

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Departamento de Psicología y Pedagogía
Psikologia eta Pedagogia Saila

**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE
TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA PACIENTES
ALCOHÓLICOS**

TESIS DOCTORAL

Sonia Esarte Eseverri

Directores:

Javier Fernández Montalvo

José Javier López Goñi

Pamplona-Iruñea

2017

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis doctoral es el fruto de un largo trabajo que durante cuatro años he compaginado con mi labor como psicóloga en la Fundación Proyecto Hombre Navarra y como docente en la Universidad Pública de Navarra. Este esfuerzo no hubiera sido posible sin el apoyo de las personas que directa o indirectamente han colaborado y a las cuales estoy tremendamente agradecida.

Quiero comenzar refiriéndome a mis dos directores de tesis, prestigiosos profesionales en el ámbito de las adicciones con los que ha sido un lujo poder contar por su alta categoría tanto profesional como humana.

En primer lugar quiero mencionar a mi maestro cercano, José Javier López-Goñi, que me animó para dar el salto a la universidad, me ayudó a introducirme en ella y sigue apoyándome en este camino. Jope ha sido un protagonista imprescindible en el tratamiento estadístico de los datos y un amable profesor.

En segundo lugar, agradecer enormemente a Javier Fernández-Montalvo, por su carácter amable y su trato cercano, por su dedicación, su claridad de conceptos y su supervisión permanente. Sin su ayuda y paciencia no habría sido posible la redacción de esta tesis.

También quiero tener un agradecimiento especial para Alfonso Arteaga por su apoyo incondicional. Con él he aprendido a lo largo de estos años trabajar con gusto y mimo.

A los demás miembros del grupo de investigación *Psicología clínica y psicopatología* de la Universidad Pública de Navarra. A Alicia Peñalva, Raúl Cacho, y Marta Beranuy, por haber demostrado que se puede trabajar en equipo combinando la eficacia en el trabajo con un buen ambiente.

A la Fundación Proyecto Hombre Navarra representada por el director de programas Alfonso Arana por las facilidades que me ha procurado para la realización de esta tesis doctoral. Al servicio de I+D+I, especialmente a Jesús y Fernando por la rigurosidad con la que han tratado los datos del presente trabajo. A Gorka, por mostrarse siempre dispuesto a colaborar y en especial a mis compañeras de Aldatu,

Kris, Garbiñe, Pili, Leire, Federica, Nahia, Mari Jose y Olga con las cuales comparto los devenires del día a día en este trabajo tan gratificante.

Quiero dar las gracias a los principales protagonistas, los pacientes, por su colaboración en las pruebas y por su confianza en nuestro trabajo. Deseo que esta tesis sirva, en su modesta medida, para ayudar y comprender un poco más esta compleja enfermedad y a las personas que la padecen.

Por último, y porque son los más importantes, a quienes cada día me acompañan apoyándome y ayudándome. A Arhane, por facilitar que Ama trabaje también en casa. A mi compañero, por sus ánimos en los momentos difíciles y por su capacidad de ver el lado positivo. A Ama, Aita y a mi hermano por el apoyo prestado incondicionalmente. A todos los amigos, resto de familia, y a los que permanecen en mi memoria, y que desde allí, se alegran conmigo de ver concluido este trabajo.

Esker mila

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	11
PARTE TEÓRICA	17
CAPITULO I: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL ALCOHOLISMO	17
1.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL	17
1.2 CONCEPTUALIZACIÓN DEL ALCOHOLISMO	20
1.2.1 Definición y criterios diagnósticos en el DSM-5	21
1.2.1.1 Definición	21
1.2.1.2 Criterios diagnósticos en el DSM-5	22
1.2.2 Definición y criterios diagnósticos en la CIE 10	27
1.2.2.1 Consumo perjudicial	29
1.2.2.2 Dependencia	30
1.2.2.4 Tolerancia	35
1.2.2.5 Craving	36
1.3 TIPOLOGIAS DE ALCOHOLISMO	37
1.3.1 Tipología de Jellinek	37
1.3.2 Tipología de Alonso-Fernandez	38
1.3.3. Tipología de Morey y Skinner	38
1.3.4. Tipología de Zucker	39
1.3.5. Tipología de Schuckit	39
1.3.6. Tipología de Cloninger	39
1.3.7. Tipología de Babor	40
1.4 EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO	41
1.4.1 Estudios internacionales	41
1.4.2 Estudios europeos	43
1.4.3 Estudios nacionales	46
1.4.4. Estudios en Navarra	54
1.5 COMORBILIDAD EN EL ALCOHOLISMO	58
1.5.1 El trastorno de ansiedad asociado al alcoholismo	59
1.5.2 La depresión asociada al alcoholismo	61
1.5.3 El trastorno bipolar asociado al alcoholismo	62
1.5.4 Los trastornos de personalidad asociados al alcoholismo	63
1.5.5 Los trastornos psicóticos asociados al alcoholismo	65
1.5.6 Las adicciones químicas asociadas al alcoholismo	66
1.5.7 Las adicciones conductuales asociadas al alcoholismo	68
1.5.7.1 El juego patológico	68
1.5.7.2 La adicción a la comida	70
1.5.8 Conductas violentas asociadas al alcoholismo	71
CAPÍTULO II: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL ALCOHOLISMO	75
2.1 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE ABUSO Y/O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	75
2.1.1 Instrumentos de cribado	76
2.1.1.1 Instrumentos para población general	76
2.1.1.2 Instrumentos para población de riesgo	79
2.1.2 Entrevistas generales	80
2.1.3 Instrumentos para la gravedad clínica de la adicción y la dependencia	82
2.1.4 Instrumentos para la evaluación del craving	86
2.1.5 Instrumentos evaluadores de creencias y autoeficacia	89

2.1.6 Instrumentos para evaluación de habilidades de afrontamiento, impulsividad y precipitantes de recaída	90
2.1.7 Instrumentos para valorar la motivación	92
2.1.8 Instrumentos para valorar los patrones de consumo	93
2.1.9 Instrumentos de valoración de problemas relacionados	93
2.1.10 Instrumentos para la evaluación de la abstinencia	94
2.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LA PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA	94
2.2.1. Instrumentos de intensidad o gravedad psicopatológica (EJE I)	94
2.2.1.1 Instrumentos para la evaluación de psicopatología en general	94
2.2.1.2 Evaluación de síntomas afectivos	96
2.2.1.3 Evaluación del riesgo autolítico	97
2.2.1.4 Evaluación de síntomas de ansiedad	97
2.2.1.5 Evaluación de síntomas psicóticos	98
2.2.2 Instrumentos de evaluación de la personalidad (EJEII)	98
CAPITULO III: TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO	103
3.1 TRATAMIENTOS MÉDICO-PSIQUIÁTRICOS	103
3.1.1 Prevención y tratamiento del síndrome de privación de alcohol	103
3.1.2 Intervenciones farmacológicas en la prevención de recaídas y de habituación	109
3.1.3 Abordaje de comorbilidad psiquiátrica	113
3.2 INTERVENCIONES PSICOSOCIALES	123
3.2.1 Intervenciones breves	126
3.2.2 Modelo transteórico de cambio y entrevista/terapia motivacional	128
3.2.3 Terapias grupales o psicoterapia grupal	135
3.2.4 Terapias cognitivo-conductuales	138
3.2.4.1 Entrenamiento en habilidades sociales	140
3.2.4.2 La técnica del autocontrol	144
3.2.4.3 La Terapia Cognitiva	146
3.2.4.4 Las Terapias Conductuales	148
3.2.4.5 El manejo de contingencias	149
3.2.4.6 La exposición a Estímulos	149
3.2.4.7 El Refuerzo Comunitario (Community Reinforcement Approach)	152
3.2.4.8 La Terapia de Exposición a Señales	155
3.2.4.9 Las Terapias de Nueva Generación	158
3.2.5 Terapia de conducta social y red de trabajo	159
3.2.6 Terapia analítica y psicodinámica	162
3.2.7 Terapia centrada en la familia	164
3.2.8 Uso de tecnologías de la comunicación y la información (TIC)	170
3.3 INTERVENCIONES CON GRUPOS ESPECIFICOS	178
3.3.1 Intervención con mujeres	179
3.3.2 Intervención con personas privadas de libertad	181
3.3.3 Intervención con población en exclusión social	182
3.3.4 INTERVENCIÓN CON POBLACIÓN JOVEN	183
CAPITULO IV: CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA DE ADICCIONES ALDATU	185
4.1 ASOCIACION PROYECTO HOMBRE	185
4.2 FUNDACION PROYECTO HOMBRE NAVARRA	189
4.2.1. Orígenes de Proyecto Hombre Navarra	189
4.3 PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE LA FUNDACION PROYECTO HOMBRE NAVARRA	192
4.3.1 Comunidad Terapéutica PROYECTO HOMBRE	194
4.3.1.1 Introducción y orígenes	194
4.3.1.2 Proceso terapéutico y tipo de intervención	196
4.3.2 Programa de apoyo a adolescentes SUSPERTU	201
4.3.2.1 Introducción	201

4.3.2.2 Modelo teórico del programa SUSPERTU	202
4.3.2.3 Metodología y descripción de proceso.	206
4.3.3 Centro de atención ambulatoria de adicciones ALDATU	208
4.3.3.1 Modelos teóricos	209
4.3.3.2 Población destinataria, equipo terapéutico y objetivos del programa	217
4.3.3.3 Descripción del proceso	218
PARTE EMPÍRICA	233
1. INTRODUCCIÓN	233
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	235
2.1 OBJETIVOS	235
2.2 HIPÓTESIS	235
3. MÉTODO	237
3.1 MUESTRA	237
3.2 TERAPEUTAS	237
3.3 DISEÑO	238
3.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y VARIABLES DEL TRATAMIENTO	238
3.4.1 Variables de consumo y de gravedad de la adicción	239
3.4.2 Variables psicopatológicas y de personalidad	240
3.5 TRATAMIENTO	241
3.6 PROCEDIMIENTO	242
3.6 ANÁLISIS DE DATOS	244
4. RESULTADOS	245
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	245
4.1.1 Características de la muestra	245
4.1.1.1 Características sociodemográficas	245
4.1.1.2 Gravedad de la adicción	246
4.1.1.3 Características psicopatológicas	247
4.1.1.4 Características de las escalas de personalidad	249
4.1.1.5 Resultados del análisis Chaid	250
4.1.2 Prevalencia de conductas violentas en los pacientes de la muestra y perfil diferencial	252
4.1.2.1 Comparación en las características sociodemográficas	253
4.1.2.2 Comparación entre los sujetos con y sin conductas violentas en las escalas de gravedad de la adicción	254
4.1.2.3 Comparación entre pacientes con y sin conductas violentas en los síntomas psicopatológicos	254
4.1.2.4 Comparación entre pacientes con y sin conductas violentas en las escalas de personalidad.	256
4.1.2.5 Resultados en el análisis CHAID	257
4.1.3 Prevalencia de victimización en los pacientes de la muestra y perfil diferencial	259
4.1.3.1 Comparación entre los pacientes que han sido o no víctimas de abuso en las características sociodemográficas.	260
4.1.3.2 Comparaciones en las escalas de gravedad de la adicción	261
4.1.3.3 Comparación en los síntomas psicopatológicos	261
4.1.3.4 Comparación en las escalas de personalidad	263
4.1.3.5 Resultados del análisis CHAID	264
4.1.4 Prevalencia de reingresos y perfil diferencial	266
4.1.4.1 Comparación entre pacientes con y sin reingresos en las variables sociodemográficas	266
4.1.4.2 Comparación en las escalas de gravedad de la adicción entre pacientes con y sin reingresos	267

4.1.4.3 Comparación en los síntomas psicopatológicos entre los pacientes con y sin reingresos	268
4.1.4.4 Diferencias en escalas de personalidad en pacientes con y sin reingresos	269
4.1.4.5 Diferencias en la tasa de conductas violentas entre pacientes con y sin reingresos terapéuticos	271
4.1.4.6 Diferencias en las tasas de maltrato entre pacientes con y sin reingresos terapéuticos	272
4.1.4.7 Resultados del análisis Chaid	272
4.1.5 Comparación entre pacientes que han tenido uno, dos, TRES O más episodios de tratamiento	273
4.1.5.1 Comparación de variables sociodemográficas entre pacientes que han recibido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento	273
4.1.5.2 Diferencias en las escalas de gravedad de la adicción en pacientes que han recibido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento.	274
4.1.5.3 Comparación entre pacientes que han recibido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento en los síntomas psicopatológicos	275
4.1.5.4 Comparación entre pacientes que han recibido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento en escalas de personalidad.	277
4.1.5.5 Comparación en pacientes que han tenido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento en la tasa de conductas violentas.	279
4.1.5.6 Diferencias entre pacientes que han recibido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento en la tasa de victimización.	280
4.1.5.7. Resultados del análisis Chaid	280
4.2 EFICACIA DEL TRATAMIENTO	283
4.2.1 Tasa de altas y abandonos, y comparación entre grupos	283
4.2.1.1 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en las características sociodemográficas	283
4.2.1.2 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en las escalas de gravedad de la adicción	284
4.2.1.3 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en los síntomas psicopatológicos	285
4.2.1.4 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en las escalas de personalidad	286
4.2.1.5 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en la tasa de conductas violenta	288
4.2.1.6 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en la tasa de victimización	289
4.2.1.7 Regresión logística de pacientes que han obtenido el alta terapéutica o no.	289
4.2.1.8 Resultados del análisis Chaid	290
5. CONCLUSIONES	293
6. DISCUSIÓN	307
6.1 LIMITACIONES Y FORTALEZAS	315
6.2 LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACION	317

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cambios en el dsm-5 con respecto al dsm-iv-tr	23
tabla 2. Criterios diagnósticos para el trastorno por consumo de alcohol	25
tabla 3. Criterios diagnósticos para la intoxicación y la abstinencia	27
tabla 4. Consumo de alcohol en la población navarra	56
tabla 5. Consumo de alcohol durante el último mes en la población navarra	57
tabla 6. Tipos de fármacos y utilidad en alcoholismo	122
tabla 7. Principios rectores para conseguir tratamientos eficaces	124
tabla 8. Interrelación entre estadios y procesos de cambio	128
tabla 9. Procesos de cambio que manifiestan los sujetos en función del estado motivacional en el que se encuentran	129
tabla 10. Técnicas cognitivo-conductuales y niveles de evidencia y recomendación	174
tabla 11: Centros de la asociación proyecto hombre en españa	187
tabla 12. Principios rectores de la asociación proyecto hombre	187
tabla 13. Valores de la fundación proyecto hombre navarra	189
tabla 15: Objetivos específicos de aldatu según áreas	218
tabla 16. Principales objetivos de aldatu según fase de tratamiento	219
tabla 17. Procedimiento del tratamiento ambulatorio aldatu.....	243
tabla 18. Comparación de variables sociodemográficas según sexo	246
tabla 19: Diferencia en las escalas de gravedad de la adicción según sexo (EuropASI).....	247
tabla 20. Comparación en los síntomas de malestar psicológico según sexo (SCL-90-R)	248
tabla 21. Diferencias en síntomas de malestar psicológico según sexo (MCMI-II).....	248
tabla 22. Diferencias en las escalas de personalidad según sexo (MCMI-II).....	249
tabla 23. Diferencias en las escalas de personalidad con una tasa base superior a 84 según sexo (MCMI-II)	250
tabla 24. Variables sociodemográficas de personas alcohólicas según la presencia de conductas violentas	253
tabla 25. Diferencias en las escalas de gravedad de la adicción según la presencia de conductas violentas (EuropASI)	254
tabla 26. Comparación de los síntomas de malestar psicológico según la presencia de conductas violentas (SCL-90-R)	255
tabla 27. Diferencias en el malestar psicológico según la presencia de conductas violentas (MCMI-II)	255
tabla 28. Comparación en las escalas de personalidad según la presencia de conductas violentas (MCMI-II).....	256
tabla 29. Comparación entre las escalas de personalidad con tasa base con valores superiores a 84 según la presencia de conductas violentas (MCMI-II).....	257
tabla 30. Diferencias por sexo según la existencia de abusos	259
tabla 31. Datos sociodemográficos de pacientes según la existencia de abusos	260
tabla 32. Diferencias en las escalas de gravedad de la adicción según la existencia de abusos (EuropASI).....	261
tabla 33. Comparación de los síntomas de malestar psicológico según la existencia de abusos (SCL-90-R)	262
tabla 34. Comparación de los síntomas de malestar psicológico según la existencia de abusos (MCMI-II)	262
tabla 35. Comparación en las escalas de personalidad según la existencia de abusos (MCMI-II)	263
tabla 36. Comparación entre escalas de personalidad con valores en tasa base superiores a 84 según la existencia de abusos (MCMI-II)	264

tabla 37. Comparación de variables sociodemográficas según la existencia de reingresos.....	267
tabla 38: diferencias en las escalas de gravedad de la adicción según la existencia de reingresos (EuropASI).....	268
tabla 39. Comparación entre pacientes en los síntomas de malestar psicológico según la existencia de reingresos (SCL-90-R).....	268
tabla 40. Diferencias entre pacientes en síntomas de malestar psicológico según la existencia de reingresos (MCMI-II).....	269
tabla 41. Comparación en las variables de personalidad según la existencia de reingresos (MCMI-II)	270
tabla 42. Diferencias entre pacientes en las escalas de personalidad con tasa base con valores superiores a 84 según la existencia de reingresos (MCMI-II).....	271
tabla 43. Conductas violentas según la existencia de reingresos	271
tabla 44. Diferencias entre los pacientes según existencia de abusos y reingresos.....	272
tabla 45. Comparación de variables sociodemográficas entre pacientes según el número de reingresos	274
tabla 46. Diferencias entre pacientes en las escalas de gravedad de la adicción según el número de reingresos (EuropASI)	275
tabla 47. Comparación entre los pacientes en los síntomas de malestar psicológico según el número de reingresos (SCL-90-R).....	276
tabla 48. Diferencias entre pacientes en síntomas de malestar psicológico según el número de reingresos (MCMI-II).....	277
tabla 49. Diferencias en pacientes en las escalas de personalidad según el número de reingresos (MCMI-II).....	278
tabla 50. Diferencias en los pacientes en las escalas de personalidad con tasa base con valores superiores a 84 según el número de reingresos (MCMI-II).....	279
tabla 51.diferencias en pacientes según la presencia de conductas violentas y el número de reingresos	280
tabla 52. Diferencias entre pacientes según la existencia de abusos y el número de reingresos	280
tabla 53. Comparación de variables sociodemográficas según la finalización de programa....	284
tabla 54. Comparación en las escalas de gravedad de la adicción según la finalización de programa (EuropASI)	285
tabla 55. Comparación en los síntomas psicopatológicos según la finalización del programa (SCL-90-R)	285
tabla 56. Diferencias en síntomas de malestar psicológico según la finalización del programa (mcmci-ii).....	286
tabla 57. Diferencias en las escalas de personalidad según la finalización del programa (MCMI-II).....	287
tabla 58. Diferencias en las escalas de personalidad con tasa base con valores superiores a 84 según la finalización del programa (MCMI-II)	288
tabla 59. Diferencias según la existencia de conductas violentas y finalización del programa	288
tabla 60. Comparación según la existencia de abusos y finalización del programa	289
tabla 61. Regresión logística variables predictoras (todos los sujetos)	290
tabla 62. Confirmación de las hipótesis correspondientes al primer objetivo	293
tabla 63: confirmación de las hipótesis correspondientes al segundo objetivo.....	301
tabla 64: confirmación de las hipótesis correspondientes al tercer objetivo.....	305

