidante de los flavonoides y de los taninos. Los antioxidantes son capaces de frenar la oxidación del colesterol *malo* (el LDL) y, de este modo, se convierten en poderosos aliados contra las enfermedades cardiovasculares y el envejecimiento. En este caso el vino sería más cardiosaludable que otras bebidas alcohólicas. Sin embargo, los flavonoides también se encuentran en el zumo de uva, por lo que no sería necesario estrictamente consumir alcohol, sino simplemente mosto, para reducir la agregación plaquetaria y mejorar el estado del corazón.

El vino tiene propiedades cardiosaludables para los hombres mayores de 40 años y las mujeres de más de 50, pero hasta esta edad no se ha comprobado un efecto beneficioso. Es decir, el beneficio del vino es mayor en las poblaciones de elevado riesgo cardiovascular. En la gente joven, sin embargo, es superior el riesgo al beneficio. De hecho, hay pautas menos arriesgadas y más efectivas para mantener el corazón sano, como la dieta equilibrada, el ejercicio y el abandono del tabaco.

En realidad, la asociación entre consumo de vino y riesgo cardiovascular dibuja una curva en *J*, lo que indica que beber con moderación es más saludable que ser abstemio, pero que, a partir de un consumo de dos o tres dosis diarias, el riesgo se dispara.

Sin embargo, el elevado índice de calorías que proporciona el alcohol (siete por cada gramo), unido a que es una pésima fuente de energía para el organismo, desaconseja su ingestión en deportistas profesionales. El alcohol contiene sólo *calorías vacías*, es decir, aquellas que, fuera de su componente energético, no tienen ningún valor nutritivo. Como es frecuente que los alcohólicos sustituyan los alimentos por la bebida, su dieta carece de los nutrientes esenciales.

Asimismo el alcohol puede ayudar a dormir, pero la mayoría de las veces promueve un sueño poco profundo y que no proporciona una sensación de descanso pleno a la mañana siguiente.

1.2. Uso y abuso del alcohol: ¿qué es el consumo moderado?

Más del 65% de la población española adulta consume, de una forma más o menos regular, bebidas alcohólicas. La mayor parte de estas personas disfrutan del alcohol y no experimentan consecuencias nocivas con su consumo. De lo que se trata, por tanto, es de delimitar lo que constituye el *uso* saludable del alcohol y de diferenciarlo de las pautas de bebida características del *abuso* (Becoña, 1998).

1.2.1. Aspectos cuantitativos

El objetivo más importante desde esta perspectiva es establecer los límites del

consumo de riesgo y del consumo perjudicial. La definición de las unidades de medida en diferentes países es muy variable y se asemeja, en cierto modo, a una torre de Babel. Lo que tiende a utilizarse actualmente es la *Unidad de Bebida Estándar (UBE)*, que es equivalente a 10 gramos de alcohol puro y que, aun sin llegar a una precisión matemática, permite una mayor facilidad en el registro de consumos.

En concreto, un vaso de vino o una *caña* de cerveza, tomados con la pauta de medida de un bar, equivalen a 10 gramos (1 UBE); una de una bebida destilada, a 20 gramos (2 UBE). Una botella de vino es equivalente a 70 gramos. No debe sorprender que la cerveza y el vino sean equivalentes teniendo, sin embargo, una graduación alcohólica diferente: las unidades de medida del consumo son asimismo muy distintas.

Si bien suele utilizarse el cómputo global semanal, interesa conocer la distribución de dicho consumo: no es lo mismo ingerir 210 gramos semanales a razón de 30 diarios que consumirlos en sólo dos días (viernes y sábado, con una abstinencia el resto de la semana).

Los límites establecidos por el *National Health and Medical Research Council* de Australia (1987) para una población adulta, sana y bien alimentada figuran expuestos en el [cuadro 1.2](#).

Estas restricciones –válidas en general– están, sin embargo, sujetas a ciertas excepciones. En algunos casos deben ser más estrictas y requieren una vigilancia específica, como cuando una persona es adicta a otras drogas o a conductas de dependencia (como el juego, por ejemplo). En estos casos el riesgo de abuso, es decir, de sobrepasar los límites establecidos deriva, no de la cantidad, sino de la personalidad adictiva del consumidor. Es más, hay personas que por sus características evolutivas (niños), por su situación especial (embarazo), por su responsabilidad específica (conductores o pilotos) o por su vulnerabilidad transitoria (enfermedades o tratamientos incompatibles con el alcohol) no deben probar, ni siquiera en pequeñas cantidades, las bebidas alcohólicas.

Cuadro 1.2. Límites de riesgo del consumo máximo de alcohol

<i>Tipo de consumo</i>	<i>Población</i>	<i>Cantidad</i>
<i>Seguro</i>	Hombres	0-40 gr/día
	Mujeres	0-20 gr/día
<i>De riesgo</i> ¹	Hombres	41-60 gr/día
	Mujeres	21-40 gr/día
<i>Perjudicial</i> ²	Hombres	Más de 60 gr/día
	Mujeres	Más de 40 gr/día

¹ *Consumo de riesgo*: nivel de consumo que potencialmente produce daño si se persiste en el hábito.

² *Consumo perjudicial*: nivel de consumo que deteriora claramente el bienestar psíquico o físico de la persona.

Por otra parte, el umbral de riesgo de la mujer se sitúa siempre en un nivel más bajo. Las mujeres son más vulnerables al consumo abusivo de alcohol porque, al tener menos peso que los hombres, cuentan con una menor proporción de agua en el organismo en la que diluir el alcohol y porque, al tener más materia grasa los tejidos respecto al hombre a partir de la pubertad, les cuesta más eliminar el alcohol, que es una sustancia liposoluble. Asimismo sus enzimas hepáticas metabolizan peor el alcohol. Por ello, a igualdad de consumo, tienen una mayor tendencia que los hombres a sufrir enfermedades hepáticas y a convertirse en adictas al alcohol. En concreto, una ingesta diaria superior a 20 gramos de alcohol (a 40 gramos en el hombre) facilita la aparición, al menos en el 60% de los casos, de una lesión hepática al cabo de 10 años.

Reducir el nivel de riesgo implica asimismo estar dos o tres días por semana sin consumo alguno de alcohol. Por otra parte, beber por encima de 100 gramos de alcohol en una única ingesta, aunque sea aislada (un sábado por la noche, por ejemplo), es una forma de abuso y un indicador de problemas futuros con el alcohol.

1.2.2. Aspectos cualitativos

Al margen de la cantidad de alcohol consumida, hay algunos aspectos cualitativos que deben tomarse en consideración para calificar a un consumo de adecuado o inadecuado. En primer lugar, se debe beber alcohol cuando una persona está de buen humor o, cuando menos, de un humor normal. Hacerlo cuando uno se siente deprimido,

ansioso, irritado o culpable es contraproducente porque el riesgo de adicción, independientemente de la cantidad ingerida, es alto. El control de la bebida en las personas que hacen un uso adecuado de ella está relacionado con reforzadores positivos: sabor de la bebida, disfrute de un rato de ocio, acompañamiento de una buena comida, *engrase* social, celebración de algo agradable, etc. Por el contrario, las personas con problemas en la bebida no beben para estar bien, sino para no sentirse mal. Es decir, en este último caso se bebe para aliviar el malestar, olvidar una pena, hacer frente a una situación desagradable, ahuyentar la soledad o, en el caso de los alcohólicos, para eliminar el síndrome de abstinencia.

En segundo lugar, las consecuencias de la bebida pueden ser negativas cuando se persigue directamente el efecto psicoactivo (eufórico) de la misma. Es decir, consumir alcohol para cogerse un *colocón*, mezclarlo con drogas, experimentar un deseo insaciable, ingerir bebidas diferentes del resto del grupo o hacerlo en circunstancias en que los demás no lo hacen (por ejemplo, a media mañana) y, por último, seguir bebiendo cuando los demás ya han dejado de hacerlo, son señales inequívocas de abuso.

En tercer lugar, beber en compañía (o, mejor dicho, beber en *buena compañía*), especialmente en el transcurso de una comida, es un signo saludable. Las demás personas comparten con uno el efecto gratificante del alcohol y ejercen un control implícito sobre el riesgo de abuso. Por el contrario, beber a solas y fuera de las comidas centra la búsqueda de gratificación en el alcohol en sí mismo y soslaya la posibilidad de control por parte de otras personas.

Y, por último, lo que hace sano y no problemático el consumo de alcohol es cuando la vida de una persona no gira en torno a esta sustancia, es decir, cuando sabe divertirse, emplear el tiempo libre y afrontar las dificultades sin depender física ni emocionalmente de la bebida.

1.3. Tipos de problemas con la bebida

En este apartado se señalan los problemas derivados del consumo abusivo de alcohol y de la mezcla de esta sustancia con otras drogas, así como las diferentes repercusiones en las distintas esferas de la persona. Por último, se aborda la cuestión referida a la responsabilidad penal existente cuando una persona comete un delito y está bajo los efectos del alcohol.

1.3.1. Clasificación de los problemas de bebida

El alcoholismo no es sino una de las formas –quizá la más impactante– de las que

se revisten los problemas de bebida, pero no es en modo alguno la única, ni siquiera la más frecuente.

A) Intoxicación alcohólica aguda

La embriaguez se produce tras una ingesta excesiva de alcohol y aparece en las personas normales a partir de una tasa de alcoholemia de 1-1,5 gramos. Como se observa en la vida cotidiana, la borrachera puede aparecer en alcohólicos, pero también en personas no dependientes que sobrepasan la tasa anteriormente señalada. La intensidad y duración de la embriaguez dependen de la cantidad y del tipo de bebida consumida, así como de la rapidez de la ingesta, de las circunstancias del consumo y del desarrollo de la tolerancia.

La intoxicación aguda aparece a los pocos minutos de la ingesta de alcohol y se manifiesta, en una primera fase, en forma de un estado inicial de excitación y euforia, acompañado de locuacidad. En una segunda fase suelen aparecer alteraciones psicomotrices (descoordinación de los movimientos, marcha inestable, lenguaje farfullante, etc.) y psicológicas (conductas violentas, inestabilidad emocional, comportamientos sexuales inadecuados, suspicacia, amnesias, deterioro de la atención y de la capacidad de juicio, etc.) ([cuadro 1.3](#)). Por último, si se continúa con la bebida, la inconsciencia puede aumentar hasta llegar al coma e incluso a la muerte (a partir de una tasa de alcoholemia de 4-5 gramos).

Cuadro 1.3. Intoxicación alcohólica aguda

<i>Signos</i>
– Aliento alcohólico – Marcha inestable – Descoordinación de los movimientos – Lenguaje farfullante – Vértigos – Vómitos – Temblor – Disminución del nivel de conciencia
<i>Síntomas</i>
– Pensamiento más lento de lo habitual – Euforia o depresión – Deterioro de la memoria reciente – Inestabilidad emocional: sollozos o risas – Irritabilidad

Cuando se bebe una cantidad excesiva de alcohol durante un corto período de tiempo, suele aparecer la *resaca* –resultado de la deshidratación que afecta a las células cerebrales–, que hace acto de presencia entre las 8 y 12 horas después de la ingesta y que se manifiesta en forma de una serie de síntomas generalizados, como el dolor de cabeza, la fatiga, la sequedad de boca, la acidez de estómago, las náuseas y los vómitos. La resaca no es sino la reacción del organismo ante la agresión de que ha sido objeto.

Una variante de la borrachera es la *embriaguez atípica*, que se caracteriza por producirse con una escasa cantidad de alcohol y durar mucho más de lo que es normal en las borracheras habituales. Los cambios comportamentales implicados en este tipo de embriagueces son mucho más acentuados y problemáticos: conductas violentas, celos patológicos, ideas delirantes de persecución, desorientación, alucinaciones, etc. La embriaguez atípica se suele presentar en personas que toleran mal el alcohol, que tienen un trastorno psicopatológico (por ejemplo, una esquizofrenia o un trastorno de personalidad) o neurológico (epilepsia o traumatismo craneoencefálico) previo. Este tipo de borrachera puede ser asimismo resultado de la mezcla de alcohol con otras drogas (como el hachís, las anfetaminas o la cocaína) o con fármacos ansiolíticos. El caso expuesto a continuación es un ejemplo de embriaguez atípica.

Jorge, de 30 años, casado y con dos hijos pequeños, es jefe de ventas de una empresa de electrónica. Se trata de un hombre responsable y cumplidor en el trabajo, así como bien integrado en la familia, y es definido por su mujer como “de buen carácter, pero con mucho genio”. Es una persona sociable, con muchos amigos, con quienes mantiene la costumbre de relacionarse regularmente. Desde siempre le ha gustado beber, pero lo hace con moderación y sólo los fines de semana. Hace dos años tuvo un accidente de moto, a raíz del cual sufrió un traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento, del que se recuperó satisfactoriamente y sin secuelas aparentes. No obstante, desde entonces, cuando bebe lo habitual en él (dos vasos de vino y una copa en el transcurso de una cena con sus amigos el fin de semana) se excita fácilmente, se pone muy agresivo, piensa infundadamente que los demás se están metiendo con él o le están ocultando algo y comienza a chillar o a decir impertinencias, así como a mostrarse celoso infundadamente respecto al comportamiento de su mujer. Aunque al día siguiente se arrepiente de lo ocurrido, los amigos han empezado ya a evitarle porque las situaciones planteadas son muy desagradables.

B) Abuso de alcohol

Se llega a ser bebedor excesivo cuando se consume habitualmente esta sustancia por encima de los límites establecidos. Lo que se bebe resulta ya perjudicial para el organismo. No es infrecuente la aparición de ciertas alteraciones gastrointestinales (pérdida de apetito, molestias de estómago, diarreas, náuseas matinales, etc.) o neurológicas (dolor de cabeza al despertar, problemas de sueño, etc.) que los sujetos afectados, en un intento de rechazo de la realidad, minimizan o suelen atribuir al consumo excesivo de tabaco. En el caso de los varones pueden aparecer asimismo episodios esporádicos de impotencia, tanto más frustrantes cuanto coinciden con frecuencia con un aumento del deseo sexual. Como decía Shakespeare, “el alcohol, señor, provoca y no provoca, provoca deseo, pero mengua actuación” (*Macbeth*, acto 2.º, escena 3.ª).

Si bien no hay una dependencia todavía clara respecto al alcohol y la vida cotidiana es aparentemente normal, comienzan a ser habituales las borracheras, las conductas disfuncionales (episodios de violencia, falta de rendimiento en el trabajo, empobrecimiento de la vida social, problemas en la conducción, etc.) y la utilización del alcohol como estrategia de afrontamiento ante cualquier contratiempo surgido. La ingesta de esta sustancia es cada vez más frecuente y en mayores dosis. Por ello, cuando se superan los límites de riesgo señalados durante un período de 5-10 años, pueden aparecer alteraciones en los análisis de sangre (especialmente, elevación de la gamma GT y del volumen corpuscular medio de los hematíes) que revelan la existencia de lesiones hepáticas o de disfunciones hematológicas, respectivamente.

Las pautas de bebida de estas personas –frecuentemente jóvenes– se caracterizan por ser excesivas, pero suelen estar limitadas a los fines de semana o a acontecimientos festivos concretos. Sin embargo, con el transcurso del tiempo esta limitación temporal comienza a desdibujarse y los excesos ya no se reducen sólo a los días de fiesta. Otras veces estas pautas, especialmente en las personas más adultas, forman parte de hábitos de consumo excesivo de alcohol en la vida cotidiana. Veamos un ejemplo.

Lucía, de 28 años, soltera, es enfermera y trabaja a turnos en una clínica privada. Vive en un apartamento, que comparte con una compañera de trabajo. Se trata de una persona sociable, que tiene un gran sentido del humor y que disfruta del contacto con las demás personas, pero que experimenta muchos cambios de ánimo y que soporta mal la soledad. A diario no suele beber alcohol, pero cuando sale de noche con sus amigas los viernes o sábados le gusta tomarse dos o tres cubatas –cuatro excepcionalmente– porque se siente más eufórica y disfruta más de la relación social. En los últimos meses, sin embargo, ha comenzado a beber casi todos los días (uno o dos cubatas a media tarde), a veces porque se siente sola o triste en casa, a veces porque ha tenido un contratiempo con su supervisora y otras veces porque está molesta con los

dolores menstruales. Es raro el día en que, por un motivo u otro, no consume alcohol. No llega a emborracharse, pero se muestra en casa con su compañera más chillona, más intransigente y con una mayor tendencia al llanto incontrolado.

Por otra parte, siempre se encuentra un pretexto adecuado para beber: invitar a alguien, festejar una alegría, olvidarse de un suceso desagradable, combatir el frío, pasar el rato, etc. Los pensamientos sobre la bebida aumentan considerablemente, así como las ganas de tomar algo en cualquier circunstancia o momento del día.

La transición en estos casos de esta fase a la siguiente suele ser progresiva, sin que sea fácil detectar un punto de inflexión claro. En general, una persona abusa del alcohol cuando sobrepasa los límites aceptados por su medio cultural, cuando consume habitualmente esta sustancia de forma o en situaciones o circunstancias que son inusuales en el entorno social y cuando la salud y el apoyo sociofamiliar del sujeto (familia, trabajo, amigos, etc.) comienzan a resentirse.

C) Dependencia del alcohol

Muchos bebedores excesivos se van a convertir al cabo de unos años en alcohólicos. Esta evolución progresiva en el nivel de gravedad va a depender de unos datos objetivos –la cantidad y los años de consumo–, pero también de las diferencias individuales de las personas. Los bebedores excesivos con una mayor vulnerabilidad biológica (por ejemplo, una salud precaria) o psicológica (las personas solitarias o sin apoyo familiar y social) corren mayor riesgo de transformarse en alcohólicos. Pero si un bebedor excesivo no se convierte en alcohólico, no quiere decir que el consumo de alcohol le resulte inofensivo. Tal como se ha señalado en el apartado anterior, la calidad de vida de esta persona va a quedar, en cualquier caso, mermada.

A diferencia del abuso de otras drogas (por ejemplo, de los opiáceos), el período de incubación del alcoholismo es muy largo. Se requieren períodos prolongados de una ingesta abusiva de alcohol para que una persona se convierta en alcohólica propiamente dicha. Por ello, es frecuente ver en la clínica a alcohólicos mayores de 40-45 años, que, sin embargo, abusan de esta sustancia desde hace más de 10 o 15 años. No obstante, la tendencia de moda a mezclar alcohol con bebidas carbónicas o a consumir alcohol y otras drogas simultáneamente, así como la transición actual del consumo de bebidas fermentadas al de bebidas destiladas, facilita el acortamiento de este período de incubación. No es por ello aventurado predecir que las consultas por problemas de alcoholismo en los próximos años van a contar con personas cada vez más jóvenes (de en torno a 30-35 años).

Al igual que otras adicciones, el alcoholismo se caracteriza por la pérdida de control

respecto a la bebida, que denota en un sujeto la incapacidad de abstenerse, y se manifiesta en la aparición de varios fenómenos: la tolerancia, la dependencia y el síndrome de abstinencia.

La tolerancia es un fenómeno biológico que está asociado al consumo excesivo de alcohol de forma habitual y que es reflejo de los procesos adaptativos del sistema nervioso central en relación con el funcionamiento hepático. De este modo, el organismo requiere ingestas cada vez mayores para obtener el mismo efecto deseado (desinhibición, euforia, etc.). El resultado es un aumento progresivo de las cantidades consumidas. Si bien la rapidez de aparición de la tolerancia varía según las personas y las dosis consumidas, en los seres humanos la tolerancia al alcohol se desarrolla en un período de 5-10 años. Por ello, aguantar grandes cantidades de alcohol es un signo de enfermedad alcohólica, no de salud. De hecho, las personas sanas y que no beben habitualmente sienten mucho antes –y con más intensidad– los efectos del alcohol que aquellas otras que lo consumen abusivamente.

La dependencia física del alcohol se produce cuando el organismo se ha adaptado a la presencia de esta sustancia debido a una vinculación metabólica y bioquímica. Consiste en la necesidad ineludible e imperiosa de consumir alcohol para conseguir una vivencia deseada o para reducir una sensación de malestar. A partir de entonces, la ausencia brusca de esta sustancia del organismo durante unas horas –no más de 8 o 12– genera el síndrome de abstinencia, es decir, unas sensaciones físicas (sudor, taquicardia, calambres en las piernas, temblores de manos, náuseas, insomnio, etc.) y psicológicas (nerviosismo, irritabilidad, cansancio y depresión leve, etc.) tan acentuadas y desagradables que llevan al sujeto a beber de nuevo alcohol para evitarlas. Cuando los temblores se agravan, pueden aparecer dificultades para llevar a cabo tareas cotidianas sencillas, como afeitarse, vestirse o maquillarse. No es por ello extraño que un signo característico del alcoholismo sea el consumo de alcohol en ayunas: la persona no ha bebido alcohol durante el período del sueño y el organismo le reclama la dosis de droga.

La dependencia psicológica –expresión de la vinculación psicológica y social a la droga– representa la necesidad subjetiva o el deseo irresistible de beber para poder mantenerse en un estado de equilibrio y de bienestar. El alcohol se ha convertido en el eje central de las conductas, pensamientos y emociones de la persona. No cabe la posibilidad de relacionarse socialmente, de estar bien, de relajarse o de olvidarse de una preocupación hasta que se toma un trago.

Todo lo anterior no es sino la expresión manifiesta de la adicción al alcohol, que es reveladora de la pérdida de control. La adicción viene definida por tres conductas principales: la preocupación constante por el consumo de alcohol, el uso compulsivo a pesar de las consecuencias adversas y una pauta de consumo repetido y de recaídas (cuadro 1.4.).

En definitiva, el alcoholismo, que supone el establecimiento de la dependencia del sujeto respecto a la bebida, se manifiesta con los siguientes síntomas (Edwards, 1986):

- a) *Pérdida de control respecto a la bebida*, bien para empezar a beber, bien para

controlar la cantidad consumida. Una vez que la persona ha comenzado a beber, es incapaz de detenerse, ni siquiera cuando se detectan los primeros síntomas de la intoxicación. Esta pérdida de control es reflejo de un deseo intenso de consumir la sustancia, que lleva al sujeto a hacerlo de forma compulsiva.

- b) *Necesidad de consumir alcohol en ayunas, de beber en diversos momentos del día y de hacerlo ante acontecimientos evocadores de tensión.* El hecho de utilizar esta sustancia como una estrategia de afrontamiento ante situaciones difíciles es ya una señal psicológica de dependencia alcohólica. De este modo, la persona llega a ser física y psicológicamente dependiente del alcohol.

Cuadro 1.4. Criterios de abuso, adicción, tolerancia y dependencia física

<i>Abuso</i>
– Uso superior a la norma aceptada – Consumo en circunstancias no habituales – No hay adicción
<i>Adicción</i>
– Preocupación por la adquisición de alcohol – Uso compulsivo a pesar de las consecuencias adversas – Patrón repetido de uso y recaídas
<i>Tolerancia</i>
– Necesidad de aumentar la dosis para alcanzar el mismo efecto – Pérdida del efecto a una dosis concreta
<i>Dependencia física</i>
– Cuadro estereotipado de signos y síntomas al cesar el consumo: síndrome de abstinencia – El consumo de alcohol provoca la desaparición del síndrome de abstinencia

- c) *Aparición del síndrome de abstinencia cuando deja de beber,* que desaparece cuando se reanuda la ingesta. Cuando es leve, aparecen temblor de manos, sudor, taquicardia, náuseas, diarreas, enrojecimiento de los ojos, calambres en las piernas, así como ansiedad e inquietud motora y dificultades para dormir. Si el síndrome de abstinencia es más grave, es decir, si la dependencia física es mayor, los síntomas anteriores se intensifican y aparecen otros nuevos, como ideas delirantes (de celos, de persecución, etc.), alucinaciones visuales (como ver pequeños animales o gente en los armarios o en lugares en donde no hay

nada) o fenómenos neurovegetativos (fiebre, sudoración, hipertensión, etc.). El intervalo entre la ausencia de ingesta y la aparición de estos síntomas es de 8-12 horas.

- d) *Tolerancia ante el alcohol.* Exige la administración de dosis cada vez mayores para obtener el efecto deseado. El consumo de bebidas alcohólicas es, por ello, creciente.
- e) *Abandono progresivo de otras fuentes de satisfacción.*
- f) *Pérdida del trabajo, de la familia o de los amigos por culpa de la bebida.* Es decir, hay una persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Estas alteraciones psicosociales suelen aparecer de forma más temprana que los trastornos físicos.
- g) *Déficit de la memoria a corto plazo (olvidos y despistes).*
- h) *Pérdida de conciencia de la realidad y negación de la enfermedad.* Los alcohólicos, además de recurrir a la mentira y a la autojustificación, tienden a no reconocer el problema existente. Si ellos beben, “sólo es cuando están con los amigos”, “porque hace frío”, “para festejar una alegría”, “para superar una crisis”, etc. De este modo, la motivación para el tratamiento es escasa. No es por ello infrecuente que acudan a la consulta sólo cuando el grado de deterioro es muy manifiesto.

El mayor o menor peso de unos u otros síntomas varía de unas personas a otras y depende asimismo del grado de desarrollo de la enfermedad.

1.3.2. Alcohol y otras drogas

Una de las características más importantes de nuestra época, en relación con el consumo de drogas, es la politoxicomanía. Muchas personas –sobre todo, las más jóvenes– tienden a mezclar sustancias distintas (por ejemplo, hachís y alcohol o cocaína y alcohol) para conseguir efectos más intensos. En cierto modo es lo que ocurre, en el ámbito de las drogas legales, con el alcohol y el tabaco. Que los consumidores excesivos de alcohol sean habitualmente grandes fumadores –lo contrario, justo es decirlo, no tiene por qué ser cierto– sugiere la existencia de una potenciación entre ambas sustancias (alcohol y tabaco).

La combinación de bebidas alcohólicas con otras drogas depresoras (es decir, que reducen el grado de activación del organismo) puede tener un efecto multiplicador en lugar de un resultado meramente sumativo. El alcohol aumenta los efectos de algunos medicamentos, como los psicofármacos o los antihistamínicos (fármacos que se utilizan para los resfriados o alergias). Por ejemplo, una persona que toma tranquilizantes y a la vez consume alcohol puede emborracharse con facilidad y, en cualquier caso, ver

claramente aumentados los efectos de estas sustancias por separado. De este modo, el grado de concentración y las respuestas reflejas, al estar disminuidos, interfieren negativamente en la ejecución de las tareas cotidianas (trabajo, conducción, etc.). La mezcla de estas sustancias en dosis altas puede incluso producir una parada cardíaca o respiratoria.

Cuando se mezcla alcohol con drogas estimulantes (es decir, que aumentan el grado de activación del organismo), como las anfetaminas o la cafeína –presente en la coca-cola– en dosis altas, se pueden producir en personas predispuestas (es decir, con antecedentes de conductas violentas) unos cuadros de excitación con agresividad. Esta combinación convierte a este tipo de bebedores en sujetos peligrosos que pueden mostrarse pendencieros e incluso violentos (en la calle, en el hogar, etc.).

Actualmente se tiende a mezclar el alcohol con las *drogas de síntesis o de diseño*, como el “*speed*” –una sustancia estimulante, inhalada en forma de *rayas*– o el *éxtasis* –una sustancia estimulante y alucinógena consumida por vía oral–. Estas drogas se han hecho relativamente populares entre los jóvenes porque, además de su bajo precio en relación con la cocaína, contrarrestan los efectos depresores del alcohol, combaten el sueño (sirven para “aguantar”) y permiten seguir el ritmo de la música *bacalao*. Al tratarse de drogas estimulantes, mejoran momentáneamente la confianza y la comunicación, aumentan la autoestima y hacen desaparecer las inhibiciones.

Hay personas, sin embargo, a las que les sienta mal esta mezcla porque el alcohol les reduce el efecto estimulante de la droga o, simplemente, porque les produce un “mal rollo” (situación de disforia no controlada). Un problema añadido es cuando pasa el efecto de la droga y la persona se siente deprimida, confusa y con problemas de insomnio.

1.3.3. Repercusiones negativas del abuso de alcohol

Consumir alcohol en exceso de forma habitual contribuye a un deterioro de la calidad de vida del sujeto afectado, lo que se traduce en la aparición de dificultades en los diferentes planos de la realidad.

A) A nivel físico

El consumo excesivo y crónico de alcohol genera problemas diversos de salud en el organismo. En concreto, la patología del aparato digestivo se manifiesta especialmente en el hígado y el tracto gastrointestinal. Las alteraciones hepáticas dependen directamente de la cantidad ingerida y del tiempo durante el que se ha mantenido el abuso de alcohol. El

riesgo de hepatopatía (hepatitis alcohólica y cirrosis hepática, especialmente) en un bebedor es seis veces superior al de una persona abstemia o de consumo bajo (0-20 gramos) cuando la media de ingesta diaria es mayor de 40/60 gramos/alcohol/día y 14 veces superior cuando el nivel supera los 60/80 gramos. La pérdida de la capacidad funcional del hígado se manifiesta en una serie de síntomas graves: mal estado general, pérdida de apetito, adelgazamiento, hemorragias digestivas y alteraciones del nivel de conciencia. La orina se hace más oscura a medida que aumenta la inflamación del hígado. Otro trastorno inducido o agravado por el uso habitual de esta sustancia es la úlcera gastro-duodenal, que está en relación con el aumento de secreción ácida del estómago producido por el alcohol.

La patología cardiovascular, aun siendo menos frecuente que la del aparato digestivo en los bebedores excesivos, puede manifestarse en forma de hipertensión, que, de hecho, es tres veces más frecuente en los alcohólicos que en las personas normales. El efecto hipertensor del alcohol es independiente de la edad, del sexo y del consumo de sal o de tabaco.

La malnutrición es un fenómeno frecuente entre los bebedores. El alcohol, además de disminuir el apetito al proporcionar al organismo calorías vacías, afecta a la capacidad del hígado para almacenar y producir determinadas sustancias que son indispensables para la salud. De este modo, surgen las enfermedades carenciales (avitaminosis), derivadas de la falta de aporte de alimentos o de la dificultad del organismo para absorber y poder utilizar lo que uno come. Además, el alcohol actúa sobre los riñones como un diurético: se produce más orina y se elimina, por tanto, agua necesaria para el organismo.

El sistema nervioso, junto con el hígado, es el principal órgano afectado por el consumo excesivo de alcohol. Algunas de las alteraciones más frecuentes son los déficit de memoria y las disfunciones sexuales. La ingesta de esta sustancia contribuye a la reducción de inhibiciones y, por lo tanto, al aumento del deseo sexual, pero al mismo tiempo, al tratarse de una droga depresora del sistema nervioso central, produce episodios de impotencia. Es más, el deseo mismo puede verse afectado con la ingesta excesiva. Una copa libera el deseo, pero varias lo agotan. La razón es que el alcohol reduce los niveles de testosterona en sangre, que es la hormona que mantiene y regula el apetito sexual. Por otra parte, los fallos episódicos en la erección pueden generar en el hombre una sensación de malestar, percibida como fracaso, que facilite, a su vez, el desarrollo de un sentimiento de ansiedad respecto al funcionamiento sexual adecuado.

Por último, y a medida que la dependencia del alcohol se hace más intensa, pueden aparecer algunos signos externos reveladores de la misma, como el enrojecimiento de la cara y de las zonas expuestas a la luz (mejillas, nariz y manos), el temblor de manos, especialmente por la mañana, la lengua sucia (blanca) y el enrojecimiento de las conjuntivas de los ojos.

Todas estas agresiones al organismo suponen una reducción de la esperanza de vida de 5 a 10 años y una peor calidad de vida, que van a variar según la diferente capacidad de reacción del organismo y el estado de salud de las personas afectadas.

B) A nivel psicopatológico

Los trastornos psicopatológicos, bien como causa o como consecuencia, guardan una estrecha relación con el consumo abusivo de alcohol. En concreto, hay una clara relación entre la ingesta excesiva y la depresión. A veces, la existencia de una depresión previa, con una incapacidad para hacer frente a las tensiones cotidianas y con el cortejo de síntomas acompañantes (tristeza, aburrimiento, pérdida de interés por las cosas, sensación de inutilidad, autoacusaciones, etc.), puede predisponer al consumo abusivo de alcohol, a modo de alivio o de autoterapia de los síntomas depresivos. Otras veces –quizá las más frecuentes–, las consecuencias producidas por la ingesta excesiva (el deterioro físico, la pérdida de la familia, los problemas laborales, el aislamiento social, los sentimientos de culpa, etc.) pueden generar en la persona afectada un estado de ánimo deprimido, con apatía y una sensación general de desánimo (Casas, 1994).

Asimismo la ansiedad patológica, en ausencia de tratamiento, puede dar lugar a la aparición de conductas inadecuadas, como beber alcohol abusivamente, comer en exceso, fumar, automedicarse, etc. Todo ello no es sino un intento de aliviar la tensión a corto plazo, pero, en realidad, contribuye a mantener el problema a la larga y hace a la persona más débil para hacer frente de una forma efectiva a las situaciones de estrés. Concretamente, hay dos cuadros clínicos de este tipo –la ansiedad social y la fobia a volar en avión– en donde el consumo abusivo de alcohol es frecuente. La desinhibición que produce el alcohol facilita la superación del miedo y, especialmente en el caso de las personas tímidas, la relación social. El consumo esporádico de alcohol no es problemático, pero si funciona a modo de *muletas* para afrontar los contactos sociales –y éstos son necesariamente abundantes–, el riesgo de dependencia es alto.

Por lo que se refiere a los celos patológicos –es decir, los que resultan infundados y se muestran de forma intensa–, éstos son muy frecuentes en las personas que beben habitualmente. En algunos casos se trata de personas celosas que lo han sido desde siempre y que han encontrado en el alcohol un alivio al malestar que les generan los celos, como ocurre también en otras manifestaciones de la ansiedad.

En otros casos, sin embargo, la relación es inversa. El consumo excesivo de alcohol puede reactivar sentimientos de celos latentes, así como generar episodios de impotencia. Este hecho, unido a la suspicacia del alcohólico y al rechazo erótico de que es objeto habitualmente por parte de la pareja a causa del hedor y del deterioro general de la relación, facilita la aparición o el desarrollo de los celos.

Los celos propiciados por el consumo abusivo de alcohol afectan fundamentalmente a los varones. Los sentimientos de celos pueden oscilar desde una sospecha transitoria en la intoxicación hasta una convicción profunda en la abstinencia. En este segundo caso de celos estables, incluso cuando no se está bajo los efectos del alcohol, hay un riesgo real de agresión a la pareja, lo que debe llevar a la adopción de medidas preventivas.

Asimismo son observables en las personas que abusan del alcohol cambios de carácter, caracterizados por la irritabilidad, las reacciones explosivas y las alteraciones de humor, así como por la impaciencia y la desconfianza generalizada. Todo ello lleva a un

nivel de conciencia de la realidad disminuido.

Por último, la relación entre la ludopatía y la ingesta excesiva de alcohol es muy estrecha. El ludópata puede consumir esta sustancia en el momento del juego como una forma de potenciar la estimulación y como una vía de enfrentarse a las vivencias negativas (remordimientos, experiencias pasadas desagradables, etc.). Una vez que el sujeto ha concluido con la conducta de juego, el alcohol puede contribuir temporalmente a superar un estado de ánimo deprimido y a olvidar las pérdidas. El hecho de que el consumo de alcohol y la conducta de juego tengan lugar en los mismos sitios (bares habitualmente) facilita la relación entre estas dos dependencias.

Existe asimismo el riesgo de consumir abusivamente alcohol en el caso de ludópatas tratados que han abandonado el juego. Se trata, en este caso, de una sustitución de la adicción. Así como muchos heroinómanos tratados corren el riesgo de consumir alcohol en exceso, lo mismo ocurre con los ludópatas. Hay ciertas características de personalidad que facilitan este hecho: la búsqueda de estimulación, la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, la tendencia a la evasión, la baja autoestima, etc. En último término, la persona que es adicta a una sustancia –y tiene interiorizados los mecanismos de la adicción– puede trasladar esta relación insana a otras drogas e incluso a otras conductas y buscar la euforia adictiva.

C) A nivel psicosocial

Los problemas generados por el consumo excesivo de alcohol merman considerablemente la calidad de vida de estas personas. No es extraño que los pacientes, que suelen negar la dependencia, accedan a acudir al tratamiento sólo cuando se sienten acuciados por este tipo de problemas, como la amenaza de divorcio por parte de la pareja o la pérdida del trabajo.

La vida familiar suele estar profundamente afectada por la ingesta abusiva de esta sustancia. Los problemas relacionados con el alcohol de una persona salpican a todos los miembros del hogar y contribuyen a un deterioro de la convivencia. Como es bien sabido, el malhumor y la pérdida de respeto en la relación familiar son contagiosos. Además, el nivel de bienestar económico de la familia se resiente, sobre todo cuando el problema afecta al cabeza de familia. La inversión de una cantidad importante de dinero en la ingesta de alcohol, así como la reducción o pérdida de ingresos como consecuencia de la falta de rendimiento laboral (sobre todo, en el caso de las profesiones liberales), constituyen una fuente de apuros económicos y crean dificultades para sacar la familia adelante.

Desde una perspectiva psicológica, el miedo se adueña con frecuencia de la pareja y del resto de los miembros de la familia. Las conductas imprevisibles –y frecuentemente violentas– del paciente, salpicadas con mentiras y continuas autojustificaciones, generan una sensación de indefensión y una atmósfera irrespirable en el hogar, con discusiones

frecuentes. Al temor se añaden asimismo los sentimientos de culpa, derivados de la supuesta responsabilidad de la pareja por no haber sabido impedir el desarrollo del problema de bebida del paciente o por no haber hecho todo lo que haya estado en su mano para solucionarlo.

El rechazo social de la ingesta excesiva de alcohol genera frecuentemente un sentimiento de vergüenza en los familiares del paciente, así como un cierto grado de aislamiento social, que tiene por objetivo ocultar o, cuando menos, mostrar lo menos posible lo que ocurre en el hogar. El resentimiento experimentado por esta situación lleva a una reducción –e incluso desaparición– de las relaciones sexuales y de los momentos de ocio compartidos.

Las estrategias adoptadas por las parejas de los bebedores son variadas. En unas personas pueden aparecer conductas de repliegue: acceder a las peticiones del paciente, evitar su presencia, acostarse temprano, llevar una vida aparte, etc. En otras, sin embargo, pueden manifestarse conductas agresivas (como amenazas o recriminaciones por la conducta de beber), conductas de resignación (aceptar lo que le ocurre como algo inevitable y volcarse en los hijos) o intentos activos de buscar ayuda terapéutica. Un ejemplo de conducta de repliegue es el caso expuesto en las siguientes líneas.

Marisa, de 40 años, ama de casa, casada y con dos niños de 11 y 8 años, es una persona equilibrada, más bien introvertida y un tanto dependiente emocionalmente de los demás. Su marido, Antonio, de 45 años, visitador médico, consume alcohol abusivamente desde hace más de diez años (prácticamente desde el nacimiento del primer niño, cuando las salidas del matrimonio comenzaron a escasear) y se muestra agresivo e impertinente cuando llega por la noche a casa bajo los efectos del alcohol. Marisa, que no tiene autonomía económica y le asusta rehacer la vida en esas condiciones con dos niños pequeños, ha optado por meter en la cama a los niños y acostarse ella antes de que Antonio llegue a casa y por fingir que está dormida cuando entra en la habitación. Si regresa a casa antes de lo habitual, Antonio se encuentra con la cena preparada en la cocina, mientras Marisa y los niños ven la televisión en el salón. Marisa trata de discutir lo menos posible con Antonio y, para ello, se esfuerza por acceder a sus peticiones y hacer oídos sordos a sus impertinencias. Asimismo, mientras los domingos Antonio acude a ver un partido de fútbol con sus amigos o baja al bar para verlo con ellos por televisión, Marisa se lleva a los niños a casa de una amiga suya, viuda, que tiene también niños pequeños, con quien pasa la tarde del domingo.

El deterioro de la convivencia no siempre lleva –al menos con la frecuencia con la que cabría esperar– a la separación del matrimonio. En general, las familias suelen mantenerse mientras los niños son pequeños, el cónyuge aún alienta esperanzas de cambio y la situación económica no está degradada del todo.

Los hijos suelen ser los más perjudicados por este problema. El impacto psicológico más o menos profundo depende de la personalidad de los hijos, del grado de cobertura emocional de la madre –el elemento amortiguador más significativo–, del apoyo social y de la edad, así como del comportamiento más o menos violento o humillante del padre cuando está ebrio. Probablemente es esta última una de las circunstancias más significativas. En cuanto a la edad, los dos períodos críticos de mayor vulnerabilidad psicológica en los hijos son el de 6-10 años, por un lado, y el de 14-16 años, por otro.

En general, los niños suelen experimentar una quiebra en la maduración psicológica por el hecho de vivir a diario el aislamiento, la falta de afectividad, los conflictos o la violencia que se generan entre los padres (o del padre con los hijos: conductas de maltrato, abuso sexual, etc.) como consecuencia de la bebida. La autoestima y el proceso de identificación con el padre en el caso de los hijos varones pueden verse afectados. No es raro, por ello, que se muestren ansiosos o con una baja autoestima, que intenten pasar el menor tiempo posible en casa y que la intolerancia a la frustración aprendida en el hogar pueda llevarles, según sus características de personalidad y las circunstancias específicas, a un trastorno depresivo, a conductas antisociales e incluso a conductas adictivas (alcohol, juego, etc.). Estas últimas generan una gratificación inmediata que compensa del nivel de malestar vivido en casa, pero acarrear graves problemas a medio y largo plazo ([cuadro 1.5](#)).

Cuadro 1.5. Alcoholismo y familia

<i>Reacciones emocionales en la pareja</i>
– Miedo – Sentimientos de culpa – Vergüenza • Aislamiento social • Resentimiento
<i>Estrategias de la pareja</i>
– Conductas de repliegue – Conductas agresivas – Conductas de resignación – Conductas de búsqueda de ayuda
<i>Reacciones emocionales en los hijos</i>
– Ansiedad e irritabilidad – Depresión y baja autoestima. Vergüenza. – Conductas antisociales – Trastornos adictivos

El consumo abusivo de alcohol incide negativamente en el rendimiento académico o profesional. En un principio las *resacas* de los lunes pueden impedir a una persona acudir al trabajo o al centro de estudios; posteriormente, son el propio deterioro físico y psicológico y la desmotivación los que impiden a un sujeto cumplir con sus obligaciones escolares o laborales.

En realidad, los problemas de rendimiento surgen antes que los desajustes familiares, sobre todo cuando la persona afectada realiza un trabajo de precisión o de responsabilidad. La familia suele tener un mayor grado de tolerancia respecto al consumo abusivo de alcohol. Habitualmente, lo que comienza a caracterizar a un sujeto como problemático son las dificultades laborales y económicas suscitadas por la dependencia del alcohol.

En algunas profesiones, como los trabajadores de la hostelería, los vendedores, los mineros, los agricultores, los marineros, etc., se dan con más frecuencia los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Las motivaciones son, sin embargo, distintas. En algunas ocasiones el alcohol puede funcionar como un facilitador del trabajo, como en el caso de los vendedores o de los artistas cuando actúan en público; en otras, el alcohol actúa como un reductor de la tensión, como en el caso de profesiones con mucha responsabilidad (pilotos, policías, empresarios, militares, etc.), o como un modo de superación del estrés o del aburrimiento; y en otras, por último, puede ser una forma de hacer frente a la soledad o a al aislamiento, como ocurre en el caso de profesiones solitarias (fareros, pastores, escritores, etc.) o que obligan a las personas a vivir lejos del entorno familiar con destinos temporales (jueces, militares, policías, etc.). El riesgo es mayor cuando se trata de personas solteras o divorciadas y el nivel de ingresos es satisfactorio.

La falta de rendimiento en el trabajo se traduce en unas consecuencias negativas concretas: el absentismo, la inestabilidad laboral, los conflictos interpersonales con los compañeros y los jefes, la inadaptación a los cambios requeridos, la accidentabilidad laboral y, en último término, la marginación (despidos, estancamiento en el puesto, pérdida de categoría, etc.).

No está de más resaltar la influencia negativa del alcohol en la conducción de vehículos. Con una cifra de 5.957 muertos en 1998, lo que supone un aumento del 6,2% respecto a 1997, los accidentes de tráfico constituyen la cuarta causa de muerte en España –la primera causa no natural– y el primer factor de mortalidad de los jóvenes de 18 a 25 años. De hecho, el 20% de los fallecidos en accidente están en este grupo de edad, en parte por el exceso de alcohol y en parte por el amor al riesgo que existe con frecuencia en estas edades. El consumo abusivo de alcohol está presente en el 30%-50% de todos los accidentes de tráfico, que son responsables de la mitad de los muertos en la carretera.

La tasa de alcoholemia –volumen de alcohol presente en la sangre, expresado en gramos de alcohol por cada mil centímetros cúbicos de sangre– depende, especialmente, de la cantidad de alcohol consumida, de la presencia de alimentos en el estómago, del sexo y peso de la persona y de la distancia temporal de la última ingesta (hay un

descenso de este índice a un ritmo de 0,1-0,2 gramos por hora). La tasa máxima de alcoholemia permitida por la ley en España es de 0,5 gramos para los conductores de turismos y de motos y de 0,3 gramos para los conductores noveles con menos de dos años de antigüedad y los de transportes públicos y camiones. Conviene recordar que se puede llegar a una tasa de 0,5 gramos en una persona en condiciones de salud normales y de peso medio a partir de dos vasos de vino o de cerveza (20 gramos de alcohol) en el transcurso de una comida.

¿Por qué es peligroso el consumo de esta sustancia cuando una persona está al volante? El alcohol produce un aumento del tiempo de reacción, cansancio y somnolencia y una falta de coordinación general sensomotriz, con un estrechamiento del campo visual (la visión en túnel), así como una percepción distorsionada respecto a las distancias. A su vez, el efecto desinhibidor del alcohol genera la euforia del conductor, que contribuye a minusvalorar el peligro y a facilitar la asunción de conductas de riesgo. En último término, hay un incremento claro de las infracciones ([cuadro 1.6](#) y [figura 1.1](#)).

El problema puede ser aún más grave cuando se mezcla el alcohol con medicamentos. Las complicaciones de los fármacos dependen de la dosis utilizada, de la respuesta de cada individuo, del tiempo de utilización, etc. El alcohol, sin embargo, multiplica por diez la acción de los tranquilizantes, aumenta el efecto hipotensor de los antihipertensivos, favorece la falta de coordinación motora con los antidepresivos, potencia el adormecimiento generado por los antihistamínicos o causa alteraciones del ánimo y de la visión con los antiepilépticos.

Cuadro 1.6. Tasa de alcoholemia y efectos en la conducción

<i>Tasa de alcoholemia</i>	<i>Nivel de gravedad</i>	<i>Efectos</i>
De 0,5 a 0,8	<i>Zona de alarma</i>	Pocos efectos aparentes. Tiempo de reacción más lento. Reacciones motrices perturbadas. Euforia del conductor.
De 0,8 a 1,5	<i>Conducción peligrosa</i>	Reflejos cada vez más perturbados. Embriaguez ligera pero ya aparente. Disminución de la vigilancia.
De 1,5 a 3	<i>Conducción sumamente peligrosa</i>	Embriaguez neta. Vista doble. Actitud titubeante.
De 3 a 5	<i>Conducción imposible</i>	Embriaguez profunda.

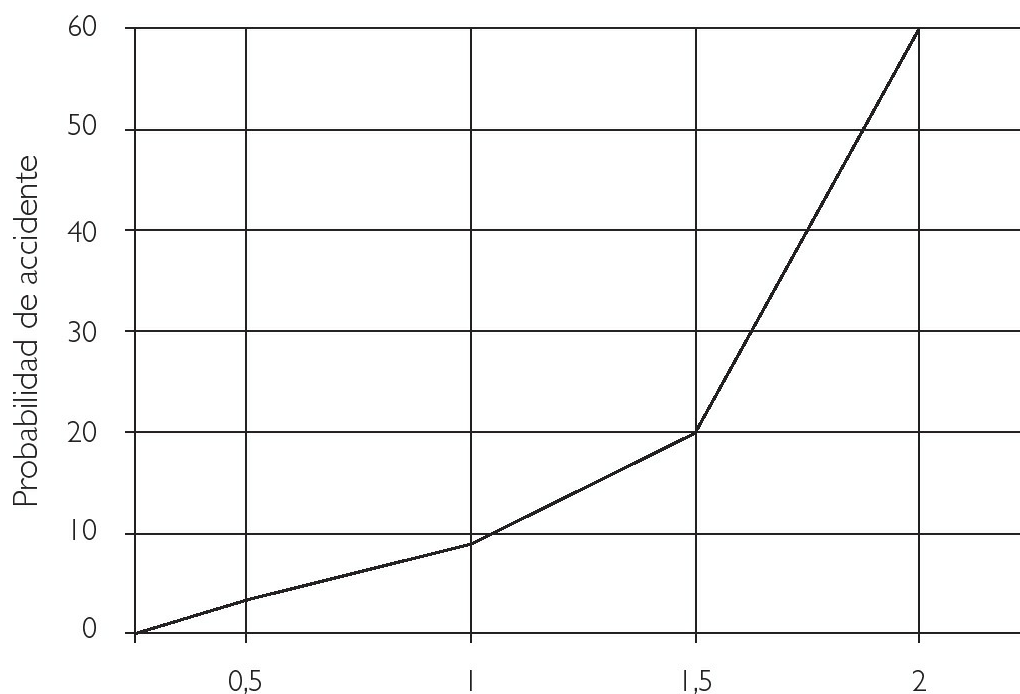


FIGURA 1.1. Tasa de alcoholemia.

Por último, una tasa de alcoholemia que sea superior a 1-1,5 gramos y que no vaya acompañada de signos de impregnación alcohólica evidentes puede ser reveladora de la existencia de alcoholismo. Si bien el nivel de riesgo en estos casos es el mismo, la tolerancia que genera el alcoholismo puede contribuir a camuflar los síntomas aparentes.

El consumo excesivo de alcohol produce con frecuencia interferencias negativas en la comunicación interpersonal y conductas antisociales. Pequeñas cantidades de alcohol producen una cierta desinhibición social. La zona más primitiva e instintiva del cerebro se libera al disminuir el control que sobre ella ejerce el lóbulo frontal. De ahí que una persona pueda sentirse más alegre, menos angustiada y empiece a vivir en un mundo *como si* estuviera fuera de la realidad. Sin embargo, con el aumento de la ingesta se observan una serie de fenómenos negativos para la comunicación:

- a) Aumento progresivo de interrupciones al interlocutor.
- b) Locuacidad creciente tendente a la verborrea y a la “pesadez”.
- c) Rápida disminución de la atención al interlocutor.
- d) Comunicación verbal cada vez más desorganizada y dispersa.
- e) Instauración de una actitud competitiva para monopolizar los temas, que acaba por transformarse en un monólogo más o menos ininterrumpido.

Por otra parte, existe una tolerancia social hacia el bebedor —e incluso al bebedor excesivo—, siempre que éste no traspase los límites, siempre difusos, del *saber beber*. Sin embargo, la respetabilidad social puede perderse cuando una persona bebe más de lo habitual o lo hace con un tipo de bebidas o a unas horas que resultan disonantes en el medio social de referencia. La pérdida de estatus social se hace ya evidente cuando los excesos en el alcohol traen aparejadas unas consecuencias negativas inmediatas (borracheras, *pesadez*, conductas violentas, etc.). El rechazo social —e incluso la degradación laboral— son más manifiestos en ciertas profesiones, en algunos casos por los peligros implicados para otras personas (como ocurre en un conductor de autobús, en un piloto de avión o en un médico) y en otros por el escándalo que pueden producir (como sucede en los sacerdotes, en los profesores o en los personajes públicos).

Los problemas con la bebida no están ligados particularmente a ninguna clase social. Pero si la situación económica es sólida, las consecuencias, sobre todo de tipo laboral, tardarán más tiempo en presentarse, lo cual retrasa la adquisición de la conciencia de enfermedad. En estos casos, al estar las personas mejor alimentadas, no desempeñar trabajos duros, disfrutar de mejores horarios laborales y contar con mayores recursos, se encuentran en mejores condiciones de encubrir el problema durante algún tiempo. Por el contrario, cuando la economía es débil, el proceso se acelera: las consecuencias económicas negativas se presentan con más rapidez y el paciente no puede ya ocultar el drama vivido.

Las conductas antisociales en los bebedores revisten diversos modos de presentación. Pueden manifestarse en forma de vagancia y de conductas antisociales

menores (agresividad verbal inmotivada, rechazo de las normas del grupo, etc.) o, en un extremo mayor de gravedad, en forma de delitos (peleas, hurtos, incestos, agresiones sexuales, violencia doméstica, etc.).

1.3.4. Responsabilidad penal e intoxicación alcohólica

Según los artículos 20 y 21 del Código Penal, las personas que cometen un delito bajo los efectos del alcohol o que son dependientes de esta sustancia (como los alcohólicos) son inimputables o, al menos, cuentan con una responsabilidad penal atenuada, excepto que hayan consumido alcohol deliberadamente para delinquir, por ejemplo para estar más desinhibidos y envalentonados o no sentirse culpables por los delitos cometidos (como puede ocurrir, por ejemplo, en el caso de una agresión sexual).

El problema pericial respecto al alcohol es demostrar que la intoxicación sea plena (es decir, que haya una total perturbación de las facultades psíquicas del sujeto) para que la embriaguez sea valorada como una eximente completa y se considere, por tanto, al sujeto inimputable (art. 20.2). En el caso de que la intoxicación no sea plena, se pueden aplicar, según su intensidad, la eximente incompleta o, en su caso, la atenuante analógica (arts. 21.1 y 21.6).

Si al sujeto se le considera inimputable (por habersele aplicado una eximente completa) y se estima oportuno (por ejemplo, en el caso de embriagueces habituales), el juez puede imponer unas medidas de seguridad, como el tratamiento psiquiátrico o psicológico del sujeto en régimen ambulatorio (art. 105) o de internamiento (art. 101), siempre que no exceda del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad si la persona hubiera sido considerada responsable.

Si al sujeto se le aplica una *eximente incompleta*, se enjuicia a la persona como merecedora de una sanción penal, pero de un modo atenuado, porque hay una merma o disminución considerable de las capacidades de comprender o querer. La atenuación, en este caso, consiste en la posibilidad de rebajar la pena en uno (la mitad de la pena) o dos grados (la mitad de la mitad) (art. 68), así como también en la de sustituirla por alguna de las medidas de seguridad comentadas en el párrafo anterior.

Si a la persona se le aplica una atenuante analógica, los jueces imponen la pena, no rebajada, en su grado mínimo (art. 66.2): la sanción no puede rebasar la mitad inferior de la que fije la ley para el delito. En estos casos hay una merma o disminución de las capacidades de comprender o querer de escasa intensidad, que, por ello, tiene poca incidencia en la imputabilidad.

Por último, la exención de la responsabilidad criminal no comprende la de la responsabilidad civil. Es decir, la ejecución de un delito o falta lleva consigo siempre una responsabilidad civil (restitución, reparación del daño o indemnización de perjuicios materiales y morales), independientemente del grado de imputabilidad (arts. 109 y 110).

De esta manera, se asegura a la víctima la reparación/indemnización por el daño sufrido.

1.4. Epidemiología del alcoholismo

1.4.1. Problemas de bebida en España

La importancia de los problemas relacionados con la ingesta de alcohol en un país es proporcional al consumo de alcohol *per cápita* en el mismo. De hecho, por cada litro de incremento anual aumenta en un 1% la mortalidad directamente achacable al consumo. Es decir, el número de bebedores problemáticos en una población está en relación directa con el consumo medio de alcohol por parte de dicha población.

En concreto, España, con una media de 9,3 litros por persona y año en 1996, sobre todo de vino (con una tendencia al descenso) y cerveza (con una tendencia al ascenso), es el noveno país mundial en consumo absoluto de alcohol, detrás de Portugal (11,2), Francia (11,1), Dinamarca (10) y Alemania (9,8) (figura 1.2). La ingesta de licores se ha mantenido estable. En relación con la distribución geográfica interna, el consumo de alcohol en España tiende a ser más alto en el norte (Galicia, Asturias, País Vasco, etc.) y en Andalucía que en el resto de las comunidades autónomas, si bien estas diferencias tienden a reducirse.

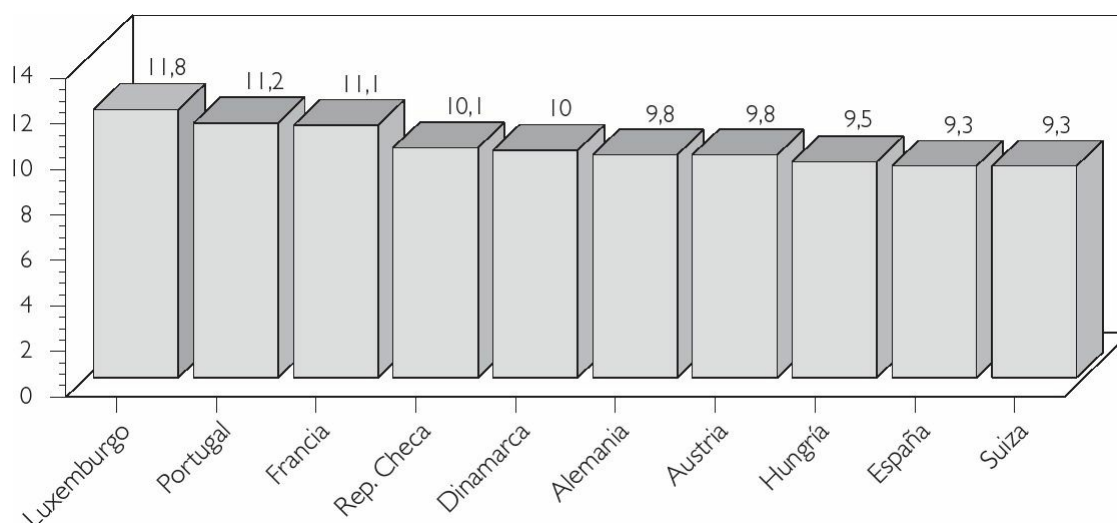


FIGURA 1.2. Consumo de alcohol por países, 1996. Consumo per cápita. Litros de alcohol puro.
Fuente: World Drink Friends, 1996.

La ingesta de alcohol está muy generalizada en España. De hecho, hay un 65% de la población adulta que bebe alcohol de forma más o menos regular; un 25% de abstemios (un 5-15% de hombres y un 15-38% de mujeres); y, por último, un 10% de ex bebedores. Habitualmente el consumo anual por habitante crece a medida que aumentan el nivel social, la formación cultural y los ingresos de la persona y disminuye a medida que ésta envejece. Los mayores porcentajes de bebedores corresponden a varones jóvenes, entre 18 y 35 años, pero tienden a aumentar en la población femenina, especialmente entre las chicas más jóvenes (16-24 años). En general, la elevada prevalencia del consumo se relaciona con el amplio arraigo social de este hábito, con la fácil disponibilidad del alcohol y con la percepción generalizada de que ciertos tipos de bebidas forman parte de las pautas de alimentación y de diversión. Hasta ahora en los países mediterráneos se ha sabido *beber mejor* que en los países anglosajones. En España beber es un acontecimiento social que gusta hacerlo en compañía (bebiendo despacio, saboreando la bebida, etc.), mientras que en los países anglosajones se utiliza como una forma de evasión. Por desgracia, estas diferencias tienden a desaparecer.

Desde una perspectiva clínica, cerca del 20% de la población adulta consume alcohol de forma arriesgada o perjudicial. En sentido más estricto, del 7% al 10% de la población adulta (un 10% de hombres; un 3%-5% de mujeres) española consume más de 60 gr/día de alcohol puro, lo que supone la existencia de 3.400.000 grandes bebedores. De ellos alrededor de 1.500.000 (casi el 5% de la población) son propiamente alcohólicos, con una proporción hombre/mujer de 3-5 a 1. De todos estos pacientes sólo un 10% (unos 250.000-300.000) son tratados anualmente, por lo que la mayoría de los bebedores problemáticos quedan fuera del sistema asistencial.

Estas cifras son realmente alarmantes si se tiene en consideración que entre las personas afectadas por este problema se debe incluir también a los familiares de los pacientes. No deja de ser sorprendente, por otra parte, la gran cantidad de recursos materiales y humanos que se dedican a la asistencia de las toxicomanías no alcohólicas, que afectan a unas 300.000 personas en España, y la relativa desatención en que se encuentran la prevención y el tratamiento de los problemas de bebida.

Asimismo la mortalidad global relacionada con el consumo excesivo de alcohol en España se sitúa en torno a 15.000-20.000 víctimas (unas 20 veces más que por consumo de heroína) anuales. No cabe duda de que el alcoholismo, junto con el tabaquismo –recuérdese que la mayoría de los bebedores excesivos son también fumadores–, constituyen la tercera causa de mortalidad en España, sólo superada por los trastornos cardiovasculares y el cáncer.

En resumen, en España hay más de tres millones de bebedores de riesgo, de los que no más del 10% están en programas de tratamiento, que pertenecen, fundamentalmente, a los siguientes sectores de población:

- a) Hombres de 18 a 40 años. Este sector es de riesgo por la magnitud del problema de bebida existente.
- b) Adolescentes, mujeres embarazadas, hijos de padres alcohólicos, personas

mayores de 65 años. Este sector es de riesgo por su especial vulnerabilidad a los problemas de bebida.

1.4.2. Sectores específicos implicados

En este apartado se van a comentar las peculiaridades del consumo de alcohol en tres sectores de población: las mujeres, los jóvenes y los ancianos.

A) Alcohol y mujer

Como ya se ha señalado, el porcentaje de abstemios entre las mujeres es el triple que entre los hombres. La percepción social de las consecuencias del beber es mucho más desfavorable hacia la mujer. Además, la constitución física de las mujeres las hace más vulnerables al consumo excesivo de alcohol y, en concreto, al desarrollo de cirrosis hepáticas, que suelen experimentar una evolución más grave que en el caso de los hombres. Sin embargo, puede haber en España de 500.000 a 700.000 mujeres afectadas por problemas de alcoholismo (es decir, el 20% o 25% del total de pacientes).

Tradicionalmente las pautas de bebida de la mujer alcohólica se han caracterizado por un comienzo más tardío (entre los 28 y los 40 años), por una alcoholización más rápida y por responder a ciertas características diferenciales. En concreto, al haberse percatado la mujer del fuerte rechazo social que suscita el consumo abusivo de alcohol, solía beber en solitario y en casa, habitualmente a horas del día en que el marido y los hijos estaban fuera del hogar. Precisamente por este rechazo, la negación de la dependencia alcohólica es mucho mayor y la demanda terapéutica, cuando se da, suele ser más tardía que en el caso del hombre, cuando ya la situación es inocultable y las perspectivas de tratamiento son más sombrías. Algunas de las pautas de conducta observadas en las mujeres alcohólicas figuran en el [cuadro 1.7](#).

Cuadro 1.7. Pautas de conducta frecuentes en mujeres alcohólicas amas de casa

– Cambios bruscos de humor
– Tendencia a estar somnolienta o a permanecer en cama más tiempo de lo habitual
– Abandono o dejadez en las tareas domésticas
– Descuido en la atención de los hijos
– Despreocupación por el arreglo personal
– Olvido de citas y obligaciones
– Almacenamiento de botellas en lugares ocultos

Asimismo es relativamente frecuente la mezcla de alcohol con ansiolíticos o analgésicos, que son de amplio consumo en la población femenina, como consecuencia de problemas psicosomáticos y ginecológicos, y que pueden asociar sus efectos tóxicos al alcohol. Así, por ejemplo, la ingesta de esta sustancia en la mujer puede estar facilitada por la reducción del malestar asociado al período menstrual. Si en los hombres el consumo estaba motivado frecuentemente por una afirmación social, en las mujeres solía estarlo por una reducción de los estados negativos (físicos o psíquicos): dolores, problemas de pareja, soledad, aburrimiento, etc.

Sin embargo, estas pautas de conducta diferenciales en uno y otro sexo tienden a difuminarse en las personas más jóvenes, sobre todo como consecuencia de la proyección social y laboral que tiene la mujer en las nuevas generaciones. Incluso, desde una perspectiva motivacional, las chicas jóvenes beben por las mismas razones por las que lo hacen los chicos: divertirse, sentirse desinhibidas, llevar una vida consumista, etc. Por ello, en el consumo de alcohol entre jóvenes y adolescentes cada vez influye menos el sexo: el estilo juvenil de comportamiento social es cada vez más uniforme para chicos y chicas.

Si bien parece no haber diferencias claras en la cantidad de consumo entre chicos y chicas jóvenes, sí se dan en el tipo de bebida: las chicas optan por bebidas más dulces como los licores de frutas (licor de melocotón, entre otros), el malibú (licor de ron con coco) mezclado con zumo de piña, el *peché* de whisky (whisky con sabor de melocotón), etc.

El cambio del papel tradicional de la mujer en la sociedad, con la adopción de un mimetismo respecto a las conductas del hombre y con el aumento de las situaciones de estrés, ha contribuido a un desarrollo espectacular de los problemas de alcohol en la población femenina. En concreto, en España hace 25 años la proporción de alcoholismo entre mujeres y hombres era de 1 a 10; hoy, por el contrario, este índice es de 1 a 4 (el 20% o el 25% del total de la población afectada) y se acerca a los índices más altos del mundo: de 1 a 2 en Gran Bretaña y de 1 a 1,5 en EE. UU.

Desde una perspectiva psicopatológica, los alcohólicos tienden a mostrarse violentos e irritables; las alcohólicas, por el contrario, suelen estar aquejadas de trastornos afectivos fundamentalmente, con fuertes sentimientos de culpa y una mayor tendencia al suicidio que en el caso de los varones.

En suma, los problemas de alcohol en la mujer, con la cautela de que estas pautas tienden a difuminarse en las personas más jóvenes, presentan las siguientes características:

- a) Mayor tendencia de la mujer a beber a escondidas.
- b) Mayor incidencia de trastornos psicosomáticos.
- c) Mayor tendencia a la negación (negación tenaz).
- d) Frecuentes incidentes histéricos, con rotura de objetos y aparatosos intentos de suicidio.
- e) Mayores conflictos de convivencia, agravados por el rechazo explícito del

- marido y de los hijos.
- f) Mayor relevancia del fracaso de la vida afectiva en la psicogénesis del alcoholismo femenino.
 - g) Peor pronóstico a largo plazo.

B) Alcohol y jóvenes

El consumo de alcohol es inversamente proporcional a la presencia de actitudes sanas hacia la salud y el cuerpo, a los intereses y actividades de tipo cultural, a la ocupación activa del tiempo libre y a determinados modos de participación asociativa.

Los jóvenes sienten una especial querencia por el alcohol. Las gratificaciones obtenidas son inmediatas: risa fácil, desinhibición social, etc. La clave es coger el “punto” (pasarle bien y reírse sin motivo), sin llegar al “pedo” (pasarle mal y acabar vomitando). Las borracheras tienden fácilmente a justificarse: “era la primera vez que bebía”, “es que no he comido nada y me ha sentado mal”, etc.

El alcoholismo ya no es patrimonio de la edad adulta. Los viejos alcohólicos diarios de carajillo y copa de anís tienden a ser relegados por adolescentes borrachos de fin de semana que recurren a la cerveza y a los combinados como bebidas preferentes en lugares públicos. Los problemas relacionados con el consumo de alcohol en las personas jóvenes tienden a aumentar. De hecho, más del 50% de los jóvenes menores de 20 años consumen bebidas alcohólicas. Respecto a la ingesta problemática entre la gente joven, las diferencias de sexo tienden a diluirse: la proporción es de dos hombres por cada mujer.

Por otra parte, el consumo temprano de esta sustancia, junto con el de tabaco, en la adolescencia hace más probable el alcoholismo en la vida adulta –casi la mitad de los alcohólicos españoles se han iniciado en la bebida antes de los 16 años–, así como la iniciación posterior en el resto de las drogas. Se crea, por así decirlo, una mayor vulnerabilidad adictiva: así se explica la frecuencia de las politoxicomanías (alcohol y tabaco, alcohol y adicción al juego, alcohol y hachís, etc.) en edades más avanzadas (Secades, 1996).

El consumo se convierte en problemático cuando los jóvenes comienzan a depender psicológicamente del alcohol, es decir, cuando echan mano de él de una forma impulsiva para buscar estimulación, ocultar la propia inseguridad personal o compensar la falta de expectativas de futuro. Es así como se llega a esas situaciones en que uno no bebe para pasárselo bien, sino que el objetivo de la bebida es la bebida misma.

La gravedad del problema en esta etapa de la vida radica en que la ingesta abusiva interfiere en el desarrollo físico y en la maduración psicológica de los adolescentes y puede ser responsable de ciertos deterioros neuropsicológicos (disminución de la capacidad de reacción, reducción de la facultad de crítica, etc.), así como de modificaciones en el comportamiento (influenciabilidad, cambios repentinos de ánimo,

etc.).

Como en la adolescencia y en la juventud se producen ciertos procesos decisivos en la vida de una persona –la selección de amigos estables, el desarrollo de aficiones, el establecimiento de los objetivos académicos y profesionales, los hábitos de trabajo, etc.– y el abuso de alcohol interfiere negativamente en ellos, no es nada infrecuente que las consecuencias perjudiciales de este consumo (fracaso escolar, conductas antisociales, etc.) puedan marcar la trayectoria futura de las personas involucradas.

Algunos jóvenes presentan una mayor vulnerabilidad psicológica a la ingesta de alcohol. En concreto, los adolescentes procedentes de familias en donde se abusa de esta sustancia, que tienen dificultades escolares, que pertenecen a ambientes familiares problemáticos y que presentan trastornos de personalidad corren el riesgo de convertirse más fácilmente en alcohólicos. Cuanto más joven es el adolescente afectado y más temprana es la habituación al alcohol y a otras drogas, mayor es la probabilidad de que la toxicomanía del sujeto refleje un trastorno de personalidad o un problema de la estructura familiar.

Las pautas de consumo entre los jóvenes aquejados de una ingesta excesiva de alcohol presentan unas características distintas de las de los adultos. Los problemas de dependencia física o los daños somáticos son, habitualmente, escasos. En concreto, el exceso de alcohol en estas edades suele estar asociado a borracheras frecuentes (con una experiencia repetida de amnesias), a conductas pendencieras –incluso violentas– y a robos, así como a un mal rendimiento escolar o laboral, a accidentes de tráfico o de trabajo y a la mezcla de alcohol con otras drogas. La búsqueda rápida de los efectos desinhibidores del alcohol lleva a la mezcla frecuente de bebidas diversas entre sí (tequila y cerveza; tequila, ginebra y *Bayleys*; etc.) o con tranquilizantes, que potencian el efecto embriagador. Asimismo esta pérdida de conciencia a causa del alcohol facilita en muchos jóvenes la implicación espontánea en relaciones sexuales “a pelo”, sin reparar en los riesgos de las mismas (embarazos no deseados, enfermedades venéreas, sida, etc.).

El exceso de alcohol en los jóvenes está asociado a las salidas nocturnas. No es por ello casual el éxito del calimocho (mezcla de vino con *coca-cola*) o de los cubatas (ron o ginebra con *coca-cola*), que incorporan un estimulante (la cafeína o, en otros casos, las drogas de síntesis: “*speed*” o éxtasis) al alcohol y que permiten el nivel de alerta necesario para continuar con la diversión hasta altas horas de la madrugada y seguir el ritmo de la música. Otro aspecto de interés es la asociación del alcohol con el ruido (*radiocassette* a todo volumen, música discotequera, etc.). Los aspectos desinhibitorios del alcohol resultan así potenciados, incluso con un mayor riesgo de adopción de conductas pendencieras o violentas.

Se puede hablar de consumo abusivo por parte de los adolescentes cuando el alcohol interfiere negativamente en el funcionamiento psicológico, en el rendimiento académico o laboral, en las relaciones sociales y en la vida familiar. En estos casos la vida del adolescente comienza a girar en torno al alcohol, como forma de divertirse, de relajarse, de mostrarse agresivo, etc., y todo lo demás pasa a ser secundario ([cuadro 1.8.](#)).

Cuadro 1.8. Indicadores de riesgo de los jóvenes en relación con el alcoholismo en la vida adulta

– Consumo excesivo de alcohol, con borracheras frecuentes – Utilización de otras drogas – Conductas pendencieras y antisociales – Dificultades de adaptación escolar o laboral – Accidentabilidad – Inestabilidad emocional y búsqueda continua de estimulación – Falta de aficiones e intereses – Problemas en las relaciones interpersonales. Amigos consumidores de alcohol – Relaciones sexuales sin protección – Lazos familiares débiles. Consumo de alcohol abusivo en la familia
--

En resumen, los bebedores españoles son cada día más jóvenes. La ingesta abusiva de alcohol en estas personas es un problema de salud pública. Las pautas de bebida mediterráneas (consumo diario de vino en las comidas de forma moderada y asociado a la relación social) han sido sustituidas en los más jóvenes por unas pautas anglosajonas: beber mucho durante el fin de semana y con el objetivo de emborracharse. La combinación de juventud, alcohol, carretera y fines de semana constituye, en concreto, un factor de alto riesgo.

C) Alcohol y ancianos

Los ancianos son más vulnerables fisiológicamente al consumo de alcohol y tienen una tasa de alcoholemia un 20% más elevada que los jóvenes a igualdad de dosis/kilogramo de peso. Al aumentar con la edad el porcentaje de tejido graso y al disminuir la eficacia de los enzimas hepáticos responsables de la desintoxicación, el alcohol –una sustancia liposoluble– se distribuye con mayor amplitud y tarda más en eliminarse. Por esta misma razón –disminución en la capacidad de metabolización–, a los ancianos tratados con benzodiacepinas por problemas de ansiedad o de insomnio se les prescribe la mitad de la dosis del adulto. A su vez, los ancianos consumen medicamentos diversos, que pueden potenciar los efectos del alcohol, y presentan una mayor sensibilidad cerebral a todos los fármacos depresores del sistema nervioso central (el alcohol, entre ellos).

Con el abuso de alcohol suelen ser frecuentes el daño cerebral, la depresión y otras complicaciones físicas (como desnutrición, caídas, confusión mental, somnolencia, etc.), así como la existencia de una tolerancia invertida: una pequeña cantidad de alcohol puede producir una reacción desproporcionada ([cuadro 1.9](#)).

En realidad, la soledad, el aislamiento y el tiempo libre disponible, así como la

presencia de dolores y de discapacidades diversas y la ausencia de un proyecto ilusionante de futuro –a veces, reflejo de una depresión–, constituyen un terreno abonado para el consumo abusivo de esta sustancia.

La detección del problema en esta edad no siempre es fácil, en parte porque la familia, avergonzada, tiende a ocultarlo y en parte porque se le quita importancia al considerar que es el único recurso del que el anciano puede echar mano para hacer frente a los sinsabores de la vida y que, ya en los últimos años de la misma, no merece la pena modificar.

Desde una perspectiva preventiva, el mayor riesgo en la vejez lo constituyen la soledad y la inactividad, que propician la existencia de una depresión y la utilización del alcohol como autoterapia, así como las pérdidas afectivas y la jubilación, especialmente en las personas viudas que han sido muy dependientes de sus parejas o en aquellos casos en que la absorción por el trabajo en la vida adulta ha impedido la creación de aficiones y de relaciones sociales estables y desinteresadas.

Cuadro 1.9. Alcoholismo en la vejez

<i>Aspectos físicos</i>
– Desaliño y descuido en la higiene personal – Malnutrición – Incontinencia urinaria – Caídas
<i>Aspectos psicológicos</i>
– Incontinencia emocional – Confusión mental y desorientación – Susceptibilidad y desconfianza – Agresividad hacia los familiares o cuidadores – Fugas y daños materiales en el hogar

Cuadro resumen

Las bebidas alcohólicas son de dos tipos: fermentadas (vino, cerveza, etc.) y destiladas (licores y combinados), estas últimas de mayor graduación. El mayor o menor efecto de una bebida depende de graduación de la cantidad tomada, del acompañamiento o no de comida y del consumo de otras sustancias, así como del estado de ánimo y de las expectativas del sujeto. La mezcla de alcohol con bebidas carbónicas potencia su efecto. Los vasos de vino o las cañas de cerveza equivalen a 10 gramos de alcohol; las copas, a 20 gramos.

Un consumo moderado de alcohol no debe sobrepasar los 40 gramos diarios en el caso de los

hombres y los 20 en el caso de las mujeres, con días alternos sin alcohol. Beber más de 100 gramos de alcohol en una única ingesta, aunque sea aislada, es una forma de abuso y un indicador de problemas futuros. Las mujeres deben beber menos porque su hígado metaboliza peor el alcohol. Asimismo el consumo sano se caracteriza porque se bebe cuando se está bien (no cuando se está mal), se bebe en compañía, no se persigue directamente el efecto psicoactivo de la sustancia y, especialmente, la vida de la persona no gira en torno al alcohol.

Los problemas de bebida más frecuentes son la intoxicación alcohólica aguda, el consumo abusivo habitual de alcohol –antesala en muchos casos del alcoholismo– y la dependencia alcohólica o alcoholismo, caracterizado por la pérdida de control, la dependencia física y psicológica, el síndrome de abstinencia, la tolerancia, las alteraciones de la memoria, el deterioro de la vida cotidiana y la pérdida de conciencia de la realidad. El abuso de alcohol se potencia con el consumo simultáneo de otras drogas depresoras (tranquilizantes, hachís, etc.), que facilitan una embriaguez más rápida. Por el contrario, los estimulantes (cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis, etc.) contrarrestan los efectos depresores del alcohol (cansancio, somnolencia, etc.) y permiten mantener activado al organismo.

Las repercusiones negativas del abuso de alcohol aparecen en diversos planos. A nivel físico, el hígado y el cerebro son los órganos más afectados. La malnutrición y las disfunciones sexuales son también muy frecuentes, así como un deterioro general de la apariencia externa (delgadez, enrojecimiento facial, temblores de manos, etc.). A nivel psicopatológico, están muy relacionados con el abuso de alcohol la depresión, la ansiedad crónica, los celos patológicos y la adicción al juego. Y a nivel psicosocial, la vida familiar suele estar muy alterada, con una degradación de la relación de pareja y con un perjuicio especial de los hijos; el rendimiento académico o profesional suele estar afectado negativamente; las relaciones sociales se empobrececen considerablemente, con una tendencia al aislamiento; y, por último, la accidentabilidad laboral o de vehículos se acrecienta considerablemente.

El consumo de alcohol está muy generalizado en España. Del 7% al 10% de la población adulta consume alcohol en exceso, y la mitad de ellos son propiamente alcohólicos (ratio mujer/hombre: 1-4). Sin embargo, entre las personas jóvenes las diferencias entre sexos tienden a difuminarse. Los ancianos son más vulnerables fisiológica y psicológicamente al abuso de alcohol.

Exposición de un caso clínico

1.ª sesión

a) Datos biográficos

Guillermo, de 29 años, está casado y no tiene hijos, pero su mujer está embarazada actualmente de cuatro meses. Es aparejador y se dedica con éxito, como profesional liberal, al acondicionamiento de locales comerciales y a la reforma interior de viviendas, lo que le permite tener una situación económica desahogada.

En cuanto a sus antecedentes familiares, su padre –ya fallecido–, capitán de la Marina Mercante, era un hombre solitario, más bien triste, que se volvía más locuaz cuando tomaba algunas copas, pero su afición a la bebida se mantenía dentro de unos niveles no problemáticos; su madre, dedicada a las labores domésticas y volcada en sus cuatro hijos, es muy religiosa, colabora con la parroquia del barrio, es abstemia y tiene algunas preocupaciones hipocondríacas; y, por último, sus hermanos –un varón y dos mujeres– son bebedores sociales sin problemas con la bebida. Las relaciones familiares son cordiales.