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Consumo de bebidas alcohólicas por continente (fuente: world hearth organization, 2014).....	43
figura 2. Tendencia en el consumo de alcohol en los últimos diez años (fuente: encuesta edades. Ministerios de sanidad, 2015).....	49
figura 3. Consumo de riesgo en población adulta (fuente: encuesta edades, ministerio de sanidad,2015)	52
figura 4. Mapa de procesos programa de comunidad terapéutica.....	201
figura 5: Resultados del análisis chaid (sexo).....	251
figura 6: Resultados del análisis chaid (conductas violentas)	258
figura 7. Resultados en el análisis chaid (victimización)	265
figura 8. Resultados en el análisis chaid (reingresos).....	273
figura 9. Resultados en el análisis chaid (episodios de tratamiento).....	282

INTRODUCCIÓN

Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol y el uso inadecuado de dicha sustancia es el factor causal de al menos 200 enfermedades y trastornos. Varias investigaciones recientes sugieren también una relación no causal entre el consumo de alcohol y algunas enfermedades infecciosas. Así, los mayores porcentajes de años de vida sana perdidos y de fallecimientos con respecto a las expectativas atribuibles al consumo del alcohol se encuentran en la región europea (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo abusivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto. Datos epidemiológicos internacionales advierten del excesivo consumo de alcohol. En 2010 el consumo puro per cápita en todo el mundo fue de 6,2 litros entre la población de más de 15 años, es decir, una cifra diaria de 13,5 gramos de alcohol puro al día. Sin embargo, más de la mitad de la población mundial de 15 años o más (61,7%) no ha probado el alcohol en el último año, siendo la abstención de beber mayor entre las mujeres que entre los hombres en todas las regiones de la OMS. Aun así aproximadamente el 16,0% de los bebedores de 15 años reúnen los criterios de un alto consumo de alcohol episódico, es decir, consumo de más de cinco bebidas en periodos cortos de tiempo.

Del mismo modo, también se observan unas diferencias significativas en la prevalencia de consumo de alcohol en las distintas regiones de la OMS. En general, cuanto mayor es la riqueza económica de un país, más alcohol consume y menor es el número de la población abstemia.

Por ello, todas las políticas sobre el consumo de alcohol llevadas a cabo tanto a nivel internacional como regional se desarrollan con el objetivo de reducir el uso nocivo, así como para reducir los perjuicios sociales y sanitarios atribuibles al alcohol. De unos años a esta parte son muchos los países que han demostrado un mayor liderazgo y compromiso con sus políticas referidas a la reducción del uso nocivo de dicha sustancia (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En resumen, los trastornos por abuso de sustancias, y en especial el consumo de alcohol, constituyen uno de los principales problemas sociales y que mayor coste socio sanitario tiene. En las últimas décadas, y debido al aumento del consumo de otras sustancias, las drogodependencias, entendidas como un fenómeno más amplio, han abarcado numerosos estudios. Así pues, cabe destacar el consenso que ha mostrado la comunidad científica para incluir la dependencia alcohólica dentro de los trastornos mentales.

Son muchas las investigaciones llevadas a cabo en el campo de las adicciones. Por eso, a día de hoy la comunidad científica cuenta con múltiples instrumentos diferentes de evaluación. Además, los distintos enfoques biológicos, psicológicos y sociales han demostrado contar con evidencias de la eficacia y la efectividad en cuanto a las líneas de tratamiento indicadas para el alcoholismo. Así, la oferta terapéutica de la que disponen los profesionales suele estar basada en criterios de salud y seguridad para el propio paciente. No obstante, en la práctica clínica es de suma importancia la colaboración y la participación del paciente en la terapia, es decir, la motivación para el cambio.

La parte empírica del presente trabajo evalúa la eficacia de un programa ambulatorio denominado Aldatu dirigido a pacientes alcohólicos. En la parte teórica se realiza una revisión de los conceptos básicos del alcoholismo, teniendo en cuenta la perspectiva histórica del consumo de alcohol, la conceptualización del alcoholismo, las tipologías de alcoholismo y la comorbilidad asociada. A continuación se exponen los distintos instrumentos de evaluación. Posteriormente se lleva a cabo una revisión de los distintos tipos de tratamiento en función de modelos médicos, psicológicos o sociales. Por último, se describen de manera detallada los servicios de la fundación a la cual pertenece el programa Aldatu, especialmente el tratamiento ambulatorio evaluado en esta tesis, haciendo referencia al modelo teórico de base, el equipo terapéutico, los objetivos, la metodología y la descripción del proceso.

La parte empírica del trabajo recoge la evaluación llevada a cabo en dicho programa ambulatorio. Se ha contado con una muestra de 151 pacientes de quienes se han evaluado los datos sociodemográficos y de consumo, los síntomas

psicopatológicos, las alteraciones de personalidad, las conductas violentas, las tasas de victimización, el éxito terapéutico y las variables predictoras del mismo.

PARTE TEÓRICA

PARTE TEÓRICA

CAPITULO I: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL ALCOHOLISMO

1.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Las bebidas alcohólicas han sido conocidas y utilizadas por el hombre desde tiempos inmemoriales. El consumo de alcohol ha tenido tradicionalmente una importante presencia en todas las civilizaciones y continentes. Las bebidas alcohólicas aparecieron casualmente en la vida de los hombres hace aproximadamente 10.000 años. El alcohol se obtiene a partir de un proceso de fermentación natural de levaduras y frutas estropeadas (Sournia, 1986; Toussaint-Samat, 1987) como es el caso del vino o de las cervezas, o bien de destilación, como es el caso de los licores.

El vino y la cerveza aparecen en antiquísimos documentos egipcios y mesopotámicos, y también en el Antiguo Testamento. Así, el código del rey babilonio Hammurabi amparaba a los bebedores de cerveza y vino de palma y hacía ejecutar a quienes aguaran la bebida. Los griegos rendían culto al dios Dionisio y ofrecían bebidas alcohólicas a sus dioses, mientras que los romanos apreciaban enormemente el vino, contribuyendo a la difusión de la vid por toda Europa. En la Biblia las referencias al vino son muy numerosas, ya que se encontraba presente en todas las ocasiones importantes de la vida social. En América existen fermentaciones alcohólicas de escasa graduación como el pulque y la chica, mientras que los árabes descubrieron la destilación y la exportaron a Europa a través de la actividad de los científicos de la época, los alquimistas (Fundación de ayuda contra la drogadicción, 2004).

El consumo de bebidas alcohólicas se asoció durante la Edad Media con la salud y el bienestar, destacando así su creencia curativa y su uso con fines terapéuticos basados en sus propiedades psicotrópicas y analgésicas. A partir de la revolución industrial del siglo XIX, el consumo de alcohol se dispara, convirtiéndose en un problema social. El marcado carácter social del alcohol y la gran aceptación de la que goza permiten que se cataloguen como normales patrones y formas de consumo que

en verdad son claramente desmesurados. La expansión en el comercio y las mejoras producidas en varios instrumentos de manipulación, conservación y distribución de alimentos hacen posible la obtención de bebidas con mayor graduación favoreciendo el consumo de las mismas en entornos marginales (Fouquet y DeBorde, 1985).

El alcohol afecta a las personas y a las sociedades de diferentes maneras. Los primeros estudios relacionados con el uso indebido del alcohol datan de 1785. En dicho año Rush observa en EEUU una mortalidad como consecuencia del consumo de alcohol de más de 650 personas por un millón de habitantes. Pero no es hasta 1846 cuando, con la publicación del médico sueco Magnus Huss “Alcoholismos Chronicus”, se crea el punto de partida para una nueva conceptualización del problema y para las posteriores investigaciones y publicaciones relacionadas con esta enfermedad que conlleva elevados costes socio-sanitarios en el estado español (Pascual, 2000).

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa cada año 3,3 millones de muertes en el mundo, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos (Organización Mundial de la Salud, 2014). Una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad, en torno al 5,1%, calculado en términos de la Esperanza de Vida Ajustada en función de la Discapacidad, y con diferencias entre sexos (en los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres), es atribuible al uso nocivo del alcohol y corresponde a traumatismos, sean o no intencionados, en particular los resultantes de accidentes de tránsito, actos de violencia y suicidios. Además, los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.

Si bien no existe un único factor de riesgo dominante, cuantos más factores de vulnerabilidad converjan en una persona (ambientales, sociales e individuales), más probable será que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia de su consumo. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. Recientemente se han

determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas, tales como la tuberculosis y el VIH/SIDA. Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Por todo ello la OMS persigue reducir la carga de morbilidad causada por el consumo nocivo de alcohol y, en consecuencia, salvar vidas, prevenir traumatismos y enfermedades y mejorar el bienestar de las personas, las comunidades y la sociedad en su conjunto. Este organismo pone el acento en la elaboración, comprobación y evaluación de intervenciones rentables contra el consumo nocivo de alcohol, así como en la generación, recopilación y divulgación de información científica acerca del consumo y la dependencia del alcohol, incluyendo las consecuencias sanitarias y sociales. Un ejemplo de ello es la aprobación en 2010 por la Asamblea Mundial de la Salud de una resolución en la que hace suya la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y por la que insta a los países a que fortalezcan las respuestas nacionales a los problemas de salud pública causados por dicho uso (OMS, 2010).

La estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol representa un compromiso colectivo de los Estados Miembros de la OMS para aplicar constantemente medidas encauzadas a reducir la carga mundial de morbilidad causada por el consumo nocivo. La estrategia incluye políticas e intervenciones de base científica que pueden proteger la salud y salvar vidas si se aplican correctamente. También incluye una serie de principios por los que debe guiarse la elaboración y ejecución de las políticas; además, establece las esferas prioritarias para la actuación mundial, recomienda objetivos concretos del programa de acción nacional y otorga un sólido mandato a la OMS para que fortalezca las actuaciones a todos los niveles (OMS, 2010).

Así pues, la OMS ha establecido el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud con el fin de presentar de manera dinámica datos sobre la intensidad y las características diversas del consumo de bebidas alcohólicas, las consecuencias sanitarias y sociales de dicho consumo y las políticas correspondientes a todos los

niveles. La aplicación satisfactoria de la estrategia para trabajar con la problemática del alcohol exigirá la actuación concertada de los países, una gobernanza mundial eficaz y la participación apropiada de los interesados directos. El trabajo conjunto de todas estas partes permitirá reducir las consecuencias negativas del consumo de alcohol sobre la salud humana y la sociedad.

1.2 CONCEPTUALIZACIÓN DEL ALCOHOLISMO

Si bien la definición de este trastorno ha ido evolucionando a lo largo de los años, todavía se carece de una definición plenamente aceptada. En 1948 la OMS reconoce como enfermedad el alcoholismo. Esta misma organización en 1952 acoge la siguiente definición vinculada al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-I (American Psychiatric Association, 1952): “Serían alcohólicos aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol hubiera alcanzado tal grado, que diera lugar a claras alteraciones psíquicas, a complicaciones somáticas o a conflictos en sus relaciones interpersonales, sus funciones sociales y laborales”.

Jellinek (1960), uno de los autores más destacados en la investigación de esta enfermedad, da la siguiente definición para este trastorno: “Todo uso o abuso de bebidas alcohólicas que resulta perjudicial para uno mismo, los demás o ambos”. Con el objetivo de incluir todas las formas de beber, esta definición agrupa todos los efectos nocivos que el alcohol tiene sobre la salud y las distintas problemáticas que conlleva.

Una propuesta posterior de la definición es la realizada por Edwards (1986). Según este autor, la presencia de un mayor o menor número de síntomas está relacionada con el nivel de gravedad de la enfermedad y la variabilidad individual. Edwards señala que el alcoholismo supone el establecimiento de la dependencia del sujeto respecto a la bebida, manifestada por los siguientes síntomas:

- 1) Pérdida de control respecto a la bebida, que puede manifestarse para el inicio del consumo o para finalizar el consumo una vez comenzado.
- 2) Necesidad de consumir alcohol en ayunas, de beber en diversos momentos del día y de hacerlo ante acontecimientos que provocan tensión.

- 3) Aparición del síndrome de abstinencia cuando deja de beber, que desaparece cuando se reanuda la ingesta.
- 4) Tolerancia al alcohol.
- 5) Abandono progresivo de otras fuentes de satisfacción.
- 6) Pérdida del trabajo, de la familia o de los amigos por culpa de la bebida, es decir, se persiste en el consumo a pesar de sus consecuencias perjudiciales.
- 7) Déficit de la memoria a corto plazo.
- 8) Pérdida de conciencia de la realidad y negación de la enfermedad.

1.2.1 DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN EL DSM-5

A continuación se presentan las consideraciones realizadas en el DSM-5 con respecto al alcohol.

1.2.1.1 Definición

La *intoxicación por alcohol* se entiende como un estado transitorio que se produce como consecuencia de una ingesta excesiva de alcohol, tanto en personas sanas como en aquellas afectadas por un trastorno de abuso o dependencia de esta sustancia. Las tasas de alcoholemia que preceden a la embriaguez son aquellas que superan los 1-1,5 gramos por litro de sangre. Su intensidad y duración dependen de factores como la cantidad ingerida y el tipo de bebida consumida, así como de la velocidad en la ingesta y otras variables del consumo y del desarrollo de la tolerancia (Echeburúa, 1996).

La *intoxicación aguda* se puede observar a partir de distintos síntomas y en función de la cantidad de alcohol ingerida. En cantidades moderadas de consumo de alcohol aparecen excitación, euforia y locuacidad. Con un mayor aumento de la ingesta suelen aparecer alteraciones psicomotrices como descoordinación de los movimientos, marcha inestable, habla disártrica, y alteraciones psicológicas como conductas violentas, inestabilidad emocional, comportamientos sexuales inadecuados, suspicacia, amnesias y deterioro de la atención y de la capacidad de juicio. En último extremo, y con cantidades todavía mayores a las ya comentadas, el sujeto puede llegar al coma o

incluso a la muerte (con tasas de alcoholemia de 4 ó 5 gramos por litro de sangre) (Echeburúa, 2001).

1.2.1.2 Criterios diagnósticos en el DSM-5

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana en su última versión revisada (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) incorpora una serie de cambios con respecto a las ediciones previas. Quizás el más llamativo sea la eliminación del sistema multiaxial para la documentación de los diagnósticos. Así, el nuevo manual combina los anteriores ejes I, II y III para los diagnósticos clínicos y requiere anotaciones separadas para los factores psicosociales y contextuales (anterior eje IV) y discapacidad (anterior eje V).

- a) La fusión de los ejes I a III está basada en la existencia de una relación bidireccional entre los trastornos mentales y los factores biológicos o procesos físicos, y entre las enfermedades somáticas y los factores psicosociales o comportamentales. Aun así, los clínicos deben seguir describiendo todas las enfermedades somáticas relevantes para entender o manejar el trastorno mental del sujeto.
- b) En el anterior eje IV (factores psicosociales y contextuales) a la hora de llevar a cabo las anotaciones se recomienda el uso del código Z de la CIE-10.
- c) El anterior eje V también realiza cambios con anotaciones separadas para calificar la discapacidad. Se ha abandonado la escala tradicional del DSM, la *Global Assessment of Functioning* (GAF) (Hall, 1995). Se recomienda utilizar la escala de la OMS, la *World Health Organization Disability Assessment Scale* (versión 2.0) (WHODAS) (World Health Organization, 2010).

Otro cambio significativo en el DSM-5 es la introducción de una calificación dimensional de gravedad en los diagnósticos categoriales en un intento de solucionar temporalmente (hasta que haya mayor evidencia empírica) el problema de lo categorial *versus* lo dimensional en los trastornos mentales y del comportamiento.

Con respecto a los criterios diagnósticos, el trastorno por consumo de alcohol del nuevo DSM-5 combina los criterios diagnósticos de abuso y dependencia del DSM-IV-TR (ver tabla 1), ya que los estudios han demostrado que comparten una estructura unidimensional (Hasin, 2012). El nuevo diagnóstico DSM-5 mantiene 3 de los 4 criterios

del abuso (pasan a ser los criterios 1-3) y los 7 criterios de la dependencia (pasan a ser los criterios 4-10). Además, incorpora un nuevo criterio diagnóstico, el 11, "ansia de consumo o un deseo o impulso irrefrenables de consumir alcohol", que aumentará la consistencia con el sistema CIE (Hasin, Beseler, Park, y Wall, 2012), si bien el valor de añadir este criterio es cuestionable (Hasin, 2012; Hasin et al., 2012). Los estudios de campo del DSM-5 demostraron que la eliminación del criterio 3 del abuso "problemas legales repetidos relacionados con el alcohol" no supuso un problema de pérdida de información o cobertura diagnóstica (Hasin, 2012; Hasin et al., 2012). Otro de los cambios en esta categoría diagnóstica afecta a las calificaciones adicionales al diagnóstico principal o especificadores. Como novedad, el DSM-5 ha incorporado una calificación de gravedad específica del cuadro clínico en lugar de mantenerla en la codificación del curso del trastorno, como sucedía en el DSM-IV-TR, y proporciona criterios operativos para las calificaciones de leve (con la presentación de 2 ó 3 síntomas), moderado (entre 4 y 5 síntomas) y grave (6 síntomas o más). Además, se ha simplificado el especificador de curso, limitándolo a 2 categorías: en remisión temprana y en remisión mantenida.

Tabla 1: Cambios en el DSM-5 con respecto al DSM-IV-TR

	DSM 5	DSM IV-TR	DSM-IV-TR
Denominación	Trastorno por consumo de alcohol	Abuso de alcohol	Dependencia de alcohol
Nº mínimo de criterios requeridos	2	1	3
Nº de criterios posibles	11	4	7

Fuente: Pascual, Guardia, Pereiro y Bobes (2013).

El DSM-5 establece 3 categorías diagnósticas independientes: el trastorno por consumo de sustancias, el trastorno inducido por sustancias (donde se clasifican la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento) y finalmente el trastorno relacionado con sustancia sin especificar.

En los trastornos por uso de sustancias se debe aplicar el código que corresponda a la clase de sustancia y además anotar el nombre de la sustancia específica. Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de estas clases se debe usar el código “*Trastorno por consumo de otras sustancias*” e indicar la sustancia específica. Si se desconoce cuál es la sustancia que ha tomado el individuo se aplica el código de la clase “*Otra (o desconocida)*”. Si se cumplen los criterios de más de un trastorno por consumo de sustancias, se deben diagnosticar todos ellos.

Si bien la palabra *adicción* es de uso habitual en muchos países, no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación. Se utiliza la expresión más neutra *trastorno por consumo de sustancias* para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y repetido. Aunque algunos profesionales preferirán utilizar la palabra *adicción* para describir las presentaciones más extremas, esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y de su posible connotación negativa.

1.2.1.2.1 Criterios diagnósticos por el trastorno por consumo de alcohol

En la tabla 2 se describen, dentro del ya mencionado trastorno por uso de sustancias, los criterios diagnósticos para el trastorno por consumo de alcohol.

Es preciso especificar si el cuadro se presenta en remisión inicial (después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses, excepto el Criterio A4 “*Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol*”, que puede haberse cumplido), remisión continuada (después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más, excepto el Criterio A4 “*Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol*”, que puede haberse cumplido) o en entorno controlado (especificador adicional, se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol).

Tabla 2. Criterios diagnósticos para el trastorno por consumo de alcohol

- a) Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
- 1) Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 - 2) Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
 - 3) Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 - 4) Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
 - 5) Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 - 6) Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
 - 7) El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 - 8) Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 - 9) Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
 - 10) Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
 - 11) Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol).
 - Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Como se ha mencionado anteriormente, puede especificarse también la gravedad actual del consumo. Por ello pueden diferenciarse:

305.00 (F10.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

303.90 (F10.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

303.90 (F10.20) Grave: Presencia de 6 ó más síntomas.

1.2.1.2.2 Criterios diagnósticos para el trastorno inducido por sustancias

Dentro de los trastornos inducidos por sustancias, y para todas ellas, se incluyen criterios diagnósticos tales como la intoxicación y la abstinencia. A continuación, se describen los relacionados con el alcohol (tabla 3).

Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, lo laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia. Es preciso especificar si se dan alteraciones de la percepción (habitualmente visuales o táctiles).

1.2.1.2.3 Criterios diagnósticos para los trastornos relacionados con el alcohol no especificados

En los trastornos relacionados con el alcohol no especificados predominan los síntomas característicos de otro trastorno relacionado con el alcohol que causa malestar clínicamente significativo o deterioro importante en las áreas sociales, laboral y otras que competan al funcionamiento del sujeto que pero que no cumplen previamente todos los criterios específicos relacionados con el alcohol o ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos relacionados con sustancias.

Tabla 3. Criterios diagnósticos para la intoxicación y la abstinencia

- a) Los criterios generales para la intoxicación por alcohol son los siguientes:
1. Ingesta reciente de alcohol.
 2. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingestión de alcohol.
 3. Uno o más de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:
 - Habla pastosa.
 - Incoordinación.
 - Marcha insegura.
 - Nistagmo.
 - Alteración de la atención o de la memoria.
 - Estupor o coma.
 4. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.
- b) Criterios para el diagnóstico de abstinencia de alcohol:
1. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
 2. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A:
 3. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo
 4. Incremento del temblor de las manos.
 5. Insomnio.
 6. Náuseas o vómitos.
 7. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
 8. Agitación psicomotora.
 9. Ansiedad.
 10. Convulsiones tónico clónicas generalizadas.

1.2.2 DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN LA CIE 10

La OMS define la salud de una forma amplia dentro de un marco biopsicosocial, como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo como la

ausencia de enfermedad (OMS, 2010). La OMS es la única organización, hoy en día, con la capacidad de asegurar la cooperación global y el acuerdo internacional en estos asuntos, con lo que se encuentra en una posición única para promover los estándares de salud globales. Todos los países miembros de la OMS acordaron utilizar los sistemas de clasificación de la OMS como referencia para recoger información sobre temas de salud, de forma que pueda ser comparada tanto dentro del país como entre diferentes países. La OMS se encuentra en estos momentos inmersa en el proceso de revisión de la CIE (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) que dará lugar a la aprobación de la CIE-11 por la Asamblea Mundial de la Salud, el máximo órgano de decisión de la OMS.

A día de hoy se encuentra vigente el sistema de clasificación CIE-10 (OMS, 1992). La lista CIE-10 tiene su origen en la «Lista de causas de muerte», cuya primera edición editó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. La CIE-10, entendida como una clasificación de enfermedades con un sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos, se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad y permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.

Su utilidad está en convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.

Con el objetivo de hacer un proyecto sobre la taxonomía de los patrones de consumo de alcohol para su uso en los talleres nacionales de la 11ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, se presentaron algunas reflexiones sobre el concepto de bebedor social y las modalidades de consumo no social que se manifiestan tanto en personas dependientes como no del alcohol. Con fines

taxonómicos, se sugirió que el consumo nocivo debe ser excluido de la categoría de alcoholismo nosográfico y evaluarse como el enlace inmediato a la dependencia en los patrones de consumo de bebida que conducen a esta condición. También se hizo la propuesta de prestar más atención a las manifestaciones somáticas derivadas de la ansiedad sostenida en los familiares que viven con adictos a las drogas, que se ven afectados por el estrés y se comportan como adictos pasivos cuya máxima expresión es co-dependencia (Gonzalez, 2011).

1.2.2.1 Consumo perjudicial

1.2.2.1.1 Definición

El concepto de *consumo perjudicial* o *abuso de una sustancia* hace referencia a cualquier uso de una droga que, no cumpliendo con los criterios de diagnóstico de dependencia, resulta problemático para el sujeto o su entorno. Se valida por tanto un continuo entre el uso normalizado de una sustancia y la dependencia a la misma.

Se considera abuso de alcohol cuando la ingesta supera los límites culturales establecidos en cuanto a frecuencia o cantidad. También cuando se bebe en contextos socialmente no aceptados y en horarios comprometidos. Por ello, el abuso se describe por las consecuencias que genera. El consumo perjudicial tiene como características principales el comienzo de los problemas físicos (alteraciones gastrointestinales, neurológicas o sexuales) y la aparición de conductas disfuncionales (por ejemplo, disminución del rendimiento laboral, conflictos de pareja, episodios de violencia, empobrecimiento de la vida social, conducción bajo los efectos del alcohol). En general, el sujeto con un consumo perjudicial de alcohol dejará de beber para conseguir los refuerzos positivos que aporta el alcohol en contextos sociales, y pasará a consumir para obtener los efectos de refuerzo negativo, como por ejemplo olvidarse de acontecimientos o sentimientos negativos o, evitar del malestar en general. Es decir, el sujeto con consumo perjudicial tenderá a utilizar el alcohol como estrategia de afrontamiento ante cualquier circunstancia o problema que surja.

La transición de un consumo saludable a la dependencia, pasando por el abuso o el consumo perjudicial, suele ser progresiva y condicionada por factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan (Rodríguez-Martos, 1995; Schmidt, Dufeu, Kuhn, Smolka, y Rommelspacher, 2000). Además, a diferencia de otras drogas, el período de progresión entre el abuso y la dependencia, cuando se trata del alcohol, es prolongado. De hecho, pueden transcurrir entre 10 y 15 años de un consumo perjudicial antes de presentar una dependencia (Echeburúa, 2001).

1.2.2.1.2 Criterios diagnósticos

La CIE-10 describe el consumo perjudicial de cualquier sustancia como toda forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental. Los criterios diagnósticos son los siguientes:

- a) Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.
- b) La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificada).
- c) La forma de consumo ha persistido durante al menos un mes o se ha presentado reiteradas veces a lo largo de 12 meses.
- d) El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo período de tiempo (con la excepción de intoxicación aguda).

1.2.2.2 Dependencia

1.2.2.2.1 Definición

El concepto de *dependencia* acarrea cierta controversia en lo que a terminología se refiere. Los criterios diagnósticos de los manuales DSM-IV-TR y CIE-10 incluyen fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, y el concepto más restringido de dependencia física. En esta última acepción, desde el punto de vista farmacológico, la dependencia se define exclusivamente como la aparición de un síndrome de abstinencia al suspender la ingesta de la sustancia psicoactiva (Miller y Gold, 1993).

La dicotomía dependencia física versus dependencia psicológica es debida en parte a esta confusión. Resulta artificial ya que cuando hablamos de dependencia hacemos referencia a un trastorno psicoconductual, pero sin olvidar el componente neurobiológico que subyace a cualquier conducta. Es decir, cualquier trastorno conductual se acompaña de unos cambios biológicos, aunque estos no tienen por qué implicar una neuroadaptación que conlleve tolerancia y síndrome de abstinencia. Así pues, la dependencia, entendida como constructo psicoconductual, se caracteriza por un impulso irresistible hacia un determinado estado vivencial (Edwards, 1986; Edwards, Arif, y Hodgson, 1981). La dependencia alcohólica se interpreta como un síndrome multivariado de acuerdo con un modelo biopsicosocial de enfermedad, tanto en lo que se refiere a su génesis como a su expresividad (Alexander, 1987).

Por otra parte, los dos sistemas de clasificación citados parten del síndrome de dependencia definido por Edwards y Gross (1976). Estos autores consideran la dependencia como un constructo compuesto por las siguientes características (Edwards et al., 1981):

- a) Estrechamiento del repertorio de conducta.
- b) Importancia desmesurada (prioridad) otorgada al alcohol.
- c) Aumento de la tolerancia.
- d) Síntomas de privación reiterados.
- e) Ingesta de alcohol para evitar los síntomas carenciales.
- f) Deseo subjetivo irresistible de beber.
- g) Rapidez de la reinstauración del síndrome tras la abstinencia.

Estos autores hacen una clara distinción entre el síndrome de dependencia y los eventuales trastornos o disfunciones (físicos, psíquicos o sociales) derivados del consumo excesivo. Por otra parte, la presencia de tolerancia o de síndrome de abstinencia no es indispensable para hacer el diagnóstico, si bien son altamente indicativos de este problema.

1.2.2.2 Criterios diagnósticos

Para la OMS el *síndrome de dependencia* resulta de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas, en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, siendo preeminente incluso a comportamientos que anteriormente resultaban gratificantes. Además se deben establecer las siguientes pautas para llevar a cabo el diagnóstico, presentándose simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones en algún momento durante los doce meses previos:

- a) Deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
- c) Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
- e) Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, ingerir o para recuperarse de los efectos de la sustancia.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de evidentes consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

Cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia aparece la conciencia subjetiva de la compulsión al consumo. Esta es una característica esencial de síndrome de dependencia que no es específica del alcohol ya que puede aparecer hacia otra sustancia o para un espectro más amplio de diferentes sustancias.

1.2.2.3 Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia del alcohol se caracteriza por la presencia de varios síntomas como hiperactividad vegetativa (sudoración, temblor, taquicardias, hipertensión arterial, náuseas, vómitos...), síntomas de ansiedad, inquietud, insomnio, irritabilidad y deseo inevitable o “necesidad” (*craving*) de ingerir alcohol, debido al cese o reducción brusca del uso prolongado en grandes cantidades, y tras haber desarrollado tolerancia a dicha sustancia. Generalmente aparece entre las seis y veinticuatro horas posteriores al último consumo (Fariña, Marrero, Cardenes, Hernandez y Tenerife, 2009).

Cuando la abstinencia alcanza niveles altos, y por consiguiente se considera grave, el individuo puede presentar crisis convulsivas generalizadas y alteraciones perceptivas (alucinaciones) en contexto de un estado confusional (*delirium*), que cursado con agitación psicomotora, puede conducir a la muerte. Son varias las manifestaciones que se pueden presentar a nivel psiquiátrico:

- a) *Delirium tremens*. Es la complicación más grave en las personas alcohólicas. Aparece de forma brusca en personas jóvenes de entre 35 y 50 años tras enfermedad respiratoria, proceso postquirúrgico, accidente callejero o cualquier situación que como consecuencia inmediata conlleve una abstinencia forzada. La aparición del cuadro clínico puede instalarse en horas y en otras ocasiones viene precedido por momentos de alucinación o pesadillas. Posteriormente esta sintomatología se convierte en permanente y el enfermo comienza con temblores, disartria, balbuceos que dificultan el habla, mirada fija, expresión de pánico, fiebre, temblores y clásica sintomatología onírica (sombras amenazantes, rostros ensangrentados, alucinaciones de tipo visual con contenido terrorífico...). A todo lo anteriormente comentado se le añade la obnubilación de la conciencia que motiva la amnesia al recuperarse. El cuadro evoluciona en 3 a 7 días.
- b) *Delirio alcohólico subagudo*. Cuadro de menor gravedad pero muy similar al anteriormente comentado. Su pronóstico es bueno.
- c) *Delirio celotípico*. Ideas de celos relacionadas con disfunciones sexuales o rechazos por parte de la pareja. Es un delirio con lucidez en la conciencia, imaginativo, sistematizado y autorreferencial.
- d) *Alucinosis alcohólica*. Generalmente son alucinaciones auditivas que dan origen a sensaciones muy angustiosas, como voces que hacen referencia al enfermo en tercera persona, voces confusas o murmullos. Produce desestabilización en las

áreas familiar, social y/o laboral, si bien en la mayoría de los casos el pronóstico es favorable.

A nivel somático también pueden presentarse complicaciones tales como:

- a) *Lesiones hepáticas.* Se manifiestan en forma gastroenterológica, circulación portal supletoria, clásicas hepatomegalias o atrofas y varices sangrantes sobre todo en el esófago. También se detecta aumento de la eritrosedimentación, aumento de la gammaglobulina y reacciones de floculación presentes. Las transaminasas suelen aparecer dentro de los parámetros normales.
- b) *Cardiopatías.* Ritmos cardiacos alterados que se manifiestan cuando el acetaldehído es el principal inotrópico y cronotrópico negativo.
- c) *Alteraciones sanguíneas.* Se caracterizan por falta de absorción en el hierro y ácido fólico. Generalmente se normaliza al suspenderse la ingesta.
- d) *Complicaciones pulmonares.* Frecuentemente aparecen en forma de infecciones agudas y en otros casos de enfermedad tuberculosa. Aparecen en fases avanzadas y están relacionadas con las malas condiciones de vida.
- e) *Lesiones en la piel.* Alteraciones propias de la falta de ácido fólico con las escamas gruesas de la piel.

Por último, se distinguen también numerosos cuadros relacionados con la dependencia alcohólica con evolución y pronóstico reservado:

- a) *Enfermedad de Marchiafava Bignani.* Degeneración del lóbulo frontal y orbitario que se caracteriza por una atrofia laminar en el cuello caloso. La sintomatología clínica revierte en una demencia total con clara y rápida evolución hacia la muerte.
- b) *Encefalopatía de Wernicke.* Sintomatología de tipo gástrico con náuseas e inapetencias (ansiedad e irritabilidad, insomnio, cefaleas, vértigos y polineuritis) que se va instaurando de forma progresiva e intercala periodos de estupor con momentos de excitación. Evoluciona en muerte en aproximadamente 15 días.
- c) *Síndrome de Korsakov.* Síndrome neurotóxico conocido también como Cerebropatía Tóxica que se caracteriza por desubicación temporoespacial, polineuritis, tendencia al deterioro físico, afectación en memoria a corto y largo plazo y con frecuencia delirios mal sistematizados, bastante incoherentes y polimorfos.