Guillermo es reservado, dependiente emocionalmente y tiene pocos, pero buenos, amigos. Sus mayores aficiones son la música –es miembro de un orfeón– y la natación. La relación con su mujer,

periodista de profesión y más extravertida que él, es satisfactoria, pero en los últimos meses discuten a menudo por asuntos triviales que él atribuye a que se encuentra “sobrecargado de trabajo” y a que las “mujeres se vuelven más susceptibles cuando están embarazadas”. Los contactos sexuales son frecuentes y placenteros para ambos, pero últimamente se le ha reducido al paciente el deseo erótico y ha tenido algunos episodios esporádicos de impotencia, consecutivos a algún exceso en la bebida, pero que él ha atribuido al cansancio laboral.

En cuanto a su autoestima, Guillermo tiene un buen concepto de sí mismo en relación con su capacidad profesional, así como en lo referido a sus habilidades manuales. Se considera una persona atractiva, querida por su mujer y apreciada por sus amigos, pero está insatisfecho con su inestabilidad y dependencia emocional y con su falta de constancia.

Guillermo cuenta con buena salud y no ha padecido enfermedades de importancia. Al margen del alcohol, es fumador de 10 cigarrillos de tabaco negro, pero sin una gran dependencia, y no consume ningún otro tipo de droga.

b) Datos clínicos

• Motivo de consulta

El paciente acude a la consulta del psicólogo clínico, derivado por el médico de atención primaria, por un problema de consumo abusivo de alcohol. Últimamente bebe demasiado (más de 80 gramos diariamente), llega tarde y con mal cuerpo al trabajo por la mañana con cierta frecuencia, gasta más dinero de lo habitual en juergas, se junta con amigos bebedores y se retrasa en la hora de llegada a casa, lo que es motivo de discusiones con su mujer. Además, no le apetece estar en casa, tiene dificultades para dormirse, se le olvidan con frecuencia los sucesos vividos recientemente, se halla cansado y come menos de lo habitual. Por mucho que se esfuerza en controlar esta situación, es incapaz de hacerlo por sí solo.

El motivo inmediato de consulta es un accidente de tráfico sufrido hace dos semanas, cuando conducía, bajo los efectos del alcohol, el coche el sábado por la noche a las 4 de la madrugada, de vuelta a casa. Como resultado del accidente, tiene dos costillas rotas, así como algunas heridas superficiales en la cara. Al ver los restos del coche y percatarse de la causa del accidente, se ha asustado por la posibilidad de haberse matado y de haber dejado sola a su mujer embarazada. Además, es la primera vez que está de baja y está preocupado porque no va a poder terminar en la fecha comprometida varios proyectos pendientes.

• Otros problemas relacionados

El paciente se encuentra habitualmente cansado y ha mostrado en el último año una pérdida de interés por el orfeón, con ausencias frecuentes de los ensayos, y por la práctica de la natación. Asimismo la relación con su mujer se ha vuelto más tensa y se ha enfriado en los contactos sociales con sus amigos y los compañeros de trabajo de su mujer, con quienes mantenía una relación estrecha. Al margen de la rutina cotidiana, su vida se ha empobrecido y sus relaciones sociales se limitan a los compañeros de juerga.

• Tratamientos previos

No ha consultado nunca por problemas psicopatológicos.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuál es el límite de riesgo del consumo de alcohol en una mujer sana adulta?

- a) 10 gramos diarios. ☐
- b) 20 gramos diarios. ☐
- c) 30 gramos diarios. ☐
- d) 40 gramos diarios. ☐
- e) 50 gramos diarios. ☐

2. ¿A partir de qué nivel de alcohol en sangre se pueden apreciar los signos de embriaguez alcohólica?

a)

1-

1,5

g/l.

b)

1,5-

2

g/l.

c)

2-

2,5

g/l.

d)

2,5-

3

g/l.

e)

3-

3,5

g/l.

3. ¿Cuál es la característica definitoria de la embriaguez atípica?

- a) Consumo de alcohol en ayunas. ☐
- b) Pérdida de control. ☐
- c) Desproporción existente entre la cantidad de alcohol ingerida y la magnitud de la alteración del comportamiento. ☐
- d) Consumo conjunto de varias drogas. ☐

e) Borracheras frecuentes por mezcla de diferentes tipos de bebidas
alcohólicas. ☐

4. Uno de los siguientes factores es un factor de riesgo de desarrollar alcoholismo
en los jóvenes:

a) La personalidad esquizoide. ☐

b) La alimentación pobre en vitamina
B. ☐

c) La clase social baja. ☐

d) La personalidad narcisista. ☐

e) La familia con padres alcohólicos. ☐

Etiología de los problemas de bebida

El conocimiento de las variables que afectan a la dependencia del alcohol es de excepcional importancia. Sólo de este modo se pueden establecer programas terapéuticos específicos y diseñar unas estrategias de intervención efectivas, orientadas especialmente a la población de alto riesgo (Secades, 1996).

Lo que se sabe hoy de estas variables es, sin embargo, escaso y poco específico. Se trata más bien de una serie de factores diversos (influencias ambientales, predisposiciones biológicas, dimensiones de personalidad, factores de aprendizaje, el uso del alcohol como automedicación, etc.) que interactúan conjuntamente y cuyo peso específico varía mucho de unos casos a otros. El abuso de alcohol no está siempre arraigado en un trastorno de personalidad, como tampoco es siempre resultado de la falta de habilidades sociales o consecuencia de la soledad o de la frustración afectiva.

Por otra parte, conviene distinguir entre los factores de inicio en la bebida y los factores de mantenimiento ([figura 2.1](#)). Es decir, lo que indujo a una persona a comenzar a beber en exceso en el pasado tiene poco que ver con las variables psicosociales que contribuyen a mantener actualmente ese consumo abusivo. Esta distinción tiene importantes implicaciones prácticas: desde la perspectiva de la prevención primaria, interesan especialmente los factores de inicio; desde una perspectiva terapéutica, son los factores de mantenimiento los que requieren una atención específica y sobre los que se va a intervenir terapéuticamente.

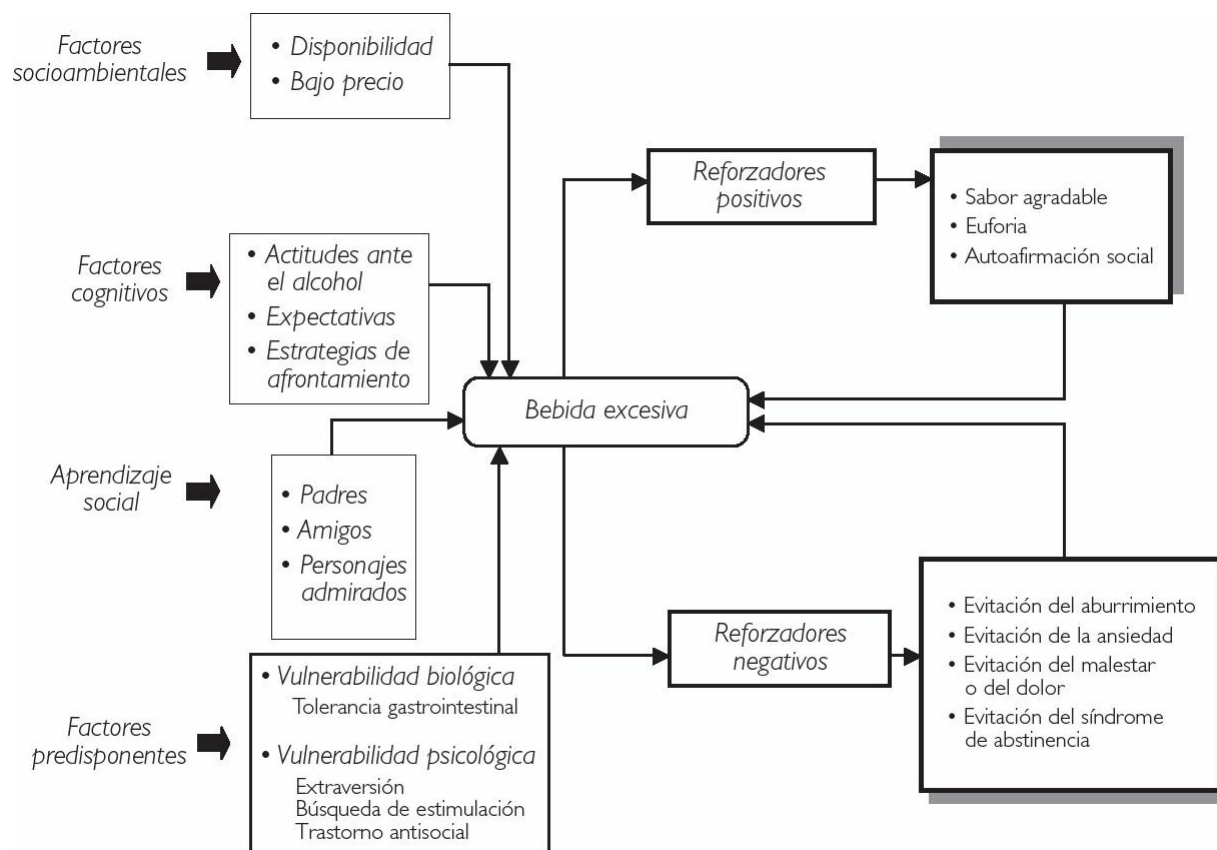


FIGURA 2.1. Análisis psicológico de la bebida excesiva.

2.1. Factores de inicio

La etiología del abuso de alcohol se relaciona, en líneas generales, con cuatro factores: el medio socioambiental, que representa las distintas influencias culturales que rodean a la persona; la constitución hereditaria y los rasgos de personalidad del sujeto, moldeados principalmente en la niñez; los factores de aprendizaje inherentes a las experiencias propias y a las conductas adquiridas por imitación; y, por último, las propiedades farmacodinámicas características del alcohol, de las que ya se ha hablado en el capítulo anterior y que determinan el grado de facilidad para inducir abuso o dependencia (Edwards, 1986).

2.1.1. Factores sociales

Hay una relación directa entre el consumo total de alcohol de una población y el número de personas que tienen problemas con esta sustancia. En la década de los

cincuenta el demógrafo Lederman estableció dos leyes a este respecto: *a)* hay una estrecha relación entre el consumo medio de una población y la tasa de problemas relacionados con el alcohol (por ejemplo, en forma de cirrosis hepáticas); y *b)* un cambio mínimo en el consumo medio provoca un cambio desproporcionado en los bebedores-problema en la misma dirección. La actuación debe ir, por tanto, encaminada a reducir el consumo medio.

Toda cultura que consume colectivamente una droga —el alcohol en este caso— tiende a ensalzar al máximo sus valores positivos y a minusvalorar sus efectos nocivos. Todo ello es resultado de la mentalidad de usuario inducida, que es fruto, a su vez, de los intereses económicos que giran alrededor de la producción, venta y distribución de dicha sustancia.

La aceptación social y la disponibilidad ambiental (bajo precio, ausencia de restricciones, etc.) del alcohol, junto con el aumento del poder adquisitivo, constituyen un factor determinante en el consumo normal y patológico de esta sustancia. Sólo las fluctuaciones de estos factores pueden explicar las amplias variaciones entre países y momentos históricos en relación con la ingesta de alcohol.

Más en concreto, el consumo de esta sustancia, influido por una presión colectiva más o menos sutil, está asociado a los hábitos de alimentación, a la búsqueda de diversión y de nuevas sensaciones, a la hospitalidad y a la cohesión grupal, así como a un rito de iniciación en la vida adulta y, en el caso de muchas chicas jóvenes, a una equiparación igualitaria a los comportamientos de los chicos. El afán de identificación en los adolescentes con el mundo de los adultos o con los compañeros de mayor edad, junto con la inexperiencia previa, pueden acentuar los problemas relacionados con la ingesta de alcohol (Secades, 1996).

Por otra parte, hay ciertas conductas sociales, como la integración en el grupo, las relaciones sexuales, la actuación en público, etc., que se ven facilitadas en muchos casos por el efecto desinhibidor del alcohol. Asimismo los subgrupos de “desviados” y de delincuentes son más proclives a adoptar pautas de comportamiento no habituales en el consumo de alcohol como forma de integración en una subcultura grupal.

La incorporación del alcohol a todo tipo de relación social, ya desde la adolescencia, favorece una actitud acrítica y una falta de conciencia sobre todos los problemas que un uso inadecuado puede llevar consigo. Los factores económicos implicados en la venta de bebidas alcohólicas y la presión publicitaria, en la que se asocia consumo de alcohol a éxito social, no son ajenos al hecho de que no haya fiesta sin alcohol ni club o local sin su bar correspondiente.

Algunos cambios sociales característicos de nuestra época están directamente relacionados con el desarrollo espectacular del consumo de alcohol. El proceso de industrialización y los avances tecnológicos de nuestra sociedad han traído consigo una elevación del nivel de vida, así como un enorme movimiento migratorio, una fuerte competitividad —resultado de un trabajo cada vez más escaso—, unas dificultades de adaptación a los nuevos requerimientos profesionales y tecnológicos, un tiempo de ocio pasivo cada vez mayor —a veces no deseado, como en el caso del desempleo o de las

jubilaciones anticipadas–, un vuelco de los valores tradicionales –con un énfasis en la diversión a tope y en la reducción total de cualquier tipo de malestar– y un debilitamiento de la cohesión familiar y grupal. Todo ello es un caldo de cultivo adecuado para el recurso al alcohol como forma de superación de la soledad y de las ansiedades y tensiones de la vida cotidiana.

El mimetismo respecto a los países anglosajones y el impacto de la publicidad – reflejo, a su vez, de los intereses económicos presentes en el sector– han producido un cambio en las pautas de consumo. Ha habido un desplazamiento del consumo tradicional de vino (12º) al de cerveza y al de bebidas de alta graduación (coñac, whisky, ginebras, etc.), con la mezcla en no pocos casos de bebidas diversas o de alcohol con otras drogas (cerveza y hachís, licores y cocaína, etc.). No son ajenas a ello las pautas de consumo de los modelos de triunfo (actores, empresarios, etc.) difundidos por la televisión y los medios de comunicación, con quienes se identifican y a quienes tienden a imitar, de una forma más o menos consciente, muchos jóvenes.

No se debe olvidar que los bares son un lugar adecuado en nuestra sociedad para establecer buenas relaciones. El cierre de una operación de venta, los contactos políticos, las informaciones de prensa, la inauguración de un curso o de una muestra artística, etcétera, tienen lugar frecuentemente en un bar o, al menos, en torno a unas copas.

Todos estos factores ambientales, junto con los de aprendizaje social, están presentes especialmente en los alcohólicos de *tipo I* (Rodríguez-Martos, 1999a) ([cuadro 2.1](#)).

Cuadro 2.1. Tipología de alcohólicos

<i>Tipología de alcohólicos según Cloninger</i>	
<i>Tipo I</i>	<i>Tipo 2</i>
– Dependencia alcohólica fraguada a largo plazo.	– Alcoholismo precoz.
– Proceso aprendido: etiopatogenia ambiental.	– De rápida evolución y mayor gravedad.
– Sin predisposición previa.	– Predisposición familiar.
	– Psicopatología de base.
	– Dimensiones de personalidad (conductas antisociales, búsqueda de sensaciones, impulsividad y escasa evitación del riesgo).

2.1.2. Factores biológicos

No es aventurado pensar que los distintos grados de resistencia biológica ante el abuso de alcohol –reflejo de la interacción entre la sustancia adictiva y el organismo– se relacionan con factores hereditarios y constitucionales.

Los hijos de alcohólicos constituyen un grupo de alto riesgo. En concreto, la probabilidad de que un hijo tenga problemas con la bebida, cuando es alcohólico uno de los padres, es del 25%; pero si ambos padres son alcohólicos, la probabilidad es superior al 50%. Sin desdeñar el papel que la convivencia puede desempeñar en el aprendizaje de la adicción, los factores genéticos parecen tener un cierto peso en la propensión al alcoholismo. Así parecen atestiguarlo algunos hechos bien estudiados: los gemelos monocigóticos, que tienen una dotación genética idéntica, presentan un mayor índice de concordancia en el consumo abusivo de alcohol que los gemelos dicigóticos; los niños adoptados procedentes de padres alcohólicos tienen en mayor medida problemas con la bebida que los adoptados cuyos padres no lo son; y, por último, según se ha demostrado en la investigación básica, hay cepas de ratones que tienen una querencia por el alcohol mayor que otras (Echeburúa, 1996a).

Los niños con riesgo de convertirse en adultos con problemas de bebida experimentan con frecuencia en la infancia déficit de atención e hiperactividad, que, a nivel neurobiológico, puede ser reflejo de la menor biodisponibilidad interneuronal de un neurotransmisor (la dopamina) en el circuito neuronal constituido por el córtex prefrontal, el vérmix cerebeloso y los ganglios basales en relación con las personas normales. Todo ello lleva a una tendencia a mostrar conductas impulsivas e incluso antisociales y, en último término, a una mayor probabilidad de fracasar en la escuela. Es decir, tienen dificultades para regular su conducta con arreglo a las normas sociales estructuradas.

En cualquier caso, más que lazos genéticos directos, parecen existir predisposiciones fisiológicas. En concreto, la mayor o menor tolerancia gastrointestinal al alcohol (capacidad de consumir más cantidad sin que aumenten los efectos negativos y mayor sensibilidad al disfrute de la bebida o al efecto de alivio del estrés), influida genéticamente, puede ser un factor importante. Por ejemplo, una persona con poca tolerancia gastrointestinal para el alcohol tiene una escasa probabilidad de hacerse adicto porque no se adapta bien a la presencia de alcohol en su cerebro. La retroalimentación fisiológica negativa inmediata que recibe, en forma de disforia, náuseas, cefalea y sensación de malestar general, hace poco probable la aparición de nuevas ingestas. Por el contrario, otras personas (entre ellas, los hijos de alcohólicos) suelen sentirse mejor (más eufóricos) y menos intoxicados que los niños de bajo riesgo tras la ingesta de la misma cantidad de alcohol y, por ello, tienden a repetir el consumo de esta sustancia.

Por otra parte, las personas que abusan del alcohol con antecedentes familiares de alcoholismo presentan un inicio más precoz del cuadro clínico, una mayor gravedad, un acompañamiento más frecuente de otros trastornos mentales y, en último término, una mayor resistencia al tratamiento.

En resumen, no hay ningún otro trastorno psicopatológico en que la dominancia familiar sea tan potente. La esquizofrenia y la depresión presentan una incidencia familiar mayor que la de la población general, pero sin alcanzar el grado del alcoholismo. La probabilidad de tener hijos alcohólicos cuando los padres también lo son es de 4 a 5 veces superior a cuando los padres no tienen problemas con la bebida. Lo que ocurre en estos casos es que a la predisposición hereditaria se une un aprendizaje temprano en el consumo abusivo de alcohol. Se trata, por tanto, de una interacción entre factores hereditarios y ambientales (Edwards, 1986).

2.1.3. Factores psicológicos

Hay ciertas personalidades que están más predispuestas –son más vulnerables– al consumo abusivo de alcohol, sobre todo si cuentan con modelos de aprendizaje facilitadores de la ingesta excesiva de esa sustancia (García, 1994a).

A) Vulnerabilidad psicológica

No existe un perfil de personalidad adictiva capaz de predecir la bebida excesiva. En primer lugar, porque los problemas de bebida constituyen una meta a la que se puede llegar por diferentes caminos. Es más, en países como Francia o España, en donde la elevada tasa de alcohólicos está en función de los altos niveles de consumo en la población, hay muchos pacientes con una personalidad normal o cercana a la normal. No es el caso, sin embargo, de otros países en donde los niveles de consumo de alcohol son tan pequeños que sólo los miembros más vulnerables llegan a tener problemas con la bebida. Y en segundo lugar, porque la dependencia del alcohol genera una cierta uniformidad en las pautas de conducta de los bebedores: el autoengaño y la percepción distorsionada de la realidad; la inmadurez emocional; la dependencia de los demás; y la depresión, que es resultado de la desesperanza referida a la incapacidad para controlarse con la bebida o a los fracasos familiares, sociales y laborales experimentados. Dilucidar cuáles de estas alteraciones son preexistentes y cuáles resultado de la adicción no es sencillo.

Ha habido algunos intentos por determinar la vulnerabilidad psicológica a los problemas de bebida a partir de la personalidad previa de los sujetos en la infancia y la adolescencia. Según este enfoque, los niños prealcohólicos tienden a ser inestables emocionalmente, con baja autoestima, extrovertidos, impulsivos, agresivos, poco tolerantes a la frustración y con una integración familiar defectuosa. En general, se trata de adolescentes buscadores de sensaciones fuertes, con una intolerancia ante el

aburrimiento y un afán de riesgo, que presentan dificultades antisociales más que síntomas propiamente neuróticos.

Cuando beben, las personas introvertidas se vuelven habitualmente más sociables, se relajan y se integran más fácilmente con los demás. A su vez, las personas extrovertidas tienden a mostrarse más eufóricas y locuaces. Al contar con un nivel de *arousal* o de excitación cortical más bajo que el de los introvertidos, los efectos descontroladores del alcohol son asimismo más fuertes e inmediatos.

Estas personas con una mayor vulnerabilidad psicopatológica encajan con los denominados alcohólicos de *tipo 2* (cuadro 2.1).

En cualquier caso, la predicción de un mayor o menor riesgo deriva, más que de una personalidad previa, de las actitudes ante el consumo de alcohol y de los estilos de afrontamiento utilizados para hacer frente a las situaciones difíciles. Es decir, los condicionantes actuales (actitudes, expectativas, estrategias de afrontamiento, etc.) son más determinantes que los problemas remotos (hogar destruido, problemas en la niñez, dimensiones de personalidad, etc.).

B) Modelos de aprendizaje

El alivio de un estímulo emocional desagradable (malestar, dolor, inhibición social, etc.) obtenido mediante una sustancia química se aprende con facilidad, sobre todo cuando dicha respuesta recibe la aprobación de la cultura o de la subcultura en la que el sujeto desea integrarse.

El aprendizaje social en el hogar desempeña un papel muy importante. El consumo de alcohol por parte de los padres y sus actitudes al beber se reflejan en los hijos. El aprendizaje observacional no tiene necesariamente una dimensión negativa. Si uno ve a sus padres beber de forma moderada en las comidas o en los acontecimientos festivos, aprenderá a beber controladamente. Otra cosa es cuando lo que se aprende por imitación son excesos en la bebida o actitudes de simpatía por el alcohol en el hogar.

Sin embargo, el papel de los padres y de la familia tiende a ser menor a medida que los niños llegan a la adolescencia y tienden a crear su mundo propio. Por ello, la conducta imitativa respecto al alcohol se puede desarrollar también por influencia de los compañeros del sujeto, sobre todo por parte de aquellos que cuentan con una personalidad atractiva y tienen una cierta capacidad de liderazgo. Muchas veces son los amigos y las propias situaciones sociales –fiestas, celebraciones, fines de semana, etc.– los que empujan a muchos jóvenes a abusar de esta sustancia.

Desde una perspectiva cognitiva, un aspecto de interés es el relacionado con las expectativas conductuales y emocionales del sujeto. No de otro modo se puede explicar la persistencia en las conductas de ingesta de alcohol de los adolescentes a pesar de los efectos negativos que pueden darse en las primeras tomas de contacto con esta sustancia. Las expectativas positivas acerca de lo que pueden experimentar bajo los efectos del

alcohol, mantenidas a partir de los modelos de observación cercanos, contribuyen a mantener una conducta que puede resultar inicialmente incluso desagradable y llegan a modular los efectos del alcohol sobre la conducta. Algo parecido ocurre con el tabaco (Echeburúa, 1996a).

2.2. Factores de mantenimiento

Una vez establecidas las pautas de bebida, éstas son extraordinariamente resistentes al cambio. Los problemas de la bebida son pautas de conducta aprendidas que se mantienen por unas señales antecedentes, que se dan generalmente en las relaciones sociales, y por unas consecuencias derivadas. En otras ocasiones, la existencia de una patología asociada, como la depresión, la ansiedad o los celos patológicos, facilita el recurso al alcohol como autoterapia, es decir, como una estrategia de afrontamiento para superar el malestar (Casas, 1994).

2.2.1. Motivaciones para beber

Al inducir el alcohol un estado psicológicamente placentero (euforia, desinhibición, ausencia de malestar, etc.), las personas tienden a repetir esta conducta. A veces el alcohol contribuye al bienestar de la persona; otras, sin embargo, facilita la reducción de la ansiedad y del malestar, al menos a corto plazo. Los hábitos de las salidas nocturnas, en donde no siempre es fácil combatir el sueño ni seguir sin cansancio el ritmo de la música, propician el consumo de esta sustancia o la mezcla con otras drogas. En definitiva, los reforzadores obtenidos por beber alcohol son tanto farmacológicos (los efectos eufóricos y desinhibidores) como sociales (buscar la relación y unión con otras personas).

Desde la perspectiva del condicionamiento, lo que diferencia a las personas normales de las problemáticas es que en las primeras la bebida está controlada por reforzadores positivos: sabor de la bebida, asociación a una buena comida, disfrute de una relación interpersonal, autoafirmación social, euforia, etc.; en las segundas, por el contrario, lo que controla la conducta son los reforzadores negativos: reducción del malestar, superación del aburrimiento, afrontamiento del enfado, olvido de las preocupaciones, etc. En definitiva, estas últimas no beben para “estar bien”, sino para “no sentirse mal”. Otra diferencia importante de las personas problemáticas respecto a las normales es que aquéllas buscan directamente el efecto psicoactivo de la droga, es decir, buscan *colocarse* por encima de otros posibles reforzadores.

Sin embargo, cuando se trata de explicar la conducta de beber de los bebedores

excesivos, no se pueden desdeñar los efectos negativos –muy graves– de dicho comportamiento: enfermedades, acortamiento de la vida, pérdida de la familia, problemas laborales, rechazo social, etc. ¿Por qué no contribuyen en la mayoría de los pacientes estas consecuencias a inhibir la conducta de beber en exceso? El factor determinante, desde la perspectiva del control del comportamiento, es el momento en que tienen lugar las consecuencias. En concreto, la conducta de beber en los bebedores excesivos tiene unas consecuencias recompensantes relativamente inmediatas: hace desaparecer el malestar, reduce la ansiedad, permite hacer frente a las exigencias cotidianas, etc. Por el contrario, las consecuencias negativas (enfermedad, pérdida de trabajo, sentimientos de culpa, etc.) aparecen de forma demorada y se presentan a medio y largo plazo. Por ello, un bebedor excesivo, un fumador o un toxicómano pueden proseguir con su conducta adictiva a pesar de los efectos destructivos que tiene dicha conducta a largo plazo.

Por otra parte, hay unos estímulos neutros asociados con el alcohol que pueden llegar a desencadenar el deseo apremiante o la acción de consumir esta sustancia. Las situaciones relacionadas con la conducta de beber son de amplio rango: la vista y el olor de las bebidas alcohólicas; la cercanía de un bar; la reunión con unos amigos; una salida nocturna; un acontecimiento festivo; y, en general, las circunstancias que en la biografía de cada persona suelen preceder al consumo de alcohol. Así es como una persona puede llegar a hacerse dependiente psicológicamente de esta sustancia.

No obstante, hay muchos casos en que el exceso de alcohol en la juventud se atempera espontáneamente en la vida adulta, en la medida en que la persona se incorpora a un trabajo estable, encuentra una pareja satisfactoria, asume unas responsabilidades familiares y establece un determinado proyecto de vida (Edwards, 1986).

2.2.2. Trastornos duales

La patología dual se refiere a la comorbilidad del abuso de alcohol con otro cuadro clínico del eje I (trastornos mentales) o del eje II (trastornos de personalidad) del *DSM-IV*. Cuando una persona es adicta a una sustancia, lo más habitual –hasta en un 50%-75% de los casos– es que presente otro trastorno adicional (Casas, 1994).

La asociación de una toxicomanía con otro cuadro clínico puede establecerse de formas diferentes:

- a) El trastorno de personalidad o psiquiátrico puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo del abuso de alcohol. Por ejemplo, un trastorno antisocial de la personalidad aumenta la probabilidad de una ingesta excesiva de alcohol.
- b) La psicopatología puede modificar el curso del trastorno adictivo. Por ejemplo, la existencia de una depresión primaria complica el tratamiento del abuso de alcohol y puede ser un predictor de resultados negativos a largo plazo.

- c) La sintomatología psiquiátrica puede aparecer en el curso de una intoxicación crónica. Por ejemplo, pueden aparecer ideas delirantes de celos, que no se manifiestan habitualmente, en el curso de una embriaguez patológica.

Los trastornos duales más frecuentes con el abuso de alcohol son, por una parte, el trastorno antisocial de la personalidad; y, por otra, la depresión –más en mujeres–, los trastornos de ansiedad –en uno y otro sexo– y el abuso de otras drogas –más en hombres.

En estos casos la ingesta excesiva de alcohol puede funcionar como autoterapia, al margen de que el alcohol sea una mala solución para la ansiedad o la depresión, mantenerse con el tiempo y ser muy resistente al tratamiento. A continuación figura un caso de celos en donde se utiliza el alcohol como autoterapia.

Luis Ángel es un ingeniero técnico de 30 años, que tiene un trabajo estable en una empresa de construcción y es muy aficionado a la música. Está casado y tiene una hija de 3 años. Se trata de una persona tímida, insegura y con una vida social muy limitada. Recuerda que, ya desde las primeras relaciones con chicas en la adolescencia, era una persona muy celosa y posesiva. Desde que se ha casado, hace cuatro años, los celos hacia su mujer –infundados– han ido en aumento, ocupan buena parte de su actividad mental diaria y le crean una gran tensión emocional: le atormenta no ser amado, sentirse engañado y ser señalado por la calle, como si todo el mundo supiese lo que él no sabe. Por ello, se muestra amenazante e insultante con su mujer. Cuando bebe alcohol, siente un alivio a su malestar y se le olvidan por unas horas los celos, que vuelven a reaparecer, sin embargo, al cabo de un rato. En los momentos de lucidez se siente apenado y se da cuenta de la falsedad y crueldad de sus acusaciones. En los últimos meses el consumo de alcohol (de vino y whisky, sobre todo), al que recurre cada vez que se encuentra desasosegado con sus pensamientos, es superior a los 80 g diarios. Ha comenzado a abandonar sus obligaciones profesionales y a presentarse de improviso en casa para controlar el teléfono, revisar los ceniceros, inspeccionar el bolso y la agenda de su mujer, someter a ésta a un interrogatorio minucioso sobre la ocupación del tiempo libre, etc.

En resumen, conviene prestar una atención especial a los posibles problemas psicopatológicos presentados por los bebedores excesivos. De hecho, la existencia o no de sintomatología psiquiátrica, así como el entorno social, los hábitos de bebida de la familia del paciente (pareja, amigos, compañeros de trabajo, etc.) y la motivación para el cambio, pueden ser predictores de los resultados terapéuticos obtenidos a largo plazo.

Cuadro resumen

La etiología del abuso de alcohol se relaciona fundamentalmente con cuatro factores: a) el medio socioambiental; b) la constitución hereditaria y los rasgos de personalidad del sujeto; c) los factores de aprendizaje inherentes a las experiencias propias y a las conductas adquiridas por imitación, así como a las expectativas existentes; y d) las propiedades farmacodinámicas características del alcohol. Se trata más bien

de una serie de factores diversos (influencias ambientales, dimensiones de personalidad, factores de aprendizaje, el uso del alcohol como automedicación, etcétera) que interactúan conjuntamente y cuyo peso específico varía mucho de unos casos a otros.

A nivel biológico, más que lazos genéticos directos, parecen existir predisposiciones fisiológicas. En concreto, la mayor o menor tolerancia gastrointestinal al alcohol (capacidad de consumir más cantidad sin que aumenten los efectos negativos y mayor sensibilidad al efecto de alivio del estrés), influida genéticamente, puede ser un factor importante. A nivel psicológico, las experiencias personales con el alcohol, la imitación de modelos emocionalmente significativos y las expectativas de desinhibición y de bienestar constituyen una variable importante en el consumo. Y a nivel social, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas, el bajo precio y la asociación con la diversión y la fiesta facilitan la ingesta de esta sustancia. En definitiva, los reforzadores obtenidos por beber alcohol son tanto farmacológicos (euforia y desinhibición) como sociales (buscar la relación y unión con otras personas).

Hay una cierta vulnerabilidad psicológica al consumo abusivo de alcohol. Los niños prealcohólicos tienden a ser inestables emocionalmente, con baja autoestima, extrovertidos, impulsivos, agresivos, poco tolerantes a la frustración y con una integración familiar defectuosa. En general, se trata de adolescentes buscadores de sensaciones fuertes, con una intolerancia ante el aburrimiento y un afán de riesgo, que presentan dificultades antisociales más que síntomas propiamente neuróticos.

En algunas ocasiones la existencia de una patología asociada, como la depresión, la ansiedad o los celos patológicos, facilita el recurso al alcohol como autoterapia, es decir, como una estrategia de afrontamiento para superar el malestar.

Por último, lo que mantiene la conducta de beber en los bebedores excesivos es que el alcohol tiene unas consecuencias recompensantes relativamente inmediatas: hace desaparecer el malestar, reduce la ansiedad, permite hacer frente a las exigencias cotidianas, etc. Por el contrario, las consecuencias negativas (enfermedad, pérdida de trabajo, sentimientos de culpa, etc.) aparecen de forma demorada y se presentan a medio y largo plazo.

Exposición de un caso clínico

1.ª sesión (continuación)

• Comienzo del problema

A Guillermo le ha gustado siempre el sabor del alcohol. Recuerda haber consumido vino en la comida y alguna que otra copa en las fiestas ya desde la adolescencia, con algunas borracheras esporádicas. La situación actual de descontrol comenzó progresivamente hace tres años, cuando, desesperado de estar en el paro, dependiente económicamente de su madre y con el proyecto de casarse lo antes posible con su novia, se juntó con una cuadrilla de vecinos del barrio, con los que se reunía y bebía casi todos los días más de la cuenta. Lo que comenzó por ser una novedad, que le distraía de pensar en otras cosas y le cubría algunos de sus muchos ratos libres, se convirtió pronto en una rutina diaria.

Con este grupo de amigos pasó de ser un consumidor moderado de cerveza (y, excepcionalmente, de coñac o whisky) a aficionarse al vino y a los cubalibres.

• Evolución del problema

Los hábitos de consumo excesivo se han mantenido constantes durante estos tres años. Hubo un paréntesis hace un año, cuando se casó y comenzó con el trabajo actual: se distanció entonces de la cuadrilla porque quería llegar pronto a casa para estar con su mujer, decorar la vivienda y colaborar en las tareas domésticas. Pero al llegar tarde alguna vez su mujer a casa como consecuencia de sus horarios irregulares en el trabajo, empezó de nuevo, con el pretexto de sentirse solo, a frecuentar la cuadrilla de los vecinos del barrio y a reinstaurar los hábitos de bebida abusivos.

- *Agravamiento del problema*

Guillermo bebe más los fines de semana, las épocas festivas y los días laborables a últimas horas de la tarde. Además del hábito cotidiano, lo que tiende a disparar su consumo de bebida son las preocupaciones laborales (el agobio de terminar un proyecto para una fecha concreta) y las discusiones con su mujer, así como el enfrentamiento a problemas nuevos. Toda esta situación ha traído consigo un distanciamiento paralelo de sus amigos de toda la vida y la limitación de sus relaciones sociales a la cuadrilla de amigos del barrio, cuya relación gira siempre en torno a los bares.

- *Estrategias utilizadas hasta la fecha*

El paciente no bebe apenas alcohol delante de su mujer y elude cualquier conversación relacionada con este tema. A nivel cognitivo, incurre en diversos errores atribucionales: achacar su irritabilidad a la “sobrecarga de trabajo” y las discusiones familiares a la “suscceptibilidad de su mujer por estar embarazada”; responsabilizar de los episodios esporádicos de impotencia “al cansancio y agobio laboral”; y culpar a la “escasez de tiempo libre” del abandono de las aficiones.

Asimismo tiene percepciones falsas de la realidad y autoverbalizaciones justificativas de la conducta de beber: considerar que el consumo de vino es irrelevante “porque es lo que toma todo el mundo” y que sus pautas de bebida son “normales” (porque son las mismas que las de sus amigos); pensar que los problemas con el alcohol son propios de gente mayor; o mostrarse orgulloso de que él no ha estado nunca enfermo y de que el resultado de los reconocimientos médicos hasta la fecha ha sido perfecto.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuál es el factor biológico que puede predisponer a un consumo abusivo de alcohol?

- a) Una trisomía XYY en el par 23. ☐
- b) Un desequilibrio en la producción de endorfinas endógenas. ☐
- c) Una alteración en el hipocampo. ☐

- d) Una mayor tolerancia gastrointestinal al alcohol. ☐
- e) Un déficit de serotonina. ☐

2. ¿Cuál es el trastorno de personalidad que está más relacionado con el consumo abusivo de alcohol?

- a) Histriónico. ☐
- b) Obsesivo. ☐
- c) Esquizotípico. ☐
- d) Esquizoide. ☐
- e) Antisocial. ☐

3. ¿Qué es lo que contribuye a mantener el consumo de alcohol a largo plazo?

- a) La inmediatez del refuerzo y la demora del castigo. ☐
- b) La inmediatez del castigo y la demora del refuerzo. ☐
- c) La tolerancia cruzada. ☐
- d) El consumo conjunto de varias drogas. ☐
- e) La tolerancia invertida. ☐

4. ¿Qué trastorno dual es más frecuente en mujeres?

- a) Abuso de alcohol y trastorno esquizoide de la personalidad. ☐
- b) Abuso de alcohol y depresión. ☐
- c) Abuso de alcohol y consumo de cocaína. ☐
- d) Abuso de alcohol y trastorno *borderline* de la personalidad. ☐
- e) Abuso de alcohol y trastorno histriónico de la personalidad. ☐

Evaluación de los problemas de bebida: diagnóstico precoz

La importancia epidemiológica del alcoholismo ha estimulado la búsqueda de instrumentos diagnósticos que permitan una detección temprana antes de que aparezcan los signos clínicos de la patología orgánica asociada al consumo abusivo de alcohol (Ariño, Ballesteros y Gutiérrez, 2000).

Diagnosticar un alcoholismo ya establecido es relativamente sencillo porque son muchas las áreas afectadas: el aspecto físico, las condiciones de salud, los marcadores biológicos, el funcionamiento familiar, el rendimiento laboral, la adaptación social, etc. Sin embargo, las dificultades para evaluar adecuadamente los problemas de bebida son mayores que en el caso de otros trastornos mentales. En primer lugar, porque, excepto en fases ya muy avanzadas, la frontera entre el cuadro clínico y la normalidad no siempre es clara. Y en segundo lugar, porque la negación del trastorno (en forma de ocultación, mentiras y autoengaños o de atribución de los síntomas a otra enfermedad) constituye un aspecto nuclear del mismo. Es decir, el paciente minimiza o esconde la ingestión real de alcohol, no se considera un enfermo y no relaciona su sintomatología con el consumo de esta sustancia (Echeburúa, 1996b).

Por ello, la evaluación de los problemas de bebida debe ser multidimensional. Desde esta perspectiva, los instrumentos más utilizados son los siguientes: la entrevista al paciente y a sus allegados (en este caso, como forma de verificación de los datos) acerca de las pautas de bebida habituales del sujeto; los indicadores clínicos y los marcadores biológicos; y, por último, los cuestionarios específicos y los autorregistros (Rodríguez-Martos, 1999a). El papel de estos instrumentos en la evaluación multidimensional del alcoholismo está reflejado en la [figura 3.1](#).

En este capítulo sólo se abordan los instrumentos de evaluación *específicos* relacionados con el consumo abusivo de alcohol. Por razones didácticas y de extensión no se analizan –simplemente se señalan– otras áreas que son de interés también, como la calidad de la relación de pareja, la depresión, la ansiedad o la presencia de otros trastornos psicopatológicos asociados. El lector interesado puede encontrar información

detallada en los textos específicos relacionados con estos problemas.

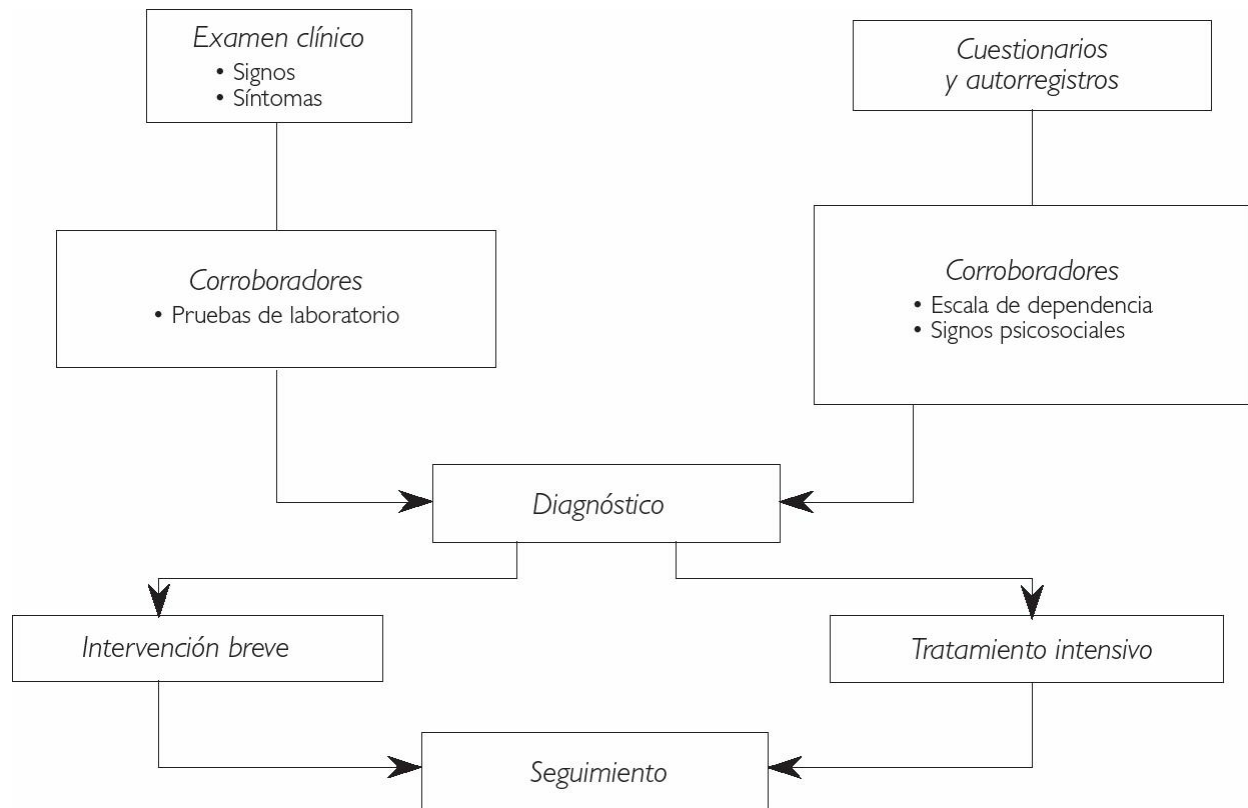


FIGURA 3.1. Evaluación del alcoholismo.

3.1. Entrevista

Como en otros ámbitos de la psicopatología, la entrevista clínica, especialmente si es estandarizada, es, sin duda, el mejor instrumento diagnóstico en la evaluación de los problemas de bebida (Miller y Rollnick, 1999).

3.1.1. Entrevista clínica

En la entrevista se pregunta al paciente por el consumo habitual (distinguiendo entre días laborables y festivos), la ingesta máxima por ocasión y los posibles antecedentes de algún problema relacionado con esta sustancia. En realidad, habría que preguntar el consumo de alcohol a todo paciente de más de 14 años que acuda a una consulta

psicológica o de atención primaria en demanda de asistencia médica o psicológica.

De este modo, las preguntas clave son las siguientes:

1. “¿Cuánto bebe usted en un día normal?” (Una ingesta de más de 50 g tres días por semana es suficiente para identificar un caso clínico).
2. “¿Cuánto bebe en un día de gran consumo?” (Beber más de 100 g en una sola ingesta puede identificar también un caso clínico).
3. “¿Ha experimentado algún problema laboral, doméstico, legal o sanitario relacionado con la bebida?”.

En la entrevista deben anotarse asimismo la frecuencia del consumo (si el paciente bebe de manera continuada o episódica) y el número de días de abstinencia.

La anamnesis referida al consumo típico o habitual tiende a revelar un consumo inferior al que aparece cuando se solicita al paciente que haga un recuento de las ingestas correspondientes a las últimas semanas.

Por ello, en la clínica la medida más utilizada es el autoinforme de cantidad/frecuencia global (frecuencia típica semanal y cantidad típica por ocasión), diferenciando días laborables y días festivos (García, 1994b).

Por último, conviene cotejar los datos aportados por el paciente con los proporcionados por los familiares o personas allegadas, que permiten contrastar, allí hasta donde es posible, el carácter más o menos fidedigno del autoinforme. La entrevista a solas con la pareja del paciente tiene como objetivo, además de verificar la información obtenida y de indagar sobre la calidad de la relación conyugal, motivar a la pareja como coterapeuta y convertirla, por tanto, en un agente activo del proceso de recuperación del paciente (Echeburúa, 1996b).

3.1.2. Entrevistas estandarizadas

Recientemente el grupo de Spitzer ha creado la *Escala Prime-MD*, que no es específica del alcoholismo, pero que tiene como objetivo ayudar al médico de familia a detectar los trastornos psiquiátricos más frecuentemente vistos en la atención primaria: depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, consumo abusivo de alcohol y trastornos somatomorfos.

Esta escala, que se cumplimenta rápidamente (de 5 a 10 minutos), consta de dos componentes:

- a) El *Cuestionario para el Paciente (CP)*. El paciente debe rellenarlo en la sala de espera antes de ver al médico. Consta de 25 preguntas con respuestas

dicotómicas y de una pregunta única sobre la salud en su conjunto.

- b) *Guía de Evaluación para el Médico (GEM)*. Se recoge información adicional sobre las áreas diagnósticas a las que el paciente ha respondido positivamente con el CP. La GEM se administra después de haber abordado el motivo de la consulta.

En España esta escala, traducida y adaptada por el grupo de Baca, es distribuida por los laboratorios Pfizer.

3.2. Indicadores clínicos y métodos biológicos

Estos instrumentos tienen como finalidad centrarse en medidas observables u objetivas, menos influidas por los engaños y autoengaños que son frecuentes en las respuestas emitidas a los cuestionarios y a las entrevistas por las personas afectadas por el consumo abusivo de alcohol.

3.2.1. Indicadores clínicos

El índice clínico del consumo de alcohol, elaborado por el grupo de Skinner (1986), supone un intento de sistematizar los signos clínicos y los datos procedentes del historial médico.

Los signos clínicos incluidos están referidos a la cara (rojez facial, acné hipertrófico de la nariz, lengua sucia, etc.), a las manos (temblor, rojez en las palmas, etc.), al tórax (arañas vasculares, ginecomastia, etc.) y a la forma de andar (paso alargado y ángulo profundo de la rodilla)

Los síntomas incluidos en el historial médico se refieren, entre otros, a la incapacidad para concentrarse, confusión mental, mala memoria para acontecimientos recientes, alucinaciones, temblor de manos, insomnio y pesadillas, cefalea al despertar, tos crónica y náuseas y vómitos matutinos. Asimismo una historia clínica detallada permite detectar síntomas, patologías o situaciones relacionadas frecuentemente con el alcohol: *a)* enfermedades frecuentes, con períodos de baja laboral cortos y repetidos; *b)* visitas reiteradas a centros de urgencia con síntomas no específicos; *c)* accidentes de tráfico o laborales frecuentes; *d)* hipertensión moderada o grave; *e)* problemas gastrointestinales; *f)* depresión, ansiedad o estrés; *f)* disfunciones sexuales; y *g)* abuso de alcohol asociado con el de tabaco y otras drogas (especialmente en jóvenes) (Santodomingo, 1990).

Todos estos indicadores clínicos han resultado ser más precisos en la identificación de alcohólicos que muchos de los marcadores biológicos más prometedores.

3.2.2. Métodos biológicos

El interés por la búsqueda de marcadores biológicos en el alcoholismo responde a la necesidad de confirmación de los datos suministrados por el sujeto, así como a la detección temprana de los problemas de bebida y al control de la abstinencia en el seguimiento de una terapia. Si bien la búsqueda de un único marcador biológico para el alcoholismo no ha tenido éxito hasta el momento, los métodos más comunes son la detección del nivel de alcohol en sangre, utilizada para detectar la intoxicación aguda, y los análisis periódicos de laboratorio del funcionamiento hepático y del volumen corpuscular medio de los hematíes, utilizados para evaluar el abuso de alcohol y la alcoholización crónica (Rodríguez-Martos, 1999a).

A) Pruebas de alcoholemia

Las pruebas de alcoholemia se utilizan para detectar la presencia de alcohol en los fluidos corporales: orina, sangre, sudor, saliva o aliento. De todos ellos, la concentración de alcohol en la sangre, medida con el alcoholímetro, constituye la forma más objetiva y fiable para evaluar la intoxicación etílica, pero se utiliza más, por su mayor sencillez, la determinación de alcohol en el aire espirado, medida con el etilómetro. Esta prueba es útil para conocer en un momento puntual y de modo orientativo el grado de impregnación etílica, pero no la adicción. El alcohol en el aire espirado sería la prueba de detección y el alcohol en sangre la de confirmación.

No obstante, la eficacia de este tipo de procedimientos se ve mermada debido a que el período de detección del alcohol en el organismo oscila entre las 3 y las 24 horas posteriores a su consumo. Por ello, ante un resultado positivo sólo se puede conocer la existencia de un consumo reciente, pero no de un consumo crónico, dependiente o abusivo.

Además de la utilidad médico-legal, las pruebas de alcoholemia pueden ser de interés para hacer un diagnóstico de la intoxicación etílica aguda, valorar la existencia de una posible tolerancia al alcohol (cuando no hay una relación entre el grado de impregnación alcohólica y las conductas esperadas) y hacer un seguimiento de la abstinencia contrastando el autoinforme del paciente.

B) Marcadores biológicos

El consumo excesivo de alcohol crónico se ha asociado con elevaciones de las

transaminasas, de los triglicéridos y del colesterol, así como con un aumento del ácido úrico. Dos son, sin embargo, los marcadores biológicos más estudiados, aunque no son específicos del alcoholismo: la GGT y el VCM ([cuadro 3.1](#)).

Cuadro 3.1. Principales marcadores biológicos

. Detectores de anomalías hepáticas:	–GGT
	– Cociente ASAT/ALAT
. Independientes de las anomalías hepáticas:	– VCM
	– CDT

La *Gamma-Glutamil Transpeptidasa (GGT)* es un péptido enzimático que experimenta un aumento de la tasa cuando el hígado está sometido a un proceso patológico. Es el marcador de alcoholismo más sensible y, por ello, más utilizado en la actualidad. La prueba de la GGT, cuando se obtiene una puntuación por encima de 50 unidades/litro en el hombre y de 40 en la mujer, puede ser reveladora de la existencia de un consumo abusivo de alcohol, siempre que no haya alteraciones hepáticas debidas a causas ajenas a la bebida (obesidad, diabetes, pancreatitis, cáncer hepático, etc.).

El *Volumen Corpuscular Medio (VCM)* es un parámetro clínico relacionado con el tamaño de los hematíes. Es más útil en los bebedores excesivos no alcohólicos. La elevación del VCM por encima de 94 micras cúbicas –es decir, el aumento del tamaño de los hematíes– suele estar presente en el 50-80% de las personas que llevan consumiendo durante 5-10 años una dosis de alcohol superior a 60 g/día.

En relación con las transaminasas, el hecho que tiene más interés para determinar el origen alcohólico de una hepatopatía es el cociente GOT/GPT (ASAT/ALAT). Un cociente superior a 1 y, especialmente, a 1,5-2 es indicativo de esta posibilidad.

Más recientemente se ha desarrollado un nuevo método: la *Transferrina Deficiente en Carbohidratos (CDT)*, que es el marcador con mayor sensibilidad y especificidad de los existentes. El punto de corte se sitúa en 20 u/l en los hombres y en 25 u/l en las mujeres. En general, los niveles de CDT no reflejan las enfermedades hepáticas no relacionadas con el alcohol, lo que supone una ventaja sobre el resto de los marcadores bioquímicos. La CDT es un marcador muy específico (90-95%). El mayor inconveniente es que su coste impide generalizar su uso.

Estas pruebas de laboratorio permiten, además del diagnóstico inicial, una confirmación de la validez de los autoinformes en la evolución del tratamiento en los programas de abstinencia. De hecho, la GGT tiende a normalizarse a las 5-6 semanas de dejar de consumir bebidas alcohólicas, el VCM a las 12 semanas de abstinencia y la CDT

a las 2-3 semanas.

La presencia simultánea de dos indicadores –por ejemplo, elevación de la GGT y del VCM– aumenta la probabilidad de una identificación correcta del alcoholismo. Sin embargo, los marcadores biológicos no constituyen unos parámetros muy fiables por sí solos –de hecho, por debajo de ciertos límites (<60 g) presentan una débil correlación con el consumo de alcohol– porque pueden estar alterados por la posible influencia de otras patologías médicas y porque no resultan sensibles al consumo excesivo de alcohol cuando no hay una enfermedad hepática asociada. Por ello, hay que combinarlos con el resto de los instrumentos de evaluación. De este modo, pueden funcionar adecuadamente como validación de las respuestas a las entrevistas y a los cuestionarios y como complemento de la historia clínica y de la exploración física.

3.3. Cuestionarios

El desarrollo reciente de muchos cuestionarios de alcoholismo tiene por objetivo la detección precoz del consumo abusivo de alcohol en la población general, así como el diagnóstico de confirmación del alcoholismo en un contexto clínico. No debe olvidarse, sin embargo, la tendencia de muchos pacientes a distorsionar las contestaciones, lo que obliga a tomar con cautela los resultados de estas pruebas.

3.3.1. Cuestionarios de identificación

Todos estos cuestionarios suelen ser breves, requieren poco tiempo de aplicación y pueden administrarse a sectores amplios de la población. El objetivo de estos instrumentos es detectar de forma temprana los problemas relacionados con el abuso de alcohol.

A) Cuestionario CAGE (Mayfield, McLeod y Hall, 1974) (Validación española de Rodríguez-Martos, 1986)

Se trata de una prueba cuyo objetivo es identificar problemas relacionados con el consumo abusivo de alcohol. La ventaja principal de este cuestionario es que consta de sólo cuatro preguntas, con dos alternativas de respuesta (sí/no). Este cuestionario identifica la existencia de problemas con el alcohol a partir de dos respuestas afirmativas.

La puntuación de este cuestionario oscila de 0 a 4.

El cuestionario *CAGE* se puede utilizar en personas que acuden a los servicios de salud (médicos de atención primaria, chequeos, revisiones periódicas en una empresa, etc.) o psicológicos (a causa de una depresión, de un problema de pareja, etc.) como una parte de la entrevista global. El escaso número de preguntas permite “camuflarlas” en el marco de la exploración psicológica general.

Con este cuestionario tan sencillo se puede identificar una gran parte de los bebedores problemáticos, especialmente de los que tienen una dependencia con el alcohol. El mayor inconveniente de esta prueba es que, al estar las preguntas referidas a situaciones intemporales (en forma de alguna vez), no permite afinar con precisión la situación actual respecto al problema de la bebida. Por ello, con este cuestionario puede aparecer un mayor número de bebedores problemáticos que el que realmente es.

Por otra parte, y por lo que a los países de la Europa meridional se refiere (España entre ellos), hay dos ítems del *CAGE* (el ítem 2, referido a las críticas recibidas por beber; y el ítem 3, referido a la culpabilidad experimentada por beber) que no tienen una capacidad tan discriminativa como en los países más abstemios de la Europa septentrional ([apéndice 1](#)).

Apéndice 1
Cuestionario de alcoholismo Cage (Mayfield, McLeod y Hall, 1974)

<i>Pregunta</i>	<i>Respuesta</i>	
1. ¿Ha intentado usted alguna vez dejar de beber o beber menos?	SÍ	NO
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole por su forma de beber?	SÍ	NO
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	SÍ	NO
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	SÍ	NO

Punto de corte: 2. A mayor puntuación, mayor probabilidad de alcoholismo.

Apéndice 2
Cuestionario AUDIT (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989)

1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?				
(0) Nunca	(1) Una vez al mes o menos	(2) 2-4 veces/mes	(3) 2-3 veces por semana	(4) 4 o más veces por semana
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día cualquiera que esté tomando alcohol?				
(0) 1 o 2	(1) 3 o 4	(2) 5 o 6	(3) 7 a 9	(4) 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia consume seis copas o más en una ocasión?				
(0) Nunca	(1) Menos de una vez al mes	(2) Una vez al mes	(3) Una vez por semana	(4) Diariamente o casi diariamente
4. ¿Cuántas veces durante el último año observó que no era capaz de dejar de beber una vez que empezaba?				
(0) Nunca	(1) Menos de una vez al mes	(2) Una vez al mes	(3) Una vez por semana	(4) Diariamente o casi diariamente
5. ¿Cuántas veces durante el último año ha dejado de cumplir con sus obligaciones a causa del alcohol?				
(0) Nunca	(1) Menos de una vez al mes	(2) Una vez al mes	(3) Una vez por semana	(4) Diariamente o casi diariamente



6. ¿En cuántas ocasiones, durante el último año, ha necesitado tomar una copa por la mañana para poder “arrancar”, después de haber consumido gran cantidad de alcohol el día anterior?	(0) Nunca	(1) Menos de una vez al mes	(2) Una vez al mes	(3) Una vez por semana	(4) Diariamente o casi diariamente
7. ¿Cuántas veces durante el último año se ha sentido culpable, o ha tenido remordimientos, después de haber bebido?	(0) Nunca	(1) Menos de una vez al mes	(2) Una vez al mes	(3) Una vez por semana	(4) Diariamente o casi diariamente
8. ¿Con cuánta frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que había pasado la noche anterior porque había estado bebiendo?	(0) Nunca	(1) Menos de una vez al mes	(2) Una vez al mes	(3) Una vez por semana	(4) Diariamente o casi diariamente
9. ¿Ha tenido algún accidente o ha herido a alguien como consecuencia del consumo de alcohol?	(0) No	(1) Sí, pero no durante el último año	(2) Sí durante el último año		
10. ¿Se ha preocupado algún amigo, familiar, médico u otro profesional sobre su consumo de bebidas alcohólicas, o le han sugerido que no beba tanto?	(0) No	(1) Sí, pero no durante el último año	(2) Sí durante el último año		

Punto de corte: 8. A mayor puntuación, mayor probabilidad de problemas con el alcohol.

B) Cuestionario AUDIT (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989) (Echeburúa, 1996a)

El *AUDIT* (*Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol*) es un cuestionario que ha sido elaborado recientemente por la Organización Mundial de la Salud con el objetivo –sin ser propiamente un instrumento diagnóstico– de ayudar a los médicos de familia en la identificación temprana de los problemas de abuso de bebidas alcohólicas en personas que no presentan aún una dependencia física o que no están afectadas todavía por problemas crónicos físicos o psicosociales. Se trata de un test que combina las características de una encuesta semiestructurada sobre el consumo de alcohol con las de un cuestionario, lo que supone un ahorro de tiempo importante.

Esta prueba consta sólo de 10 preguntas, que se puntúan según la frecuencia de 0 (nunca) a 4 (diariamente) en las ocho primeras preguntas y de 0 a 2 en las dos últimas. La puntuación de la escala oscila de 0 a 36.

El contenido de las preguntas está referido a la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, a la conducta de bebida y a las reacciones o problemas relacionados con el alcohol. En concreto, los tres primeros ítems evalúan la ingesta de alcohol; los ítems 4-6 están referidos a la dependencia del alcohol (dificultades en controlar la bebida, abandono de aficiones y síntomas de abstinencia); los ítems 7 y 8 aluden a las reacciones negativas a la bebida; y los ítems 9 y 10 se relacionan con problemas derivados del consumo de alcohol.

Una puntuación de 8 o más revela la existencia de problemas relacionados con el alcohol; una puntuación superior a 20 es ya señal de dependencia. En cuanto al análisis de los ítems en concreto, una puntuación elevada en las preguntas 4, 5 y 6 suele darse en los casos ya manifiestos de dependencia del alcohol.

El *AUDIT* responde al mismo objetivo –detección precoz de los bebedores problemáticos– que el *CAGE*, pero tiene la ventaja sobre este último de que las preguntas se centran en conductas más concretas, están referidas al consumo actual o reciente (del último año) y presentan cuatro alternativas de respuesta, que posibilitan unas contestaciones más matizadas ([apéndice 2](#)).

C) Cuestionario CBA (Feuerlein, 1976) (Validación española de Rodríguez-Martos, 1986)

El *CBA* (*Cuestionario Breve de Alcoholismo*) es un instrumento que consta de 22

ítems y que ofrece dos alternativas de respuesta (sí/no). A diferencia del *CAGE*, las preguntas tienen una mayor concreción temporal y están referidas al consumo actual o reciente de alcohol. Las respuestas afirmativas se valoran con 1 punto, excepto las referidas a los ítems 3, 7, 14 y 18, que tienen un valor de 4 puntos. El rango del cuestionario es, por tanto, de 0 a 34. Una puntuación superior a 4 puede ser reveladora de la existencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol ([apéndice 3](#)).

Este cuestionario puede ser de interés para la detección de personas problemáticas con el alcohol en grupos grandes de población sana. Es un instrumento adecuado, por tanto, para los estudios epidemiológicos. Por ejemplo, si se quiere determinar la gravedad de los problemas de bebida en un municipio o en un sector profesional determinado, el *CBA* es un cuestionario apropiado para aplicar a la muestra seleccionada de la población que se quiere estudiar.

El *CAGE* puede ser de mayor interés para detectar personas ya dependientes; el *CBA*, para detectar jóvenes o adultos con problemas de bebida sin dependencia.

3.3.2. Cuestionarios diagnósticos

Los cuestionarios diagnósticos sólo merecen el nombre de tales cuando incluyen preguntas subjetivas y marcadores biológicos que sirven para contrastar la información aportada por los pacientes. Por la inversión de tiempo y de dinero que suponen, sólo se utilizan en aquellos casos en que se trata de llevar a cabo una confirmación diagnóstica de un alcoholismo detectado por otros medios (cuestionarios de identificación, información de los familiares, historial clínico del sujeto, etc.).

A) Test MALT (Feuerlein, 1977) (Validación española de Rodríguez-Martos, 1986)

El *MALT* (*Test de Alcoholismo de Munich*), a diferencia de los instrumentos anteriores, es un test propiamente diagnóstico y sirve, por ello, como confirmación de los casos dudosos. Al constar el *MALT* de una *parte objetiva* de 7 ítems (que cumplimenta el terapeuta a partir de los resultados de la exploración clínica, del historial del paciente y de los análisis de laboratorio) y de una *parte subjetiva* de 26 ítems (que contesta el paciente a partir de las preguntas referidas a las experiencias actuales y recientes del sujeto con el alcohol), es un test de gran finura diagnóstica ([apéndice 4](#)).

Apéndice 3

Cuestionario Breve de Alcoholismo (CBA) (Feuerlein, 1976)

Nombre:
Terapeuta:

N.º:
Fecha:

Pregunta	Respuesta	
1. ¿Padece usted últimamente con frecuencia de temblores en las manos?	SÍ	NO
2. ¿Padece usted últimamente con frecuencia de náuseas, sobre todo por la mañana?	SÍ	NO
3. ¿Mejoran el temblor matutino y las náuseas si bebe algo de alcohol?	SÍ	NO
4. ¿Padece usted en los últimos tiempos de fuerte nerviosismo?	SÍ	NO
5. En las épocas de mayor consumo de alcohol, ¿ha comido menos?	SÍ	NO
6. ¿Ha tenido frecuentes pesadillas o trastornos del sueño en los últimos tiempos?	SÍ	NO
7. ¿Se encuentra tenso e inquieto cuando le falta alcohol?	SÍ	NO
8. ¿Tiene usted, tras haber bebido los primeros vasos, un deseo irresistible de seguir bebiendo?	SÍ	NO
9. ¿Padece de lagunas de memoria después de haber bebido mucho?	SÍ	NO
10. ¿Tolera actualmente menos cantidad de alcohol que antes?	SÍ	NO
11. ¿Ha tenido alguna vez remordimientos de conciencia (sentimientos de culpa) después de haber bebido?	SÍ	NO
12. ¿Ha probado algún sistema para controlar la bebida (por ejemplo, no beber antes de determinadas horas)?	SÍ	NO

13. ¿Le lleva a beber su trabajo?	SÍ	NO
14. ¿Le han hecho ya alguna consideración acerca de sus ingestas de alcohol en su puesto de trabajo?	SÍ	NO
15. ¿Es usted menos trabajador desde que bebe?	SÍ	NO
16. ¿Le gusta a usted beber regularmente un vasito o una copa cuando está solo?	SÍ	NO
17. ¿Pertenece usted a un círculo de amistades en el que se bebe mucho?	SÍ	NO
18. ¿Se siente usted más seguro y responsable cuando ha bebido?	SÍ	NO
19. ¿Posee usted en casa o en el trabajo un pequeño depósito escondido con bebidas alcohólicas?	SÍ	NO
20. ¿Bebe usted alcohol para poder soportar mejor las situaciones de tensión o para olvidar los disgustos y las preocupaciones?	SÍ	NO
21. ¿Se han encontrado ya usted o su familia, en alguna ocasión, en dificultades económicas a causa de su consumo de alcohol?	SÍ	NO
22. ¿Ha tenido usted conflictos por conducción de vehículos o manejo de máquinas bajo efectos del alcohol (sanciones, accidentes de tráfico o laborales, etc.)?	SÍ	NO

Punto de corte: 5. A mayor puntuación, mayor probabilidad de problemas con el alcohol.

Apéndice 4a
Test de alcoholismo de Múnich (MALT-O) (Feuerlein, 1977)

Nombre:		Fecha:	
Pregunta		Respuesta	
1. Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico. Por ejemplo, consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos un valor de laboratorio patológico: por ej., GOT, GPT o GGT) (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descártese, pues, hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc.)		SÍ	NO
2. Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, como, por ej., diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)		SÍ	NO
3. <i>Delirium tremens</i> (actual o en la anamnesis)		SÍ	NO
4. Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses		SÍ	NO
5. Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes		SÍ	NO
6. Hedor alcohólico (en el momento de la exploración médica)		SÍ	NO
7. Los familiares o allegados ya han buscado, en alguna ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes)		SÍ	NO

Apéndice 4b
Test de alcoholismo de Múnich (MALT-S) (Feuerlein, 1977)

Nombre: _____ *Fecha:* _____

Seguidamente encontrará usted una lista de manifestaciones acerca de las molestias y problemas que pueden aparecer en relación con la ingesta de alcohol. Por favor, marque con una cruz el cuadrado de “Procede” (SÍ) o “No procede” (NO) para cada una de las cuestiones expuestas.

Es posible que a veces tenga usted la impresión de que ninguna de las dos alternativas propuestas resulte adecuada. A pesar de ello, marque siempre una de las dos respuestas que mejor pueda referirse a usted.

<i>Pregunta</i>	<i>Respuesta</i>	
1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos	SÍ	NO
2. A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación de náuseas o ganas de vomitar	SÍ	NO
3. <i>Alguna vez he intentado calmar “la resaca”, el temblor o la náusea matutina con alcohol</i>	SÍ	NO
4. Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades	SÍ	NO
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo	SÍ	NO
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo	SÍ	NO
7. A menudo pienso en el alcohol	SÍ	NO
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo había prohibido	SÍ	NO
9. En las temporadas en que bebo más, como menos	SÍ	NO

10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera	SÍ	NO
11. Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean)	SÍ	NO
12. Desde que bebo más, soy menos activo	SÍ	NO
13. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido	SÍ	NO
14. He probado algún sistema para controlar la bebida (por ejemplo, no beber antes de determinadas horas)	SÍ	NO
15. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol	SÍ	NO
16. Sin alcohol, no tendría yo tantos problemas	SÍ	NO
17. Cuando estoy excitado, bebo alcohol para calmarme	SÍ	NO
18. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida	SÍ	NO
19. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no	SÍ	NO
20. Otras personas no pueden comprender por qué bebo	SÍ	NO
21. Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa/o o pareja	SÍ	NO
22. Ya he intentado pasar temporadas sin alcohol	SÍ	NO
23. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo	SÍ	NO
24. Repetidamente me han mencionado mi "aliento alcohólico"	SÍ	NO

25. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo	SÍ	NO
26. A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin emborracharme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera	SÍ	NO

Valoración del test: Se realiza procediendo al cálculo de la puntuación total, que deriva de la suma de las dos partes: MALT-O y MALT-S. Cada ítem positivo del MALT-O se puntúa con 4 puntos. Cada ítem positivo del MALT-S se valora con 1 punto.

La puntuación total del test completo será:

MALT-O x 4 =

MALT-S x 1 =

Puntuación total del test =

Puntuación Diagnóstico: 0-5, no alcoholismo; 6-10, sospecha de alcoholismo; 11 o más, alcoholismo.

3.3.3. Valoración de los cuestionarios de alcoholismo

En resumen, los instrumentos comentados en las páginas anteriores son complementarios ([figura 3.2](#)). El *CAGE* o el *AUDIT* son cuestionarios adecuados para identificar probables casos de alcoholismo en personas que acuden a consultas médicas o psicológicas sin consultar específicamente por este problema. El *CBA* es el cuestionario idóneo para detectar problemas de bebida en la población general, en concreto en el marco de estudios epidemiológicos. Y el *MALT* es el instrumento de mayor finura diagnóstica que verifica las presunciones diagnósticas hechas por los cuestionarios anteriores y que sirve, por ello, para hacer una evaluación adecuada del alcoholismo (Rodríguez-Martos, 1986, 1999a).

Los cuestionarios son más sensibles que los marcadores biológicos, pero también presentan limitaciones. En concreto, la negativa de las personas afectadas a reconocer su situación, así como la fuerte resistencia para buscar ayuda por un problema relacionado con el alcohol, limitan la fiabilidad de sus respuestas a los mismos.

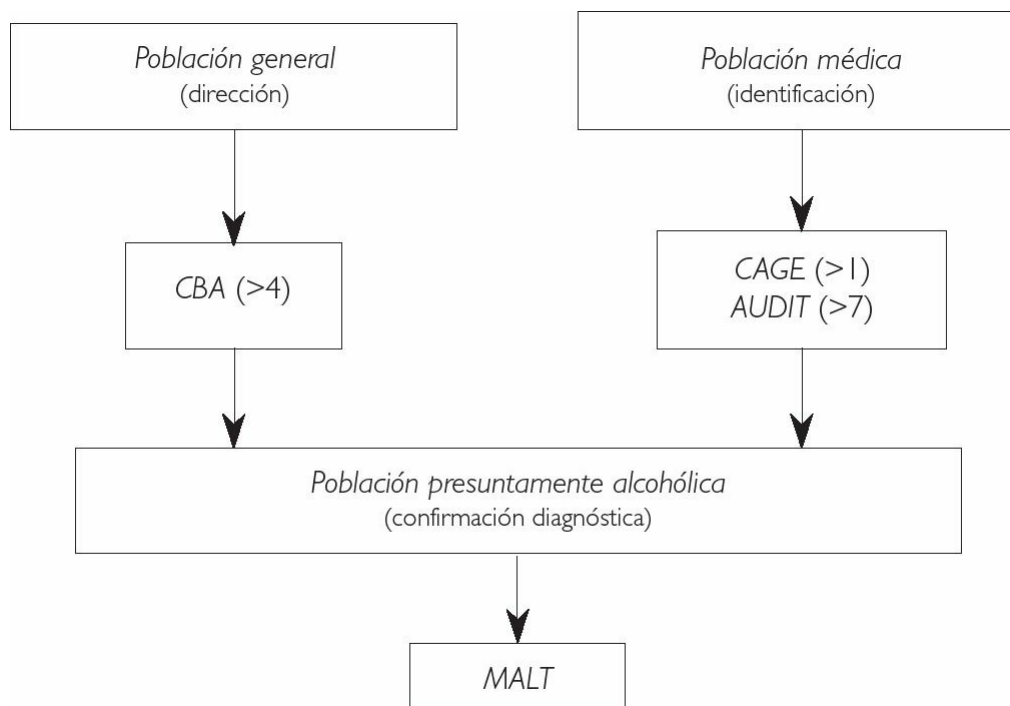


FIGURA 3.2. Aplicación diferencial de los cuestionarios diagnósticos del alcoholismo (Rodríguez Martos, 1986, modificado).

3.4. Autorregistros

Los autorregistros consisten en diarios que cumplimenta el propio sujeto en relación con la cantidad de bebida consumida, así como con las circunstancias antecedentes (hora, lugar, compañía, actividad realizada, pensamientos, etc.) y las consecuencias de la bebida (dinero gastado, efectos experimentados, etc.) ([cuadro 3.2](#)) (García, 1994b).

Lo que se usa como unidad de medida –gramos de alcohol– está referido a la medida de los bares. Las copas de licor o de vino que se toman en casa son, en general, mayores que las de los establecimientos públicos. Las hojas de autorregistro deben rellenarse inmediatamente porque, en caso contrario, se le puede olvidar al sujeto el registro de todas las bebidas. Conviene tener en cuenta, además, la tendencia de los bebedores, incluso sin darse cuenta, a decir que beben menos de lo que beben.

Los autorregistros desempeñan un papel especialmente importante cuando el objetivo terapéutico del programa de intervención es la bebida controlada. En realidad, los cuestionarios y las medidas fisiológicas pueden no ser suficientemente sensibles en el caso de bebedores excesivos que aún no presentan una dependencia marcada del alcohol.

Cuadro 3.2. Hoja de autorregistro de bebida (Robertson y Heather, 1986)

Fecha	Hora	Cuánto tiempo	Bebida	Lugar	Compañía	Otras actividades	Dinero gastado	Consecuencias	Gramos de alcohol
Total de la semana									

Los autorregistros ofrecen una retroalimentación inmediata. Una buena recompensa por haber conseguido beber menos es ver claramente los progresos de uno en los autorregistros. Y, al mismo tiempo, le sirven a uno de advertencia si empieza a recaer en las costumbres anteriores. La razón es que, además de las recaídas súbitas en que uno vulnera todas las *reglas de bebida* y acaba por emborracharse, existe el peligro de volver poco a poco a los antiguos hábitos de bebida casi sin darse cuenta. En estos casos los registros de bebida le advierten a uno tempranamente de este riesgo.

En todo este tipo de medidas se han intentado paliar de algún modo los problemas de validez por medio del recurso a fuentes de información múltiples: parientes, amigos, médico de familia, etc. En concreto, la entrevista a solas con la pareja del paciente es siempre importante. De este modo, se posibilita a la pareja expresarse con libertad y se controla, hasta cierto punto, la tendencia que tienen los pacientes al engaño e incluso al autoengaño.

3.5. Conclusiones

En el [cuadro 3.3](#), figura un esquema integrador de la evaluación de los problemas globales suscitados por el consumo abusivo de alcohol. Como se puede observar, un diagnóstico global requiere un enfoque múltiple, que no se puede reducir a una única vía de evaluación, por importante que ésta sea (Echeburúa, 1996b).

Como el consumo abusivo de alcohol está asociado con frecuencia a problemas de ansiedad y depresión, así como a dificultades en la relación de pareja, se incluyen entre las escalas propuestas una medida de ansiedad (el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI*, del grupo de Spielberger, 1970), dos instrumentos de depresión (uno de ellos, el *Inventario de Depresión*, del grupo de Beck, 1979, orientado a los componentes más psicológicos; el otro, la *Escala de Valoración de la Depresión*, de Hamilton, 1960, más volcado a los componentes somáticos de la depresión) y una escala de relación de pareja (la *Escala de Ajuste Diádico*, de Spanier, 1976). Asimismo se incorpora, por último, la *Escala de Autoestima* de Rosenberg (1965), que tiene por objetivo evaluar el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma.

Cuadro 3.3. Esquema de la evaluación inicial

Entrevista inicial	Entrevista con la pareja	Escalas e inventarios	Control médico	Conclusiones
– Datos biográficos – Datos clínicos: • Conductas-problema • Historia del problema • Evolución del problema • Otros problemas relacionados • Tratamientos previos – Estrategias utilizadas hasta la fecha – Motivación para el tratamiento – Recursos psicológicos disponibles	– Objetivos: • Contrastar el informe de la pareja con los datos aportados por el sujeto • Darle pautas de comportamiento para abordar el problema • Motivarla para que actúe como coterapeuta • Conocer la calidad de la relación de pareja y los recursos del sujeto	– AUDIT (alcoholismo) – BDI (depresión) – HAMILTON (depresión) – STAI (ansiedad) – Escala de Ajuste Diádico – Escala de Autoestima	– Exploración médica global – Pruebas analíticas complementarias: • GGT • VCM	– Objetivos terapéuticos – Programa de tratamiento

En resumen, una evaluación adecuada del alcoholismo debe incluir la información recogida a partir de distintas modalidades (tanto cuestionarios como entrevistas) y de diferentes fuentes (por ejemplo, paciente y pareja). Los indicadores clínicos y las medidas fisiológicas pueden contribuir, a su vez, a la detección precoz del alcoholismo y a la verificación de los autoinformes de los pacientes. No obstante, las secuelas médicas del alcoholismo no son sincrónicas con los efectos psicosociales (problemas familiares, degradación social, dificultades en el trabajo, aislamiento social, etc.). Mientras que éstos constituyen una de las primeras señales de dependencia al alcohol, aquéllas sólo aparecen en una fase más avanzada.

Cuadro resumen

Evaluar adecuadamente la ingesta abusiva de bebida es una tarea importante y, a la vez, compleja, por las dificultades para establecer los límites diferenciadores del consumo normal del problemático y por las dificultades de reconocimiento del trastorno por parte de las personas afectadas. Por ello, la evaluación de los problemas de bebida debe ser multidimensional: la entrevista al paciente y a sus allegados (en este caso, como forma de verificación de los datos) acerca de las pautas de bebida habituales del sujeto; los indicadores clínicos y los marcadores biológicos; y, por último, los cuestionarios específicos y los autorregistros.

Las entrevistas están orientadas a evaluar la cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol en días laborables y en días festivos, así como a precisar los problemas existentes asociados a la ingesta excesiva. Asimismo, el índice clínico del consumo de alcohol supone un intento de sistematizar los signos clínicos y los datos procedentes del historial médico y resulta más preciso en la identificación de alcohólicos que muchos de los marcadores biológicos más prometedores.

Los métodos biológicos más frecuentes son la detección del nivel de alcohol en sangre, utilizada para detectar la intoxicación aguda, y los análisis periódicos de laboratorio del funcionamiento hepático y del volumen corpuscular medio de los hematíes, utilizados para evaluar el abuso de alcohol y la alcoholización crónica. La presencia simultánea de dos indicadores –por ejemplo, elevación de la GGT y del VCM, sobre todo de este último en el caso de los bebedores excesivos– aumenta la probabilidad de una identificación correcta del alcoholismo. Sin embargo, los marcadores biológicos no constituyen unos parámetros muy fiables por sí solos –de hecho, por debajo de ciertos límites (<60 g) presentan una débil correlación con el consumo de alcohol– porque pueden estar alterados por la posible influencia de otras patologías médicas y porque no resultan sensibles al consumo excesivo de alcohol cuando no hay una enfermedad hepática asociada.