1.2.2.4 Tolerancia

La tolerancia es un estado de adaptación por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga, caracterizado por la necesidad de recurrir a cantidades crecientes para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis (tolerancia invertida). Bajo este proceso subyace una adaptación del organismo frente a la presencia continuada de una sustancia extraña (Ayesta, 2002).

Hay dos formas de tolerancia al alcohol: la tolerancia farmacodinámica, que implica cambios neuronales, y la tolerancia de tipo farmacocinética, producida por cambios adaptativos de tipo metabólico. La primera de ellas hace alusión a un proceso de adaptación celular. El alcohol altera las membranas celulares, modifica el orden de los ácidos grasos y da lugar a una estructura más fluida. Al mismo tiempo la célula, en un intento de mantener su equilibrio interno, se vuelve más rígida para resistir mejor el efecto del alcohol. Éste y otros mecanismos similares se conocen como *tolerancia farmacodinámica* y se manifiestan como un menor efecto en igualdad de niveles plasmáticos de etanol.

En cuanto a la *tolerancia farmacocinética*, se debe considerar que a nivel metabólico el etanol a dosis altas da lugar a la inducción enzimática del sistema oxidativo microsomal encargado de la metabolización del etanol. Esto ocasiona que a igualdad de ingesta las alcoholemias sean menores.

Se distinguen varios subtipos de tolerancia farmacocinética (Ayesta, 2002):

- *Tolerancia aguda*. A igualdad de alcoholemia se produce más efecto cuando los niveles plasmáticos están subiendo que cuando están bajando.
- *Tolerancia conductual*. Las personas que ingieren habitualmente alcohol mientras realizan una tarea presentan tolerancia al alcohol para esa tarea, es decir, son capaces de realizarla correctamente aun con dosis de alcohol que impedirían la ejecución en otros individuos.
- *Tolerancia celular*. Adaptaciones celulares a la exposición crónica de etanol que se traducen en una menor respuesta a sus efectos. Los mecanismos por los que esta adaptación se produce pueden ser varios: cambios en el número de receptores, en los segundos mensajeros, en el número o sensibilidad de canales, etc.

La *tolerancia cruzada* es otra manifestación posible de este fenómeno. Se caracteriza por la interacción entre el alcohol y otras sustancias adictivas. Dicho fenómeno implica que la persona que ha desarrollado tolerancia con el alcohol también la genere con otras sustancias que compartan el mismo patrón de acción.

Se conoce también la existencia de la *tolerancia invertida*. En este caso, una pequeña dosis de alcohol (en fases avanzadas de la enfermedad) es suficiente para producir síntomas de embriaguez. Esto ocurre por la incapacidad del hígado para metabolizar adecuadamente el alcohol.

1.2.2.5 Craving

El término anglosajón *craving* ha ido evolucionando en los últimos años. Son muchos los autores y modelos teóricos que intentan explicarlo, por lo que resulta difícil conseguir una única definición. La mayoría de las conceptualizaciones lo definen como “una experiencia subjetiva de deseo intenso de consumir, o de necesidad imperiosa, de auto administrarse una determinada sustancia adictiva” (Tiffany y Conklin, 2000).

Sobre lo que sí existe un amplio consenso es sobre la consideración del *craving* como un componente importante de la dependencia de drogas, puesto que parece clara su implicación de forma bastante generalizada en las recaídas y en la continuidad del consumo posterior, tras largos periodos de abstinencia durante el tratamiento.

Se distinguen dos tipos de *craving* a consecuencia de la interacción de componentes fisiológicos y cognitivos (Wetterling, Veltrup, y Junghanns, 1996):

- a) *Craving primario o simbólico*. Necesidad manifiesta de ingerir alcohol tras un período de abstinencia mantenida sin que se dé una situación de privación de alcohol. El estímulo desencadenante puede ser externo o interno. Puede ser el propio alcohol o una circunstancia repetidamente asociada a su ingesta y a sus efectos (estímulo condicionado). Parece que en este fenómeno de *craving* condicionado participan los neurotransmisores implicados en el sistema cerebral de recompensa (Childress et al., 1993; Littleton, Qatari y Little, 1996).

- b) *Craving secundario*. Demanda de alcohol provocada por la privación parcial o total del mismo. Esta sensación desagradable conlleva la búsqueda del alcohol como paliativo. El sustrato bioquímico parece ser el desbordamiento de la adaptación neuroquímica (hiperactividad glutamérgica) propia del síndrome de abstinencia.

1.3 TIPOLOGIAS DE ALCOHOLISMO

Debido a la contribución de diferentes factores etiológicos (genéticos, psicológicos y sociales), el inicio, el curso y el pronóstico del alcoholismo no son idénticos en todos los casos. Es por eso que se plantean diferentes tipos de alcoholismo según diferentes clasificaciones y criterios de distintos autores.

1.3.1 TIPOLOGÍA DE JELLINEK

La tipología de Jellinek (1960) ha sido la referencia de varias clasificaciones posteriores. Según este autor, son cinco los posibles tipos de alcoholismo que no suponen una tipología rígida, dado que un mismo sujeto puede evolucionar de un tipo a otro en un largo periodo de tiempo. Estos son los diferentes tipos:

- a) *Alcoholismo tipo Alfa*. Estos sujetos presentan dependencia psicológica continua con objeto de neutralizar el dolor corporal o emocional producido por otra enfermedad ya existente,
- b) *Alcoholismo tipo Beta*. Bebedores excesivos regulares que presentan complicaciones somáticas sin presentar dependencia física ni psicológica.
- c) *Alcoholismo tipo Gamma*. Sujetos que presentan sintomatología abstinecial en forma de tolerancia, intoxicaciones frecuentes, falta de control y dependencia física. También muestran alguna problemática psicológica subyacente.
- d) *Alcoholismo tipo Delta*. Bebedores sociales excesivamente regulares que presentan incapacidad para mantener periodos de abstinencia, sin tendencia a la intoxicación y con lenta progresión del trastorno.
- e) *Alcoholismo tipo Épsilon*. Bebedores episódicos, generalmente de fin de semana, sin sintomatología de abstinencia pero con pérdida del control sobre el consumo e intoxicaciones frecuentes.

1.3.2 TIPOLOGÍA DE ALONSO-FERNANDEZ

Tomando como referencia la tipología anteriormente comentada, Alonso-Fernández (1981) define una nueva tipología. Este autor defiende que los diferentes trastornos están fundamentados en los distintos tipos de problemas de alcohol.

- a) *Bebedor enfermo psíquico (equivalente al alcoholismo tipo Alfa)*. Destacan los factores psicológicos frente a los sociales. Estos tratan de aliviar el sufrimiento emocional producido por una enfermedad psíquica.
- b) *Bebedor alcoholómano (equivalente al alcoholismo tipo Gamma)*. No toma alcohol de forma regular pero cuando lo hace son habituales las intoxicaciones. Aparece el componente compulsivo cuando bebe en presencia de desencadenantes psicológicos en su trastorno. El autor afirma la existencia de una personalidad prealcoholómana.
- c) *Bebedor excesivo regular (corresponde al tipo Delta)*. Ingiere a diario cantidades excesivas de alcohol pero rara vez llega a la intoxicación. Es frecuente el desarrollo de dependencia física.

1.3.3. TIPOLOGÍA DE MOREY Y SKINNER

Tras varios estudios con muestras amplias, Morey y Skinner (1986) realizaron una clasificación de tres tipologías de alcoholismo diferentes que pueden evolucionar a cualquiera de los otros grupos:

- a) *Bebedores problemáticos incipientes*. Son sujetos con problemas de abuso de alcohol que no llegan a tener un diagnóstico de dependencia. Además presentan una menor gravedad en alteraciones psicopatológicas y de personalidad. También están mejor adaptados a nivel socio-laboral.
- b) *Alcohólicos afiliativos*. Patrón de consumo de alcohol continuo sin periodos prolongados en la abstinencia. Se trata de bebedores sociales con marcada tendencia a la extroversión, la impulsividad y la agresividad. Presentan un nivel moderado en cuanto a problemática asociada con el consumo (similares a los de grupo Delta de Jellinek).
- c) *Alcohólicos esquizoides*. Patrón de consumo en solitario con sintomatología de dependencia y por consiguiente episodios de múltiples intoxicaciones aunque con periodos de abstinencia. Presentan agresividad, impulsividad y aislamiento social. También muestran mayor déficit cognitivo y peor adaptación socio-laboral.

1.3.4. TIPOLOGÍA DE ZUCKER

Siguiendo la línea de los anteriores, Zucker (1987) describe cuatro subtipos de alcoholismo:

- a) *Alcoholismo de desarrollo limitado*. Son bebedores excesivos que se recuperan al responsabilizarse con un rol familiar y laboral adulto.
- b) *Alcoholismo de desarrollo acumulativo*. Alcoholismo primario de etiología exclusivamente social sin alteraciones psiquiátricas que concluye con un síndrome de dependencia inducida por excesivo consumo en entorno social.
- c) *Alcoholismo antisocial*. Alcoholismo de inicio precoz asociado a trastorno disocial de la personalidad, desarrollado generalmente en varones y con pronóstico negativo.
- d) *Alcoholismo de afectos negativos*. Tipología que se encuentra sobre todo en mujeres que utilizan el alcohol para regular el estado anímico o facilitar las relaciones sociales.

1.3.5. TIPOLOGÍA DE SCHUCKIT

Schuckit (1985) diferencia dos tipos de alcoholismo. Por un lado, un patrón de alcoholismo primario que no está precedido por ningún otro trastorno, aunque puede desencadenar alteraciones psicopatológicas; y, por otro, un alcoholismo secundario que aparece superpuesto a un trastorno mental anterior (en las mujeres trastornos afectivos y en varones generalmente trastorno disocial).

1.3.6. TIPOLOGÍA DE CLONINGER

Entre todas las tipologías modernas, la que mayor aceptación y más bibliografía ha generado es la propuesta por Cloninger (1987), que describe dos subtipos de alcoholismo:

- a) *Tipo I*. Los sujetos de este grupo presentan mayor dependencia psicológica que física. Tienen múltiples episodios de pérdida de control sobre el consumo, con sentimientos de culpa y preocupación. Su personalidad está caracterizada por un bajo nivel en la búsqueda de nuevas sensaciones y elevados niveles de evitación ante el peligro y dependencia ante recompensas. La afectación se da tanto en mujeres como en varones, su etiología es principalmente ambiental y la aparición de problemas secundarios relacionados con el alcohol es tardía.

- b) *Tipo II*. Están personas presentan serios problemas para mantener periodos de abstinencia, las intoxicaciones generan múltiples agresiones y problemas con la justicia pero sin posteriores sentimientos de culpa. Su personalidad está caracterizada por elevados niveles de búsqueda de nuevas sensaciones y bajos niveles de evitación ante el peligro. Se da principalmente en varones, destacan los factores genéticos en su etiología y la aparición del problema es precoz.

Debido a la presencia de ambos subtipos en un mismo sujeto, la aplicación clínica de esta categoría ha resultado complicada. Varios autores (Glenn y Nixon, 1991; Windle, 1994) proponen considerar el alcoholismo de tipo II como un alcoholismo secundario a un trastorno disocial de la personalidad, lo que coincidiría con la clasificación de Schuckit (1985).

Otro estudio realizado en 2008 señaló que los pacientes de tipo II dependientes del alcohol son más impulsivos y se muestran con mayor hostilidad y angustia emocional que los pacientes dependientes del alcohol tipo I. Los trastornos de personalidad no eran tan frecuentes en el caso de los pacientes dependientes del alcohol tipo I, siendo los trastornos de personalidad más específicos para pacientes tipo II el narcisista y el paranoide (Echeburúa, De Medina y Aizpiri).

1.3.7. TIPOLOGÍA DE BABOR

Babor, que reconoce las similitudes entre su modelo y el propuesto por Cloninger, propone dos tipos de alcoholismo (Babor, Hofman, Del Boca, Hesselbrock, Meyer, Dolinsky y Rousanville, 1992).

- a) *Tipo A*. Inicio tardío del problema con menos factores de riesgo familiares y en la infancia y menor complicación física, psicológica y social. Presentan además un menor grado de dependencia, un menor número de tratamientos realizados y por consiguiente mejor pronóstico. Se asemeja al alcoholismo tipo Delta de Jellinek.
- b) *Tipo B*. Mayor presencia de factores de riesgo familiares y sociales, inicio precoz y mayor número de complicaciones a distintos niveles, además de una mayor probabilidad de consumo de otras sustancias psicoactivas y peor pronóstico.

La presencia de antecedentes familiares de alcoholismo y/o un trastorno antisocial de la personalidad son factores de marcada importancia en la tendencia hacia encontrar clasificaciones válidas para los diferentes tipos de alcoholismo. En general, se pueden distinguir dos tipos, uno de inicio tardío, curso lento, menor complicación y mejor pronóstico y otro grupo con marcada predisposición genética, inicio precoz y mayor número de problemas asociados y peor pronóstico. En todo caso, debido a los múltiples fracasos en los intentos de replicar los hallazgos por los diferentes autores, no existe una clasificación definitiva (Babor et al., 1992).

1.4 EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

1.4.1 ESTUDIOS INTERNACIONALES

Los datos de consumo de alcohol en los últimos años son estremecedores y preocupantes. Se calcula que el uso nocivo del alcohol causa cada año 2,5 millones de muertes en el mundo. Una proporción considerable de las mismas se presenta entre los más jóvenes.

El uso nocivo de alcohol, entendido como el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para las personas de su entorno y para la sociedad en general, tiene graves repercusiones en la salud pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo de los problemas de salud a nivel mundial. El abuso de alcohol contribuye de forma importante a la carga de mortalidad, ocupando el tercer puesto entre los principales factores de riesgo para la muerte prematura y la discapacidad a nivel mundial. En la publicación llevada a cabo en 2014 por la OMS se estimó que en 2012 el 5,9 % de las muertes a nivel mundial fueron atribuidas al consumo abusivo de alcohol (World Health Organization, 2014).

Según otra publicación llevada a cabo por la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol (OMS, 2010), los trastornos neuropsiquiátricos, las enfermedades no transmisibles (como las cardiovasculares, la cirrosis hepática o varios tipos de cáncer), la aparición de enfermedades infecciosas como el VIH, la tuberculosis o la neumonía, los suicidios, la violencia o los accidentes, entre otros, pueden estar vinculados

también con el consumo nocivo de alcohol. Varias variables como, por ejemplo, la edad, el sexo y otras características biológicas, así como la situación y el contexto en el que se bebe, condicionan el grado de riesgo del uso nocivo del alcohol.

Hay varios países que a día de hoy ya cuentan con estudios epidemiológicos sobre el trastorno por consumo de alcohol. Según el informe publicado por la Oficina contra las Drogas y el Crimen de la ONU (United Nations Office on Drugs and Crime, 2012) y teniendo en cuenta que el consumo de alcohol es legal en la mayoría de los países encuestados, las estimaciones mundiales indican que la prevalencia de consumo de alcohol durante el mes anterior a la recogida de los datos es del 42%, frente al 5,0% del consumo de drogas ilícitas. La prevalencia del consumo semanal episódico intenso de alcohol es ocho veces superior al consumo problemático de drogas ilegales.

Una encuesta realizada en 2010 y publicada recientemente con una muestra compuesta por personas mayores de quince años y de diferentes nacionalidades refiere que el tipo de bebida más consumida a nivel mundial son las denominadas bebidas espirituales (vodka, ginebra...), seguidas por la cerveza y el vino. Se encuentran diferencias si se consideran las distintas cantidades. En América, Este del Mediterráneo y Europa el tipo de bebida más consumida es la cerveza, seguida de las bebidas espirituales y el vino. En el Sudeste asiático y Pacífico Oeste, sin embargo, siguiendo con la tendencia mundial, el consumo se da mayoritariamente en bebidas espirituales, seguido por cerveza. África es el único continente que muestra una prevalencia mayor en consumos de otras bebidas, seguidas por la cerveza y las bebidas espirituales (WHO, 2014) (figura 1).

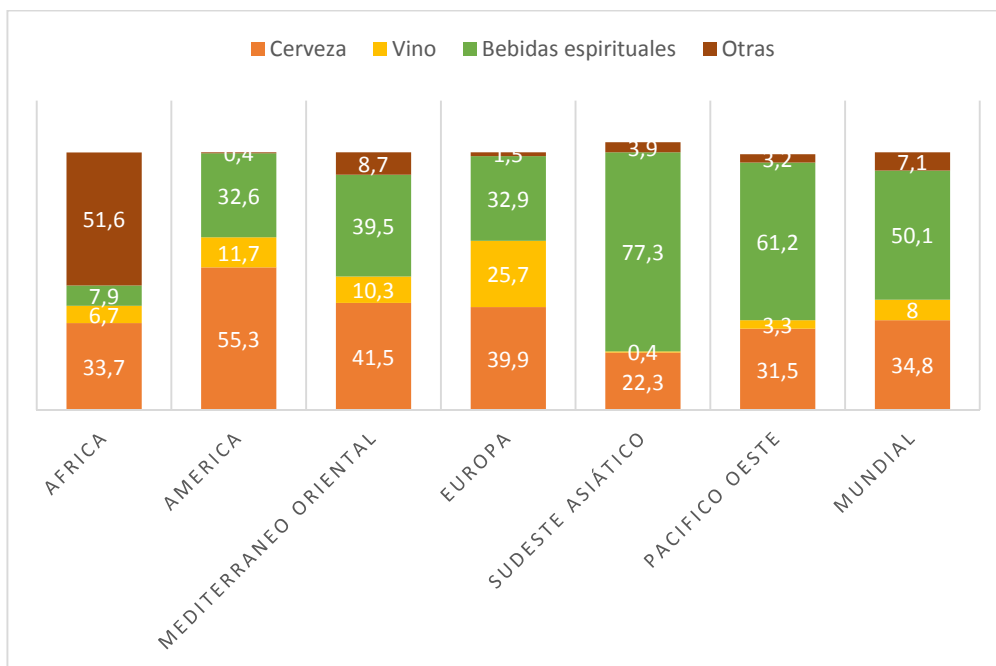


Figura 1. Consumo de bebidas alcohólicas por continente (Fuente: World Health Organization, 2014)

Aunque el 61,7% de la población mundial no ha bebido alcohol en los últimos doce meses (el consumo de alcohol es más común en países económicamente desarrollados, con más mujeres abstemias que hombres), la cantidad media de consumo por persona y año en mayores de 15 años es de 6,2 litros de alcohol, lo que significa un consumo medio de 13,5 gramos por día y persona.