El desarrollo reciente de muchos cuestionarios de alcoholismo tiene por objetivo la detección precoz del consumo abusivo de alcohol en la población general (es el caso del CBA, del CAGE y, más recientemente, del AUDIT), así como el diagnóstico de confirmación del alcoholismo en un contexto clínico (es el caso del MALT). El CAGE o el MALT pueden ser de mayor interés para detectar personas ya dependientes; el CBA o el AUDIT, para detectar jóvenes o adultos con problemas de bebida sin dependencia. Los cuestionarios son más sensibles que los marcadores biológicos, pero también presentan limitaciones. No debe olvidarse, en concreto, la tendencia de muchos pacientes a distorsionar las contestaciones, lo que obliga a tomar con cautela los resultados de estas pruebas.

Los autorregistros dan cuenta de la cantidad de bebida diaria consumida, así como de las circunstancias antecedentes (hora, lugar, compañía, actividad realizada, pensamientos, etc.) y de las consecuencias de la bebida (dinero gastado, efectos experimentados, etc.) y desempeñan un papel especialmente importante cuando el objetivo terapéutico del programa de intervención es la bebida

controlada. En realidad, los cuestionarios y las medidas fisiológicas pueden no ser suficientemente sensibles en el caso de bebedores excesivos que aún no presentan una dependencia marcada del alcohol.

En resumen, una evaluación adecuada del alcoholismo debe incluir la información recogida a partir de distintas modalidades (tanto cuestionarios como entrevistas) y de diferentes fuentes (por ejemplo, paciente y pareja). En general, los problemas psicosociales tienden a aparecer antes que los problemas médicos.

Exposición de un caso clínico

2.^a y 3.^a sesión

• Historia clínica

(A solas con el paciente). Tras la primera entrevista, en la que se obtuvieron los datos biográficos y clínicos ya expuestos y en la que se intentó establecer una relación terapéutica positiva con Guillermo, se completa ahora una historia clínica detallada con el objetivo de determinar con precisión las pautas de bebida, las bebidas preferidas, las expectativas ante la bebida, los síntomas físicos, los problemas psicológicos asociados a la bebida y las motivaciones para el tratamiento. Guillermo autoriza al terapeuta, a petición de éste, a dar o solicitar información de Cristina libremente en relación con el problema que le ha traído a la consulta.

(A solas con Cristina.) Ella había observado, ya de novios, que Guillermo bebía demasiado cuando se juntaba con los amigos del barrio, que son mayores que él y cuentan con un nivel cultural inferior. Ella atribuía esta costumbre a que Guillermo contaba con mucho tiempo libre –era la época en que estaba buscando trabajo y se le veía desanimado–, pero albergaba la esperanza de que, en cuanto encontrase trabajo estable y se casaran, la situación cambiaría. Pero ahora ya se ha dado cuenta de que él no soporta la soledad y aprovecha cualquier rato en que no está ella (cuando tiene turnos de tarde en la emisora y llega a casa a las 9 de la noche) para juntarse con los amigos del barrio.

En realidad, Guillermo no se presenta en casa casi nunca borracho, pero llega con frecuencia cansado, inapetente e irritable, así como con olor a alcohol en el aliento. A Cristina le preocupa de Guillermo la vida monótona y sin alicientes que lleva, así como la pérdida de sus aficiones habituales. Le encuentra también a Guillermo –ya de por sí poco hablador– menos conversador de lo habitual y un poco triste. Según Cristina, no debe de tener una gran dependencia del alcohol, ya que cuando han estado juntos de viaje por motivos profesionales o han ido de vacaciones, Guillermo no ha probado apenas el alcohol y ha estado animado haciendo deporte o visitando los lugares interesantes del lugar.

Al margen del problema de la bebida, Guillermo es muy cariñoso con ella, le gustan los niños (por lo que está enormemente ilusionado con el embarazo de Cristina, deseado por ambos), es responsable en el trabajo, siempre se interesa por los problemas de toda la familia y es muy dado a hacer favores. Los aspectos más negativos de Guillermo, en opinión de Cristina, son que es poco comunicativo (“y se traga todo para dentro”), que tiene poca capacidad de iniciativa, que se desanima con facilidad y que se desmorona ante las críticas de los demás.

Para Cristina el balance de la convivencia con Guillermo hasta la fecha es, con todo, satisfactorio y ella se siente muy enamorada de él. Confía, además, en que, por ser Guillermo una persona aún joven, pueda hacer frente con éxito al problema de la bebida con la ayuda del terapeuta. Le gustaría a Cristina resolver este problema “antes de que naciera el bebé” y está dispuesta a colaborar “en lo que haga falta”.

- *Evaluación psicológica*

Los resultados obtenidos en los diferentes instrumentos de evaluación aplicados figuran expuestos en el [cuadro 3.4](#) y reflejan la existencia de un consumo arriesgado de alcohol, de síntomas ansiosos y depresivos, de una autoestima baja y de una relación de pareja no especialmente conflictiva.

Por último, su estado de salud, tras una exploración clínica y analítica detallada, resulta satisfactorio.

Cuadro 3.4. Resultados obtenidos en los inventarios y escalas anteriores al tratamiento

<i>Inventarios y escalas</i>	<i>Puntuación obtenida</i>
– Cuestionario Breve de Alcoholismo (CBA)	12
– Inventario de Ansiedad- Estado (STAI-E)	28
– Inventario de Depresión (BDI)	20
– Escala de Autoestima	20
– Escala de Ajuste Diádico (DAS)	100

- *Análisis funcional de la conducta de beber*

El análisis funcional de la conducta de bebida de Guillermo está contenido en el [cuadro 3.5](#). El consumo medio de alcohol se sitúa en 60-80 gramos/día.

Cuadro 3.5. Análisis funcional de la conducta de beber

<i>Estímulos antecedentes relevantes</i>	<i>Variables del organismo</i>	<i>Conducta-problema</i>	<i>Consecuencias mantenedoras de la conducta-problema</i>
– Ser un fin de semana o el atardecer de un día laborable a la salida del trabajo y estar fuera de casa. – Compañía de los amigos del barrio. – Claves asociadas a la bebida: los bares de alrededor de casa, cualquier acontecimiento festivo. – Leer o hablar sobre temas relacionados con el consumo de alcohol. – Haber discutido con su mujer previamente. – Experimentar situaciones de ansiedad (en particular en relación con compromisos laborales).	– Buena receptividad física al alcohol y a sus efectos reforzantes desde que era un adolescente. – Tolerancia al alcohol. – Antecedentes familiares de consumo de alcohol en el padre, consecuencias positivas de locuacidad y asertividad.	Conductas motoras: – Consumo medio diario de 10 vinos, sin comer nada, en los bares del barrio entre 5 y 9 de la noche – Consumo medio de 2 “cuba-libres” los sábados y otros 2 los domingos mientras va con sus amigos del barrio a presenciar una prueba deportiva. – Impuntualidad al trabajo por las mañanas (al menos 2 veces por semana). – Llegar tarde a casa por las noches (no antes de las 9,30 h). – Gastar alrededor de 5.000 pts. semanales en consumo de alcohol. Conductas psicofisiológicas: – Cansancio crónico. – Pérdida de apetito, sobre todo por las noches.	Reforzadores positivos: – Sabor placentero del alcohol. – Disfrutar de una celebración. – Aprobación social del consumo de alcohol. – Sintonización con el nivel conversacional de los amigos. – Mayor capacidad de expresión de pensamientos y sentimientos. – Atención de su mujer (conversaciones, discusiones, preguntas) al hecho de beber. Reforzadores negativos: – Reducción del nivel de ansiedad. – Olvido transitorio de las preocupaciones.

<i>Estímulos antecedentes relevantes</i>	<i>Variables del organismo</i>	<i>Conducta-problema</i>	<i>Consecuencias mantenedoras de la conducta-problema</i>
– Estar aburrido o enfadado. – Expectativas positivas sobre los efectos a corto plazo del consumo de vino y/o de “cubalibres”. – Enfrentarse a situaciones sociales y profesionales desconocidas. – Dolores de cabeza.		– Disminución del deseo erótico y algún episodio esporádico de impotencia. – Insomnio inicial y somnolencia por las mañanas. – Lentitud de reflejos en la conducción del coche. Conductas cognitivas: – Memoria borrosa por las mañanas después de haber bebido la noche anterior. – Dificultades de concentración en el trabajo. – Atribuciones erróneas en relación con las consecuencias negativas de la conducta de beber.	– Eliminación pasajera de las sensaciones de aburrimiento y/o enfado. – Desaparición de los dolores de cabeza.

• *Recursos psicológicos disponibles*

Guillermo cuenta con una serie de recursos psicológicos que se pueden resumir de la siguiente manera: *a)* la juventud, que es una variable motivacional facilitadora de la modificación de los hábitos de bebida abusiva; *b)* el estado de salud y la ausencia de indicadores externos de “persona bebedora”, lo cual no le estigmatiza socialmente como una persona con problemas con el alcohol; *c)* la importancia concedida a la salud y a conservarse bien; *d)* el apoyo activo por parte de su pareja, que está enamorada de él y se muestra dispuesta a ayudar para conseguir el éxito terapéutico; *e)* la ilusión por tener un hijo de forma inminente; *f)* la estabilidad laboral y económica actual, conseguida tras no pocos esfuerzos.; *g)* una buena autoestima, sobre todo en el aspecto profesional y social; *h)* el aprecio de que es objeto por parte de sus amigos de toda la vida; e *i)* la existencia de aficiones previas estables (nadar, cantar en un orfeón), que, aunque ahora están semiabandonadas, han sido fuente de muchas satisfacciones para el paciente.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuál de los siguientes signos clínicos no es característico del consumo abusivo de alcohol de forma crónica?

- a)* Rojez facial. ☐
- b)* Lengua sucia. ☐
- c)* Arañas vasculares. ☐
- d)* Temblores. ☐
- e)* Queratosis actínica. ☐

2. ¿Cuál es el marcador biológico más útil para detectar el consumo de alcohol abusivo en los bebedores excesivos no alcohólicos?

- a)* El Volumen Corpuscular Medio (VCM) de los hematíes. ☐
- b)* Las transaminasas. ☐
- c)* Los triglicéridos. ☐
- d)* La Gamma-Glutamil Transpeptidasa (GGT). ☐
- e)* La tasa de alcoholemia. ☐

3. ¿Cuál es el cuestionario de mayor finura diagnóstica en el ámbito del alcoholismo?

- a)* El PRIME-MD. ☐
- b)* El CAGE. ☐
- c)* El MALT. ☐
- d)* El CBA. ☐
- e)* El AUDIT. ☐

4. ¿Cuál es el instrumento de evaluación más adecuado en el desarrollo de los programas de bebida controlada?

- a)* Los marcadores biológicos. ☐
- b)* Los autorregistros. ☐
- c)* Los cuestionarios de identificación. ☐
- d)* Los cuestionarios diagnósticos. ☐
- e)* Las entrevistas estructuradas. ☐

Tratamiento de los problemas de bebida (1): guía para el terapeuta

A pesar del pesimismo habitual sobre la terapia del alcoholismo y de la consideración de éste como una enfermedad crónica, hoy se dispone de tratamientos eficaces para hacerle frente. El mayor problema actual no es tanto crear técnicas terapéuticas nuevas como diseñar estrategias de motivación para la terapia. Cuando se consigue que un bebedor excesivo reconozca su problema y se ponga en tratamiento, las posibilidades de recuperación son razonablemente altas. Las diversas fases que atraviesa la terapia de los problemas de bebida aparecen esquematizadas en el [cuadro 4.1](#) (Rodríguez-Martos, 1999b).

Cuadro 4.1. Fases del tratamiento de los problemas de bebida

<i>Fases</i>	<i>Objetivos</i>
– Motivación para la terapia	– Hacer al paciente consciente del problema planteado e implicarle activamente en el tratamiento.
– Deshabitución	– Eliminar la dependencia psicológica y crear nuevos hábitos sustitutorios.
– Rehabilitación	– Controlar la recaída y crear un nuevo estilo de vida.

4.1. Motivación para el tratamiento

Una característica presente en los trastornos adictivos –el abuso de alcohol en este caso– es la negación de la enfermedad. Los pacientes tienden a negar (o, cuando menos, a minimizar) el consumo abusivo de alcohol, a atribuirlo a exageraciones o intenciones aviesas de los demás (echarle del trabajo, quitarle la custodia de los hijos, etc.) o a adoptar una actitud soberbia de autosuficiencia, con un aparente dominio de la situación. No es raro, por ello, que acudan a la consulta los familiares o amigos del paciente y que él se niegue a venir al no reconocer el problema. De hecho, alrededor del 20% de los pacientes no se incorporan al tratamiento.

Es decir, la consulta por propia iniciativa del paciente es poco frecuente, menor aún en el caso de personas jóvenes y que no presentan una dependencia física del alcohol. Incluso hay pacientes que acuden inicialmente al terapeuta, pero que no siguen las prescripciones terapéuticas y que abandonan prematuramente el tratamiento. La motivación para la terapia constituye, en suma, el reto más importante de futuro (Becoña, 1998; Echeburúa y Corral, 1988).

No hay duda de que la ingesta abusiva de alcohol genera en la persona alteraciones graves (conductas inadecuadas, fracasos continuos, reproches por parte de los demás, déficit de autoestima, etcétera). Una vez que el consumo se ha convertido en un problema, admitirlo y buscar ayuda no es fácil debido a la falta de reconocimiento de la dependencia y a las ventajas inmediatas que se obtienen con la ingesta de esta sustancia. La inadaptación a la vida cotidiana justifica una vez más su refugio en el alcohol, a modo de autoterapia. El alcohólico presenta su dependencia casi siempre con una disculpa, a menudo social: “beber con los amigos”, “hacer frente al frío o quizá al calor”, “festejar una alegría”, “olvidarse de un contratiempo”, etc.

Hay veces en que los bebedores acuden a la consulta por presiones externas, es decir, por problemas de tipo médico, por dificultades con la justicia o forzados por su familia o entorno laboral, sin un interés genuino por una modificación del estilo de vida. Por ello, la motivación para el tratamiento es el motor del cambio y la piedra angular del éxito en un programa de bebida controlada o de reducción de riesgos. No se trata tan sólo de la motivación inicial para acudir a la consulta, sino de la motivación necesaria para mantenerse en el tratamiento y cumplir adecuadamente con las prescripciones terapéuticas.

La aceptación del problema supone que *él solo no puede, pero sólo él puede hacerlo*. Los tres pasos en la aceptación del tratamiento por parte de un paciente son los siguientes:

- a) El alcohol se ha convertido en un problema y, por ello, es preciso un cambio.
- b) El paciente no es capaz de hacerlo por sí mismo en exclusiva, sino que necesita una ayuda externa.
- c) El reaprendizaje de unas pautas de bebida distintas y de un nuevo estilo de vida supone un esfuerzo inicial, requiere una vigilancia activa y precisa un adecuado nivel de seguimiento.

El paciente va a estar realmente motivado cuando llega a percatarse de que los inconvenientes de seguir bebiendo superan a las ventajas de hacerlo. El terapeuta debe ayudar al paciente a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance (Rodríguez-Martos, 1999a).

4.1.1. Las fases del cambio

La *rueda del cambio* (o “teoría transteórica del cambio”) es una buena herramienta para evaluar la disposición a un nuevo estilo de vida y para elegir la estrategia de aproximación al paciente. Según Prochaska y Di Clemente (1983), la motivación para el cambio consta de diversas fases ([figura 4.1](#)):

- a) *Falta de conciencia del problema*: el paciente se encuentra en una *fase amotivacional* en que no se percata del alcance del problema porque no lo vive como tal. Las ventajas de la dependencia a la bebida superan con creces a los posibles inconvenientes que pueden aparecer de vez en cuando.
- b) *Valoración del problema*: el paciente está pensando en el cambio (*fase de reflexión*), al menos en ocasiones, pero no está dispuesto a hacerlo de momento. En este caso no se está interesado en modificar el estilo de vida arriesgado porque los inconvenientes de la situación actual no los percibe tan fuertes como para justificar el esfuerzo del cambio y de la búsqueda de un camino mejor.
- c) *Decisión de cambiar*: el paciente está listo para cambiar (*fase de determinación*) porque los inconvenientes de la vida actual son claramente superiores a los beneficios obtenidos. Es el momento adecuado para iniciar el tratamiento propiamente dicho.
- d) *Inicio del cambio*: el paciente está realizando cambios (*fase de acción*) con arreglo a las prescripciones terapéuticas.
- e) *Mantenimiento del cambio*: el paciente incorpora a su repertorio de conductas (*fase de mantenimiento*) los cambios aprendidos. Estas nuevas conductas pueden estabilizarse, lo cual lleva un cierto período de tiempo (de 3 a 12 meses), o verse afectadas por recaídas.

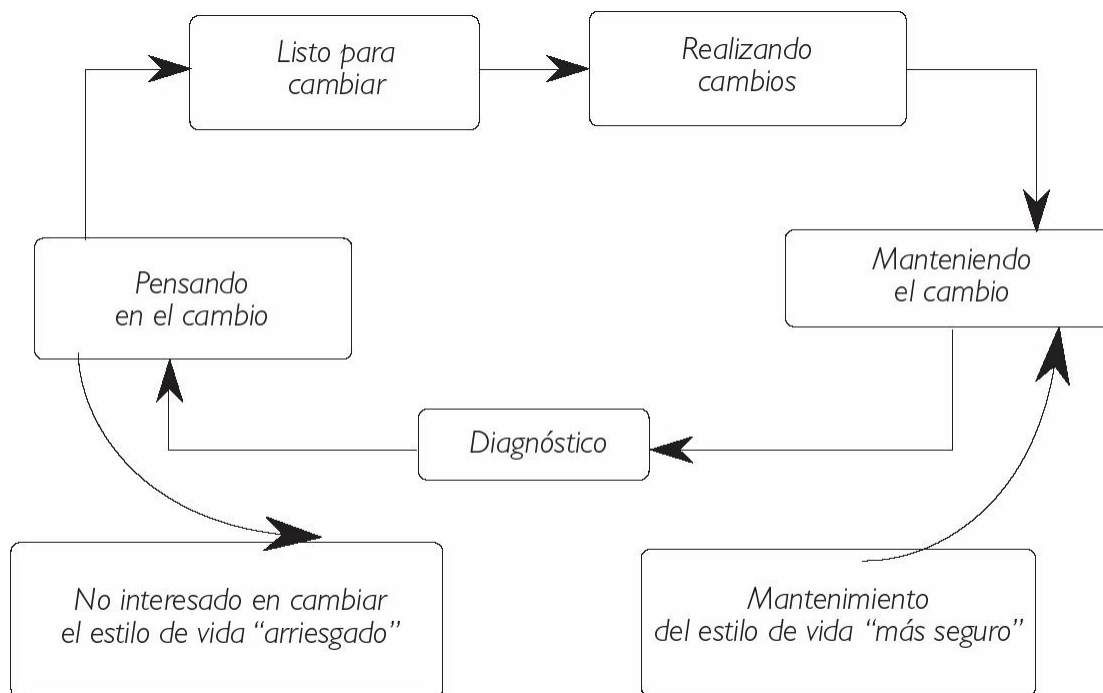


FIGURA 4.1. Fases del cambio.

En definitiva, el grado de disposición para el cambio viene indicado por la percepción, por parte del paciente, de la naturaleza de sus dificultades y por sus expectativas de mejorar su bienestar general.

Cuando el paciente está en la *fase de reflexión* (es decir, no dispuesto a cambiar), no tiene sentido intentar una terapia estricta, al menos de momento. Sin embargo, lograr motivar al paciente para que, al menos, acuda a entrevistas periódicas con el terapeuta y retenerlo en el tratamiento constituyen un objetivo prioritario. La estrategia adecuada en este caso es establecer una buena relación terapéutica ganándose la confianza del paciente, informarle de los riesgos de continuar con las ingestas abusivas (patologías asociadas), relacionar el consumo del paciente con el consumo medio de la población y recomendarle unas pautas de bebida moderadas, así como establecer visitas periódicas ulteriores (cada dos meses) para no perder el contacto terapéutico, controlar el consumo y ver si el paciente evoluciona a la *fase de determinación*, lo cual puede tener lugar por diversas circunstancias (dificultades de adaptación al trabajo, problemas de pareja, malestar físico, depresión, accidente de coche, etc.), para empezar con la intervención propiamente dicha. En suma, la disposición para el cambio no es un rasgo del paciente, sino un producto fluctuante de la interacción terapéutica.

De este modo, la resistencia al cambio ya no es vista como una dificultad y un problema, sino como un fenómeno que forma parte de la historia natural del cambio. Por desgracia, la transición de la *fase de reflexión* a la *fase de determinación* puede demorarse en el tiempo, incluso de forma indefinida, bien por ambivalencia y autoengaño, bien por temor al esfuerzo que todo cambio entraña.

4.1.2. Motivación inicial: la entrevista motivacional

Derivada del modelo de las fases del cambio, la entrevista motivacional es una *caja de herramientas* para aumentar la motivación para el tratamiento (Miller y Rollnick, 1999) y facilitar, por tanto, la transición de la *fase amotivacional* o la *fase de reflexión* a la *fase de determinación*. Los principales objetivos de esta entrevista son los siguientes:

- a) Establecer una buena relación terapéutica que facilite la exploración de los problemas del sujeto.
- b) Informar al paciente sobre su situación real y sobre los riesgos de su conducta en un clima exento de juicios moralizantes, así como sobre las ventajas de un cambio (ganar en agilidad mental; encontrarse físicamente mejor; tener mejor apetito; disfrutar más de la vida; mejorar económicamente; rendir más en el trabajo; conducir con más seguridad; y, sobre todo, mejorar su autoestima y valoración social).
- c) Posibilitar al paciente la elección de metas de tratamiento con arreglo a un análisis realista de su salud. La posibilidad de elección aumenta la implicación personal en el cambio.
- d) Generar unas expectativas de autoeficacia realistas en el paciente: éste necesita tener confianza en su posibilidad real de cambio.
- e) Fijar un programa terapéutico breve y en un período de tiempo corto, sin lista de espera.
- f) Mostrar una actitud de ayuda activa por parte del terapeuta que dé una retroalimentación constante al paciente de los logros parciales obtenidos y que puede hacer frente a la motivación fluctuante o a las caídas iniciales durante el proceso. Por ejemplo, llamar al sujeto por teléfono o escribirle una carta si no acude a tratamiento es una forma de interesarse por el paciente y de mostrar esta ayuda activa.

La entrevista motivacional requiere asimismo una motivación por parte del terapeuta. Hay médicos de atención primaria o psicólogos clínicos en los que los problemas de alcohol despiertan rechazo o los consideran insolubles.

Lo que puede llevar inicialmente a un paciente al tratamiento por el consumo abusivo de alcohol, es decir, a la *fase de determinación*, puede ser muy variado. En ocasiones, se trata de problemas de salud o de alteraciones psicológicas (depresión, ideas de suicidio, déficit grave de autoestima, etc.); en otras, de dificultades familiares (amenaza de divorcio, pérdida de los hijos, etc.); y en otras, de conflictos laborales o de empeoramiento de la situación económica. No se puede descartar incluso la influencia de factores existenciales, como un replanteamiento del estilo de vida, o de elementos de azar, como el fallecimiento de un amigo bebedor, que le introduce un elemento de preocupación y le supone un estímulo para acudir a la consulta.

A veces, la acción directa o indirecta de un alcoholístico en vías de recuperación, que le ayuda a reconocer la problemática de su enfermedad, puede ser decisiva para ayudar al paciente a dar este primer paso.

En el caso de que el paciente no venga a la consulta, suele hacerlo la pareja o algún familiar o amigo cercano. Se trata entonces de actuar sobre esta persona para que funcione a modo de coterapeuta. Si es la pareja, se le puede enseñar cómo abordar adecuadamente al paciente en un momento de tranquilidad. Supongamos que es él el paciente y ella la pareja. En lugar de decirle al paciente que el terapeuta le ha dicho a la pareja “que venga él”, puede ser más adecuado plantearle que es ella la que se encuentra mal y que el terapeuta le ha sugerido que acuda a la consulta el marido “para ayudarla a ella”. Se trata de una verdad a medias, que tiene, sin embargo, para el paciente la ventaja de que el centro terapéutico se sitúa en ella y no en él. Al margen de que en las sesiones terapéuticas posteriores se plantee el problema directamente y se centre la terapia en el paciente, las resistencias ante el tratamiento suelen ser en este caso menores.

Hay veces en que la relación de pareja está muy deteriorada. El cónyuge puede ser en estos casos la persona menos indicada para sugerir un tratamiento porque cualquier sugerencia se puede fácilmente malinterpretar. Se trata de ver entonces si existe alguna otra persona (familiar, amigo, etc.) que tenga un cierto ascendiente sobre el paciente. Si es éste el caso, el terapeuta puede adiestrar a esta persona con las estrategias adecuadas para que intente convencer al paciente en un momento oportuno de la conveniencia del tratamiento.

La pareja o la persona con ascendiente pueden a veces echar mano de algunas circunstancias cargadas de simbolismo (cumpleaños, aniversario de boda, cambio de año, etc.). Al propiciar estas fechas la reflexión y las buenas intenciones de futuro, pueden constituir un caldo de cultivo adecuado para el inicio de una terapia.

En cualquier caso, la motivación inicial para el tratamiento en el alcoholístico suele ser débil e inestable. Conviene, por ello, aprovechar cualquier insinuación favorable para no posponer la consulta. Retener al paciente en el tratamiento posteriormente puede no ser tan complicado.

4.1.3. Motivación de mantenimiento

Una vez que el paciente ha acudido a la consulta, se trata de mantenerlo en el tratamiento, porque las consultas iniciales no garantizan la continuidad en la terapia. Una cosa es iniciar un tratamiento y otra muy distinta concluirlo. De hecho, los abandonos son muy frecuentes en la terapia de los trastornos adictivos, sobre todo en las 3-5 primeras sesiones (Echeburúa, 1996a).

Establecer y mantener una buena relación con el paciente, con una actitud empática y desculpabilizadora respecto a lo que le ocurre (una enfermedad no es un vicio), es el

primer paso de cualquier intervención terapéutica y reduce el nivel de resistencia del sujeto. De hecho, algunos terapeutas consiguen mantener una buena parte de los pacientes; otros, en cambio, los pierden con facilidad. Hay algunas estrategias que contribuyen a mantener la motivación para el tratamiento (Echeburúa y Corral, 1988):

- a) Eludir el término *alcoholismo* cuando se habla de la problemática del paciente, debido a las connotaciones semánticas tan negativas que contiene, y abordar las dificultades del sujeto en términos de educación para la salud y de mejora de la calidad de vida, así como mostrarle un cierto optimismo en las posibilidades reales de recuperación.
- b) Implicar a los familiares –sobre todo, a la pareja– en el tratamiento. Esta participación contribuye a aumentar el tiempo de permanencia del paciente en la terapia y contribuye a una mejora de los resultados al final del programa.
- c) Proyectar en vídeo algunas secuencias de un mismo sujeto cuando está borracho y cuando está sobrio. La visión de este tipo de imágenes suele producir un fuerte impacto en el paciente y puede aumentar la motivación para la terapia.
- d) Establecer un tiempo-límite de tratamiento, más bien corto (por ejemplo, de tres o cuatro meses), con las sesiones en régimen ambulatorio, con una periodicidad semanal y en un horario compatible con las posibles obligaciones laborales.
- e) Abordar primero las conductas menos problemáticas y tratar de resolverlas para motivarle a proseguir con el tratamiento.
- f) Utilizar tareas conductuales y autorregistros para que el paciente pueda obtener una retroalimentación inmediata de sus progresos y un aviso temprano de las situaciones de riesgo.
- g) No dar hora para la siguiente sesión, sino hacer que llamen ellos por teléfono para concertar cada consulta, como forma de implicarles activamente en el tratamiento.

Cuando el paciente tiene los marcadores biológicos (la GGT o las transaminasas, por ejemplo) elevados, que reflejan una alteración hepática, una motivación importante para el control de la bebida es la normalización de dichos marcadores. Si el sujeto corta con los excesos de bebida y se repiten los análisis al cabo de 5-8 semanas, los marcadores tienden a normalizarse. Esta situación contribuye a motivar al sujeto para mantenerse abstinentes y proseguir con el tratamiento.

El objetivo terapéutico de la bebida controlada, en el caso de las personas que pueden beneficiarse de esta meta, es un factor motivacional para el tratamiento porque el objetivo les resulta más atractivo que el de la abstinencia.

Comunicar la decisión de dejar de beber (o de reducir el consumo de alcohol, según los casos) a los amigos y los compañeros de bebida constituye una motivación adicional para la consecución de los objetivos terapéuticos. Esta medida persigue dos metas: añadir

un compromiso mayor a la decisión adoptada, que se hace más firme si uno se compromete ante otras personas, sobre todo si éstas son significativas para el sujeto; y evitar en adelante invitaciones al consumo por parte de esas personas, que se convierten en conocedoras del problema y, por tanto, en colaboradoras del tratamiento.

4.2. Objetivos terapéuticos

El primer paso en el establecimiento de cualquier programa clínico es la definición del objetivo terapéutico perseguido: la abstinencia total o la bebida controlada. Como ocurre también en otros trastornos adictivos, los alcohólicos en sentido estricto (caracterizados por la pérdida de control, la dependencia física, la tolerancia y la degradación psicosocial) no deben entrar en contacto de nuevo con las bebidas alcohólicas. Una pequeña cantidad de alcohol es suficiente para poner en marcha de nuevo la pérdida de control y, en último término, para propiciar la vuelta rápida a las pautas de ingesta anteriores al tratamiento. Si bien la consecución de la abstinencia es un objetivo costoso a corto plazo, las metas terapéuticas deben ir encaminadas en esta dirección. Sólo de esta forma se puede conseguir una recuperación estable del alcohólico (McCrary, Rodríguez Villarino y Otero-López, 1997).

El caso expuesto a continuación es un ejemplo claro de alcoholismo en que el objetivo terapéutico debe ser la abstinencia.

Roberto, de 48 años, casado y con dos hijos de 12 y 6 años, economista, siempre ha sido aficionado a la bebida, con algunos excesos aislados, pero siempre en un marco festivo y con una forma de beber no problemática, similar a la que es habitual en su entorno. Sin embargo, desde hace cinco años, a raíz de una enfermedad de su mujer y de un contratiempo laboral surgido en la empresa, ha comenzado a beber en exceso y a hacerlo diariamente. Es raro el día en que consume menos de ocho copas. Ha reducido su aportación económica a casa, las borracheras son ya de dominio público, miente con frecuencia, elude cualquier conversación relacionada con el alcohol, está de baja con frecuencia por diversos problemas de salud, ha dejado de lado sus aficiones anteriores y se ha aislado socialmente, a excepción de los contactos con amigos bebedores. Se siente ya marginado en la empresa. En la relación con su mujer está irritable y celoso. Con los niños es mucho más brusco y menos paciente de lo que lo ha sido habitualmente. El enrojecimiento facial y los temblores de manos son claramente perceptibles. Respecto a la bebida, bebe ginebra en ayunas, lo hace con avidez –a veces de un solo trago– y nunca deja el más mínimo resto. Bebe como por un impulso interno, sin que disfrute tanto de la bebida como antes y sin que sea ya capaz de detenerse.

Las indicaciones para el objetivo terapéutico de la abstinencia son las siguientes:

- a) Dependencia física y psicológica del alcohol.
- b) Deterioro físico considerable.
- c) Historial de recaídas frecuentes.

- d)* Existencia de otros problemas psicopatológicos (depresión, abuso de drogas, trastornos graves de personalidad, etc.).
- e)* Toma de medicamentos contraindicados con el consumo de alcohol.
- f)* Embarazo o deseos de embarazo.
- g)* Fracaso anterior con programas de beber controlado.
- h)* Responsabilidad profesional sobre terceras personas (conductor, piloto, cirujano, etc.).
- i)* Deseo explícito del paciente de la abstinencia total.

Sin embargo, hay bebedores excesivos que no son propiamente alcohólicos, que rechazan la abstinencia como objetivo terapéutico y que pueden beneficiarse de los programas de bebida controlada. La meta en este caso es la reducción de riesgos. Las indicaciones para este objetivo son las siguientes: la juventud de las personas afectadas (que difícilmente van a renunciar a probar el alcohol de por vida); la inexistencia de contraindicaciones médicas o de trastornos emocionales graves; la ausencia de consumo de otras drogas; el apoyo familiar y social; la estabilidad laboral; y la existencia de un cierto control de los impulsos. Desde la perspectiva del consumo de alcohol, los aspectos más significativos son la existencia de una dependencia alcohólica baja, así como una historia de consumo relativamente corta y la ocurrencia de períodos de sobriedad intermitentes. Se trata, en último término, de sujetos que desean este objetivo y confían en su habilidad para alcanzarlo (Echeburúa, 1990; Becoña, 1998).

El objetivo de la bebida controlada es, por tanto, una meta alternativa a la abstinencia sólo para algunas personas y puede contribuir a resolver las pérdidas de pacientes –en el caso del alcoholismo particularmente altas– que ocurren en los programas tradicionales. La exigencia de abstinencia total en todos los casos hace que, si el sujeto bebe una pequeña cantidad de alcohol, el miedo al descontrol, derivado de las creencias impuestas en el tratamiento, le pueda llevar a beber compulsivamente y a perder el control.

4.3. Programa de intervención

La reducción de riesgos, que responde a diversos tipos de lemas (bebe menos, coge tu punto, etc.), constituye un objetivo fundamental en el tratamiento de los problemas de bebida. De hecho, las experiencias realizadas sobre la capacitación de los médicos de atención primaria y ATS para la detección temprana, la motivación para el cambio y la intervención breve en problemas de bebida son alentadoras. En concreto, unos minutos de consejo breve, con cierta supervisión, pueden ser tan efectivos como una intervención más intensiva.

4.3.1. Características del proceso terapéutico

Las intervenciones breves, cuando son concretas y se realizan adecuadamente, generan hasta una reducción del 24% en los consumos de alcohol de los bebedores de riesgo ([cuadro 4.2](#)).

Cuadro 4.2. Bases generales de los programas de reducción de riesgo

<i>Bases</i>	<i>Contenidos</i>
– Objetivo	– Reducir el consumo a un nivel prudencial.
– Estrategia	– Ayudar al paciente a hacer un plan con el objetivo del cambio de hábito.
– Criterio de éxito	– <i>Óptimo</i> : consumo inferior a 40 g/día en varones o 20 g/día en mujeres. – <i>Aceptable</i> : reducción del consumo previo en un 20-25%.
– Control	– Verificar la consecución del objetivo con autorregistros y marcadores biológicos.
– Seguimientos	– 3 semanas, 3 meses, 6 meses y una vez al año.

4.3.2. Desarrollo del programa de intervención

Como forma específica de motivar al paciente para implicarse en este programa, se le pide, en primer lugar, que escriba de forma jerarquizada sus *razones para beber menos*. De este modo, el sujeto puede tener una mención expresa de las motivaciones que le impulsan a llevar adelante el programa terapéutico y a echar mano de ellas, al figurar escritas, en los momentos de desaliento (Robertson y Heather, 1986).

Es recomendable pasar por un período de abstinencia total de alcohol de dos o tres semanas antes de comenzar con el programa de beber controlado propiamente dicho. De este modo, el sujeto puede reexaminar su objetivo y adquirir un nuevo control estimular sobre la bebida, que resulta más difícil de conseguir si se reduce el alcohol de forma gradual sin haber pasado previamente por un período de abstinencia. Asimismo la persona puede buscar otras fuentes de satisfacción alternativas, detectar las situaciones de riesgo más importantes, identificar sus habilidades que más pueden contribuir al éxito del tratamiento y, en último término, potenciar la confianza en sus propios recursos para no depender del alcohol y hacer frente adecuadamente al problema.

La duración de estos programas, tras el período de abstinencia establecido, oscila entre 10 y 12 semanas. Los sujetos deben rebajar la ingesta de alcohol a un nivel moderado, que puede definirse como beber como máximo tres días a la semana, no consumir más de 40 gramos (20 en el caso de las mujeres) los días de bebida al margen del consumo de las demás personas, hacerlo en compañía y en el transcurso de las comidas o inmediatamente después, beber en lugares diferentes de los habituales, no entrar a los bares a comprar tabaco y acudir a las sesiones de terapia sin beber. Desde una perspectiva psicológica, no se debe beber nunca cuando el paciente se siente mal (deprimido, irritable, preocupado, etc.) o en una situación de desgaste físico, sino sólo cuando se encuentra bien, es decir, con un estado físico y de ánimo normal.

Los programas de bebida controlada implican asimismo otras normas específicas que varían de unos casos a otros, según las peculiaridades individuales: comenzar a beber a una hora más tardía de lo habitual; limitarse a dos consumiciones alcohólicas por comida; no volver a servirse hasta que uno no haya terminado el vaso (en caso contrario uno puede perder fácilmente la cuenta de lo consumido); dejar el vaso en la mesa entre sorbo y sorbo; tardar al menos 15 minutos por cada consumición alcohólica y consumirla en no menos de 6 sorbos; intercalar en las sobremesas largas o acontecimientos festivos alguna bebida sin alcohol; cambiar el tipo de bebida a otro de menos graduación o utilizar menores cantidades (*minicañas* en lugar de *cañas*; *chupitos* en lugar de *copas*); evitar en lo posible la presencia de gas carbónico en las bebidas alcohólicas (se nota menos, pero es más fuerte), etc. Por último, dos reglas de oro: aprender a rechazar *copas* y buscar nuevas formas de pasar el tiempo que no impliquen el consumo de alcohol.

Todas estas normas –globales y específicas– se adaptan a las necesidades individuales de cada persona y configuran las *reglas de bebida*. Todos los consumos de bebida deben quedar anotados en un autorregistro como el que figura en el [cuadro 3.2](#).

Hecha una primera valoración a las 12 semanas, este programa, si cuenta con un éxito inicial, requiere un nivel mínimo de seguimiento de un año. Se trata de que las nuevas pautas de conducta aprendidas en relación con la bebida se consoliden satisfactoriamente en el repertorio de conductas del sujeto. En el caso de un fracaso inicial, se hace una valoración detallada de la situación y se plantea el traslado del paciente a un programa de abstinencia.

4.3.3. Intervenciones breves específicas

No es siempre fácil saber si los problemas experimentados por el paciente son causa o consecuencia de los hábitos de bebida. En cualquier caso, uno de los objetivos terapéuticos es enseñar al sujeto estrategias de solución de problemas y de toma de decisiones, técnicas de búsqueda de empleo en los casos necesarios, así como modos de hacer frente a los problemas significativos, sobre todo el control de la ansiedad y de la

depresión. Se trata, en último término, de que el paciente pueda afrontar adecuadamente estas dificultades de la vida cotidiana sin recurrir al alcohol a modo de autoterapia (Robertson y Heather, 1986; McCrady *et al.*, 1997; Secades, 1996).

A) Control del ansia de beber (“craving”)

El ansia de beber se refiere al estado subjetivo de deseo o necesidad de consumir alcohol. El ansia es la incapacidad para controlar el deseo apremiante de conductas gratificantes (comida, tabaco, juego, alcohol, sexo, etc.). Este deseo se percibe como algo tan potente que el sujeto no puede resistirlo, a pesar de que posteriormente pueda arrepentirse de su conducta.

El paciente puede experimentar en ocasiones un fuerte deseo de beber, que puede aparecer repentinamente, en una situación determinada (al pasar delante de un bar, por ejemplo) o ante ciertos estímulos internos (cuando se encuentra aburrido o deprimido o cuando le viene a la mente alguno de los recuerdos agradables experimentados con la bebida). En el [cuadro 4.3](#) figuran algunas acciones que se pueden poner en marcha en estas circunstancias.

Cuadro 4.3. *¿Qué hacer ante un deseo impulsivo de beber?*

- *Piense* que se le ha pasado por la cabeza una idea tonta. Usted no *necesita* beber; simplemente *le apetece* hacerlo. Las necesidades son ineludibles pero las apetencias pueden rechazarse. Por un mero deseo no puede tirar por la borda todo el progreso que ha hecho en estas últimas semanas. En todo caso, aplaze esta decisión hasta mañana, en que se encontrará más tranquilo y lo verá todo más claro.
 - *Distráigase* con alguna actividad o compañía agradable (*cuadro 4.6*).
-

Más en concreto, las técnicas de distracción cognitiva tienen por objetivo desconectar los deseos o pensamientos de beber de las conductas que lleva a cabo la persona. La forma de conseguir este objetivo está resumida en el [cuadro 4.4](#).

En resumen, el ansia de beber es como una ola, que tiene cada vez más fuerza hasta llegar a la cresta, pero que se va a romper en cuanto alcance la playa. Se trata, por tanto, de aguantar el tirón inicial, con la seguridad de que el paciente va a ser capaz de superarlo.

B) Desarrollo de conductas gratificantes

Todo ser humano necesita alcanzar un nivel de satisfacción global en la vida. Normalmente, éste se obtiene repartido en diversas actividades: el trabajo, el sexo, la comida, las relaciones sociales, las aficiones, el deporte, etc.

Cuadro 4.4. Técnicas de distracción cognitiva

<i>Técnica</i>	<i>Contenido</i>
– <i>Orientación atencional a sucesos externos no amenazantes</i>	– Lo que debe captar la atención del sujeto puede ser la concentración en algún estímulo ambiental neutro –por ejemplo, la adivinación del lugar de origen de las personas que pasan por la calle– o, en otros casos, el recuerdo de una situación agradable vivida recientemente.
– <i>Ocupación de la mente en una actividad absorbente</i>	– Contar hacia atrás de tres en tres, hacer un trabajo manual absorbente, jugar una partida de ajedrez o resolver un crucigrama pueden ser ejemplos de este tipo de actividad.
– <i>Ejercicio físico</i>	– Mantenerse físicamente ocupado ayuda a uno a distraerle de sus pensamientos problemáticos. Ejemplos: practicar deporte de forma habitual, lavar el coche, andar sistemáticamente, etc.

Sin embargo, cuando una persona está implicada en una conducta adictiva, la

mayor parte de las fuentes de satisfacción en la vida cotidiana procede del consumo de dicha sustancia: el sabor del alcohol, el *colocón* conseguido, la ocupación del tiempo libre, la interacción social con los amigos bebedores, etc. Precisamente un indicador del consumo patológico de alcohol es que una persona limita drásticamente el ocio, las aficiones y las relaciones sociales –incluso las obligaciones laborales– a conductas relacionadas, de una forma directa o indirecta, con el consumo de alcohol.

No es, por ello, extraño que una persona adicta se sienta vacía cuando deja de consumir alcohol. Se trata, por tanto, de enseñar al paciente nuevas pautas de conducta que le generen una gratificación sustitutiva de la que hasta ahora experimentaba con el consumo abusivo de alcohol. De este modo, estas nuevas conductas desempeñan un doble papel:

- a) Ser incompatibles con la adicción.
- b) Ofrecer al sujeto vías atractivas y diferentes de obtener satisfacciones en la vida diaria.

Hay dos aspectos que son cruciales desde este punto de vista: ocupar el tiempo libre con actividades gratificantes y establecer relaciones sociales con personas no bebedoras. Las conductas satisfactorias pueden referirse a la práctica del deporte, el desarrollo o la recuperación de alguna afición, la participación en actividades de voluntariado en una ONG, la colaboración en actividades políticas, religiosas o municipales, la mayor implicación en actividades familiares, la participación en grupos de autoayuda, etc. Se trata de actividades que inicialmente resultan costosas, porque las personas tienen que adquirir un hábito que generalmente requiere un esfuerzo, pero que a medio y largo plazo pueden deparar un gran nivel de satisfacción.

La implicación en actividades lúdicas y sociales constituye un eje central del programa terapéutico. La búsqueda de conductas gratificantes contribuye a crear expectativas positivas de futuro y a reducir, por tanto, la pérdida de motivación y el temor a la recaída.

Las actividades externas ayudan asimismo al sujeto a encontrarse en nuevas situaciones y a romper los hábitos de aislamiento.

Algunas instrucciones de interés para el sujeto están expuestas en el [cuadro 4.5](#). Una lista de actividades positivas sugeridas figura en el [cuadro 4.6](#).

Cuadro 4.5. Programación de actividades lúdicas

- Haga una lista de las actividades que le gusta llevar a cabo o que le han interesado en un pasado reciente.
 - Reserve tiempo suficiente para realizarlas al final de su jornada laboral y los fines de semana y vacaciones.
 - Concédase algún capricho. Mímese un poco de vez en cuando.
-

Cuadro 4.6. *Lista de actividades positivas*

-
- Planear algo agradable.
 - Salir (de paseo, de compras, al campo).
 - Ir a ver un espectáculo.
 - Salir de viaje.
 - Ir a una reunión, a clase, a una conferencia.
 - Asistir a una reunión social.
 - Hacer deporte o jugar a algo.
 - Pasar tiempo con un *hobby* o un proyecto.
 - Entretenerse en casa (leyendo, escuchando música, viendo televisión).
 - Hacer algo para uno mismo (comprarse algo, cocinarse algo, vestirse bien).
 - Pasar tiempo relajándose (pensando, soñando despierto, sentado sin hacer nada, dormitando).
 - Arreglarse, asearse. Ir a la peluquería.
 - Insistir en una tarea difícil.
 - Terminar una tarea rutinaria o desagradable.
 - Hacer bien un trabajo.
 - Cooperar con alguien en una tarea en común.
 - Hacer algo especial para alguien, ser generoso.
 - Buscar compañía de otras personas (llamarlas, acercarse a ellas).
 - Iniciar una conversación (en una tienda, en una fiesta, en clase).
 - Comentar una cuestión interesante o divertida.
 - Expresarse de manera clara y abierta (por ejemplo, una opinión, una crítica).
 - Jugar con niños o animales.
 - Premiar o alabar a alguien.
 - Demostrar amor o afecto a otras personas.
-

Se trata especialmente de potenciar las actividades gratificantes en las situaciones de máximo riesgo (hora del día, día de la semana, etc.) y de hacerlas así incompatibles con las conductas adictivas.

Luisa, de 42 años, casada y con dos hijos adolescentes, ama de casa, ha consumido abusivamente alcohol durante los cinco últimos años, a raíz de la muerte de un hijo suyo de 6 años en un atropello a la salida del colegio. Es una persona religiosa y se pregunta a menudo por qué le ha tocado vivir a ella una situación así. Solía consumir habitualmente anís, lo hacía en casa cuando su marido y sus hijos estaban fuera del hogar (a media mañana y a media tarde) y se negaba tenazmente a reconocerlo hasta que la situación se volvió insostenible. Está sometida a tratamiento desde hace dos meses. Cuando más triste se pone, recordando al hijo fallecido y repochándose por haber recurrido al alcohol, es cuando está sola en casa. Desde el comienzo de la terapia, ya no hay bebidas alcohólicas en el hogar. Ha comenzado a acudir a una piscina cubierta por las mañanas, una vez que ha hecho la compra y ha dejado encarrilada la comida. Asimismo acude algunas tardes a la parroquia del barrio para colaborar en la catequesis de los niños. Ahora se encuentra más ilusionada,

tiene interés en rehacer su vida y mejorar su relación familiar y apenas se acuerda del alcohol.

Hay algunas motivaciones que facilitan la implicación en el esfuerzo que supone el cambio de estilo de vida: la mejoría física y psicológica experimentada como consecuencia de la reducción del consumo de alcohol; el apoyo familiar y social a este cambio de conducta; los recursos económicos ahora disponibles y que antes se invertían en la conducta adictiva, etc.

Todos los pacientes deben autogratificarse por los logros obtenidos. Las recompensas pueden ser materiales o mentales. Si se trata de objetos materiales, deben ser cosas agradables que estén al alcance de uno y que pueda conseguirlos inmediatamente después de los esfuerzos realizados. Comprarse un disco, ir al cine con su pareja o tener una comida especial son ejemplos de ello.

En muchas ocasiones no es necesario recurrir a un premio material. A nivel mental, el paciente puede premiarse también por los logros obtenidos. Lo que uno se dice a sí mismo contribuye a controlar la conducta. Algunos ejemplos que pueden servir a este respecto son los siguientes: “¡qué bien lo estoy haciendo!, cada vez controlo mejor mi conducta”; “hoy me han entrado ganas de beber, pero he sabido resistirme”; “voy de maravilla, he sido capaz de estar toda la semana sin entrar en un bar”, etc. Lo bueno de estas recompensas mentales es que el paciente se las puede administrar de inmediato y que no le suponen ningún coste especial.

C) Solución de problemas específicos

Los problemas específicos pueden ser variables de unos casos a otros, pero hay algunos que son prácticamente constantes en todas las personas que abusan del alcohol (Echeburúa, 1996a; McCrady *et al.*, 1997).

• Afrontamiento de la presión social

Es importante eludir los *circuitos de riesgo*, es decir, los bares o los lugares que el sujeto tiene asociados a un consumo abusivo de alcohol, así como los antiguos compañeros de bebida, que pueden facilitar la recaída en la conducta adictiva. No es realista intentar mantener el contacto con ellos, de rondas por los bares, proponiéndose no beber o consumir bebidas sin alcohol. Conviene recordar que, cuando unas personas consumen abusivamente alcohol, establecen un tipo de comunicación o de metalenguaje

en el que no es fácil integrarse si una persona no toma alcohol. En estos casos sólo hay dos alternativas: beber o marcharse del grupo.

La presión social constituye un desencadenante frecuente en los episodios de bebida, sobre todo en los acontecimientos sociales y cuando se trata de festejar las alegrías y las celebraciones. Por ello, conviene enseñar a los pacientes a automatizar frases que contrarresten dicha presión social o que ofrezcan una respuesta alternativa.

En el [cuadro 4.7](#), figuran algunas frases que se pueden utilizar en estas circunstancias.

Cuadro 4.7. Frases que se pueden utilizar ante la presión social

– *Rechazo de la bebida:*

“No, gracias, el alcohol me produce ardor de estómago.”

“No, gracias, no me apetece beber más.”

– *Alternativa al alcohol:*

“No, gracias, no quiero alcohol; prefiero una tónica, por favor.”

“El alcohol no me sienta bien; pídemme un café, por favor.”

• *Control de la ansiedad*

La tensión, la inquietud, el nerviosismo, etc., pueden descontrolar al sujeto y conducirlo de nuevo a la bebida. Sin embargo, los fármacos ansiolíticos pueden no ser la solución apropiada. De hecho, existe un riesgo de adicción a estos fármacos en personas que han tenido problemas con el alcohol, y asimismo puede resultar peligroso el consumo de esta sustancia cuando los pacientes están bajo los efectos de los ansiolíticos.

El control de la respiración ([cuadro 4.8](#)) y la relajación constituyen un medio adecuado para reducir la tensión y para controlar las respuestas de activación del organismo. Si bien son diversos los programas de relajación existentes, un objetivo común a muchos de ellos es enseñar al sujeto a relajar los músculos a voluntad, de modo que pueda ser consciente de las sensaciones de tensión y de laxitud de los mismos. De este modo, la persona puede aprender a relajarse y a distinguir con precisión la relajación de la tensión, así como a identificar los mayores puntos de tensión de su cuerpo. La aplicación esquemática de este método se describe en el [cuadro 4.9](#).

Cuadro 4.8. Ejercicios de respiración

Cuando uno percibe los primeros signos de respiración entrecortada, deben darse los siguientes pasos:

1. Interrumpir lo que uno está haciendo y sentarse o, al menos, concentrarse en los siguientes pasos.
(Si se está en compañía de alguien, puede uno excusar su ausencia durante unos minutos y acudir a un lugar aislado, como, por ejemplo, el cuarto de baño.)
2. Retener la respiración, sin hacer inhalaciones profundas, y contar hasta 10.
3. Al llegar a 10, espirar y decirse a sí mismo de una forma suave la palabra “tranquilo”.
4. Inspirar y espirar en ciclos de seis segundos (tres para la inspiración y tres para la espiración), diciéndose a sí mismo la palabra “tranquilo” cada vez que espira. Habrá, por tanto, 10 ciclos de respiración por minuto.
5. Al final de cada minuto (después de 10 ciclos de respiración), retener de nuevo la respiración durante 10 segundos. A continuación, reanudar los ciclos de respiración de seis segundos.
6. Continuar respirando de este modo hasta que hayan desaparecido todos los síntomas de la respiración entrecortada.

Cuadro 4.9. Ejercicios de relajación muscular

<i>Grupos musculares</i>	<i>Instrucciones</i>
Manos	– Cerrar, apretar y notar la tensión. Abrir, soltar poco a poco y distinguir las diferentes sensaciones entre tensión y relajación.
Brazos (bíceps)	– Doblarlos, notar la tensión y soltarlos paulatinamente.
Brazos (tríceps)	– Estirarlos hacia delante, sentir la tensión, aflojarlos y relajarlos.
Frente	– Subir las cejas arrugando la frente, notar la tensión, soltar y relajar.
Entrecejo	– Fruncirlo y soltar despacio.
Ojos	– Desplazarlos a la derecha, arriba, a la izquierda, abajo; soltarlos y relajarlos.
Mandíbulas	– Sonreír de manera forzada, soltar y relajar.
Labios	– Apretarlos, soltar y relajarlos.
Cuello	– Girar a la derecha, a la izquierda, adelante, atrás; soltar y relajar.
Hombros	– Subirlos hacia las orejas, llevarlos atrás, soltar y relajarlos.
Tórax	– Respirar lentamente.
Estómago	– Contraer hacia dentro y hacia fuera, soltar y relajar. Respirar lentamente.
Nalgas	– Contraerlas apretando hacia el asiento, soltar y relajar. – Subirlas con las puntas de los pies hacia la

	cara; soltar y relajarlas.
Piernas (2)	– Subirlas con las puntas de los pies estiradas; soltar y relajarlas.
<i>Respirar lentamente. Soltar todo el cuerpo. Notar las sensaciones agradables de la relajación. Descansar.</i>	

Hay personas que son capaces de relajarse físicamente pero no mentalmente, quizá porque están demasiado pendientes de sus inquietudes y preocupaciones. En estos casos pueden ser de interés los ejercicios de relajación mental ([cuadro 4.10](#)).

La relajación es sólo efectiva si se practica de forma regular (mejor aún, diariamente). No obstante, hay otras actividades, como el ejercicio físico (pasear, nadar, correr, jugar al tenis o al *padel*, etcétera), que constituyen otra forma de relajación. El deporte no es exclusivo de la juventud: siempre hay un ejercicio físico adecuado para cada edad.

Cuadro 4.10. Ejercicios de relajación mental

1. Escriba una lista de lugares o situaciones que le resulten relajantes. Por ejemplo: tomar un baño en la playa, escuchar música grata, pasear por el campo, tomar algo en una terraza acompañado de un grupo de amigos, etc.
2. Al relajarse muscularmente después de hacer los ejercicios, imagine de la forma más realista posible que está en una de esas situaciones apacibles.
3. No se preocupe si no puede concentrarse durante mucho tiempo en una imagen. Si tiene varias, puede imaginarlas una detrás de otra. Se trata de apartar de la mente los pensamientos preocupantes durante períodos cada vez más largos.
4. Si no puede pensar en una imagen relajante, concéntrese en algo interesante o divertido.

• Superación de la depresión

Un estado de ánimo triste facilita la recaída en la adicción. Cuando una persona se encuentra decaída, tiende a añorar los buenos momentos vividos con el alcohol y a olvidar, sin embargo, las consecuencias negativas que le ha acarreado. De este modo, el recurso al alcohol puede ser una forma de superar una situación de soledad impuesta o de malestar emocional.

Un problema adicional en el bebedor excesivo suele ser la existencia de un repertorio de conductas pobre, relacionado, a su vez, con sensaciones de aburrimiento y/o soledad. Una vía de actuación en estas circunstancias es distraerse, practicar alguna actividad agradable y charlar con otras personas. Todo ello contribuye de una forma decisiva a mejorar el estado de ánimo.

decisiva a mejorar el estado de ánimo.

Los pensamientos negativos pueden llevar también a una persona a un estado de ánimo triste y contribuyen a aumentar el riesgo de recaída en el alcohol. Un ejemplo de ello es lo que se expone en las siguientes líneas.

Luis, de 45 años, casado y con tres hijos, contable de profesión, con un historial de alcoholismo de más de diez años y con una economía precaria, ha dejado de beber después de recibir tratamiento. En los tres meses que lleva sin hacerlo, ha mejorado físicamente, se siente mucho mejor y tiene la convicción de que nunca más va a beber. Hace una semana, cuando regresaba a casa del trabajo, se le estropeó el coche. En el taller, después de examinar el estado del motor, le comentaron que la avería era importante y le recomendaron que, al ser el coche viejo, no merecía la pena repararlo. Luis se entristeció mucho con esta noticia. El trabajo está lejos de su casa, y su situación económica no le permitía afrontar la compra de un coche nuevo. No podía dejar de pensar en ello y le daba constantemente vueltas al asunto.

El caso de Luis muestra que los acontecimientos de la vida cotidiana pueden llevar a una persona a un estado de ánimo deprimido. Lo importante no son, sin embargo, los sucesos, sino los pensamientos –los denominados *pensamientos automáticos*– que uno tiene sobre los sucesos. En realidad, los sentimientos –en este caso la tristeza– provienen de lo que uno piensa y del sentido que confiere a las cosas que pasan.

Lo que procede en estas circunstancias es modificar los pensamientos automáticos y sustituirlos por pensamientos racionales. ¿Pero cómo hacerlo? Una solución práctica es preguntarse cómo vería un observador objetivo la situación de uno; otra, determinar cuál es la evidencia para tener tal pensamiento o preguntarse si hay alguna otra alternativa realista en relación con dicha situación. Un ejercicio práctico para disputar pensamientos automáticos figura descrito en el [cuadro 4.11](#).

Lo que resulta importante es aplicar estas tareas (práctica de actividades agradables y disputa de pensamientos automáticos) cuando la persona empieza a sentirse mal, no cuando se encuentra ya abrumada por la tristeza. Sólo entonces es cuando se puede ejercer un cierto control sobre la conducta.

- *Afrontamiento de los conflictos interpersonales y de pareja*

La convivencia con otras personas tiene momentos muy agradables, pero a veces resulta difícil y puede dar lugar a situaciones de malestar (decepción, enfado, sensación de incompreensión, etc.). Si bien esto le puede ocurrir a cualquier persona, el riesgo es mayor en los bebedores excesivos en tratamiento. Al haberse separado de los amigos problemáticos con el alcohol, pueden sentirse solos o experimentar dificultades cuando intentan establecer nuevas relaciones o ponerse en contacto con viejos amigos no bebedores cuya compañía dejaron de frecuentar cuando se entregaron a la bebida. La

negativo sobre el paciente. En caso contrario, el riesgo de recaída en estas circunstancias es alto.

Cuadro 4.11. Ejercicio práctico para disputar pensamientos automáticos

<i>Suceso activador: Luis se entera de que la avería de su coche no tiene remedio.</i>
<i>Consecuencia de los pensamientos automáticos: “me siento triste”</i>
– <i>Posible pensamiento automático: “mi vida es un desastre”</i> – <i>Disputa: “¿es verdad que mi vida es un desastre?”</i> – <i>Respuesta racional: “existen muchos aspectos en los que mi vida es muy buena: he conseguido formar una familia, mis hijos me quieren mucho, el año pasado me promocionaron en el trabajo”, etc.</i> – <i>Posible pensamiento automático: “no sirvo para nada, ni siquiera para poder comprarme un coche”</i> – <i>Disputa: “¿realmente no sirvo para nada?”</i> – <i>Respuesta racional: “no poder comprarme un coche no significa que no sirva para nada. De hecho, hay muchas cosas que puedo hacer bien. Soy bueno haciendo mi trabajo, los idiomas se me dan muy bien, me propuse dejar de beber y lo he conseguido, creo que he educado bien a mis hijos”, etc.</i> – <i>Posible pensamiento automático: “mis compañeros de trabajo se reirán de mí cuando me vean aparecer en el autobús”</i> – <i>Disputa: “¿ir a trabajar en autobús es motivo de risa?”</i> – <i>Respuesta racional: “muchas personas van a trabajar en autobús; además, eso significa que ahorraré más dinero”, “aunque tuviera coche, sería buena idea ir a trabajar en autobús para evitar los atascos”, etc.</i> – <i>Posible pensamiento automático: “soy un fracasado”</i> – <i>Disputa: “¿de verdad soy un fracasado?”</i> – <i>Respuesta racional: “no tener coche no significa que sea un fracasado”, “he conseguido mantener mi puesto de trabajo, a pesar del paro existente en la actualidad”, “hay otros aspectos de mi vida en los que he tenido éxito”, etc.</i>
<i>Consecuencias de las disputas y de los pensamientos racionales: “me siento menos triste”, “me aprecio más a mí mismo”, “he recuperado la confianza”, “si trabajo duro y ahorro lo suficiente, podré comprarme un coche en el futuro”, etc.</i>

Lo más adecuado es mantener relaciones sociales con personas del entorno natural del sujeto. Si esto no es posible, los pacientes pueden intentar llevar a cabo actividades sociales que les resulten gratas, como colaborar en la parroquia o con el ayuntamiento (a nivel de asociaciones de vecinos, por ejemplo), participar en actividades de voluntariado en una ONG, etc.

Los problemas de pareja son frecuentes en los bebedores en tratamiento y

constituyen un factor de alto riesgo de recaída. Dejar de beber en exceso tiende a mejorar la relación de pareja, pero la recuperación de la confianza no es algo automático. Al abandonar los viejos hábitos de descontrol en la bebida, la pareja puede no fiarse del comportamiento del paciente y necesitar un tiempo para modificar el escepticismo sobre el cambio. Por otra parte, la nueva situación, que es básicamente positiva, requiere, sin embargo, una reestructuración de las relaciones familiares, que obliga a todos los miembros de la familia a nuevos procesos de adaptación.

En cualquier caso, si los problemas de pareja o los conflictos interpersonales resultan irresolubles por las vías anteriormente indicadas, puede resultar conveniente buscar ayuda externa y recurrir a un terapeuta especializado en estos temas.

En resumen, la rehabilitación integral del paciente afectado por un consumo abusivo de alcohol supone el afrontamiento de los problemas específicos planteados (ansiedad, depresión, conflictos interpersonales, problemas cotidianos, etc.). Se trata, en última instancia, de replantear los objetivos personales en términos concretos: metas deseadas y realistas y medios para conseguirlas. Sólo así se puede suscitar un *nuevo yo* que esté proyectado al futuro inmediato y que contribuya a aumentar la autoestima del paciente (García, 1994c).

4.3.4. Terapia de grupo

La terapia de grupo cuenta con una gran tradición en el tratamiento de los problemas de bebida y puede ser de interés, a modo complementario de la terapia individual, especialmente en el caso de pacientes con escasos recursos psicológicos, con baja autoestima, aislados socialmente y con poco apoyo familiar. El grupo suele estar constituido por cinco-diez pacientes y por uno o dos terapeutas. La periodicidad de las sesiones es semanal y el tratamiento suele durar de tres a seis meses. En algunos casos se incluye en el grupo a algunos pacientes recuperados.

En estos grupos se trata de crear conciencia de que las personas con problemas de bebida son enfermas y no viciosas, de enseñarles a abandonar las autojustificaciones (por ejemplo, “yo no tengo fuerza de voluntad para rechazar el alcohol”) y de prepararles a afrontar los problemas cotidianos familiares y laborales, así como a prevenir las posibles recaídas. Algunas de las dificultades surgidas con mayor frecuencia en el seno de los grupos son las ausencias, las recaídas, la pérdida de motivación para proseguir con el control de la bebida, la marginación del paciente del resto del grupo (indicador de mal pronóstico), la actitud negativa de los familiares ante el paciente, así como las necesidades terapéuticas distintas de los pacientes antiguos y las propias de los pacientes recientemente incorporados.

Sin saberse aún con exactitud cuál es el mejor formato de terapia grupal, el tratamiento en grupo, a modo de complemento de la terapia individual, funciona como un

tratamiento en grupo, a modo de complemento de la terapia individual, funciona como un componente adecuado en el alcoholismo para desvelar mecanismos de autoengaño, crear una motivación para el cambio y elaborar conjuntamente medios de solución de los problemas cotidianos planteados. Más en concreto, la presión positiva y el apoyo social de los compañeros, así como la sensación de pertenencia a un grupo, el aprendizaje por medio de la experiencia de los demás y la ayuda a otras personas, son factores determinantes en la eficacia de estos grupos, sin desdeñar el esfuerzo dedicado a la organización del ocio sin alcohol (excursiones, clubs, etc.).

4.4. Prevención de recaídas

Los problemas de bebida constituyen un trastorno de conducta grave, sujeto a recaídas frecuentes, con complicaciones físicas, psicopatológicas y sociales y con unas *tentaciones* ambientales tan poderosas que ponen a prueba continuamente el grado de autocontrol de los sujetos afectados. Sin embargo, el mantenimiento de los logros terapéuticos a largo plazo es, al mismo tiempo, una tarea compleja y posible (Casas y Gossop, 1993).

4.4.1. Modelo de recaída: caídas y recaídas

En todos los trastornos adictivos (alcoholismo, politoxicomanía, tabaquismo, juego patológico, etc.) las pautas de recaída siguen un proceso temporal similar: los dos tercios, aproximadamente, de todas las recaídas se producen en los tres primeros meses después de la terminación del tratamiento. El promedio de recaídas a los seis meses de concluir la terapia puede ascender al 60-80% de los casos.

Si una persona mantiene el control durante un período prolongado (uno o dos años), la probabilidad de recaída disminuye considerablemente. A medida que aumenta la duración de la bebida controlada y que es capaz de hacer frente con éxito a las diversas situaciones presentadas en la vida cotidiana, el sujeto experimenta una percepción de control, que aumenta la expectativa de éxito en el futuro. Todo ello supone una fuerte motivación para el logro de los objetivos terapéuticos y una disminución de la probabilidad de recaída. El seguimiento del paciente para el control de la recaída debe hacerse, por término medio, durante uno o dos años tras la terminación del tratamiento.

Los episodios de recaída aparecen asociados frecuentemente a las mismas tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos (ansiedad, depresión, irritabilidad, etc., 38% de los casos), conflictos interpersonales (discusión con la pareja, dificultades en el trabajo, etc., 18%) y presión social (invitaciones a beber, ambientes

La *caída* suele tener lugar cuando un paciente no ha sabido identificar una situación determinada como de riesgo (por ejemplo, entrar en un bar para comprar tabaco) o no ha aplicado las estrategias de afrontamiento adecuadas (por ejemplo, rechazar una invitación a beber con las frases aprendidas) ante una situación imprevista. Es decir, lo que ocurre es la exposición a una situación de alto riesgo sin la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento adecuadas.

En otras ocasiones una carencia de motivación (por ejemplo, no estar dispuesto a mantener la bebida controlada como meta terapéutica de por vida) puede facilitar asimismo la caída inicial. En estos casos los sujetos, basados en la experiencia anterior, se imaginan los efectos positivos inmediatos de la ingesta de alcohol, pero no prestan atención a las consecuencias negativas a largo plazo y recurren a mecanismos de autoengaño (por ejemplo: “total, tomo una copa de más, no se entera nadie y vuelvo a mis reglas de bebida”).

No es lo mismo, sin embargo, una caída que una recaída. Una *caída* es un episodio de consumo descontrolado de alcohol aislado (un solo error, un desliz). Sufrir una caída no significa que todo el trabajo realizado hasta la fecha haya sido inútil. Se trata precisamente de aprender de la caída para evitar sucesos posteriores: qué tipo de situación la ha provocado, qué es lo que se pudo hacer y no se hizo y, lo que es más importante, qué precauciones se deben tomar en adelante. Una recaída, por el contrario, es una vuelta a los niveles de alcohol anteriores al tratamiento. En este caso la persona se siente nuevamente incapaz de controlar el consumo de alcohol y necesita la ayuda de un terapeuta.

No deja de ser sorprendente la rapidez con que se pasa habitualmente de la caída inicial a la recaída total. Lo que facilita esta transición, que suele producirse en cuestión de días o de semanas, es, según el modelo de Marlatt y Gordon (1985), la puesta en marcha de un proceso cognitivo –el *efecto de transgresión de las reglas de bebida*–, que consta, a su vez, de dos componentes:

- a) *La incompatibilidad de objetivos.* Beber de nuevo en exceso –la caída inicial– es incompatible con el objetivo terapéutico de la bebida controlada. Por ello, el sujeto puede experimentar un estado emocional negativo de malestar y decirse a sí mismo mensajes negativos (por ejemplo: “soy un desastre”, “ya, de perdidos, al río”, “yo no tengo solución”). Todo ello genera una situación de desasosiego que, paradójicamente, se puede aliviar transitoriamente con el consumo de alcohol debido a las propiedades ansiolíticas que tiene esta sustancia.
- b) *La responsabilidad de lo ocurrido.* Los sujetos tienden a atribuir la recaída a una debilidad interna (por ejemplo, a la falta de fuerza de voluntad o a la insuficiente capacidad de control sobre las propias conductas). Al sentirse culpables, se reduce considerablemente la resistencia a tentaciones posteriores, de donde puede derivarse fácilmente la pérdida de control.

La mayor o menor intensidad de estas reacciones emocionales ante la caída inicial depende de varios factores: la duración del período de bebida controlada (cuanto más largo, mayor es el efecto); el grado de compromiso personal o público con la terapia; la importancia del objetivo de la bebida controlada en la vida del sujeto; el esfuerzo realizado para mantener esta meta; y, por último, la reacción de la familia y de los amigos. El tránsito de la caída a la recaída depende también de la historia de las recaídas pasadas y de las fantasías acerca de la recaída futura. En la [figura 4.2](#) se representa esquemáticamente el modelo psicológico del proceso de recaída expuesto en los párrafos anteriores.

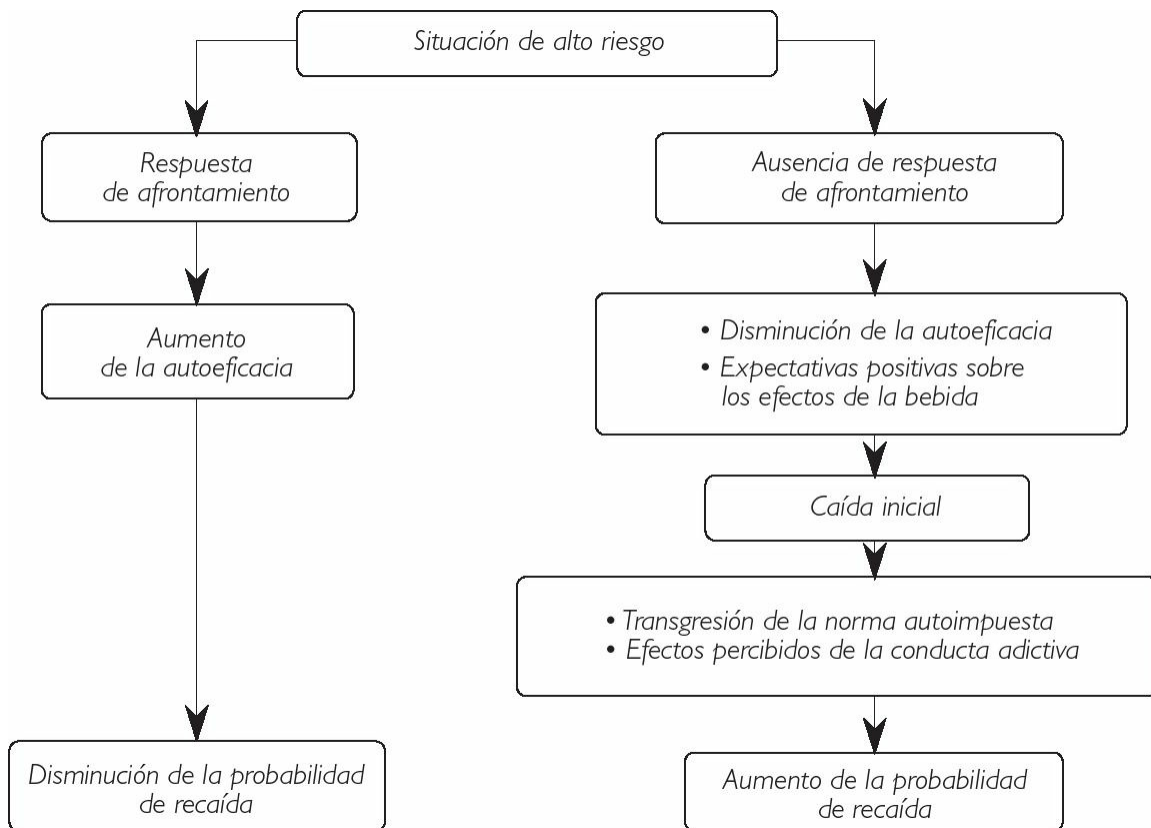


FIGURA 4.2. Modelo psicológico del proceso de recaída.

El efecto de transgresión de una norma autoimpuesta está presente también en otras conductas de la vida cotidiana. Así, por ejemplo, las personas obesas que están a dieta y que se la han saltado en un momento determinado comiendo más de lo debido tienden a excederse también en las comidas inmediatamente siguientes. Por el contrario, cuando las personas que no están a dieta comen más de lo habitual en una situación especial, se sienten saciadas y tienden a consumir menos alimentos en las comidas posteriores. Es decir, la transgresión de una norma de restricción autoimpuesta facilita la pérdida de control posterior.

Por último, la recaída puede adquirir la forma de una adicción sustitutiva sin alcohol. Es el caso, por ejemplo, de bebedores excesivos que han dejado de serlo y se hacen dependientes del juego o del consumo incontrolado de ansiolíticos. En estos casos el riesgo de recaída en el alcohol en una fase posterior es muy alto.

En resumen, la recaída responde a un proceso psicológico determinado y no es fruto de la predestinación, de la debilidad de carácter o del azar.

4.4.2. Estrategias de actuación

Se trata, en primer lugar, de ayudar a verbalizar las (re)caídas. La actitud sana ante una (re)caída, que va a depender, entre otras circunstancias, de la propia actitud del terapeuta y de la familia o de los amigos, es buscar ayuda y no ocultarla, justificarla o adoptar conductas negativistas.

La actuación terapéutica adecuada en este contexto implica, por un lado, el desarrollo de habilidades específicas para impedir la recaída (o para interrumpirla, en el caso de que se haya producido) y, por otro, el cambio global del tipo de vida del paciente (Echeburúa, 1996a; Casas y Gossop, 1993).

A) Habilidades específicas

Con arreglo al modelo señalado, los puntos de intervención para evitar las caídas iniciales son los siguientes (Marlatt y Gordon, 1985):

- a) *Identificación de las situaciones de alto riesgo.* Prevenir la recaída implica enseñar al paciente a reconocer las situaciones específicas de alto riesgo que van a aumentar la probabilidad de recaída y que son variables de unas personas a otras. Sólo en la medida en que el paciente esté en una disposición de alerta cognitiva y sea consciente de qué situaciones son peligrosas, podrá enfrentarse a ellas de forma apropiada.
- b) *Respuestas de enfrentamiento adecuadas a situaciones problemáticas.* Conviene enseñar a los sujetos las habilidades necesarias para hacer frente a las situaciones de alto riesgo, en el caso de que no dispongan de ellas en su repertorio de conductas.

El contenido del programa de intervención es variable y depende de las necesidades de cada persona. Las posibles áreas de actuación incluyen autoafirmación, control del estrés, relajación, control de la ira, habilidades de

comunicación y habilidades de solución de los problemas cotidianos.

- c) *Cambio de expectativas sobre las consecuencias del consumo de alcohol.* Esta parte del programa implica la información sistemática al paciente sobre los efectos a medio y largo plazo de las conductas adictivas, así como la actuación sobre algunos errores cognitivos (por ejemplo: “por una copita de más que tome no me va a pasar nada”, “sólo voy a pasarme un poco hoy porque es mi cumpleaños”, etc.). Muchas personas tienen expectativas positivas sobre el alcohol, basadas en el recuerdo selectivo de algunas experiencias pasadas. Desde una perspectiva de costes y beneficios, una recaída puede entenderse como la obtención de una gratificación inmediata, independientemente de que los resultados a medio y largo plazo vayan a ser muy negativos.

Debe tenerse en cuenta que una cosa son las expectativas originales para dejar la adicción y otra bien distinta las que se activan en el momento en que aparece la *tentación*. En concreto, los bebedores excesivos, cuando surgen las primeras dificultades, tienden a olvidar las motivaciones para beber controladamente y a sobreestimar las consecuencias positivas a corto plazo del alcohol, así como a olvidar o subestimar las negativas. Es decir, una persona puede tener respuestas de afrontamiento adecuadas, que incluso ha puesto en marcha con éxito en ocasiones anteriores, pero no utilizarlas actualmente porque carece de una motivación adecuada para ello. Por tanto, la recaída no es algo que siempre sobrevenga al sujeto, sino que éste puede buscarla activamente.

¿Pero qué hacer si una persona ha experimentado una caída inicial al no haber utilizado adecuadamente los pasos que se acaban de señalar? De lo que se trata en este caso es de considerar el fallo como un error aislado en un proceso de aprendizaje de la bebida controlada y de contrarrestar la situación de malestar emocional generada por el desánimo (cuando no hostilidad) de los familiares y, sobre todo, por el efecto de transgresión de las reglas de bebida, que, como se ha señalado anteriormente, facilita la pérdida de control.

Un procedimiento útil en estos casos es que el sujeto lleve en el bolsillo o en la cartera una tarjeta recordatoria con instrucciones para leer y seguir en el caso de que se produzca un fallo. No es nada extraño que en ese momento de ofuscación el paciente no recuerde nada de las normas verbales que le ha dado el terapeuta. En la tarjeta figura un antídoto contra el efecto de transgresión de las reglas de bebida, así como el nombre y el número de teléfono del terapeuta o del centro de tratamiento ([cuadro 4.12](#)).

Se señalan a continuación algunas autoinstrucciones que puede darse el paciente en estas circunstancias como forma de renovar la motivación y el compromiso con el cambio:

— “Si he conseguido controlar mi bebida hasta ahora, es señal de que puedo seguir

haciéndolo en adelante.”

- “Debo aprender de esta experiencia para no incurrir en adelante en el mismo error.”
- “Lo más difícil ya lo he hecho –poner en marcha el tratamiento–, y no voy a echar por la borda los logros conseguidos a causa de un desliz.”
- “Soy todavía joven. Mi salud y mi familia se merecen que continúe esforzándome por mantener los logros conseguidos.”

Conviene señalar que un período de control prolongado antes de la caída –es decir, el aprendizaje de un modo de vida sin excesos alcohólicos– facilita la recuperación. Por el contrario, la precocidad en la reanudación de la ingesta excesiva ensombrece el pronóstico (Robertson y Heather, 1986).

B) Exposición controlada a las situaciones de riesgo

No hace falta recordar que el alcohol está presente en nuestra sociedad en todas las situaciones sociales y festivas. Cuando el sujeto evita los estímulos relacionados con el alcohol (no entrar en los bares, no tener bebidas alcohólicas en casa, no asistir a fiestas, etc.), consigue una recuperación objetiva (no beber en exceso), pero puede manifestar una intranquilidad subjetiva (pensar en el alcohol, no estar seguro de si va a ser capaz de controlarse en el futuro, etcétera). Esta estrategia de evitación de riesgos es, sin embargo, adecuada en las primeras fases del tratamiento.