El 16% de los consumidores mayores de 16 años declara haber tenido por lo menos un episodio de consumo en atracón durante el último año. Por franjas de edad, las mayores ingestas se dan entre la población joven que generalmente consume alcohol para socializar. Las personas de mediana edad consumen alcohol de forma más controlada, si bien en la edad adulta el consumo de alcohol acarrea una mayor problemática de salud.

1.4.2 ESTUDIOS EUROPEOS

A pesar del descenso observado con respecto a los datos conocidos en los años 70 (el 15% de la población adulta, más de 55 millones, es abstemia), Europa es la

región mundial donde más alcohol se consume. Estudios transversales realizados en 2004 y 2006 (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) (ESEMED) relacionados con la epidemiología y la prevalencia de los trastornos mentales en la Unión Europea con una muestra estudiada de 21.425 personas, concluyeron que, en cifras absolutas, de unos 51 millones de personas que residen en estos países, alrededor de 10 millones han padecido algún tipo de problema relacionado con el uso nocivo de alcohol (Alonso, Ferrer, Romera, Vilagut, Angermeyer, Bernert e Invest, 2002).

En el proyecto europeo ESPAD (Substance Use Among Student in 35 European Countries) (2011) (estudio que agrupa los siguientes países: Albania, Bélgica, Croacia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Islas Fie, Finlandia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda. Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Malta, Moldavia, Mónaco, Montenegro, Noruega, Polonia, Portugal, Rumanía, Federación Rusa, Serbia, República Eslovaca, Suecia, Ucrania y Reino Unido) llevado con encuestas escolares, considerando como objeto de estudio los periodos alguna vez en la vida, últimos doce meses y últimos treinta días (Hibell, Guttormsson, Ahlström,, Balakireva,, Bjarnason, Kokkevi y Kraus, 2012), se obtuvieron los siguientes datos :

- a) En todos los países participantes, salvo en Islandia, al menos el 70% de los estudiantes encuestados había bebido alcohol por lo menos una vez en la vida.
- b) Según estas encuestas, la prevalencia de consumo en la Unión Europea es similar en ambos sexos. En los patrones de consumo que respectan a los últimos doce meses no se encontraron diferencias significativas, si bien las prevalencias más altas las mostraron los varones. En quince países las cifras de hombres consumidores de alcohol en los últimos treinta días fueron significativamente superiores a las de las mujeres. Las mujeres solamente eran mayoría en Islandia, Estonia y Suecia.
- c) El consumo medio de alcohol durante el último episodio de bebida según fue diferente en ambos sexos en casi todos los países, a excepción de Islandia y Suecia, en los cuales no se registraron diferencias de género. En concreto, los hombres bebieron una tercera parte más que las mujeres (5,8 centilitros de alcohol puro en varones frente a 4,3 centilitros en mujeres). En una gran mayoría de los países europeos la cerveza fue la bebida predominante entre los varones, mientras que en algo más de la mitad de los países los licores fueron la bebida favorita de las mujeres.
- d) Los consumos en grandes cantidades se concentraron fundamentalmente en los países nórdicos y las Islas Británicas. Los datos que reflejan el día de consumo

más reciente mostraron que los estudiantes daneses bebieron cantidades hasta tres veces superiores en comparación con los de Albania, Moldavia, Montenegro y Rumanía.

- e) Mientras que las cantidades medias ingeridas no mostraron diferencias significativas respecto a estudios anteriores, el consumo abusivo de alcohol sí que ha experimentado uno de los cambios más importantes, relacionado principalmente con el consumo de las mujeres. Según los registros realizados en todas las ediciones de ESPAD, se ha dado aumento desde un 29% en 1995 hasta un 41% en 2007, reduciéndose esta cifra finalmente hasta el 38% en 2011. Entre los varones, la proporción también es ligeramente inferior en 2011 (43%) respecto a 2007 (45%), y se acerca así también relativamente a la de 1995 (41%).
- f) La diferencia en el género se redujo desde doce puntos porcentuales en el año 2007 hasta los cinco puntos porcentuales en 2011. No obstante, solamente Suecia fue significativamente superior en las mujeres. Otros países nórdicos como Finlandia, Islandia y Noruega, así como las Islas Británicas, Francia, Bélgica o Mónaco resultaron similares en hombres y mujeres.
- g) Países nórdicos como Islandia y Dinamarca se encuentran en extremos opuestos. Mientras en Islandia el consumo en los últimos treinta días ascendía al 13%, en Dinamarca esa proporción aumentaba hasta cuatro veces más (56%).
- h) Respecto a los consumos intensivos ocasionales, las últimas encuestas realizadas por ESPAD y EMCDD (The EU Drugs Agency, 2011) mostraron un aumento significativo de este fenómeno en cuatro países (Chipre, Grecia, Hungría y Serbia), mientras que pudo observarse una reducción sustancial en otros nueve, incluidos los cuatro nórdicos de las Islas Feroe, Islandia, Noruega y Suecia. Los mayores aumentos, en torno a 10 puntos porcentuales, se dieron en Chipre y Hungría, mientras que los descensos más acusados, de 9 puntos porcentuales, se registraron en las Islas Feroe e Islandia.
- i) Casi seis de cada diez encuestados admitieron haber consumido al menos una copa de alcohol con 13 o menos años de edad y un 12% de la muestra reconocía haberse emborrachado también en esa edad (más hombres que mujeres en casi todos los países). Algunos estudiantes admitieron haber tenido problemas relacionados con el consumo en los últimos doce meses. Los problemas se muestran más en población masculina, y, están relacionados con el bajo rendimiento escolar o laboral (13%) seguido de los problemas con la familia o los amigos (12%). Bulgaria, la República Checa, Letonia y Eslovaquia figuran entre los países en los que numerosos estudiantes refirieron problemas relacionados con su consumo de alcohol.

Por último, en otro estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea (Anderson, Lars y Gauden, 2012) se apuntó que los europeos mayores de 15 años beben un promedio de 12,5 litros de alcohol al año, una cantidad

superior a la de cualquier otro continente del mundo. Dicho estudio divide el continente europeo en cuatro subregiones: los países del este y del centro consumen 14,5 litros de alcohol por año, mientras que en la zona nórdica el consumo desciende hasta los 10,4 litros por persona y año. Casi la mitad del alcohol consumido se toma en forma de cerveza (44%), mayormente en países nórdicos y centrales, dividiéndose el resto entre vino (34%) en el sur de Europa, a excepción de España donde el consumo mayoritario se hace con cerveza, y licores (23%). En la mayor parte de los países el consumo se da por la noche, si bien en el sur del continente se consume también a mediodía. As pues, existe un gradiente norte-sur de consumo diario y en los países centrales parece ser más común el consumo no diario.

1.4.3 ESTUDIOS NACIONALES

Medir el consumo de alcohol y su impacto en la salud es una tarea compleja y se ha recomendado realizar una aproximación basada en combinar elementos procedentes de distintas fuentes y así construir una imagen más integral (Ministerio de Sanidad, 2007).

Datos que provienen de fuentes típicas muestran un descenso importante del consumo de alcohol al año en nuestro país desde 1970 y hasta 2010. Los datos recogidos muestran una marcada tendencia a la reducción en el consumo de vino a lo largo de los años, mientras se produce un notable incremento de la cerveza, a la vez que el consumo de licores y bebidas espirituales se mantiene estable. Todos los datos concluyen que el consumo de alcohol disminuyó entre los años 70 y la década de los 90, y posteriormente se estabilizó hasta que en los últimos años de nuevo ha disminuido.

La disminución en la toma de bebidas alcohólicas, sin embargo, no evita que un elevado porcentaje de la sociedad realice ingestas que suponen un claro riesgo para la salud, con un gran impacto negativo sobre la misma.

El Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) ha publicado desde 1985 varias Estrategias Nacionales sobre las Drogas. En todas ellas los objetivos principales han sido los siguientes:

- Mantener y potenciar el debate político constructivo.
- Impulsar la sensibilización de la sociedad y promover la participación de todas aquellas instituciones públicas, privadas, colectivos, asociaciones y particulares que deseen trabajar este tema.
- Priorizar la prevención como la estrategia más importante, basada en la educación.
- Abordar el problema de los consumos desde una perspectiva global, introduciendo todas las sustancias que pueden ser objeto de uso o abuso.
- Adecuar la red asistencial existente en las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla con el objetivo de adaptarlas a las necesidades que surjan en cada momento.
- Impulsar programas que faciliten a las personas con problemas por el uso de drogas (en tratamiento o no) su incorporación a la sociedad como miembros activos de la misma
- Potenciar la reducción de la oferta de drogas promoviendo una actuación integral contra el tráfico de drogas, el blanqueo de capitales y otros delitos conexos.
- Proceder a una constante actualización y adaptación del marco normativo a la situación producida en los diferentes ámbitos de actuación del Plan: reducir la demanda, controlar la oferta, organizar política y administrativamente, cooperar a nivel internacional...

También el PNSD ha llevado a cabo distintos planes de actuación cuatrienales dentro de las antes mencionadas Estrategias Nacionales sobre Drogas. El último de ellos comprende los años 2013-2016. En el año 2011 comenzó la evaluación del primer plan de acción 2009-2012. Dicha evaluación continuó en 2012 y aunque se encuentra finalizada todavía no se han publicado los resultados.

España, al igual que otros países, no dispone de estudios epidemiológicos que determinen el porcentaje de personas que cumplen criterios de abuso y dependencia de alcohol. Sin embargo, sí existen investigaciones que ayudan a conocer los patrones de consumo de la población entre 15 y 64 años.

Desde el año 1995 el ya mencionado Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con las Comunidades Autónomas, realiza cada dos años la Encuesta Domiciliaria sobre el consumo de Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) en población de entre 15 y 64 años no institucionalizada y cuyos resultados publica como parte del informe anual del Observatorio Español sobre Drogas. Tanto la temporalización como la metodología utilizada permiten monitorizar la situación del consumo y obtener datos valiosos que permiten conocer, además de las tendencias históricas, aproximaciones al consumo puntual y comparaciones. Dicha encuesta cuenta ya con varias ediciones (1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 y 2013), mediante las cuales se hace posible analizar la prevalencia de consumo de diferentes drogas, así como las pautas de consumo dominantes, los perfiles de los consumidores, las percepciones sociales ante este tipo de problemáticas y las medidas que el PNSD considera más eficaces.

Los resultados que a continuación se presentan de forma general son referentes a la población española con edades comprendidas entre 15 y 64 años, utilizando los indicadores temporales “alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días previos a la encuesta”.

Según los datos publicados en la última encuesta EDADES (Ministero de Sanidad, 2015), desde 2011 ha aumentado ligeramente el consumo de las sustancias legales (tabaco, alcohol e hipnosedantes) y ha disminuido ligeramente el consumo de las sustancias ilegales. El consumo universal del alcohol también es extensible a la población española. Así pues, en 2013 el 93,1% de la población mayor de 15 años y menor de 64 años había consumido alcohol alguna vez en su vida, el 78,3% admitió haberlo consumido algún día en el último año, mientras que el 64,4% lo había hecho en el último mes. En todas las frecuencias temporales objeto de estudio (exceptuando la de consumo diario en el último mes) los porcentajes se han visto incrementados con respecto a 2011. En 2013 el consumo diario de alcohol se redujo en 0,4 puntos porcentuales con respecto a 2011, hasta un porcentaje del 9,8%. Este dato es el más bajo de los recogidos hasta el momento a lo largo de la historia de EDADES (figura 2).

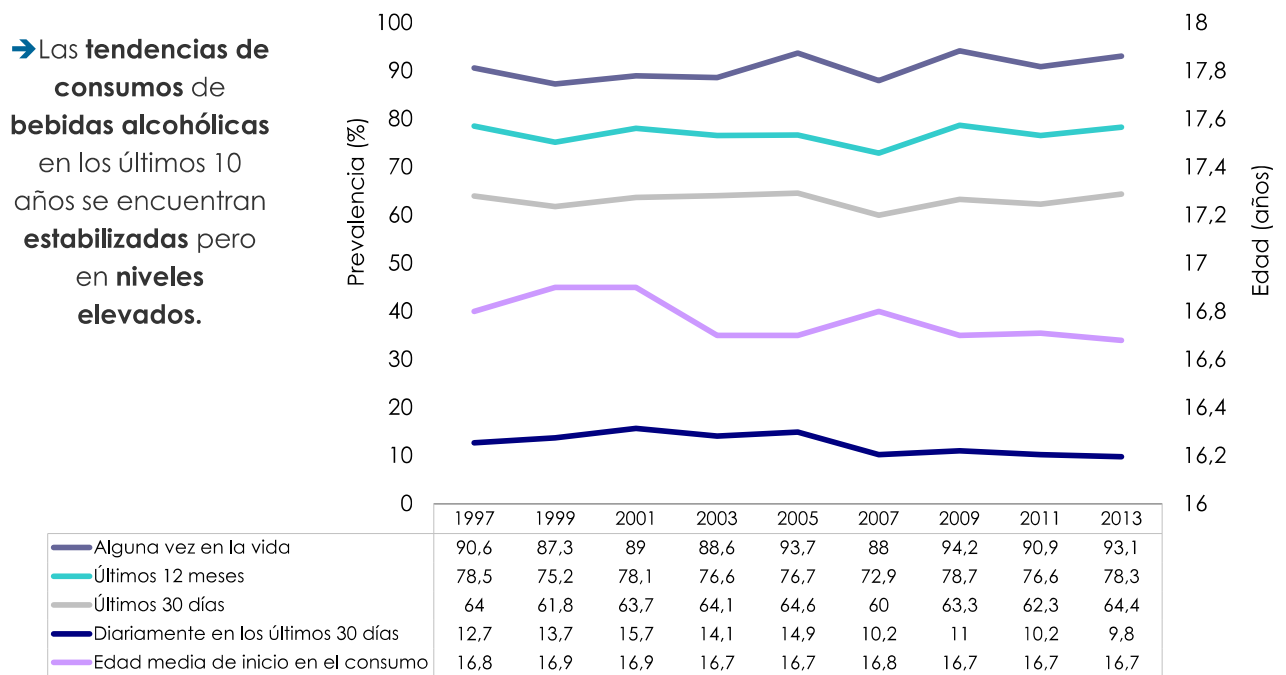


Figura 2. Tendencia en el consumo de alcohol en los últimos diez años (Fuente: Encuesta EDADES. Ministerios de Sanidad, 2015)

Los hombres siempre presentan mayores prevalencias de consumo que las mujeres. El 83,2% de los hombres consultados en EDADES había tomado alcohol alguna vez en el último año, frente al 73,4% de las mujeres.

La edad media de inicio de consumo de alcohol los 16,7 años es similar a la de años anteriores. Los hombres comienzan el consumo a la edad de 16 años, año y medio antes que las mujeres (17,5 años). Curioso es el dato que muestra cómo va aumentando el inicio de la edad de consumo conforme aumenta la edad de las personas consultadas. Así, en el tramo de 15 y 24 años el inicio del consumo se sitúa en los 15,4 años, frente a los 17,8 años de la muestra comprendida entre 55 y 64 años. La franja de edad comprendida entre los 25 y los 34 años es la que mayor consumo de alcohol tiene en los últimos doce meses (79,5%) y en los últimos 30 días (64,9%).

Como en años anteriores, la diferencia de las prevalencias de consumo entre sexos va creciendo conforme se examinan los tramos temporales más próximos en el tiempo, si bien no se han encontrado diferencias significativas respecto al año 2011. La

razón hombre/mujer en el consumo de “alguna vez en la vida” es de 1,07 hombres por cada mujer, de 1,19 para la prevalencia de consumo en el último año, de 1,43 para la de consumo en el último mes y de 3,06 para el consumo diario en el último mes.

En cuanto a los resultados por grupos de edad, cabe destacar que el segmento de población comprendida entre 15 y 24 años muestra una prevalencia mayor en el consumo en el último año, siendo ligeramente superior que en el grupo de 25-34 años. Dentro del tramo de edad más joven, se observa que los consumidores de entre 20 y 30 años muestran mayor prevalencia en el consumo de alcohol en los últimos 30 días, tanto en hombres como en mujeres. Si en el año 2009 la prevalencia de consumo de alcohol era superior en el grupo de mayor edad frente a los de 15-24, en el año 2013 vuelve la tendencia histórica de mayor prevalencia en el grupo más joven, si bien la diferencia de edad se ha ido reduciendo con el tiempo.

El consumo diario de alcohol es más prevalente conforme va aumentando la edad. Así, en edades comprendidas entre los 55 y 64 años, el 32,5% de los hombres y el 10,5% de las mujeres beben a diario. Se puede afirmar que a partir de los 25 años hay al menos tres hombres que beben alcohol a diario por cada mujer que lo hace. Los consumos diarios se han incrementado y los de fines de semana se han reducido respecto a años anteriores. Este incremento puede estar relacionado con la incorporación de la población más joven a los consumos de lunes a viernes y el adelanto del inicio de los fines de semana a los jueves noche.