Cuadro 4.12. *¿Qué hacer si bebe en exceso después de un período de bebida controlada?*

1. Deténgase después de haber consumido alcohol en exceso por primera vez. Tómese media hora para considerar la siguiente información.
2. Una simple caída no es del todo inusual, pero ello no quiere decir que usted necesariamente haya vuelto a las andadas o que haya perdido de nuevo el control sobre la bebida.
3. Probablemente se está usted sintiendo culpable, o con alguna sensación de malestar, por lo que ha hecho. No se preocupe. Esta sensación era esperable y forma parte del efecto de transgresión de la abstinencia. No hay ninguna razón por la que tenga que rendirse ante esta sensación y seguir bebiendo. Este sentimiento le irá desapareciendo en breve.
4. Considere la caída como una experiencia de aprendizaje. ¿Cuáles han sido los elementos de la situación de alto riesgo que le han llevado a la caída? ¿Qué tipo de respuestas pudo haber utilizado para hacer frente a esa situación? ¿Puede usted recurrir a esa respuesta adecuada todavía?
5. Renueve el compromiso. Piense en los beneficios que obtendrá si se limita a beber cuando y como debe hacerlo. Acuérdesse de las razones que tenía para controlar la bebida cuando empezó el tratamiento.
6. Prepare un plan para recuperarse inmediatamente. Aléjese de la situación de riesgo y plantéese una

actividad sustitutiva: charlar con alguien, hacer ejercicio físico, comentar lo ocurrido a un familiar o a un amigo, etc.

7. Si se encuentra aún con dificultades para resistir a la tentación de beber de nuevo, llame a su terapeuta o al centro de tratamiento:

Nombre:

N.º de teléfono:

-
8. Recuerde: una simple caída no significa necesariamente la pérdida de control.
-

Pero el paciente no puede adoptar una estrategia de evitación indefinidamente porque aumenta el riesgo de recaída. La recuperación total (objetiva y subjetiva) sólo se produce cuando el sujeto se expone, en una fase avanzada del tratamiento, a los indicios de riesgo de forma progresiva y regular y es capaz de resistirse a ellos. Por ejemplo, el paciente puede entrar en un bar en compañía de un amigo y pedir un café, acudir a una fiesta y consumir refrescos, rechazar una copa de cava en un brindis y hacerlo con agua, etc. La exposición a los indicios de riesgo debe hacerse inicialmente en compañía de alguna persona de confianza (familiar, amigo, etc.). Hacerlo a solas es algo que debe intentarse sólo cuando ya se ha ensayado esta situación repetidas veces con otras personas y el paciente se encuentra seguro de sí mismo.

Sólo cuando se ha llegado a esta fase decrece la intranquilidad subjetiva y el paciente adquiere una confianza en su capacidad de autocontrol ante las diversas situaciones cotidianas. El riesgo de recaída en estas circunstancias es menor (Edwards, 1986).

C) Cambio de vida global

Además de dotar al paciente de un conjunto de habilidades específicas, señaladas en las páginas anteriores, el terapeuta debe prestar atención al estilo de vida global del sujeto. No es raro que, cuando el paciente está sin beber, no sepa en qué ocupar las horas libres y que le surjan, además, sentimientos de culpa por la vida pasada.

Por ello, es fundamental plantearle nuevas metas y ofrecerle actividades alternativas a las que dedicar el tiempo que invertía en el consumo de alcohol. La apatía facilita la añoranza del alcohol y el estado de ánimo deprimido. Se trata, por tanto, de restablecer el equilibrio del paciente mediante la dedicación de un cierto tiempo diario a la práctica de actividades gratificantes y de crear unos nuevos hábitos sustitutivos de los anteriores. Sólo un cambio de vida estable garantiza el mantenimiento de la bebida controlada a largo plazo. Por el contrario, si un paciente bebe controladamente pero lleva un tipo de vida monótono, sin alicientes, y piensa con cierta frecuencia en el alcohol, la probabilidad de recaída ante cualquier circunstancia anodina es muy alta.

Sugerir al paciente la realización de un balance del antes y del después del tratamiento contribuye a mantenerlo motivado en el largo proceso de la bebida controlada. De hecho, al tenerlo escrito, le permite releerlo en las situaciones de desánimo, cuando mayor es el riesgo de recaída, y remotivarse en estos momentos bajos (Robertson y Heather, 1986).

4.4.3. Resultados del tratamiento

El concepto de éxito terapéutico hay que enfocarlo a partir de criterios multidimensionales de salud y adaptación –no limitados exclusivamente a las conductas de bebida– y de un proceso de seguimiento a largo plazo en donde no son infrecuentes las recaídas y las fluctuaciones. Hay pacientes que llegan a controlar la bebida o incluso dejan de beber por completo, pero en los que, sin embargo, el estado de salud está muy deteriorado o el nivel de inadaptación familiar, social o laboral es ya irreversible. Otros casos, por el contrario, pueden tener recaídas aisladas y experimentar una mejora notable de la calidad de vida a raíz del tratamiento.

Los bebedores excesivos incluidos en programas clínicos (es decir, aquellos que han tomado la decisión de buscar ayuda) responden razonablemente bien a la terapia, con una tasa de recuperación del 40% al 60% de los casos cuando se hace un seguimiento de 12 meses o más. El pronóstico del tratamiento es más favorable cuando la antigüedad del problema es menor y los pacientes son menos mayores (por debajo de los 45 años). Estos datos son esperanzadores, sobre todo si se tiene en cuenta que la recuperación espontánea –es decir, la mejoría sin tratamiento– no excede en ningún caso del 10% o 15% de los pacientes (Santodomingo, 1990).

Se han comenzado a explorar nuevas vías complementarias en el tratamiento de la bebida excesiva. Algunos psicofármacos pueden potenciar el efecto de los tratamientos psicológicos. En concreto, los antagonistas opiáceos, como la naltrexona (nombres comerciales: *Revia* y *Celupán*), tienen la finalidad de producir una disminución del deseo de ingerir alcohol. La reducción de la ingesta de alcohol con la naltrexona (dosis: 50 o 25 mg/día) se debe a que causa mayor intoxicación y más efectos adversos y reduce la capacidad de reforzamiento del alcohol. La naltrexona, al bloquear el sistema opioide endógeno (los sistemas de recompensa), bloquea los mecanismos de refuerzo y reduce la preferencia por el alcohol. De este modo, disminuyen el ansia por la bebida, el consumo de alcohol y la pérdida de control sobre la bebida. Sin embargo, la naltrexona no está exenta de inconvenientes: afecta al estado hepático del paciente y, al bloquear de forma generalizada todos los sistemas de recompensa, puede sumir al paciente en un vacío existencial. En todo caso, se requieren nuevos estudios.

Cuadro resumen

A pesar del pesimismo habitual sobre la terapia del alcoholismo y de la consideración de éste como una enfermedad crónica, hoy se dispone de tratamientos eficaces para hacerle frente. El mayor problema actual no es tanto crear técnicas terapéuticas nuevas como diseñar estrategias de motivación para la terapia. Los pacientes tienden a negar o a minimizar el problema y acuden a la consulta habitualmente por presiones externas (de salud, laborales, familiares, etc.). Convertir esta motivación externa en una interna es el objetivo de la entrevista motivacional. El conocimiento de las fases del cambio permite adecuar la intervención terapéutica al grado de conciencia que tiene un paciente respecto a su problema y mantenerle en el tratamiento.

La terapia en los problemas de bebida puede estar orientada a la abstinencia total o a la bebida controlada. El objetivo terapéutico de la abstinencia es más adecuado en los alcohólicos en sentido estricto, con una pérdida de control y una dependencia física muy marcada. En cambio, los bebedores excesivos, sobre todo cuando son jóvenes y no han desarrollado una dependencia física, pueden beneficiarse del objetivo de la reducción de riesgos presente en los programas de bebida controlada.

Los programas de bebida controlada implican el reaprendizaje de las pautas de bebida características de las personas sin problemas con el alcohol en cuanto a la cantidad, los días de bebida, la compañía, el estado de ánimo y las demás circunstancias en que se consume alcohol. Se hace una primera valoración del programa a las 12 semanas y se lleva a cabo un nivel mínimo de seguimiento de un año. Se trata de que las nuevas pautas de conducta aprendidas en relación con la bebida se consoliden satisfactoriamente en el repertorio de conductas del sujeto. En el caso de un fracaso inicial, se hace una valoración detallada de la situación y se plantea el traslado del paciente a un programa de abstinencia.

El tratamiento de los problemas de bebida se debe centrar en el control del ansia de alcohol, en el desarrollo de conductas alternativas gratificantes y en la solución de problemas específicos: afrontamiento de la presión social, control de la ansiedad, superación de la depresión y afrontamiento de los conflictos interpersonales y de pareja. El programa de intervención debe ser individual, pero la terapia de grupo, a modo complementario, puede estar indicada en las personas con baja autoestima, aisladas socialmente y con poco apoyo familiar.

El promedio de recaídas a los seis meses de concluir la terapia puede ascender al 60-80% de los casos. Las pautas de recaída, derivadas de la presión social, los conflictos interpersonales y los estados emocionales negativos, siguen un proceso temporal similar: los dos tercios, aproximadamente, de todas las recaídas se producen en los tres primeros meses después de la terminación del tratamiento. No es lo mismo, sin embargo, una caída que una recaída. Una caída es un episodio aislado de consumo descontrolado de alcohol (un solo error, un desliz) y suele ser habitual en el proceso de reaprendizaje de la bebida controlada. Una recaída, por el contrario, es una vuelta a los niveles de alcohol anteriores al tratamiento y se llega a ella en virtud de un mecanismo cognitivo (el efecto de transgresión de las reglas de bebida). En este caso la persona se siente nuevamente incapaz de controlar el consumo de alcohol y necesita la ayuda de un terapeuta.

Las indicaciones terapéuticas para la prevención de recaídas implican un entrenamiento en habilidades específicas (identificación de situaciones de riesgo, respuestas de afrontamiento adecuadas y cambio de expectativas respecto al alcohol), una exposición controlada a las situaciones de riesgo y un cambio de vida global, que suponga para el sujeto una modificación de los hábitos de diversión y de relación social y una implicación activa en intereses incompatibles con el consumo abusivo de alcohol.

Por último, los resultados del programa de intervención propuesto son alentadores. Se requiere perfilar más las estrategias motivacionales y se estudia la posibilidad de incorporar algunos psicofármacos como forma de potenciar la efectividad de este programa de intervención.

Exposición de un caso clínico

4.^a-12.^a sesión

Las sesiones 4.^a a la 7.^a han tenido lugar semanalmente; las otras cinco restantes (de la 8.^a a la 12.^a) han respondido a una periodicidad quincenal. La razón es que el mayor contacto inicial con el terapeuta previene la recaída en el momento de mayor probabilidad de la misma y motiva al sujeto a mantenerse en el tratamiento. Este último aspecto es importante por la gran pérdida de sujetos existente en los momentos iniciales de la terapia.

4.^a sesión

Motivaciones para el tratamiento

Es la primera vez que Guillermo consulta por un problema relacionado con el alcohol. Él no se considera alcohólico, pero, sin embargo, está dispuesto a “hacer algo” porque, de continuar así, el problema de la bebida puede alcanzar una proyección pública y quizá pierda clientes. A fin de cuentas, él es un profesional liberal y sus ingresos dependen de los clientes.

Otra motivación importante es el embarazo de Cristina. La inminencia en ser padre, así como el impacto psicológico del accidente, le han hecho consciente del problema y le han impulsado, estimulado por Cristina, a intentar buscar una solución.

Además, él está muy interesado por la salud y por mantenerse en buena forma física, por lo que no quiere malograrlas cuando aún es tan joven.

Una estrategia adicional de Guillermo ha sido acudir a un terapeuta de San Sebastián (cuando él vive en Bilbao) para no cruzarse con ningún “conocido” en la consulta. La profesionalidad y accesibilidad del terapeuta, según le ha hecho saber Cristina, han impulsado también a Guillermo a dar este primer paso.

En concreto, las “razones para beber menos” figuran expuestas de forma jerarquizada en el [cuadro 4.13](#).

Cuadro 4.13. Razones para beber menos

-
- 1. Razón: Evitar la proyección pública del problema de la bebida y, por tanto, la pérdida potencial de clientes.
 - 2. Razón: Ser padre por vez primera dentro de cuatro meses y asumir la responsabilidad derivada de ello.
 - 3. Razón: No arriesgarme de nuevo a tener un accidente de coche grave bajo los efectos del alcohol.
 - 4. Razón: Mejorar la relación con Cristina, que en los últimos meses se ha visto afectada por discusiones relacionadas, directa o indirectamente, con el consumo de alcohol.
 - 5. Razón: Frenar la escalada en el consumo de alcohol, ahora que soy joven, y no llegar a ser un alcohólico.
 - 6. Razón: Evitar los efectos de la resaca, incluida la impuntualidad al trabajo, y de la memoria borrosa por las mañanas después de haber bebido en exceso la noche anterior.
-

Objetivos terapéuticos

La meta elegida es la bebida controlada porque Guillermo no es alcohólico en sentido estricto, es joven, cuenta con apoyo familiar y social, tiene una estabilidad laboral, carece de complicaciones médicas o de trastornos psicopatológicos, no consume otras drogas, tiene una historia relativamente corta de consumo excesivo de alcohol, mantiene períodos de sobriedad intermitentes y se siente capaz de conseguir el objetivo propuesto por el terapeuta. Las “reglas de bebida” concretas establecidas, de las que se entrega una copia a Cristina, están expuestas en el [cuadro 4.14](#).

Antes de poner en marcha este programa de bebida controlada se establece un período inicial de abstinencia total de alcohol durante dos semanas. Asimismo se fija un período límite (tras estas dos semanas) de tres meses para llevar a cabo el programa terapéutico enfocado a la moderación en la bebida. Al cabo de este tiempo se hará una valoración global del tratamiento y se replanteará la adecuación de los objetivos terapéuticos establecidos.

Se le pide al paciente que prepare para la próxima sesión una lista de posibles alternativas al consumo de alcohol, especialmente en lo que se refiere a la reorganización del tiempo libre y a la búsqueda de otros reforzadores alternativos.

Cuadro 4.14. Reglas de bebida

– 1. Regla: Beberé en compañía de mi mujer, de los compañeros de ésta o de mis amigos de siempre (Fernando, Ramón o Paco) y lo haré sobre todo en una casa o sentado en un bar. – 2. Regla: Beberé solamente en las comidas o en la sobremesa de éstas. – 3. Regla: Me pondré como límite consumir no más de 40 gramos de alcohol por día. – 4. Regla: Beberé solamente vino en las comidas o <i>whisky</i> con agua en la sobremesa de una comida o cena. – 5. Regla: Beberé solamente cuando desempeñe alguna otra actividad agradable: charlar, escuchar música, jugar a las cartas... – 6. Regla: No beberé para aliviar sensaciones desagradables o superar dificultades personales. En este caso buscaré a alguien con quien hablar y utilizaré otro tipo de recursos.
--

Programa terapéutico

5.^a sesión

El paciente está satisfecho porque no le ha costado demasiado abstenerse del alcohol estos primeros días. Ha comenzado a acudir de nuevo a los ensayos del orfeón y a ir a la piscina para llenar el vacío que le supone no ir al circuito de bares. Cuenta con buenas expectativas sobre el resultado final del tratamiento. A veces se siente nervioso sin saber por qué, pero en otras ocasiones el nerviosismo está relacionado con la presión laboral de tener que entregar los proyectos encargados en plazos muy cortos. Para hacer frente a esta situación se le entrena en relajación y en resolución de problemas y toma de decisiones. Asimismo se le entrega un folleto sobre los efectos del alcohol a largo plazo para contrarrestar las expectativas positivas que tiene el paciente sobre el consumo de esta sustancia.

Se le enseña a Cristina a reforzar el cumplimiento de las reglas de conducta y se le alienta a planificar actividades de ocio conjuntas.

6.^a sesión

Guillermo se levanta antes por las mañanas, está más despejado y le cuesta menos concentrarse a estas horas del día. Se da ahora cuenta del autoengaño que suponía atribuir el mal funcionamiento por la mañana al “cansancio” o a la “necesidad de unas vacaciones”. Asimismo le ha aumentado el apetito.

El paciente ha comentado la decisión de beber moderadamente a los amigos de toda la vida y a los compañeros bebedores como forma de comprometerse públicamente ante ellos y de recabar su colaboración. Ahora que el paciente va a comenzar a beber de nuevo, se le dan, además de las reglas, unas instrucciones generales ([cuadro 4.15.](#)).

Cuadro 4.15. Normas del consumo moderado de bebida

Si bebe, hágalo de forma moderada. Recuerde que el exceso de alcohol es perjudicial. Siga las siguientes instrucciones:

- Beba como máximo *40 gramos (20 gramos si es mujer)* de alcohol por día. Una consumición de vino o de cerveza en las unidades de medida de un bar contiene 10 gramos; una consumición de otra bebida alcohólica (coñac, whisky, *gin-tonic*, etc.), 20 gramos. Deben beber menos alcohol quienes llevan a cabo trabajos más duros: los organismos más cansados cuentan con menos recursos para defenderse de él.
Los niños, las embarazadas y el resto de las personas cuando llevan a cabo trabajos de precisión o de responsabilidad sobre otras personas, no deben beber nada de alcohol.
 - El efecto nocivo de las bebidas alcohólicas sobre el organismo se acentúa en la medida en que tienen mayor graduación o se mezclan con bebidas carbónicas (tónica, *coca-cola*, refrescos de naranja o limón, etc.). Conviene, por ello, renunciar a las mezclas y ser prudente en el uso de las bebidas espumosas (a causa de la presencia de gas carbónico).
 - Beba como máximo *cuatro días por semana*.
 - No beba nunca *a solas* ni en compañía de personas que abusen del alcohol. Si bebe, lleve a cabo también alguna otra actividad: charlar, comer, estar con los amigos, etc.
 - No beba nunca *en ayunas* ni con el estómago vacío.
 - Beba solamente cuando se encuentre *de buen humor* y nunca cuando esté enfadado, preocupado o triste.
 - Procure llevar a cabo *actividades* que sean *incompatibles* con el consumo de alcohol: hacer ejercicio físico, ir al monte, practicar alguna afición, etc.
-

Se le instruye al paciente a que utilice autorrefuerzos materiales inmediatos, como comerse unos bombones o alquilar un vídeo, y diferidos, como planificar un viaje para dentro de tres meses con el dinero no gastado en la bebida, así como autorrefuerzos cognitivos contingentes al cumplimiento estricto de las “reglas de bebida”. Algunos ejemplos de estos últimos figuran en el [cuadro 4.16.](#)

Cuadro 4.16. Ejemplos de autorrefuerzos cognitivos

-
- Creía que no iba a ser capaz de romper con mi rutina diaria de rondas y, sin embargo, lo he hecho.
 - Ahora que no voy de bares por las tardes, tengo mucho más tiempo libre para acudir al orfeón y practicar la natación.
 - Desde que ya no bebo como antes, duermo mejor y me cuesta mucho menos levantarme por las mañanas.
 - Cuando conduzco ahora el coche, me siento mucho más seguro al volante.
 - Cristina está ahora mucho más cariñosa conmigo y yo me siento orgulloso de ello, sobre todo ahora que vamos a tener nuestro primer niño.
-

7.^a sesión

Guillermo viene de buen humor. Está más conversador, se encuentra menos cansado y tiene ahora un sueño mucho más reparador. En la piscina se ha encontrado con dos compañeros de carrera, con los que ha quedado para coincidir a las mismas horas y hacer así el deporte más divertido.

Se realiza con el paciente un entrenamiento asertivo específico para rechazar invitaciones sin sentirse culpable o poco sociable (cuadro 4.7), con un énfasis especial en el tono de voz, la mirada y la postura adecuados, que son modelados por el terapeuta y ensayados posteriormente por el paciente. Asimismo se hacen algunos ejercicios suplementarios de asertividad para enseñar a Guillermo a mostrarse firme en el rechazo de proyectos que no puede atender y a no ceder ante presiones de clientes que le fuerzan a acabar los proyectos comprometidos en un tiempo más rápido de lo previsto, con la consiguiente sobrecarga de estrés.

8.^a sesión

Tras tres semanas de haber comenzado a beber de nuevo, Guillermo muestra satisfecho al terapeuta los registros de bebida. En ningún caso ha rebasado el límite diario permitido, y ha habido tres días en que, pudiendo beber, no lo ha hecho. Bebe ahora mucho menos, pero le sienta mejor. Ya no hay resacas ni discusiones, sino que disfruta más del sabor de la bebida y sintoniza mejor con el ambiente festivo de una sobremesa de amigos.

Cristina está también contenta con la evolución de Guillermo. Salen más los fines de semana y se relacionan ahora más con los amigos de siempre de Guillermo y con los compañeros de trabajo de Cristina. A veces le ve un poco intranquilo e inseguro con la bebida, pero se le señala a Cristina que esto es fruto del reaprendizaje a que está siendo sometido y que todavía llevará un tiempo en que estas nuevas pautas de bebida se conviertan en espontáneas y automáticas.

Guillermo, temeroso del aburrimiento, se ha comprado por propia iniciativa un laboratorio de fotografía rudimentario para hacer frente al aburrimiento en los fines de semana lluviosos e invernales. Ante el cumpleaños próximo de Cristina, que en otras ocasiones ha estado asociado a un consumo excesivo de alcohol, Guillermo se ha esforzado por preparar el acontecimiento festivo sin que éste sea el elemento central: elaborar una comida exquisita, sacar la vajilla y el mantel más elegantes, poner un centro de flores, invitar a sus hermanos a casa, etc.

9.^a sesión

Los registros de bebida son adecuados y estables. El paciente ha interiorizado las reglas de bebida, fruto del programa de autocontrol. Le motiva especialmente la mejoría en su estado de salud y la mejor calidad de la relación de pareja, así como el dinero ahorrado con la restricción de la ingesta de alcohol.

El paciente se queja de que, por las tardes, cuando está solo en el despacho, le vienen a veces pensamientos insistentes sobre el consumo de alcohol, relacionados generalmente con experiencias pasadas y que tienen un carácter de añoranza. Se le hace ver que el tiempo corre a su favor y que estos pensamientos, al no ser realimentados por conductas manifiestas, irán desapareciendo paulatinamente. No obstante, para infundirle una mayor capacidad de control, se le entrena en la técnica de la parada del pensamiento, con la instrucción de que debe aplicarla tan pronto como se inicie la secuencia de los pensamientos-problema.

Se les explica a Guillermo y Cristina en este momento en qué consiste el proceso de recaída, la probabilidad de la misma y el modo de hacerle frente. Prevenir la recaída implica reconocer las situaciones de alto riesgo que aumentan la probabilidad de la misma. Precisamente los estímulos antecedentes asociados a la “entrada” en una situación de alto riesgo deben ser señales de aviso para poner en marcha las habilidades aprendidas durante la terapia o el recurso a las actividades alternativas. Se les recuerda que uno no se encuentra con un vaso de alcohol en la mano “de repente”, sino que viene precedido de una serie de estímulos (cognitivos muchos de ellos) y señales (una fiesta especial, una situación de estrés, etc.) que ya se le ha enseñado a Guillermo a reconocer y hacer frente. Se le indican a Guillermo algunas autoinstrucciones que pueden impedir la caída inicial y, en el caso de haberse producido ésta, el paso a la recaída total ([cuadro 4.17](#)).

Cuadro 4.17. Autoinstrucciones para hacer frente a la recaída

-
- Si he conseguido controlar mi bebida hasta ahora, es señal de que puedo seguir haciéndolo en adelante.
 - Debo aprender de esta experiencia para no incurrir en adelante en el mismo error.
 - Lo más difícil ya lo he hecho y no voy a echar por la borda los logros conseguidos a causa de un desliz.
 - Soy muy joven. Mi salud y mi familia se merecen que continúe esforzándome por mantener los logros conseguidos.
-

10.^a sesión

Guillermo y Cristina han decidido hacer un viaje a París con unos amigos, antes de que nazca el niño, con el dinero ahorrado con la restricción del alcohol y con el cobro de un proyecto atrasado. Guillermo cumple rigurosamente las reglas de bebida, pero está a veces más pendiente de ello que de la conversación con los demás. Se le hace ver que la intranquilidad es fruto de la falta de hábito y que cuesta más tiempo eliminarla que las propias pautas de bebida descontrolada. El éxito del tratamiento será completo cuando consuma alcohol de forma controlada y no esté más inseguro por su conducta que si bebiera café o una tónica.

El terapeuta le sugiere a Guillermo, ahora que las reglas de conducta están estabilizadas, salir una tarde planificadamente con los compañeros del barrio. El núcleo de la terapia es que debe experimentar deseos de beber en exceso y que debe saber resistir a esos deseos con los procedimientos que ha aprendido. La exposición continua a los indicios de riesgo y la resistencia prolongada a una respuesta de consumo abusivo acaban por eliminar la potencia de dichos indicios. Sin la sensación de un deseo incontrolado de beber no

puede haber una extinción total del mismo.

En resumen, la primera fase del tratamiento ha consistido en reducir el peligro y adoptar estrategias sencillas de evitación. En esta segunda fase, es preciso que se enfrente más positivamente a las situaciones peligrosas y se desafíe a sí mismo controlando la bebida en estas circunstancias y aplicando todas las estrategias de que dispone. Resistir al deseo de beber es, pues, fundamental en el desarrollo del proceso terapéutico.

11.^a sesión

La cena con los amigos del barrio se ha resuelto sin problemas al haber aplicado estrictamente las reglas de bebida. No tuvo tentaciones fuertes de bebida. Sólo al final de la cena, cuando uno de los amigos se mostró insistente sobre si quería una copa de cava, se mostró dubitativo, pero consiguió rechazar el ofrecimiento con una de las frases que había aprendido en el entrenamiento asertivo. Ahora que Guillermo no frecuenta este ambiente, se ha dado cuenta de que es mucho más atractivo comparativamente el tipo de vida que lleva ahora y que le satisface mucho más que el de antes.

La estancia en París ha sido muy agradable. Hubo un momento en que, a raíz de una discusión con un camarero por una cuenta abusiva, Guillermo se enfadó y le vinieron ganas de tomarse un cubata, pero se echó atrás, hizo unos ejercicios de relajación y se autorreforzó con las verbalizaciones internas ensayadas.

Estas dos situaciones –la salida con los amigos del barrio y el incidente en el viaje a París– han contribuido a aumentar la autoestima de Guillermo y a desarrollar la creencia en su capacidad para controlar la bebida. Ya no se limita sólo a evitar las situaciones de riesgo, sino que sabe cómo afrontarlas.

12.^a sesión

Guillermo se ha visto sorprendido porque ha habido algunos días y situaciones en que podía haber bebido y, sin embargo, no lo ha hecho. Es una buena señal que beba a veces menos del máximo estipulado porque eso denota que no está pendiente de apurar al máximo todo lo permitido y que hay otras actividades alternativas que le polarizan la atención.

La relación de pareja ha mejorado considerablemente: hay más planes de ocio conjuntos; la relación sexual es más regular e intensa; el próximo nacimiento del niño propicia conversaciones de mucha ternura; la comunicación es más cercana; y hay una aplicación conjunta de las estrategias de solución de problemas a las dificultades cotidianas.

La autoestima de Guillermo ha mejorado considerablemente, tanto por lo que se refiere al control del alcohol como en lo relacionado con su autonomía global. Algunas de las dificultades planteadas en la vida cotidiana (trabajo, pareja) las resuelve por sí mismo, sin necesidad de comentárselas al terapeuta. No se aburre, ocupa el tiempo libre en actividades gratificantes, se relaciona socialmente y espera ilusionado su primer hijo.

Al haber transcurrido ya tres meses del programa de bebida controlada, se hace un balance del mismo. El programa ha resultado positivo y se decide continuar con él. Se mantienen todas las reglas de bebida porque han mostrado ser útiles para la consecución del objetivo propuesto. Con estas reglas, ya automatizadas, va a tener que desenvolverse el resto de su vida porque, en definitiva, son características de las personas que beben alcohol y no tienen problemas con la bebida.

Los resultados ahora obtenidos en los diferentes instrumentos de evaluación figuran expuestos en el [cuadro 4.18](#) y reflejan una evolución claramente satisfactoria respecto a los síntomas evaluados antes del tratamiento.

Cuadro 4.18. Resultados obtenidos en los inventarios y escalas después del tratamiento

<i>Inventarios y Escalas</i>	<i>Puntuación obtenida</i>
Cuestionario Breve de Alcoholismo (CBA)	2
Inventario de Ansiedad- Estado (STAI-E)	16
Inventario de Depresión (BDI)	8
Escala de Autoestima	30
Escala de Ajuste Diádico (DAS)	130

Con esta sesión se concluye el tratamiento. Las metas están conseguidas: mantener las pautas de bebida controlada; disponer de habilidades (y haberlas utilizado ya) para resolver los problemas cotidianos y vigilar el consumo de alcohol; y, por último, expresar confianza en su habilidad para valerse por sí mismo. Se le recomienda mantener los registros de bebida durante 12 meses más, a fin de consolidar los nuevos hábitos. La razón es que, además de las recaídas súbitas, existe el peligro de volver poco a poco a los antiguos hábitos de bebida casi sin darse uno cuenta y que los registros de bebida advierten a uno tempranamente de este riesgo.

Controles de seguimiento

Se establecen unos controles de seguimiento en los meses primero, tercero, sexto y doceavo. La elección de un período de un año de seguimiento es, en principio, suficiente porque las pautas de bebida controlada tienden a consolidarse como un hábito estable y se ha procedido durante ese tiempo a una reorganización de la vida cotidiana.

En todos los controles se revisan los siguientes indicadores: la situación de la bebida; el estado de salud; el estado emocional; la utilización del tiempo libre; la situación en el empleo; el desarrollo de los nuevos hábitos de vida; y, por último, el nivel de autoestima.

En el *seguimiento de un mes* Guillermo acude a la consulta apesadumbrado una semana antes del tiempo asignado porque ha tenido una única “caída” dos días antes: ha bebido hasta emborracharse con un antiguo compañero del colegio, que le hizo una visita inesperada y le invitó a tomar algo, y ayer ha permanecido en casa sin atreverse a salir. Se analizan los elementos de la situación que le han llevado a la caída: el reconocimiento tardío de la “entrada” en una situación de riesgo; y no haberse mostrado asertivo para rechazar una invitación a beber. No se han transferido a una situación nueva los aprendizajes adquiridos en otras situaciones.

Ha habido, sin embargo, algunos aspectos positivos: haber tenido una única caída, que no ha trascendido al exterior, excepto a Cristina; sentirse apesadumbrado por haber hecho algo que no debía hacer; y adelantar la visita al terapeuta.

Se procede a un recondicionamiento del comportamiento asertivo para rechazar invitaciones y se revisan las autoinstrucciones de que dispone Guillermo para hacer frente a una caída inicial. Se le recuerda que una caída no significa necesariamente una “vuelta a las andadas”, sino que forma parte de un proceso de

extinción de los episodios de bebida descontrolada. Se le sugiere que esté alerta, sobre todo ante situaciones inesperadas, y que, por lo demás, lleve el tipo de vida habitual en todos los aspectos, ya que el resto de los indicadores revisados funciona adecuadamente.

En el seguimiento de los tres meses la evolución es satisfactoria en todos los indicadores y no ha habido ningún otro percance desde el último control. La única caída en el control anterior ha tenido un efecto positivo: Guillermo se mantiene mucho más vigilante y estricto en el cumplimiento de las instrucciones terapéuticas. Además, Cristina ha dado a luz satisfactoriamente hace un mes, lo cual es un motivo de alegría y de ocupación adicional para Guillermo, que se está mostrando muy colaborador con Cristina.

En los controles de seguimiento de los seis y doce meses la evolución es muy satisfactoria. Las pautas de bebida, ya automatizadas, se mantienen estables y el repertorio de conductas positivas es amplio. La confluencia de las medidas objetivas (la cantidad de bebida consumida) con las subjetivas (la desaparición de la intranquilidad y de la preocupación sobre la conducta de beber) es el mejor indicador de éxito terapéutico. Algunas veces tiene algún pensamiento aislado sobre el beber en exceso, pero el esfuerzo por beber menos lo considera pequeño en relación con la mejoría que ha experimentado en todos los órdenes con el nuevo estilo de vida.

La evolución de la bebida en las diferentes fases de la terapia está expuesta en la [figura 4.3](#).

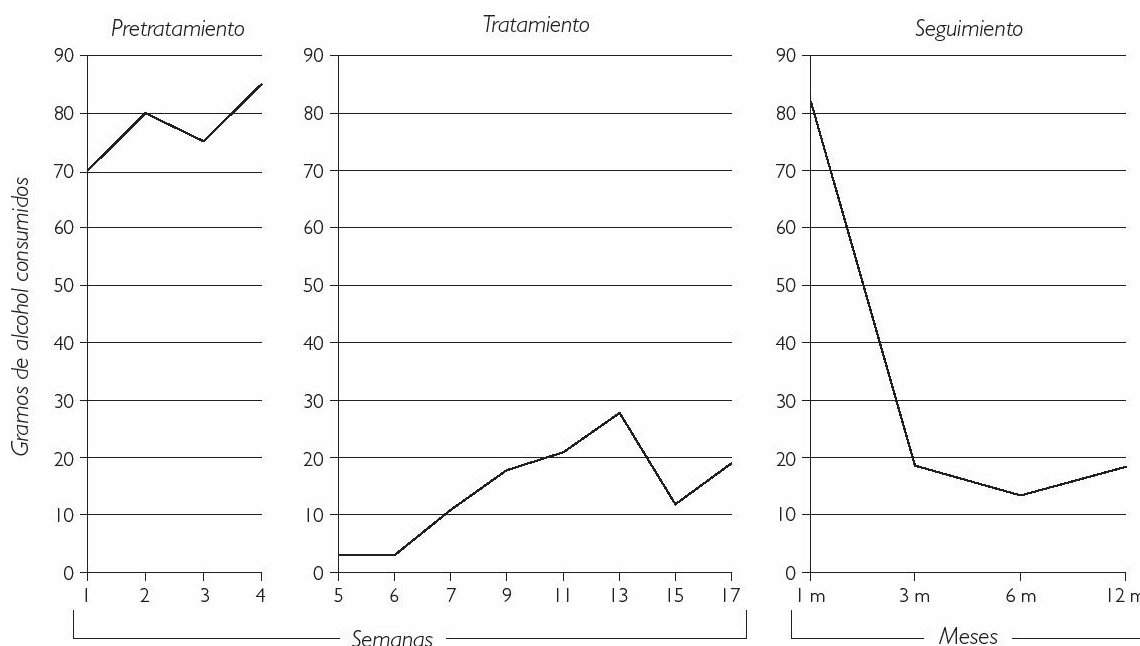


FIGURA 4.3. Consumo de alcohol en las diferentes fases de la terapia.

El nacimiento del niño les ha hecho salir menos, pero, a cambio, Guillermo se distrae más en casa escuchando música, haciendo pequeños arreglos domésticos, revelando fotos de su hijo, etc. Se han planteado ahora cambiarse a una casa mayor y están ahorrando con ahínco para llevar a la práctica este proyecto el año próximo.

El terapeuta muestra su disponibilidad a Guillermo, por si surge algún problema en el futuro, le felicita por el éxito obtenido y le alienta a seguir por el camino actual.

Preguntas de autoevaluación

1. Según el modelo de Prochaska y Di Clemente (1983), ¿en qué fase se inicia específicamente el cambio terapéutico?
 - a) En la fase amotivacional. ☐
 - b) En la fase de reflexión. ☐
 - c) En la fase de determinación. ☐
 - d) En la fase de acción. ☐
 - e) En la fase de mantenimiento. ☐

2. ¿Cuál de las siguientes características es adecuada para establecer un programa de abstinencia en el tratamiento de los problemas de consumo abusivo de alcohol?
 - a) Mostrar una dependencia física alta. ☐
 - b) Ser un paciente joven, con apoyo familiar y laboral. ☐
 - c) Ausencia de consumo de otras drogas. ☐
 - d) Períodos de sobriedad intermitentes. ☐
 - e) Control de impulsos. ☐

3. ¿En qué período se produce el mayor número de recaídas tras el tratamiento de los trastornos adictivos?
 - a) 0-3 meses. ☐
 - b) 3-6 meses. ☐
 - c) 6-9 meses. ☐
 - d) 9-12 meses. ☐
 - e) 12-18 meses. ☐

4. Según el modelo de Marlatt y Gordon (1984), ¿cuál es el factor principal responsable de la precipitación en la recaída de los trastornos adictivos?
 - a) La profecía autocumplidora. ☐
 - b) El efecto de transgresión de la norma autoimpuesta. ☐
 - c) La tolerancia cruzada. ☐
 - d) La tolerancia invertida. ☐
 - e) La reactancia. ☐

Tratamiento de los problemas de bebida (II): guía para el paciente

Este capítulo es de interés para las personas que quieren beber menos. Quizá usted se ha dado cuenta de que el consumo de alcohol le está resultando perjudicial para la salud, la familia, el trabajo o la relación social y de que debe beber menos, pero no sabe cómo hacerlo o por dónde comenzar. Las páginas siguientes intentan ayudarle en su empeño.

Si usted es un alcohólico –es decir, tiene una larga historia de consumo abusivo de alcohol, ha perdido por completo el control sobre la bebida y experimenta un síndrome de abstinencia–, su objetivo debe ser la abstinencia total de alcohol. Ello no obsta para que pueda beneficiarse del contenido de este capítulo en lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento para superar las dificultades de la vida cotidiana.

5.1. ¿Tengo problemas con la bebida?

En principio, consumir alcohol no es malo, pero en algunas personas este consumo llega a ser claramente perjudicial para su salud y su calidad de vida. Por ello, lo primero que hay que saber es si uno bebe más de la cuenta o lo hace en momentos o circunstancias en que no debería hacerlo.

5.1.1. ¿Bebo mucho?

Un vaso de vino o una *caña* de cerveza equivalen a 10 gramos de alcohol; una

copa (whisky, coñac, pacharán, etc.) o un combinado (cubata, *gin-tonic*, etc.), a 20 gramos. Una persona adulta, sana y bien alimentada no debe sobrepasar el límite de 40 gramos de alcohol diarios y debe estar dos o tres días por semana sin consumo alguno de alcohol.

Si se es mujer, el límite se sitúa en 20 gramos de alcohol diarios. Las mujeres son más vulnerables al consumo abusivo de alcohol y pueden experimentar sus efectos negativos de una forma más rápida ([cuadro 1.2](#)).

Asimismo, si se bebe alcohol por encima de 100 gramos en una única ingesta (por ejemplo, un sábado por la noche), es una forma de abuso y un indicador de problemas futuros con esta sustancia.

Además, hay algunas personas que no deben probar el alcohol, ni siquiera en pequeñas cantidades. Es el caso de los niños, de las mujeres embarazadas, de los adultos en el ejercicio de una profesión o tarea de responsabilidad (conductores, médicos, profesores, etc.) o de las personas que están enfermas o con un tratamiento que resulta incompatible con el alcohol.

5.1.2. ¿Bebo cuando no debo hacerlo?

Las personas sanas, al margen de la adecuación de la cantidad consumida, beben en las comidas, en compañía, cuando están de buen humor y, lo que es aún más importante, no dependen del alcohol para pasárselo bien o para intentar superar cualquier contratiempo. Consumir alcohol cuando uno se siente deprimido, ansioso o irritado es contraproducente. Es decir, se debe beber cuando una persona está de buen humor o, cuando menos, de un humor normal. Las personas sanas beben *para estar bien*; las personas con problemas con el alcohol lo hacen *para no sentirse mal*.

Beber durante la comida en compañía –mejor dicho, en *buena compañía*– es saludable. Hacerlo a solas, fuera de las comidas o con amigos con problemas con el alcohol denota un nivel de riesgo alto.

Hay también algunos otros aspectos que revelan la existencia de un problema con el alcohol: beber directamente para cogerse un *colocón*, mezclarlo con otras drogas, experimentar un deseo insaciable, beber cuando los demás no lo hacen o ya han dejado de hacerlo, consumir bebidas alcohólicas distintas de las del resto del grupo, etc.

Pero hay un último aspecto que resulta determinante. Una persona sana no depende del alcohol –ni piensa habitualmente en él– para divertirse, relacionarse socialmente o superar las dificultades. Por el contrario, las personas problemáticas con el alcohol hacen girar su vida en torno a esta sustancia, que se convierte así en algo fundamental.

Para concluir, relea los párrafos anteriores y reflexione sobre este punto. Las personas con problemas con el alcohol suelen negar la dependencia de esta sustancia. Piensan que son exageraciones de los demás, que ellos tienen al alcohol bajo control en

todo momento y que, por tanto, no tienen que hacer nada para modificar su conducta.

Ahora que ya está precavido sobre esta posible distorsión de la realidad, responda con toda sinceridad a la pregunta inicial: “¿tengo problemas con la bebida?” Si la respuesta es negativa, enhorabuena y siga por ese camino. Pero si la respuesta es afirmativa, lea con atención lo que viene a continuación. Quizá pueda ayudarle.

5.2. ¿Qué debo hacer para beber menos?

Si usted no es un alcohólico, no tiene por qué prescindir de la bebida. De lo que se trata es de que *coja su punto* y de que beba sólo cuando debe hacerlo. Todo cambio requiere un esfuerzo inicial. Pero ya verá cómo así va a disfrutar más de la vida y no se va a arrepentir del cambio.

Los objetivos fundamentales van a ser los siguientes ([cuadro 4.15](#)):

- Consumir como máximo 40 gramos (20 gramos si es mujer) de alcohol por día.
- Beber como máximo cuatro días por semana.
- No beber nunca a solas ni en compañía de personas que abusen del alcohol. Si bebe, lleve a cabo también alguna otra actividad: charlar, comer, estar con los amigos, etc.
- No beber nunca en ayunas ni con el estómago vacío.
- Beber solamente cuando se encuentre de buen humor y nunca cuando esté enfadado, preocupado o triste.
- Procurar llevar a cabo actividades que sean incompatibles con el consumo de alcohol: hacer ejercicio físico, ir al monte, practicar alguna afición, etc.

Lo que figura a continuación es una ayuda para hacer frente a las dificultades más habituales. Es el camino que han recorrido muchas personas que han superado con éxito los problemas que tenían con el alcohol. Si se siente incapaz de hacerlo por sí solo, no dude en solicitar ayuda a un psicólogo clínico o a un médico especializado en estos temas.

5.2.1. Control del ansia de beber

¿Siente a menudo unas ganas irrefrenables de consumir alcohol cuando no debe hacerlo? Pueden venirle de repente o bien aparecer en determinadas situaciones o a ciertas horas predecibles. Los impulsos de beber pueden surgir ante estímulos externos

(una conversación sobre el vino, por ejemplo) o internos (un estado de ánimo deprimido). El aburrimiento, en particular, puede desencadenar un fuerte deseo de beber.

Asimismo, a medida que pasa el tiempo, puede añorar sus antiguos hábitos de bebida y acordarse de los buenos ratos pasados con el alcohol (de los malos, en mucha menor medida). En estos momentos es como si se le dividiera su conciencia. Por una parte, aparece el miedo a volver a perder el control y, por otra, se puede autoengañar sobre las consecuencias negativas del alcohol. Si le ocurre esto, puede ser que comience a tener pensamientos como éstos: “si bebo ahora, me voy a sentir mejor”, “mi ansiedad disminuirá”, “si bebo un poco más de lo debido una vez, no me va a pasar nada”, etc.

!!! No se engañe !!!

Si vuelve a beber en contra de las reglas de bebida, lo más probable es que pierda de nuevo el control. A continuación se le ofrecen una serie de acciones que puede llevar a cabo cuando le vengan a la cabeza este tipo de pensamientos.

Una buena estrategia es hacer una lista de las consecuencias negativas que le trajeron sus excesos con el alcohol. Piense, por ejemplo, en los problemas económicos, laborales, sociales y personales que tuvo como consecuencia de la bebida. Haga la lista a continuación ([cuadro 5.1](#)).

Cuadro 5.1. Consecuencias negativas de mi historia pasada con el alcohol

1. En la salud.
2. En la familia y en la relación de pareja.
3. En las relaciones sociales.
4. En la situación económica.
5. En el trabajo o en los estudios.

A continuación haga una lista de los beneficios y ventajas que ha conseguido desde que ha comenzado a controlar el consumo de alcohol ([cuadro 5.2](#)).

Cuadro 5.2. Ventajas y beneficios de dejar de beber en exceso

1.
2.
3.
4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

Ahora que ha comparado una y otra lista, haga un balance y piense lo siguiente:

¿Merece la pena volver a beber en exceso?

Lleve siempre estas dos listas en el bolsillo, reléalas a menudo y eche mano de ellas en los momentos de apuro. Verá cómo le ayudan a superar esa tentación repentina.

Lo que no hay que hacer es rendirse ante el ansia de bebida. Además de lo expuesto anteriormente, fíjese qué de cosas se pueden hacer en esas circunstancias:

- *Buscar una distracción.* El ansia de beber se debe, en parte, a que la mente de uno se centra en exceso en pensamientos e imágenes relacionados con el alcohol. Si cambian los pensamientos, deja uno, en buena medida, de desear vehementemente el alcohol. Es, por ello, conveniente planificar con antelación actividades agradables (escuchar un disco favorito, ponerse a arreglar una avería de la casa, etc.) o pensamientos distractivos (un pensamiento agradable en relación con la pareja) que puedan contrarrestar la fuerza del impulso en las primeras fases de su aparición.
- *Retrasar el momento de beber, en lugar de hacerlo inmediatamente o al poco de sentir el impulso.* De hecho, algunos impulsos se desvanecen cuando se posponen.
- *No utilizar el alcohol como tema de lectura o de conversación.*
- *Recurrir a estrategias cognitivas, tales como anticipar las consecuencias positivas de la conducta adecuada* (si me abstengo de beber ahora, me encontraré luego mejor y no tendré nada de lo que arrepentirme), *recordar la superación de otros impulsos de bebida habidos anteriormente* y *cuestionar con lógica los pensamientos irracionales sobre el alcohol y los mecanismos de autoengaño* (por ejemplo, “la última copa y ya no más”, “casi todo el mundo que conozco bebe más que yo y no le pasa nada malo”, “hoy puedo beber un poco más porque mañana es fiesta”, etc.). Tener a mano las reglas de bebida es el mejor antídoto contra los mecanismos de autoengaño. Recuerde que no necesita una copa; sólo *desea* tomarla. Y los deseos se pueden controlar; las necesidades, no.

- *Aplicar los ejercicios de relajación si, utilizadas estas estrategias, persiste aún algún tipo de ansiedad residual (cuadros 4.8, 4.9 y 4.10).*

5.2.2. Práctica de actividades gratificantes

Hay dos principios fundamentales que ayudan en la vida diaria al control de la bebida: entretenerse con algo agradable y evitar la soledad no deseada.

A) Entretenerse con algo agradable

Cuando usted bebía en exceso, dedicaba probablemente una gran cantidad de tiempo al alcohol. Muchos consumidores pueden pasar entre dos y tres horas diarias en los bares. Cuando dejan de beber de este modo, puede ocurrir que sientan un gran vacío. Esta es una reacción normal. Si una persona pasa mucho tiempo en los bares, al dejarlo no sabe en qué ocupar su tiempo libre. Esta puede ser una situación peligrosa para la recaída.

Por ello, a usted le conviene realizar actividades alternativas al alcohol y que sean agradables. Si usted se implica en ellas, será menos probable que recaiga en la bebida excesiva. De este modo, haga a continuación una lista de cosas que le gustaría hacer (cuadro 5.3). Las actividades no tienen por qué coincidir con las de otras personas. Haga la lista en función de sus intereses particulares. Lo importante es que se mantenga ocupado en lugar de quedarse en casa pensando en el alcohol.

Una vez que haya seleccionado las actividades que más le gustaría hacer, llévelas a cabo con arreglo a un plan establecido. No se limite a pensar lo que le resultaría agradable hacer: ¡hágalo!

Quizá le cueste inicialmente porque ha perdido el hábito. Pero esfuércese: le va a merecer la pena. La satisfacción obtenida compensa con creces el esfuerzo inicial.

Cuadro 5.3. Actividades que puedo realizar ahora que he dejado de beber en exceso

1.
2.
3.
4.

B) Evitar la soledad no deseada

La soledad no deseada es una mala compañera cuando se trata de prevenir las recaídas. Usted se ha separado a lo largo del tratamiento de los amigos bebedores y ahora puede sentirse, por ello, solo. Intente ponerse en contacto con los amigos cuya compañía dejó de frecuentar cuando comenzó a beber en exceso. En caso de que esto no sea posible, intente llevar a cabo actividades sociales que le resulten gratas, como colaborar con la parroquia o con el ayuntamiento (a nivel de asociaciones de vecinos, por ejemplo), participar en actividades de voluntariado o en una ONG, etc.

5.2.3. Afrontamiento de la presión social

Seguramente, ahora que ha dejado de beber en exceso, se habrá encontrado con personas con las que habitualmente bebía. Dígales que ha dejado de beber –o que ya no bebe como antes– porque el alcohol no le sienta bien. En muchos casos, este comentario va a frenar nuevas invitaciones a beber.

También puede ocurrir que un día que tenga una cena con algunos compañeros de trabajo decidan posteriormente “irse de copas”. Si usted no bebe o lo hace moderadamente, probablemente le preguntarán por qué no bebe como los demás.

Como puede apreciar, las situaciones de este tipo pueden ser múltiples, y usted puede encontrarse en una situación delicada y aumentar así su riesgo de recaída. Veamos el ejemplo de Gonzalo:

Gonzalo, de 30 años, jefe de ventas de una empresa, acudió a un centro de tratamiento y, tras grandes esfuerzos, consiguió reducir su consumo de alcohol. Tras tres meses de bebida controlada, se encontró con dos antiguos amigos de la infancia, que eran grandes bebedores, a los que hacía tiempo no veía. Éstos le propusieron que fuera a tomar algo con ellos y Gonzalo no supo negarse por miedo a que sus amigos pensaran que no quería ir con ellos. Así, Gonzalo acompañó a sus amigos, no supo resistirse a la presión ambiental y tuvo un episodio de bebida descontrolada.

El objetivo de este apartado es enseñarle a usted a afrontar adecuadamente este tipo de situaciones. Para ello, es conveniente que usted se prepare una serie de frases, en función de su propio estilo, que le resulten creíbles y que pueda utilizar de forma automática cada vez que se encuentre en una situación de este tipo. Ensaye estas frases en casa. Si es preciso, hágalo delante del espejo, en voz alta y pensando detenidamente

en lo que dice.

En el [cuadro 4.7](#) se le proporcionan algunos ejemplos. Éstos son sólo ejemplos que le pueden ayudar a preparar los suyos. Tómelos sólo como una guía. Lo importante es que usted mismo prepare las frases que sean más acordes con su propio estilo.

Recuerde que lo importante es que tenga listas una serie de respuestas que pueda dar espontáneamente ante diferentes presiones para beber tan pronto como surjan. Es imprescindible que se las prepare bien y que le resulten a usted mismo creíbles. No se preocupe si, al principio, estas frases le resultan artificiales. A medida que se acostumbre a ellas, comenzarán a formar parte de su repertorio de respuestas y surgirán espontáneamente.

Recuerde: existen muchas otras cosas que se pueden hacer en lugar de consumir alcohol. No se deje llevar por las influencias de terceras personas.

5.2.4. Solución de conflictos personales e interpersonales

Si en el proceso de recuperación del abuso de alcohol se le plantea algún conflicto con otra persona –o se siente agobiado por sus propios problemas–, usted es entonces más vulnerable a sufrir una recaída. Por ello, es necesario que aprenda a afrontar sus propias dificultades –y las que le puedan surgir con otras personas– de una forma adecuada. Para que aprenda a salir airoso en este tipo de situaciones, a continuación se le proporcionan unas estrategias básicas de solución de problemas.

Un aspecto importante con el que puede empezar es no enfadarse ni consigo mismo ni con los demás cuando le surja algún contratiempo. Usted puede pensar que esto es imposible de lograr, pero ¿le sirve de algo enfadarse?, ¿le ayuda a solucionar sus problemas? La respuesta a esta pregunta es *no*. Lo único que consigue es perjudicarse a usted mismo. Además, recuerde que todo ello le hace más vulnerable a las recaídas.

Puede ser que en los momentos en los que usted tenga que hacer frente a diversas dificultades (laborales, económicas, etc.), se acuerde entonces de la posibilidad de acudir al alcohol como refugio. *No se engañe*. El alcohol le ha traído problemas, pero nunca le ha ayudado ni le ayudará a resolverlos. Cuando se le presente algún tipo de dificultad, intente realizar el siguiente ejercicio.

1.ª fase: Identificación de los problemas

En primer lugar es necesario identificar con la máxima claridad posible la dificultad que quiere resolver. Para ello, escríbala. En un principio redáctela aunque sea de una forma confusa. Después, lea de nuevo lo que ha escrito y procure resumir el problema en

una sola frase. Imagínese la siguiente dificultad:

Mi tío, que antes no tenía prisa, me pide ahora que le pague urgentemente las 500.000 ptas que le debo por un préstamo que me hizo hace tres meses.

En este caso ha resultado sencillo identificar rápidamente y de forma clara el problema concreto al que tiene que hacer frente. Sin embargo, en otros casos puede resultar algo más complicado.

2.ª fase: Descripción del problema y de la respuesta emocional

a) Descripción del problema:

El problema que debo afrontar es la devolución del dinero que debo a mi tío. Me molesta mucho que, tras decirme que no tenía prisa, ahora me lo pida con tanta urgencia. Por esto me he puesto muy nervioso. En realidad, él tiene derecho a pedirme el dinero que me había prestado. Estoy muy desesperado. No le deseo ni a mi peor enemigo que pase por lo que yo estoy pasando.

b) Descripción de la respuesta emocional:

No sé qué voy a hacer para devolverle el dinero. Incluso estoy pensando en pedir un adelanto de mi sueldo en el trabajo y jugarlo en las máquinas tragaperras. Si tengo un día de “suerte”, puede ser que recupere el dinero suficiente para pagar a mi tío.

En este punto usted ya tiene más claro cuáles son sus sentimientos y cuál es el tipo de dificultad que tiene que solucionar.

3.ª fase: Lista de alternativas

Se trata ahora de hacer una lista de todas las posibles soluciones para resolver el problema. Para ello se utiliza la estrategia denominada *tormenta de ideas*: poner todas las posibles soluciones que a uno se le ocurran, por disparatadas que puedan parecer.

Cuantas más ideas se produzcan, mayor es la probabilidad de contar con algunas buenas. Solamente hay que escribirlas, una tras otra, sin pensar demasiado en cada una de ellas. No hay que detenerse hasta tener una lista muy larga. A veces dos buenas ideas pueden juntarse y formar una idea aún mejor.

Enumere ahora un mínimo de cinco estrategias alternativas para conseguir su objetivo (“devolver a mi tío urgentemente las 500.000 pesetas que le debo, sin tener que recurrir al juego para hacerlo”).

1. “Entregarle las 250.000 ptas que tengo en el banco a modo de adelanto.”
2. “Establecer un plan de ahorro y darle 30.000 ptas todos los meses hasta completar la deuda.”
3. “Después de comer, tomar café en casa en lugar de ir al bar.”
4. “Durante una temporada los fines de semana ir al monte y evitar los bares y restaurantes.”
5. “Jugar a las máquinas sólo va a conseguir aumentar mi deuda.”

4.ª fase: Selección de las estrategias y valoración de las consecuencias

Ahora ya tiene varias propuestas alternativas. La siguiente fase consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica. Para ello, analice cuidadosamente la repercusión de cada una de las propuestas. Si así se considera más seguro, consúltelo con una persona de su confianza.

5.ª fase: Evaluación de los resultados

El último paso es el más difícil: ahora se trata de actuar. Ya ha seleccionado nuevas respuestas a un problema antiguo. Ha llegado el momento de poner en práctica las decisiones.

Una vez que lleve a la práctica la nueva respuesta, debe observar las consecuencias. ¿Suceden las cosas tal como estaban previstas? ¿Está satisfecho con los resultados obtenidos? Satisfecho significa que la nueva respuesta es útil para alcanzar los objetivos de un modo que la anterior “solución” no lo era.

• • •

Usted podría haber aplicado las cinco alternativas que apuntó en la lista. Todas ellas son compatibles y puede llevarlas a cabo simultáneamente. Mediante el plan de ahorro

establecido, puede conseguir pagar a su tío todo el dinero a los cinco meses. Además, como ya se ha acostumbrado al nuevo plan de ahorro, puede decidir seguir con él hasta pagar el resto de las deudas (si es que las tiene) o conseguir un objetivo gratificante (cambiar de coche, pintar la casa, etc.).

Este procedimiento de solución de problemas en cinco fases le puede ayudar a resolver sus contratiempos en diversas situaciones. No se centra solamente en las dificultades económicas. Si usted tiene algún otro tipo de problemas (riñas y peleas con otras personas, problemas de pareja, agobio por la cantidad de cosas que tiene que hacer, etc.), intente realizar todas las fases que se le han propuesto ([cuadro 5.4](#)).

Cuadro 5.4. Proceso a seguir para solucionar problemas

1.ª fase: Identificación de los problemas

- Redacción preliminar:

-
- Resumen en una sola frase:
-

2.ª fase: Descripción del problema y de la respuesta emocional

-
- Objetivo que desea conseguir:
-

3.ª fase: Lista de alternativas

- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
-

Llévelo a cabo, se sorprenderá de lo útil que puede llegar a ser.

No se preocupe si le parece demasiado pesado. Si uno se encuentra atascado en

una situación problemática, las antiguas soluciones no funcionan. Es preciso seguir cada paso de la técnica para identificar y después conseguir los objetivos. Posteriormente, se pueden acomodar los procedimientos al estilo particular propio y gran parte de los mismos funcionarán de modo automático.

5.2.5. Superación de estados emocionales negativos

Es probable que usted, a lo largo de su vida, pase por momentos buenos y por momentos malos. Todos los seres humanos atravesamos épocas en las que nos encontramos felices y contentos y otras en las que nos sentimos más tristes. Esto es algo normal.

Sin embargo, cuando pase por una época triste y se sienta decaído, debe prestarle una especial atención y tener mucho cuidado. Se ha observado que algunos bebedores excesivos tienen una recaída cuando atraviesan uno de estos “malos” momentos.

Cuando nos encontramos tristes, tenemos un riesgo mayor de sufrir una recaída.

En este apartado se le indican unas normas básicas sobre cómo puede afrontar un estado emocional negativo, es decir, sobre qué puede hacer cuando está decaído.

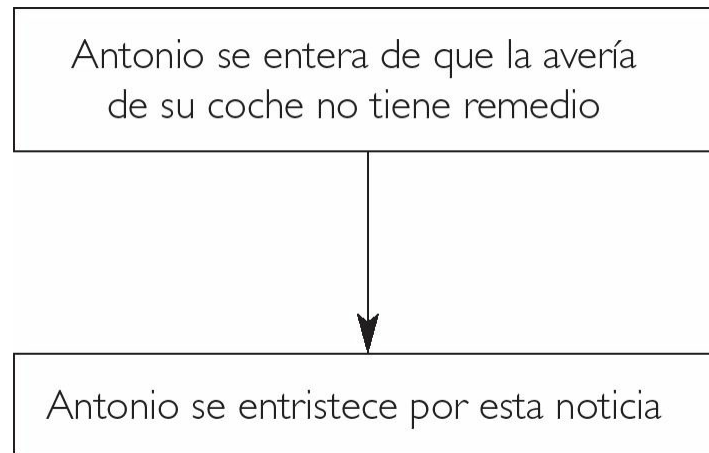
Distráigase, practique alguna actividad agradable y charle con otras personas. Todo ello contribuye de una forma decisiva a mejorar el estado de ánimo.

Otro punto de alerta son los pensamientos. A veces, sin darnos cuenta, los pensamientos que tenemos nos pueden jugar una mala pasada y ponernos tristes. Fíjese en el siguiente ejemplo:

Antonio había conseguido superar con éxito sus problemas con el alcohol después de recibir tratamiento. Llevaba casi dos años sin dificultades y su vida había mejorado considerablemente durante este tiempo. Se sentía un hombre nuevo y estaba seguro de que nunca más volvería a beber descontroladamente. Un día, cuando volvía a casa después de trabajar, se le averió el coche. Llamó a la grúa y le llevó su coche al taller. El mecánico, después de examinar el motor, le dijo que era un coche muy viejo y que ya no tenía arreglo. Antonio se entristeció mucho con esta noticia, puesto que no tenía suficiente dinero como para comprarse otro coche. No podía dejar de pensar en ello y le daba vueltas constantemente al asunto.

El caso de Antonio es un ejemplo de cómo una persona se puede entristecer con los sucesos habituales de la vida diaria. Un aspecto importante que debe tener en cuenta es que ante este tipo de acontecimientos las personas desarrollamos habitualmente una serie de pensamientos, de los que muchas veces no somos conscientes, que contribuyen a que sigamos estando tristes. A este tipo de ideas se las denomina *pensamientos automáticos*.

Sigamos con el caso de Antonio. Aparentemente la cadena de sucesos ha sido la siguiente:



Sin embargo, esto no es totalmente cierto. Seguramente usted también creerá que la cadena de sucesos ha sido de esta manera. Sin embargo, existe un paso previo que habitualmente se nos escapa de nuestra conciencia.

No son los sucesos los que causan nuestras emociones, sino los pensamientos sobre los sucesos. En realidad, nuestros sentimientos provienen de lo que pensamos y del sentido que damos a las cosas que nos pasan.

Veamos con mayor detalle lo que le pasó a Antonio. Cuando se entera de que la avería de su coche no tiene remedio, le vienen a la cabeza una serie de pensamientos:

- “Mi vida es un desastre.”
- “No sirvo para nada, ni siquiera para poder comprarme un coche.”
- “Mis compañeros de trabajo se reirán de mí cuando me vean aparecer en el autobús.”
- “Soy un fracasado.”

Si Antonio tiene este tipo de pensamientos, es normal que se sienta triste. Tenga en cuenta este aspecto:

No son los sucesos los que causan nuestra tristeza, sino nuestros pensamientos sobre los sucesos.

En este punto usted puede preguntarse: ¿cómo puedo identificar mis pensamientos y modificarlos?

Algunas personas creen no tener pensamientos en una situación determinada. Conviene, por ello, prestar una atención cuidadosa a los mismos. Se trata de detectar los

pensamientos automáticos, de cuestionarlos y de ver si existen otras alternativas que respondan más adecuadamente a la realidad. Si bien con esto no se consigue una mejoría total, uno puede aprender a controlar mejor las respuestas emocionales y a responder a los hechos con mayores dosis de racionalidad (cuadro 4.11).

5.2.6. Recuperación tras una recaída

Hasta ahora se le han proporcionado ejercicios para identificar y hacer frente con éxito a las situaciones de alto riesgo para la recaída. No obstante, vamos a imaginar que usted ha tenido un episodio de descontrol. Es decir, tras un tiempo sin beber en exceso, ha vuelto a hacerlo una sola vez.

A) ¿Qué significa una caída aislada?

La caída suele tener lugar cuando un ex bebedor excesivo no ha sabido identificar una situación determinada como de riesgo (por ejemplo, entrar en un bar para comprar tabaco) o no ha aplicado las estrategias de afrontamiento adecuadas (por ejemplo, rechazar una invitación a beber) ante una situación imprevista.

Un aspecto muy importante que usted tiene que saber es que no es lo mismo una caída que una recaída. Si usted en un momento determinado, y por las razones que sea, tiene un episodio de descontrol, podemos hablar de caída. Una caída es un exceso aislado (un solo error, un desliz). Sufrir una caída no significa que todo el trabajo realizado hasta ahora haya sido inútil. Al contrario, de una caída hay muchas cosas que se pueden aprender. Una recaída, sin embargo, es una vuelta a los niveles de alcohol previos al tratamiento, en los que usted es nuevamente incapaz de controlar la conducta de bebida y necesita, por tanto, la ayuda de un especialista para que le ayude a controlarse.

Imagine un corredor de atletismo que durante una carrera se tropieza y cae al suelo. Ante esta situación el atleta tiene dos opciones:

- a) Pensar que debido a su caída ya no tiene opción a seguir corriendo, que toda su preparación previa ha sido inútil y que, por lo tanto, más vale retirarse.
- b) Pensar que es verdad que se ha caído, pero que ha sido solamente un contratiempo en su carrera, un desliz, y todavía puede levantarse y seguir corriendo.

En la primera opción, el atleta concibe lo que le ha pasado como algo sin remedio,

por lo que probablemente se retirará y todo el trabajo previo habrá resultado inútil. Esto es lo que ocurre si usted considera su episodio de descontrol como algo sin solución y cree que todo el esfuerzo previo no ha servido para nada. En definitiva, en este caso usted interpreta su episodio de bebida descontrolada como una recaída.

Si, por el contrario, el atleta concibe lo que le ha pasado como un hecho aislado del que puede aprender, intentará no tropezar en la siguiente vuelta con el mismo obstáculo. Lo más probable es que se levante y siga corriendo. Usted también puede considerar su desliz como un hecho aislado, del que debe tomar nota para no caer en un futuro en esa misma situación. En definitiva, usted puede interpretar su episodio de juego como una única caída.

B) ¿Qué se puede hacer en esta situación?

No hay una fórmula mágica, pero los pasos que figuran a continuación pueden serle de mucha utilidad ([cuadro 4.12](#)).

1. *Párese a pensar y observe lo que ocurre.* Un episodio de descontrol es una señal de aviso de que está en una situación de peligro. Si le es posible, desplácese a un lugar donde no haya estímulos que le tienten.
2. *Procure calmarse.* Usted puede sentirse culpable y deprimido por lo ocurrido. Esta reacción es normal, pero no la utilice como excusa para bajar la guardia y perder el control. Deje pasar el tiempo suficiente para que este sentimiento desaparezca paulatinamente, sin exponerse a nuevas tentaciones. Que haya bebido en exceso una vez no significa que tenga que volver a engancharse. Un episodio de descontrol es, simplemente, un error, una oportunidad para aprender, no una señal de fracaso total.
3. *Renueve el compromiso.* Después de un episodio de alcohol excesivo el problema más difícil al que tendrá que enfrentarse va a ser el de su propia motivación. Puede ser que se sienta sin ganas para seguir intentándolo y se diga a sí mismo frases negativas: “¿de qué sirve continuar?”, “ya he fallado”, “ya he tirado por la borda todo mi esfuerzo”, “ya, de perdidos, al río”, etc. ¿Vale la pena dejar de intentarlo sólo porque ha dado un paso atrás? El progreso a veces consiste en dar dos pasos adelante y un paso atrás. Piense en los beneficios que obtendrá a largo plazo si regula la bebida y acuérdesse de las razones que tenía para intentar dejar de beber cuando empezó el tratamiento. Dígase frases positivas, como las que figuran en el [cuadro 4.17](#).
4. *Revise la situación que le ha llevado a beber en exceso.* No tienda a culpabilizarse ni a deprimirse por lo que ha pasado. Si se centra en su fracaso personal, hará que aumente su reacción de culpa y le será mucho más difícil hacer frente a la situación de una forma eficaz. Lo que tiene que hacer es analizar qué le ha llevado a descontrolarse y qué es lo que ha hecho de forma

inadecuada. Imagine que sucede de nuevo toda la escena, pero esta vez imagínese a usted mismo haciendo frente eficazmente a las situaciones de riesgo sin abandonarse a la tentación. Siempre es más fácil dejar de beber ahora, justo después del episodio de descontrol, que seguir con el hábito negativo y posponer indefinidamente el plan de recuperación.

5. *Prepare su plan para recuperarse inmediatamente.* Después de un episodio de descontrol tiene que desarrollar un plan de acción inmediato: aléjese de la situación de riesgo o, al menos, piense en otra cosa; plantéese una actividad gratificante sustitutiva (charlar con alguien, pasear, hablar por teléfono, etc.).
6. *Pida ayuda.* Si se siente desbordado, pida ayuda a sus amigos o, si está solo, llame a alguien. Los demás pueden distraerle, darle ánimos, sugerirle alguna actividad útil, etc. Si esto le resulta insuficiente, llame a su terapeuta y busque su asistencia y apoyo.

5.2.7. Recomendaciones finales

Hemos llegado al final de este capítulo de autoayuda. En él se le ha enseñado que dejar de beber en exceso es algo que está a su alcance y se le han mostrado cuáles son las principales situaciones de riesgo que pueden precipitar una recaída, así como una serie de ejercicios prácticos que le pueden ayudar a afrontar con éxito los momentos de peligro. Asimismo se le han dado instrucciones de cómo actuar en el caso de una caída aislada para evitar que llegue a la pérdida de control.

Probablemente, algunas de las situaciones descritas no supongan un peligro para usted. Preste una especial atención a aquellos apartados que describen situaciones de riesgo que resultan especialmente peligrosas en su caso. Sin embargo, le aconsejamos que lea todo el capítulo y se prepare bien para cada una de las situaciones descritas. Solamente así conseguirá afrontar con éxito todo tipo de dificultades.

Ahora que ha finalizado la lectura del texto, déjelo en un sitio de fácil acceso. Puede ser que lo necesite en cualquier momento. En cualquier caso, reléalo de vez en cuando. Le vendrá bien recordar lo aprendido. Y no olvide un aspecto muy importante:

Conseguir el control de la bebida está en su mano. Si se prepara para ello, lo conseguirá.

Clave de respuestas

Capítulo 1

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
2.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☒

Capítulo 2

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
2.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☒
3.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐

Capítulo 3

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☒
2.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐

Capítulo 4

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
2.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

El criterio utilizado en la redacción de este apartado es facilitar a los lectores –no necesariamente especialistas– la ampliación de los conocimientos expuestos en el texto. Por ello, las lecturas recomendadas se refieren a libros escritos en –o traducidos al– castellano, que sean relativamente recientes y estén fácilmente accesibles.

Echeburúa, E. (1996). *Alcoholismo*. Madrid: Aguilar.

En este libro se presentan detalladamente, y expuestos de forma sistemática, los conceptos fundamentales del alcoholismo, como drogodependencia, así como las consecuencias del consumo abusivo de alcohol. Se señalan asimismo los instrumentos de evaluación más eficaces y las técnicas terapéuticas más adecuadas, con una atención especial a la motivación para el tratamiento y al problema de las recaídas. Se aborda finalmente el tema de la prevención del alcoholismo.

McCrary, B. S., Rodríguez Villarino, R. y Otero-López, J. M. (1997). *Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso. Manual del terapeuta. Manual de autoayuda*. Madrid: Pirámide.

En este texto se ofrece, desde una perspectiva integradora, un marco conceptual amplio sobre el alcoholismo, con los modelos teóricos más significativos, así como una presentación de las estrategias de intervención más eficaces sobre los problemas de bebida. Asimismo se incluye un programa concreto de tratamiento, con un manual detallado del terapeuta y una guía de autoayuda con materiales de apoyo para el paciente.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós (original, Guilford Press, 1991).

En este libro se aborda detalladamente el problema de la motivación para el cambio, así como la descripción de las estrategias más adecuadas para alcanzarla. En concreto, se analizan el mecanismo de la negación de la enfermedad, el proceso fluctuante en la toma de conciencia de la dependencia y las resistencias para el cambio. A diferencia de otros libros –más centrados en la descripción de las técnicas de tratamiento concretas–, en este volumen se concede una gran importancia a la relación terapeuta-paciente y a la forma específica en que se puede hacer al paciente protagonista de su propio proceso terapéutico induciéndole unas expectativas de logro adecuadas.

Santo-Domingo, J. (1990). *No te rindas ante el alcohol*. Madrid: Rialp.

Es un libro de divulgación científica en el que se abordan con precisión y claridad los problemas que produce el consumo abusivo de alcohol, así como los recursos terapéuticos disponibles. El texto es breve, está muy bien estructurado y se ocupa de una forma muy didáctica de los problemas fundamentales asociados al consumo abusivo de alcohol.

Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

En este texto se abordan con un lenguaje sencillo los aspectos fundamentales relacionados con el alcoholismo (causas, evaluación, tratamiento, etc.). Asimismo se concede una gran importancia a los problemas del abuso de alcohol en jóvenes y se analiza con detalle el contexto familiar, con un énfasis específico en la prevención y en la detección temprana del problema.

Bibliografía

- Ariño, J., Ballesteros, J. y Gutiérrez, M. (2000). Alcoholismo y toxicomanías. En A. Bulbena, G. E. Berrios y P. Fernández de Larrinoa (Eds.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Becoña, E. (1998). Alcoholismo. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson, vol. 2º.
- Casas, M. y Gossop, M. (1993). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán.
- Casas, M. (1994). *Psicopatología y alcoholismo*. Barcelona: Citrán.
- Echeburúa, E. (1990). Consumo abusivo de alcohol. En M. A. Vallejo, E. Fernández-Abascal y F. J. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta. Análisis de casos*. Madrid: T.E.A.
- Echeburúa, E. (1996a). *Alcoholismo*. Madrid: Aguilar.
- Echeburúa, E. (1996b). Evaluación psicológica del alcoholismo y del consumo excesivo de alcohol. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1988). Evaluación y tratamiento de un caso clínico de alcoholismo. En D. Maciá y X. Méndez (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Edwards, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos*. México: Trillas.
- García, R. (1994a). Principales teorías psicológicas aplicadas a la dependencia del alcohol. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- García, R. (1994b). Evaluación en los dependientes del alcohol. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- García, R. (1994c). Principales tratamientos de la dependencia del alcohol. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Marlatt, A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.
- McCrary, B. S., Rodríguez Villarino, R. y Otero-López, J. M. (1997). *Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso. Manual del terapeuta. Manual de autoayuda*. Madrid: Pirámide.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Prochaska, J. O. y Di Clemente, C. C. (1983). Stages and processes of selfchange of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Robertson, I. y Heather, N. (1986). *¿Así que quieres beber menos?*. Vitoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Rodríguez-Martos, A. (1986). *El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios*. Barcelona: Fons Informatiu del Ayuntamiento de Barcelona, n.º 2.
- Rodríguez-Martos, A. (1999a). Alcoholismo: diagnóstico, concepto, motivación y tratamiento. En E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Eds.), *Drogodependencias. V. Avances*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Rodríguez-Martos, A. (1999b). Tratamiento del síndrome de dependencia alcohólica. En E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Eds.), *Drogodependencias. V. Avances*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Santo-Domingo, J. (1990). *No te rindas ante... el alcohol*. Madrid: Rialp.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

• GUÍAS DE INTERVENCIÓN

1 Heroína, cocaína y drogas de síntesis

Becoña Iglesias, E./Vázquez González, F. Lino

2 Fobia social

Bados, A.

3 Disfunciones sexuales femeninas

Carrasco, M.^a J.

4 Rehabilitación neuropsicológica

Muñoz Céspedes, J. M./Tirapu Ustároz, J.

5 Esquizofrenia

Rodríguez, A. (editor)

6 Parafilias y violación

Cáceres, J.

7 Abuso de alcohol

Echeburúa, Enrique

• GUÍAS TÉCNICAS

1 Técnicas de relajación y respiración

Vázquez, I.

2 Hipnosis

Capafons Bonet, A.V.

3 La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes

Ezpeleta Ascaso, L.

4 Entrenamientos en inoculación de estrés

Muñoz, M./Bermejo, M.

• PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

1 Evaluación psicológica en niños y adolescentes

Silva Moreno, Fernando (editor)

2 Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud

Fernández-Ballesteros, Rocío (editora)

3 Psicopatología

Lemus Giráldez, Serafín

4 Orientación educativa. Teoría, evaluación e intervención

Alonso Tapia, Jesús

5 El bilingüismo. Bases para la intervención psicológica

Sánchez López, M.^a P./Rodríguez de Tembleque, R.

6 Psicología del deporte

Cruz Feliu, Jaume (editor)

7 Entrevista y consejo psicológico

Martorell Pallás, M.^a del C./González Barrón, R.

8 Psicología comunitaria

Martín González, Antonio (editor)

9 La superdotación

Acereda, Amparo/Sastres, Silvia

Índice

Portada	2
Créditos	5
Índice	7
Capítulo 1. Introducción	10
1.1. Bebidas alcohólicas	11
1.1.1. Conceptos básicos y clasificación de las bebidas alcohólicas	11
1.1.2. Efectos beneficiosos de las bebidas alcohólicas	13
1.2. Uso y abuso del alcohol: ¿qué es el consumo moderado?	14
1.2.1. Aspectos cuantitativos	15
1.2.2. Aspectos cualitativos	16
1.3. Tipos de problemas con la bebida	17
1.3.1. Clasificación de los problemas de bebida	17
1.3.2. Alcohol y otras drogas	24
1.3.3. Repercusiones negativas del abuso de alcohol	25
1.3.4. Responsabilidad penal e intoxicación alcohólica	35
1.4. Epidemiología del alcoholismo	36
1.4.1. Problemas de bebida en España	36
1.4.2. Sectores específicos implicados	38
Cuadro resumen	43
Exposición de un caso clínico	44
Preguntas de autoevaluación	46
Capítulo 2. Etiología de los problemas de bebida	48
2.1. Factores de inicio	49
2.1.1. Factores sociales	49
2.1.2. Factores biológicos	52
2.1.3. Factores psicológicos	53
2.2. Factores de mantenimiento	55
2.2.1. Motivaciones para beber	55
2.2.2. Trastornos duales	56
Cuadro resumen	57
Exposición de un caso clínico	58
Preguntas de autoevaluación	59

Capítulo 3. Evaluación de los problemas de bebida: diagnóstico precoz	61
3.1. Entrevista	62
3.1.1. Entrevista clínica	62
3.1.2. Entrevistas estandarizadas	63
3.2. Indicadores clínicos y métodos biológicos	64
3.2.1. Indicadores clínicos	64
3.2.2. Métodos biológicos	65
3.3. Cuestionarios	67
3.3.1. Cuestionarios de identificación	67
3.3.2. Cuestionarios diagnósticos	73
3.3.3. Valoración de los cuestionarios de alcoholismo	81
3.4. Autorregistros	82
3.5. Conclusiones	84
Cuadro resumen	86
Exposición de un caso clínico	87
Preguntas de autoevaluación	91
Capítulo 4. Tratamiento de los problemas de bebida (1): guía para el terapeuta	93
4.1. Motivación para el tratamiento	93
4.1.1. Las fases del cambio	95
4.1.2. Motivación inicial: la entrevista motivacional	97
4.1.3. Motivación de mantenimiento	98
4.2. Objetivos terapéuticos	100
4.3. Programa de intervención	101
4.3.1. Características del proceso terapéutico	102
4.3.2. Desarrollo del programa de intervención	102
4.3.3. Intervenciones breves específicas	103
4.3.4. Terapia de grupo	114
4.4. Prevención de recaídas	115
4.4.1. Modelo de recaída: caídas y recaídas	115
4.4.2. Estrategias de actuación	118
4.4.3. Resultados del tratamiento	122
Cuadro resumen	123
Exposición de un caso clínico	124

Preguntas de autoevaluación	132
Capítulo 5. Tratamiento de los problemas de bebida (II): guía para el paciente	134
5.1. ¿Tengo problemas con la bebida?	134
5.1.1. ¿Bebo mucho?	134
5.1.2. ¿Bebo cuando no debo hacerlo?	135
5.2. ¿Qué debo hacer para beber menos?	136
5.2.1. Control del ansia de beber	136
5.2.2. Práctica de actividades gratificantes	139
5.2.3. Afrontamiento de la presión social	140
5.2.4. Solución de conflictos personales e interpersonales	141
5.2.5. Superación de estados emocionales negativos	145
5.2.6. Recuperación tras una recaída	147
5.2.7. Recomendaciones finales	149
Clave de respuestas	150
Lecturas recomendadas y bibliografía	152