La prevalencia de intoxicaciones etílicas en los últimos años se mantiene estable en todas las edades y en ambos sexos, si bien es cierto que los niveles de embriaguez en jóvenes siguen siendo demasiado elevados. Se estima que en la población de entre 15 y 34 años, 2 de cada 5 hombres y 1 de cada 5 mujeres se han emborrachado en el último año. Los hombres lideran nuevamente la prevalencia de las intoxicaciones etílicas.

Cuando se analiza el consumo de alcohol en atracón o *binge drinking*, el grupo de entre 15 y 34 años duplica la prevalencia del grupo entre 35 y 64. Las personas que toman alcohol los fines de semana doblan a los consumidores de días laborables (60,2% frente a 31,9%). Esta diferencia es más pronunciada entre los más jóvenes de

ambos sexos y en edades comprendidas entre 15 y 29 años. La prevalencia de este tipo de consumo (5 ó más bebidas en hombres y 4 ó más bebidas en mujeres en un intervalo de dos horas) es muy similar a la observada en el año 2011. En 2011 el 15,2% de las personas encuestadas de entre 15 y 64 años había realizado *binge drinking* en el último mes (20,7% de hombres y 9,5% de mujeres). En general, para todos los grupos de edad y tanto en hombres como en mujeres (en estas últimas se ha pasado del 13,7% al 17,2% en la franja de edad de entre 15 y 34 años), el consumo en atracón es una práctica que asciende desde el año 2007. La mayor proporción de consumos en atracón (84,1%) se da entre 1 y 5 días al mes, lo que puede traducirse en consumos episódicos de fin de semana.

El tipo de bebida cuyo consumo muestra un hábito más diferenciado entre fines de semana y días laborables son los combinados. La cerveza sigue siendo la bebida más consumida tanto en días laborables como en fines de semana, siendo el vino la segunda sustancia de mayor consumo (principalmente entre los de 34-64 años).

Entre los bebedores que presentan un consumo problemático de alcohol (hombres que consumen 50 cc o más de alcohol puro/día y mujeres que beben por término medio 30 cc o más de alcohol puro/día), EDADES 2013 registra una prevalencia de 4,9% (superior a la de 2009 y 2011, respectivamente) en la población española de 15 a 64 años. De ellos el 4,5% presenta consumo de riesgo (alrededor de 1.600.000 personas, 1.300.000 hombres y 300.000 mujeres) y el 0,4% una posible dependencia (120.000 personas aproximadamente). Las mujeres más jóvenes son las que mayor problemática presentan (figura 3).

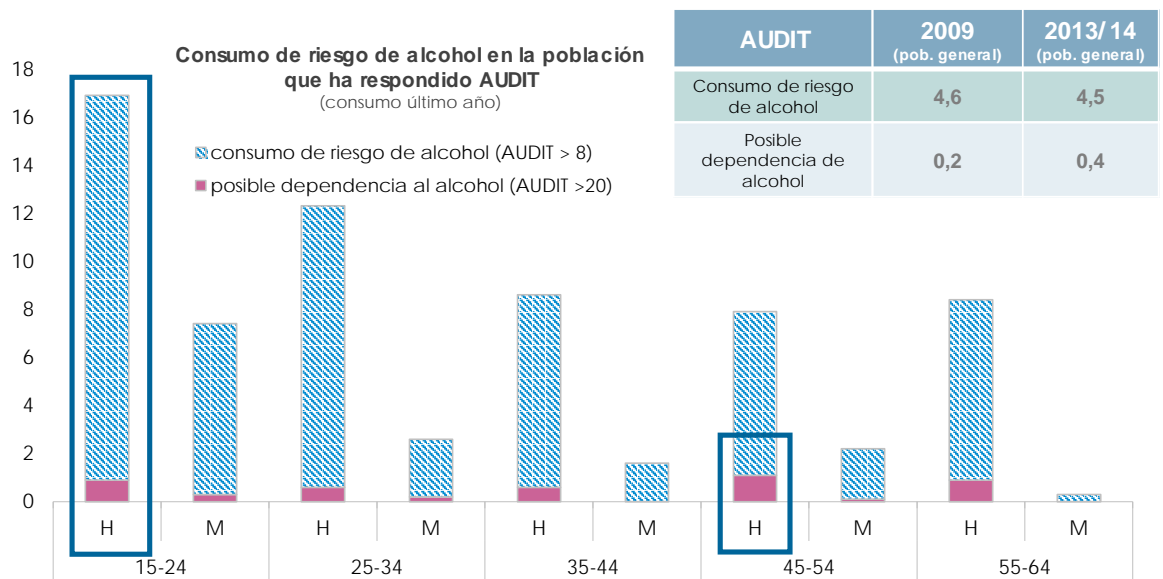


Figura 3. Consumo de riesgo en población adulta (Fuente: Encuesta EDADES, Ministerio de Sanidad, 2015)

A modo de resumen se puede decir que EDADES 2013 registra una tendencia ligeramente ascendente del consumo de bebidas alcohólicas en la población general española de 15 a 64 años. La mayor prevalencia de consumos sitúa a los hombres a la cabeza tanto en todos los intervalos temporales como en los tres tipos de patrones de consumo estudiados (intoxicaciones etílicas, *binge drinking* y bebedores de riesgo). Los consumos de bebidas alcohólicas siguen dándose principalmente en contextos de ocio de fin de semana, aunque se registra un ligero aumento en el consumo diario, que podría estar ligado al adelanto del fin de semana al jueves por la noche. La bebida mayoritariamente consumida sigue siendo la cerveza, seguida del vino, mientras que los combinados toman protagonismo tanto entre semana como en los días festivos.

Las estimaciones del uso indebido de alcohol y/u otras drogas por parte de los más jóvenes forman parte de todos los sistemas de información sobre tóxicos. Los datos recogidos por las encuestas escolares desempeñan un papel importante como indicador del grado de exposición de la población joven a fin de efectuar comparaciones y análisis de tendencias a nivel internacional. Por ello, el Plan Nacional sobre Drogas realiza desde 1994 cada dos años una Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas con Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de entre 14 y 18 años de toda

España (ESTUDES). La última publicación de 2015 (Observatorio Español sobre drogas, 2015) tuvo una muestra de 37.486 alumnos de 941 centros educativos públicos y privados. Como principales objetivos destacaron, por un lado, conocer la situación y las tendencias de los consumos de drogas, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, y, por otro, orientar el desarrollo y la evaluación de intervenciones destinadas a reducir el consumo y los problemas asociados.

Las drogas más consumidas por un mayor porcentaje de estudiante de entre 14 a 18 años siguen siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis, respectivamente. La tendencia en el consumo de alcohol presenta una disminución en todas las áreas objeto de estudio con respecto al repunte mostrado en 2012, especialmente en las borracheras del último mes y en el consumo en *binge drinking*. En 2015, el 76,8% de los jóvenes admitió haber consumido alcohol en el último año y un 68,2% confesó haberlo hecho en el último mes. Así pues, el 1,7% de los jóvenes de 14 a 18 años ha consumido alcohol diariamente en los últimos 30 días (0,9% a los 14 años y 2,4% a los 17 años).

El consumo intensivo, las borracheras y el consumo en atracón son muy frecuentes en la población joven y se asocian a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo). Más de la mitad de los jóvenes (14-18 años) han hecho “botellón” en el último mes, siendo más habitual que se den borracheras con este tipo de patrones de consumo. Las borracheras en el último mes se observaron en el 22,2% de la muestra y el consumo en la modalidad de atracón se presentó en el 32,2% de los jóvenes. Mientras que las borracheras se dan en porcentajes similares en ambos sexos, las mujeres muestran un patrón de consumo de riesgo mayor en fines de semana.

Preocupa también la facilidad que presentan los jóvenes para obtener alcohol y su percepción de riesgo es muy baja. El lugar donde más porcentaje de menores consigue alcohol es el supermercado (61,8%), seguido de bares y pubs (57,7%). Seis de cada diez menores consumen alcohol en bares, mientras que cinco de cada diez consume en discotecas. El 57% de los encuestados bebe alcohol en espacios abiertos. El fin de semana se beben más combinados y entre semana predomina la cerveza

(Observatorio Español sobre Drogas, 2013).

1.4.4. ESTUDIOS EN NAVARRA

Hasta los años 60 en Navarra apenas se vive inquietud alguna relacionada con las drogas. Es a principios de los 70 cuando empieza a cambiar la percepción social. En 1973 se crea el Departamento de Alcoholismo y Toxicomanías de la Comunidad Foral y en 1986 se aprueba el primer Plan de Alcoholismo y Toxicomanías de Navarra (PAT). Dicho plan está fundamentado en el primer Plan Nacional Sobre Drogas (1985) y en la aprobación del Plan de Salud Mental de Navarra del año 1986. Tras ocho años de desarrollo del PAT, en 1993 se aprueba el denominado Plan Foral sobre Drogas (PFD) (Plan Foral de Drogodependencias, 2014).

La evolución del consumo de drogas está estrechamente ligada a los cambios que se producen en la sociedad, y la Comunidad Foral de Navarra tampoco es ajena a dicha transformación. En el año 2015 Navarra cuenta con 640.154 habitantes, en torno a un 22% más que a mediados de los años 90. Este aumento de la población está vinculado a la notable incorporación de inmigrantes, pasando del 1,7% de población inmigrante en 2000 al 8,7% en 2015. Este significativo hecho no ha conseguido frenar la caída de la población menor de 15 años, que se ha visto reducida en diez puntos desde 1975.

La percepción de la salud varía en función de la clase social (siete de cada diez personas navarras refieren tener una salud buena o muy buena). Aquellas personas que cuentan con una mayor estabilidad económica tienen una mejor percepción de la calidad de su salud. No ocurre lo mismo con la percepción del riesgo, hay una clara relación a la inversa, sobre todo en lo relacionado con el uso del alcohol y el tabaco.

En la Comunidad Foral el fenómeno del uso de drogas es enormemente dinámico. Los datos que a continuación se presentan están fundamentados en las encuestas domiciliarias EDADES (realizadas por el Plan Nacional Sobre Drogas con una muestra de personas de entre 15 y 64 años) y una serie de encuestas desarrolladas por el Departamento de Salud de Navarra en el año 2007 (en colaboración con la

Fundación Bartolomé Carranza) y que abarca edades comprendidas entre los 14 y 29 años. Como no podía ser de otra manera, guardan gran parecido con datos tanto del estado español como de la Unión Europea.

- Los consumos de tabaco y alcohol siguen siendo el principal problema de morbi-mortalidad relacionado con el uso de drogas.
- Hasta el año 2002 se dio un incremento de personas que decían haber consumido alguna vez drogas ilegales; en la últimos quince esta tendencia se ha reducido.
- Aunque el patrón de policonsumo siempre ha existido, este patrón se está consolidando.
- Es cada vez más estrecha la relación entre el consumo de drogas y los espacios de ocio y tiempo libre denominado “consumo recreativo”.
- Especialmente en el caso del alcohol, se extiende el tipo de consumo episódico pero intenso conocido como *binge drinking*.
- La mujer se incorpora a los nuevos modelos de consumo, en especial con el alcohol y el tabaco.

El 87,3% de la población general entre 15 y 64 años consumidora de alcohol en el conjunto del territorio navarro refiere haber probado el alcohol alguna vez en su vida, el 77,6 % dice haberlo hecho en los últimos 12 meses, el 67,6% responde tomarlo con periodicidad mensual y el 13,5 % responde consumirlo a diario. Si bien se registran reducciones en todos los periodos consultados, el descenso más significativo respecto a estudios anteriores se da en la temporalidad “alguna vez en la vida” (en siete puntos porcentuales entre los años 2005 y 2007).

La encuesta domiciliaria llevada a cabo por el Plan Foral de Drogodependencias en el curso 2013/2014 en población joven de entre 14 y 29 años concluyó que el 85% de los encuestados había tomado alcohol alguna vez en la vida, alrededor del 82% había consumido en el último mes y el 62% había bebido en el último mes. El 71,7% de los jóvenes navarros admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida, mientras que el 33% lo había hecho en el último mes.

En todas las franjas de edad, así como en todos los indicadores temporales objeto de estudio, los hombres muestran mayores porcentajes que las mujeres. Los

porcentajes más altos se observan para todos los indicadores temporales en el grupo de edad comprendido entre los 24 y 29 años (Tabla 4).

Tabla 4. Consumo de alcohol en la población navarra

	Total	Sexo: hombres	Sexo: mujeres	Grupos de edad: 14- 17	Grupos de edad: 18- 23	Grupos de edad: 24- 29
Consumo alguna vez en la vida	85,3%	86,5%	84,3%	69,9%	92,0%	93,4%
Consumo en el último año	82,7%	84,2%	81,2%	67,8%	90,2%	88,8%
Consumo en el último mes	62,8%	64,9%	60,8%	41,7%	71,6%	73,4%
Borrachera alguna vez en la vida	71,7%	73,2%	70,0%	43,2%	81,8%	87,7%
Borrachera en el último mes	33,2%	36,8%	29,8%	18,5%	44,6%	35,9%

Fuente: Plan Foral de Drogodependencias (2015)

Dentro de los consumidores activos, es decir, los que han bebido durante el último mes, el 31,9% de los encuestados ha bebido de forma intensiva los fines de semana y el 50,8% dice haberse emborrachado en el último mes. La media total de unidades de bebida estándar (UBE) para cada fin de semana es de 9,7, si bien el 57,8% reconoce haber tenido episodios de consumo en atracón. En cuanto a la variable sexo, los hombres son los que mayores porcentajes presentan en todos los indicadores objeto de estudio, excepto en el marcador de *consumo por atracón*, donde las mujeres dan una puntuación mayor (58,3%) (Tabla 5).

Tabla 5. Consumo de alcohol durante el último mes en la población Navarra

	Total	Hombres	Mujeres	Grupos de edad: 14-17	Grupos de edad: 18-23	Grupos de edad: 24-29
Consumo intensivo en fin de semana	31,9%	33,8%	29,9%	21,9%	34,6%	34,4%
Borrachera en el último mes	50,8%	54,8%	46,7%	42,3%	58,9%	47,9%
UBES en fin de semana	9,7%	11,3%	8,0%	9,4%	10,7%	8,9%
Binge drink	57,8%	57,3%	58,3%	58,3%	64,8%	52,1%

Fuente: Plan Foral de Drogodependencias, (2015)

Los consumos se presentan mayoritariamente durante los fines de semana (49,7%) aunque el 16,8% de la muestra refiere beber entre semana además de los fines de semana. El consumo entre la población joven se da en un 33,8 % de los casos en los locales auto-gestionados, mientras que alrededor de un 14% lo hace en la calle.

Las cifras recogidas en Navarra no difieren de los estatales. Los datos globales de consumo indican una estabilización en los últimos diez años, pero hay diferencias en cuanto al género se refiere. Mientras los hombres están descendiendo en las tasas de consumo, las mujeres se incorporan cada vez más. En los grupos menores de edad, por ejemplo hay más hombres que mujeres entre las personas que refieren no haber consumido alcohol durante el último mes (43,6% frente al 46,2%) (esto se revierte en adultos). Se aprecia también una tendencia a la baja de personas consumidoras de riesgo, especialmente en varones (de un 20,1% en 1997 a un 12,7% en 2007), mientras se mantiene el porcentaje de las mujeres (11,5%). Significativo es sin duda el incremento de las borracheras entre la población femenina (el 18,9% de las mujeres lo hacía en 1997, frente al 27,3% en 2007).

1.5 COMORBILIDAD EN EL ALCOHOLISMO

La patología dual hace referencia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas. Los pacientes con comorbilidad son personas con una mayor vulnerabilidad en el afrontamiento de determinadas situaciones, lo que puede dificultar e influir negativamente en la atención (Guardia, Iglesias, Segura, y Gonzalvo, 2003).

Los estudios de comorbilidad psiquiátrica han demostrado que los trastornos psiquiátricos tienden a aparecer de forma agregada y polimorfa además de presentarse asociados al abuso de sustancias (Hasin, Stinson, Ogburn, y Grant, 2007).

Son varias las conclusiones que se extraen desde algunos estudios epidemiológicos ya realizados (García-Campado y Sanz, 2001). El diagnóstico más común en consumidores de drogas son los trastornos de personalidad, situándose entre el 34,8% y el 73% de los casos (Becoña, Cortes, Fernández-Hermida, Casete, Bermejo, Secades y Tomas, 2008). En el caso concreto de los alcohólicos, en el 62,5% de ellos se observa patología dual. Así, el 44,3% de los pacientes presenta trastornos de personalidad (trastorno obsesivo-compulsivo 12%, trastorno antisocial 8,9%, trastorno paranoide y dependiente 7%, trastorno narcisista 6,3%, trastorno límite e histriónico 5,1%) (Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2008) y el 20,3% psicopatología exclusiva del eje I (el 53,2% corresponden a trastornos del ánimo y el 33,1% a trastornos de ansiedad) (Martínez-González, Graña, y Trujillo, 2009).

Estudios relevantes han expuesto también la alta comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y el abuso de alcohol. Así, el trastorno de personalidad antisocial muestra una elevada prevalencia en comparación con la población general (hasta 21 veces más), la esquizofrenia también aparece hasta en cuatro veces más y el abuso de drogas tiene también mayor prevalencia (la cocaína es la principal, seguida por los hipnosedantes, opiáceos, alucinógenos estimulantes y cannabis) (Helzer y Pryzbeck, 1988). El trastorno bipolar suele aparecer en forma de depresión o estados de ánimo mixtos y los trastornos de personalidad se identifican con alteraciones en el comportamiento. La ansiedad y las fobias pueden presentar consumos excesivos de

alcohol para paliar la sintomatología, mientras que los trastornos de conducta se ven exacerbados con la intoxicación.

Un meta-análisis reciente ha observado que las asociaciones de comorbilidad más fuertes se dan entre el trastorno por consumo de drogas ilícitas y la depresión mayor, seguido por el uso de drogas ilícitas y de cualquier trastorno de ansiedad, trastornos por consumo de alcohol y la depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol y cualquier trastorno de ansiedad (Lai, Cleary, Sitharthan, y Hunt, 2015).

A continuación se describen brevemente los trastornos con mayor comorbilidad en el alcoholismo

1.5.1 EL TRASTORNO DE ANSIEDAD ASOCIADO AL ALCOHOLISMO

Los trastornos de ansiedad son el trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia en los cuadros de alcoholismo: se presentan hasta en un 25% de la población general (Kessler et al., 1994). El Epidemiologic Catchment Area (ECA) concluyó que en torno al 18% de las personas que padecen un trastorno de ansiedad presentan o han presentado problemas severos con el alcohol y el 19% de las personas alcohólicas tienen o han tenido un trastorno de ansiedad (Regier, Farnar, Rae, Locke, Keith, Judd y Goodwin, 1990).

Además, el estudio NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) también corroboró que los pacientes que ya se encontraban en tratamiento por consumo excesivo de alcohol presentaban mayoritariamente un trastorno de ansiedad independiente del consumo de alcohol (Grant, Stinson, Dawson, Chou, Dufour, Compton y Kaplan, 2004). Los resultados del citado estudio también contribuyeron a crear la controversia sobre si los trastornos de ansiedad son previos al inicio de consumo. Los datos obtenidos concluyen que solamente las fobias específicas y sociales preceden al alcoholismo. Todos los demás trastornos tanto ansiosos como depresivos (pánico con y sin agoraforia, ansiedad generalizada, distimia y depresión mayor) suelen aparecer después del inicio del alcoholismo y contribuyen a cronificarlo (Falk, Yi y Hiller-Sturmhofel, 2008; Grant et al., 2015). Sin embargo, un estudio llevado

a cabo recientemente por Stapinski (2015) concluye que los trastornos de ansiedad social y el consumo de alcohol son comúnmente comórbidos, duplicando o triplicando el riesgo en ambos dos.

Una revisión sistemática (Debell, Fear, Head, Batt-Rawden, Greenberg, Wessely y Goodwin, 2014) para evaluar la comorbilidad entre el trastorno de estrés post traumático (TEPT) y el alcoholismo determinó que la prevalencia del abuso comórbido de alcohol en las personas con TEPT varió desde el 9,8 hasta el 61,3% en los diferentes estudios. La prevalencia de TEPT comórbido en aquellos pacientes con abuso de alcohol varió desde el 2,0% hasta el 63,0%, y la mayoría de las tasas de prevalencia fueron más del 10,0%. De los diferentes grupos de síntomas de TEPT, esta revisión encontró más evidencia de asociaciones entre el uso indebido de alcohol y síntomas de hiperactivación.

Otra investigación no mostró diferencias significativas en personas con trastorno por uso de alcohol y drogas en cuanto a sintomatología del estado de ánimo, de ansiedad o en el trastorno límite de la personalidad (TLP), pero sí una mayor alteración de la personalidad antisocial (Fein, 2015).

Si bien no existen datos que determinen un patrón estable en la comorbilidad entre el trastorno obsesivo-compulsivo y el alcoholismo (Cuzen, Stein, Lochner y Fineberg, 2014), una investigación con pacientes diagnosticados de TOC (trastorno obsesivo compulsivo) y problemática de alcohol ya en tratamiento ambulatorio reveló que el 20,4% de los pacientes alcohólicos (37 hombres y 17 mujeres) presentaba un TOC, que se asocia a su vez con menores ingresos en centro, dependencias más severas, depresión, pensamientos suicidas de por vida, además de planes e intentos de suicidio (Campos, Yoshimi, Simao, Torresan, y Torres, 2015).

Como conclusión, se puede decir que la relación causal entre los trastornos de ansiedad y el alcoholismo es elevada. Por ello, una evaluación integral puede ayudar en la formulación de un plan de tratamiento integral que incorpore terapias psicológicas y farmacológicas para abordar tanto el consumo de sustancias como los trastornos de ansiedad (Arunogiri y Lubman, 2015).

1.5.2 LA DEPRESIÓN ASOCIADA AL ALCOHOLISMO

La depresión es una de las enfermedades más prevalentes y debilitantes, y también cuenta con diferencias de prevalencia en cuanto a sexo. Por ello, en los últimos años ha habido una mayor conciencia de las cuestiones de sexo y la función del género en la depresión, aunque todavía la bibliografía existente no es suficiente. Por lo general, las mujeres son diagnosticadas de depresión dos veces más que los hombres, y su enfermedad sigue un curso más crónico. Sin embargo, las tasas de suicidio para los hombres se muestran entre tres y cinco veces mayores en comparación con las mujeres (Karger, 2014).

La depresión asociada al alcoholismo o inducida por el mismo tiene alta comorbilidad entre la población. Un estudio realizado en Estados Unidos por NESARC concluyó que entre el 5,28% de la población general que presenta un trastorno de depresión mayor, al menos el 40% también presentaba alcoholismo. Además, el trastorno de depresión mayor está más asociado a la dependencia que al consumo problemático (Hasin, Goodwin, Stinson y Grant, 2005).

Un meta-análisis reciente también ha corroborado la comorbilidad entre depresión y alcoholismo. Entre los pacientes dependientes del alcohol en torno al 37% sufren otros trastornos mentales, siendo la depresión hasta tres veces más prevalente que en la población general (Klimkiewicz, Klimkiewicz, Jakubczyk, Kieres-Salomonski y Wojnar, 2015). Otro meta-análisis puso de manifiesto que los depresivos comórbidos al alcoholismo son heterogéneos en su naturaleza y estructura y se pueden observar durante el síndrome de abstinencia de alcohol y en remisión (Ponizovskiy y Gofman, 2015). Un estudio llevado a cabo con adultos que además de depresión mostraban problemática de juego mostraron a su vez tasas más altas de comorbilidad con el alcoholismo (Redden, Leppink y Grant, 2015).

Aunque la comorbilidad es alta entre la depresión y el alcoholismo, la terapia combinada de farmacoterapia (los antidepresivos, y sobre todo los inhibidores de la recaptación de serotonina, junto con los medicamentos anti-recaída específicos como disulfiram, acamprosato o naltrexona) y psicoterapia (trabajo en entrenamiento de

habilidades sociales para favorecer el manejo del estrés) pueden mejorar los resultados de ambos trastornos comórbidos (Klimkiewicz et al, 2015; Ponizovskiy y Gofman, 2015).

1.5.3 EL TRASTORNO BIPOLAR ASOCIADO AL ALCOHOLISMO

Tal y como muestran múltiples investigaciones, entre todos los trastornos, el trastorno bipolar es uno de los que más probabilidades tiene de estar asociado al alcoholismo (Di Florio, Craddock y Van den Bree, 2014) y presentar a su vez una mayor gravedad en el curso de la enfermedad. El estudio de la ECA mostró que entorno al 46% de los bipolares de tipo I y el 39% de los bipolares de tipo II padecían o habían padecido alcoholismo a lo largo de su vida.

Este trastorno presenta, además de una alta comorbilidad con el uso de tóxicos, importantes conexiones con los trastornos de ansiedad (Levander et al., 2007), sobre todo con trastornos de pánico y fobias (Marquez, Segui, Canet, Garcia y Ortiz, 2003). Para los problemas de abusos de drogas y sobre todo de alcohol, los síntomas de manía y bipolaridad en el inicio de la vida adulta son indicadores claros de factores de riesgo en el desarrollo del alcoholismo (Merikangas, Herrell, Swendsen, Rosseler, Ajdacics-Gross y Angst, 2008). Un estudio con enfermos bipolares llevado a cabo en 2010 concluyó que estos pacientes, además de necesitar más tiempo para recuperarse y un mayor número de descompensaciones, también habían sufrido al menos un episodio de depresión mayor (el 57,4%) o algún episodio de manía, hipomanía o episodio mixto antes de su recuperación (12,8%) (Ostacher et al., 2010).

Como ya se ha mencionado anteriormente, el trastorno bipolar también se presenta en múltiples ocasiones con depresión mayor o distimia. Tanto los síntomas maníacos como hipomaniacos aumentan el riesgo de desarrollar una dependencia, bien a una sustancia concreta como el alcohol o a psicofármacos como las benzodiacepinas. La depresión mayor, por su parte, aumenta también el riesgo de dependencia a las benzodiacepinas pero no así al alcohol (Merikangas et al., 2008). Los pacientes bipolares y alcohólicos también muestran tasas de suicidio más elevadas,

llegando al 38% de intentos suicidas en bipolares y alcohólicos, frente al 21,7% en los no alcohólicos pero sí bipolares (Lee y Dunner, 2008; Potash et al., 2000).

En resumen, los casos de comorbilidad entre el alcoholismo y el trastorno bipolar, no lejos de ser aislados, presentan además una gravedad añadida que habrá que tener en cuenta a la hora de diseñar los planes de tratamiento individualizados.

1.5.4 LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS AL ALCOHOLISMO

Los trastornos de personalidad son muy prevalentes tanto en la población general como en la psiquiátrica. El estudio NESARC concluyó que en torno al 15% de la población de Estados Unidos presenta, al menos, un trastorno de personalidad (obsesivo-compulsivo 7,88%, paranoide 4,4%, antisocial 3,3%, evitativo 2,3%, histriónico 1,84% y dependiente 0,5%). Para las personas alcohólicas, sin embargo, las prevalencias mayores se dan en el trastorno antisocial, seguido por el histriónico y el dependiente (Grant, Stinson, Dawson, Chou y Hasin, 2004; Grant et al., 2004). Otro estudio muestra altas prevalencias también para las personalidades antisocial, límite, narcisista y esquizoide (Hasin et al., 2011).

Un estudio realizado en 2005 también confirmó que casi la mitad de las personas que manifiestan un trastorno del estado de ánimo también muestran un trastorno de personalidad. Con ansiedad y trastornos afectivos, los trastornos que más prevalencia muestran son los de dependencia y evitación. La manía, la distimia o los trastornos de ansiedad de tipo agorafóbico, social o ansiedad generalizada cursan con trastornos de personalidad de tipo paranoide y esquizoide. Los trastornos histriónicos y antisociales, sin embargo, están relacionados con la manía y el pánico, pero sin agorafobia (Grant, Hasin, Stinson, Dawson, Chou, Ruan y Huang 2005). Otro estudio realizado con 156 pacientes (Zikos, Gill, y Charney, 2010) concluyó que en torno al 59% de los encuestados tenía al menos un trastorno de personalidad, y un 10% de ellos presentaba dos. Este estudio también confirmó la gran prevalencia de los trastornos de personalidad, particularmente del clúster B, entre pacientes alcohólicos. Un estudio nacional que comparaba los instrumentos específicos para trastornos de personalidad, el Inventario Multiaxial de Millon II y el cuestionario Internacional de Trastornos de

Personalidad (MCMI-II y IPDE), también concluyó que más de la mitad de los pacientes investigados mostraban trastornos de personalidad. De acuerdo con los resultados en el IPDE, el 22% de los alcohólicos, frente al 7,27% de la muestra normal, mostró al menos un trastorno de personalidad, siendo el de mayor prevalencia el trastorno de la personalidad de evitación (10%), seguido de la no especificada (8%) y borderline (6%). Cuando se utilizó el MCMI-II se observó todavía una prevalencia mayor que con el instrumento anterior (52% en los alcohólicos y el 18,1% en la muestra normal), si bien no coincidencia en el tipo de trastorno de personalidad diagnosticado (Fernández-Montalvo, Landa, López-Goni, y Lorea, 2006).

Como ya se ha mencionado anteriormente, el trastorno antisocial de la personalidad tiene una alta comorbilidad con el alcoholismo, asociándose con mayor frecuencia al tipo II de Cloninger o al tipo B de Babor y a los trastornos de ansiedad (pánico principalmente). Está caracterizado por la búsqueda de sensaciones novedosas, alta impulsividad y violencia, una baja evitación de lo perjudicial, además de un inicio precoz en el consumo de alcohol que presentan posteriormente múltiples complicaciones en las áreas de funcionamiento cotidianas. El estudio de Echeburúa, De Medina, y Aizpiri (2007) tuvo también como objetivo describir la frecuencia y el perfil de los trastornos de personalidad relacionados con la dependencia del alcohol, y compararlos con los trastornos no adictivos y con la población normal mediante la utilización del IPDE y el MCMI-II para los trastornos de personalidad. Los resultados revelaron que el 44,3% de los pacientes dependientes del alcohol y el 21,7% de la muestra clínica general mostraban, al menos, un trastorno de la personalidad. Los trastornos de personalidad más prevalentes fueron el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo, (12%), seguido de los trastornos de personalidad antisocial, paranoide y dependiente (7% cada uno).

También hay diferencias de género en cuanto a trastornos de personalidad se refiere. Así, mientras que en los varones alcohólicos el trastorno más recurrente es el antisocial, en las mujeres se presentan mayor número de trastornos afectivos, de ansiedad o de alimentación asociados a trastornos de personalidad límite, que en una gran mayoría de casos contribuyen a un mayor nivel de discapacidad, empeorando la

adherencia al tratamiento y el pronóstico del mismo (Grant et al., 2008). El trastorno narcisista de personalidad también es más prevalente en hombres que en mujeres (Stinson et al., 2008). Otro estudio realizado en 2008 (Bravo de Medina et al) concluyó, sin embargo, que no había diferencias en las variables de personalidad en cuanto a sexo, pero sí mostró que las mujeres tenían más ansiedad y síntomas depresivos y también más problemas para adaptarse a la vida cotidiana, en comparación con los hombres. Aun así, los trastornos de personalidad más prevalentes entre las féminas fueron el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo, el dependiente y el histriónico.

Un estudio realizado este mismo año (García, Novalbos, Robles, Jordán y O'Ferrall, 2017) para evaluar el perfil psicopatológico y la prevalencia de patología dual de los dependientes alcohólicos en tratamiento ambulatorio concluyó que la depresión mayor muestra la prevalencia más alta para la comorbilidad con alcohólicos, seguida por el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno distímico. También las conductas impulsivas y los síntomas de THDA mostraron prevalencias significativas. Además, un 30% de los pacientes con patología dual y consumo de drogas añadido tenían antecedentes de trastorno bipolar y un 10% un alto riesgo de suicidio.

1.5.5 LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS ASOCIADOS AL ALCOHOLISMO

La esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos, los trastornos bipolares o la depresión mayor con síntomas psicóticos presentan una elevada comorbilidad con el alcoholismo. En un estudio realizado con esquizofrénicos en 2004 (Kavanagh et al.,) se encontró que la mitad de los encuestados tenían al menos diagnosticado un abuso de sustancias, principalmente de alcohol. Estos pacientes muestran peores resultados en los tratamientos cuando se encuentran en fase de consumo activo (Drake y Mueser, 2002), aumentan significativamente el riesgo de comportamientos agresivos (Alden, Brennan, Hodgins y Mednick, 2007), además de mostrar altas tasas de mortalidad en cualquier grupo de edad (Laursen, Nordentoft y Mortensen, 2014).

La adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos suele ser irregular. Un estudio realizado por Kennedy et al. (Kennedy, Altar, Taylor, Degtiar y

Hornberger, 2014) observó que casi el 60% de los pacientes no logró alcanzar la respuesta terapéutica deseada después de 23 semanas en la terapia con medicamentos antipsicóticos. Los pacientes resistentes a terapia obtuvieron altas tasas de tabaquismo (56%), abuso de alcohol (51%), abuso de sustancias (51%), e ideación suicida (44%), y la calidad de vida de todos se mostró baja en comparación con aquellos que mejoraban tras recibir terapia.

El trastorno psicótico inducido por alcohol también parece ser más común de lo que previamente se reconocía y se asocia con una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, alta rehospitalización y altas tasas de mortalidad y el comportamiento suicida (Jordaan y Emsley, 2014).

1.5.6 LAS ADICCIONES QUÍMICAS ASOCIADAS AL ALCOHOLISMO

Las personas que tienen problemas de dependencia del alcohol presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas con el consumo de otros tóxicos. Sin embargo, las personas con problemas de drogas todavía tienen una probabilidad mayor para desarrollar dependencia al alcohol y en numerosas ocasiones cuentan con antecedentes familiares (Jaffe y Anthony, 2005).

Las personas dependientes del alcohol muestran hasta tres veces más de probabilidad de ser fumadores de tabaco y las personas que son adictas a la nicotina tienen hasta cuatro veces más de probabilidad de tener dependencia del alcohol que la población general (Grant, Hasin, Chou, Stinson y Dawson, 2004).

Existe una conexión directa y recíproca entre la activación de los receptores cannabinoides y el consumo de alcohol (Manzanares, Ortiz, Oliva, Perez-Rial y Palomo, 2005). Algunos estudios han demostrado que el consumo de cannabis en población joven conlleva un consumo de mayor riesgo de alcohol y por tanto una mayor probabilidad de desarrollar problemas en la edad adulta (Aharonovich, Liu, Samet, Nunes, Waxman y Hasin, 2005). Además, se ha observado también que el consumo de cannabis durante el tratamiento para problemas de alcohol disminuye las tasas de recuperación e incrementa el riesgo de recaída.

El consumo de psicofármacos, concretamente benzodiazepinas, es más frecuente entre personas consumidoras que en la población general. El problema viene dado por el uso que los consumidores de alcohol en este caso dan a la medicación. Teniendo en cuenta que el consumo de alcohol junto con la medicación ya se considera una forma de abuso, también se puede presentar la tolerancia cruzada. Además, los alcohólicos pueden automedicarse para intentar suavizar los efectos del *craving* con benzodiazepinas, sin tener en cuenta los riesgos que esto conlleva. Así, pueden aparecer de forma no consciente los efectos reforzadores del consumo que pueden contribuir a desarrollar dependencia cruzada y un mayor riesgo a nuevas recaídas (Deutsch, 1997). El síndrome de dependencia al alcohol asociado a las benzodiazepinas también reviste mayor gravedad y las posibilidades de sobredosis tanto de alcohol como de benzodiazepinas pueden llevar al paciente a la muerte (Koski, Ojanpera y Vuori, 2002).

Tanto el consumo de alcohol como el de cocaína se han asociado a importantes alteraciones funcionales, estructurales y neuropsicológicas (Guardia, Segura, Gonzalvo, Iglesias y Roncero, 2001). Muchos consumidores dependientes de cocaína acaban desarrollando graves problemas de consumo de alcohol y desarrollan así una doble dependencia (Rubio et al., 2008). Además esta dependencia simultánea en múltiples ocasiones puede ir acompañada por otros trastornos psiquiátricos y también adictivos (Guardia et al., 2003). Un estudio reciente ha explorado las características de una muestra de pacientes que fueron adictos a alcohol o la cocaína y ha comparado los perfiles de ambos tipos de usuarios de drogas. Se concluyó que existen diferencias estadísticamente significativas en la gravedad de la adicción, siendo los alcohólicos los que muestran una gravedad mayor que los adictos a la cocaína. En términos de síntomas psicopatológicos, los alcohólicos presentan más sintomatología asociada que los adictos a la cocaína (López-Goni, Fernández-Montalvo y Arteaga, 2015). Otros importantes riesgos son, por un lado, la mayor probabilidad de accidentes de tráfico, y por otro, la agresividad descontrolada hacia otra persona o uno mismo (Garlow, Purselle y D'Orio, 2003; Tardiff, Mazurk, Lowell, Portera y Leon, 2002).

Las personas que presentan dependencia a la heroína tampoco están exentas de consumos excesivos de alcohol. Sin embargo, las mayores ingestas no se encuentran en el consumo activo de heroína, se dan durante periodos de abstinencia o en tratamientos con mantenimiento de metadona (Magura y Rosenblum, 2000; Siegel, 1986). El consumo de alcohol entre dependientes de heroína está asociado a una peor salud, además de a un aumento de mortalidad o más trastornos de conducta (Stitzer y Chutuape, 1999).

Existe evidencia suficiente para concluir que los consumos excesivos de alcohol en múltiples ocasiones también vienen acompañados por consumo de otras sustancias. El estudio NESARC (2008) detectó también una elevada tasa de comorbilidad entre el alcoholismo y el consumo de otras drogas y puso de manifiesto la necesidad de realizar una integración de los servicios para toxicómanos para conseguir una mejora en la prevención, la detección y la intervención del poliabuso (Stinson et al., 2005).

1.5.7 LAS ADICCIONES CONDUCTUALES ASOCIADAS AL ALCOHOLISMO

1.5.7.1 El juego patológico

La comorbilidad psiquiátrica que con mayor frecuencia se asocia al juego patológico es el alcoholismo (73,2%), seguido por los trastornos de personalidad (60,8%), los trastornos del estado de ánimo (49,6%), de ansiedad (41,3%) y de abuso de otras drogas (38,1%) (Petry, Stinson y Grant, 2005). Por ello, la probabilidad de presentar alcoholismo es dos veces mayor en las personas que presentan juego patológico que en la población general (Grant, Kushner y Kim, 2002). El consumo de alcohol puede propiciar el inicio de un episodio de juego y sobre todo el descontrol de dicha conducta. Así, el juego y el alcoholismo pueden ser conductas adictivas simultáneas pero también alternantes, de manera que aparezca una tras la eliminación o el cese de la otra (Tavares, Lobo, Fuentes y Black, 2008). Con frecuencia se encuentran personas distintas de una misma familia que de manera simultánea o sucesiva presentan problemas de juego y alcohol; por ello se ha investigado y se ha

concluido que los familiares de hasta primer grado que sufren esta comorbilidad tienen mayor riesgo de padecer ambos trastornos (Ledgerwood, Steinberg, Wu y Potenza, 2005).

En un estudio llevado a cabo por Fernández-Montalvo, Landa y López-Goñi, (2005) con 50 alcohólicos se constató que al menos en 32% de la muestra mostraba síntomas de juego clínicamente significativos ya que el 20% presentaba un diagnóstico comórbido de ludopatía y además un 12% adicional obtenía puntuaciones elevadas en el cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOSG).

En otro trabajo posterior se (Fernández-Montalvo, López-Goni y Arteaga, 2012) estimó la prevalencia del juego patológico en 112 pacientes con adicción a sustancias (81 alcohólicos y 31 dependientes de la cocaína) que buscaban tratamiento. Se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el juego patológico y la versión española del South Oaks Gambling Screen (SOGS). Los resultados mostraron que el 22,3% de los pacientes adictos tenía un diagnóstico comórbido de la ludopatía. Por otra parte, un 11,6% de la muestra tenía síntomas relevantes para problemas con el juego. En suma, el 33,9% de la muestra informó de síntomas relacionados con el juego clínicamente significativos. Otro estudio realizado mediante el IPDE también concluyó que los jugadores con trastornos de personalidad informan una mayor gravedad en juegos de azar y muestran síntomas más graves de ansiedad, depresión y abuso de alcohol (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2004).

Un reciente estudio basado los criterios actuales del DSM-V también ha demostrado altas tasas de comorbilidad entre juego y consumo de sustancias (Grant y Chamberlain, 2015). El estudio realizado por Dowling et al.,(2015), por su parte, expone la alta relación entre juego patológico y consumo de sustancias: concretamente, el 18,2% de los jugadores que habían formado parte del estudio también tenían diagnóstico de alcoholismo.

1.5.7.2 La adicción a la comida

El 27% de las personas afectadas con trastornos de la conducta alimentaria presentan comorbilidad con el alcoholismo, sobre todo las de tipo bulimia nerviosa (en torno al 50%) y anorexia (10-28%) que cursa con atracones de comida y comportamientos purgativos (Behar, 2004). El estudio NESARC consideró la obesidad como un factor de protección ante el abuso de sustancias en hombres, pero también encontró una relación inversa entre el alcohol y el índice de masa corporal en personas con antecedentes familiares de alcoholismo (Gerhardt y Corbin, 2009; Pickering et al., 2011). Un estudio realizado en Estados Unidos con mujeres que tenían familiares con problemática de alcohol y que presentaban obesidad concluyó que las mujeres con allegados alcohólicos tenían hasta un 49% más de probabilidad para desarrollar obesidad que aquellas mujeres que no los tenían (Gruzca, Krueger, Racette, Norberg, Hipp y Bierut, 2010). Otros estudios, sin embargo, encontraron atribuciones de alcoholismo y obesidad con cuadros de depresión, llegando a la conclusión de que la obesidad y la depresión podrían predecir el consumo de alcohol (McCarty, Kosterman, Mason, McCauley, Hawkins y Herrenkohl y Lengua, 2009).

Un reciente estudio advierte de nuevo sobre la alta comorbilidad existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno por uso de drogas, si bien hace diferencias entre diferentes tipos de tóxicos. Sustancias como la cafeína, el tabaco, la insulina, los medicamentos para la tiroides, los estimulantes o los medicamentos de venta libre (laxantes, diuréticos) pueden ser usados para ayudar a perder peso y/o proporcionar energía, y las sustancias alcohólicas o psicoactivas podrían ser utilizados para la regulación emocional o como parte de un patrón de comportamiento impulsivo (Gregorowski, Seedat y Jordaan, 2013).

Otro estudio nacional prospectivo con una muestra de 340 pacientes ingresados en la unidad de desintoxicación alcohólica de un hospital ha encontrado una elevada comorbilidad psiquiátrica en el 75% de la muestra estudiada (patología ansiosa y depresiva), elevados antecedentes familiares de alcoholismo y malos tratos, y elevadas cifras de policonsumo de tóxicos. Por otro lado, más de la mitad de la muestra reconoce haber utilizado el alcohol con fin anorexígeno, lo que sugiere que el

alcohol cumpliría una función dentro del trastorno alimentario (Muñoz, Bernal y Poyo, 2015).

1.5.8 CONDUCTAS VIOLENTAS ASOCIADAS AL ALCOHOLISMO

La violencia contra la pareja constituye un problema en alza para la sociedad, siendo en la actualidad uno de los problemas sociales y sanitarios de mayor prioridad (Fariña, Marrero, Cardenes, Hernandez, y Tenerife, 2009). El número de víctimas mortales por violencia de género en España experimentó un considerable aumento en el final del siglo XX, estabilizándose en torno a una media de 65 víctimas anuales en la última década (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Este hecho ha provocado en la comunidad científica un interés creciente por la comprensión del fenómeno, y por el estudio tanto de quienes ejercen la violencia como de sus víctimas.

La prevalencia de los diferentes tipos de violencia ejercidos es diferente. Dos estudios publicados en España en 2003 y 2007 referidos a la población general muestran que las tasas de prevalencia de violencia contra la pareja en mujeres oscilan entre el 42,5% y el 72% en el caso de la violencia psicológica, entre el 8% y el 18% en agresiones físicas, y entre el 11,5% y el 30,1% en abusos sexuales (Calvete, Corral y Estévez, 2007; Medina-Ariza y Barberet, 2003). Hay estudios que evidencian que en Estados Unidos la tasa de mujeres víctimas de violencia contra la pareja es cinco veces mayor que la de hombres (Rennison y Welchans, 2000). Sin embargo, algunos datos de encuestas en el mismo país sugieren que los hombres y las mujeres son igualmente violentos en las relaciones de pareja (Archer, 2000; Straus, 1999). Un estudio llevado a cabo en 2104 exploró la prevalencia de víctimas de abuso entre pacientes que buscaban ser tratados por problemas de consumo. De la muestra total estudiada (252 pacientes adictos) un 46% había sido víctima de abusos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre sexos, siendo más prevalente en mujeres (79,8% de las mujeres frente al 37,8% de los hombres) (Fernández-Montalvo, López-Goñi, y Arteaga, 2014). Otro estudio más reciente (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Arteaga, Cacho, y Azanza, 2015) estudió la prevalencia de mujeres víctimas de abuso y la progresión en el tratamiento. De la muestra total estudiada (n = 134) el 74,4% había

sido víctima de abuso. Así, el abuso psicológico afectó al 66,1% de las pacientes, seguido por el abuso físico (51,7%) y el abuso sexual (31,7%). Las mujeres víctimas de abuso (especialmente físico y sexual), en comparación con las que no los habían sufrido, mostraban mayores índices de gravedad en adicción y en las variables psicopatológicas además de una mayor tasa de abandonos en el tratamiento (sobre todo en los casos de abuso sexual). En cuanto a la progresión terapéutica, se observó una mayor tasa de éxito entre las mujeres que no habían sido víctimas de abusos y además no contaban con problemática familiar. En cualquier caso, varios estudios en diferentes países concluyen que dadas las diferencias entre sexos en cuanto a constitución física, normalmente la violencia de la mujer hacia el hombre suele ser más de tipo psicológico, en forma de insultos, humillaciones o desvalorizaciones, más que de tipo físico (Cho, 2012; Lovestad y Krantz, 2012; Martin, Cui, Ueno y Fincham, 2013; Torres y Espada, 1996; Zaleski, Pinsky, Laranjeira, Ramisetty-Mikler y Caetano, 2010).

El vínculo entre el abuso de alcohol y/u otras drogas y la violencia sigue siendo desconocido en la actualidad, si bien en los últimos años ha crecido el interés por la relación entre el consumo de sustancias y el desarrollo de las conductas violentas, dada la alta evidencia mostrada en personas agresoras y víctimas adictas al alcohol y/o abuso de drogas (Murphy y Ting, 2010). En cifras, la tasa de personas agresoras contra su pareja que presentan problemas de abuso o dependencia alcohólica oscila en los distintos estudios entre el 50% y el 60% (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2003; Fernández-Montalvo, Echeburúa y Amor, 2005; Stuart, O'Farrell y Temple, 2009). Otras investigaciones también han puesto de manifiesto la evidencia respecto a las altas tasas de violencia física entre pacientes adictos (Clements y Schumacher, 2010; Fernández-Montalvo, López-Goñi y Arteaga, 2011). Algunos estudios muestran que aproximadamente entre un 40% y un 60% de las personas en tratamiento por consumo de drogas que viven con sus parejas presentan episodios violentos contra las mismas durante el año previo al inicio del tratamiento para su adicción (Easton, Swan y Sinha, 2000). Otros estudios han dejado clara la influencia del consumo de alcohol y otras drogas en el desencadenamiento y desarrollo de episodios violentos contra la pareja (Muñoz-Rivas, Gamez-Guadix, Graña y Fernandez, 2010; Stuart, O'Farrell, et al., 2009).

Dos estudios publicados por Arteaga et al. han corroborado la relación entre el consumo y la consecución de conductas violentas. El trabajo llevado a cabo en 2012 (Arteaga, Fernández-Montalvo y López-Goñi) concluyó que el 33,6% de los pacientes en tratamiento por adicción había ejercido violencia y además presentaban puntuaciones superiores en los niveles de ira-estado y de ira-rasgo, así como en los niveles de impulsividad. Otro estudio recientemente publicado (Arteaga, Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2015) exploró la prevalencia de pacientes consumidores en tratamiento con conductas violentas hacia sus parejas a su vez. Los resultados mostraron mayor prevalencia de conductas agresivas entre las mujeres (63,3% de las mujeres frente al 24,2% de los hombres). También se demostró una mayor gravedad en los pacientes agresores en las variables de consumo, síntomas psicopatológicos y rasgos de personalidad. En estudios anteriores se ha observado que los pacientes alcohólicos que recaen no reducen las conductas violentas, mientras que aquellos que mantienen la abstinencia, mantienen también la reducción de las conductas violentas (O'Farrell y Murphy, 1995). Sin embargo, si bien la reducción o eliminación del consumo de alcohol o de otras drogas son necesarias para controlar las conductas violentas, probablemente sean insuficientes para la eliminación definitiva de las mismas.

Estudios recientes realizados en España distinguen diferencias por sexo, perfiles de consumo, tasas de abandono y precipitantes de recaídas, entre otros. Fernández-Montalvo et al. (2014) analizaron el perfil diferencial entre hombres y mujeres adictos y que habían recibido tratamiento ambulatorio. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la gravedad de la adicción. Así, las mujeres mostraban perfiles más graves con problemas más severos en las áreas médica, social, familiar y psiquiátrica. Por el contrario, los hombres tenían mayor número de problemas legales.

Otro estudio realizado por el mismo equipo de profesionales (López-Goni, Fernández-Montalvo y Arteaga, 2015) exploró las características de una muestra representativa de pacientes consumidores de alcohol y cocaína que habían recibido tratamiento ambulatorio. Los resultados en las áreas de EuropASI mostraron

diferencias estadísticamente significativas en la gravedad de la adicción, puntuando mayor severidad en los casos de alcohol. En términos psicopatológicos, los alcohólicos también presentaban mayor sintomatología asociada, dando lugar a repercusiones diferentes pero importantes en las distintas áreas de la vida.

En un estudio reciente Fernández-Montalvo, López-Goñi, Azanza, Arteaga y Cacho (2016) exploraron las diferencias en función del sexo en cuanto a progreso en el tratamiento se refiere. Si bien la tasa de abandono total se situó en torno al 38,0%, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que más abandonaron. Así pues, las mujeres que decidían cesar el tratamiento mostraban mayor severidad en el consumo además de una mayor sintomatología psicopatológica.

Otro estudio llevado a cabo en 2014 (López-Goni, Fernández-Montalvo, Cacho, y Arteaga) encontró diferencias estadísticamente significativas al explorar el perfil diferencial de los pacientes adictos que vuelven a recaer y por consiguiente demandan de nuevo tratamiento. Los reingresados en los tratamientos generalmente eran más mayores en edad, mostraban niveles de gravedad mayores en la adicción y tenían una mayor precariedad en el empleo en comparación con el primer episodio de tratamiento.

A modo de conclusión, es relativamente frecuente encontrar personas que han ejercido conductas violentas y pacientes que han sido víctimas de abuso en población consumidora de alcohol y drogas. Por ello, es necesario desarrollar y mejorar los programas específicos de tratamiento para víctimas y agresores, además de incorporar en los protocolos de intervención diferencias en función del sexo.

CAPÍTULO II: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL ALCOHOLISMO

Para que el tratamiento del alcoholismo resulte adecuado es necesario realizar una exploración clínica del paciente (mediante una entrevista), que objetivará las acciones a desarrollar con criterios de efectividad, eficiencia y operativización. Así, las pruebas tanto psicológicas como biológicas con las que se cuenta hoy día ayudan a realizar un diagnóstico, para posteriormente planificar objetivos terapéuticos individualizados que se llevarán a cabo mediante estrategias que más tarde serán evaluadas. Existen también numerosos instrumentos validados para la evaluación funcional y neuropsicológica que, al no ser parte central del presente estudio, no van a ser descritas.

Los instrumentos que a continuación se presentan están basados en la evidencia, han demostrado adecuadas propiedades psicométricas y la aplicación de todos ellos es frecuente. Casi todos son pruebas adaptadas y validadas al castellano; algunas de ellas, sin embargo, no están traducidas, pero al ser de relevancia por su uso a nivel internacional también están incluidas. Así pues, se ha decidido emplear los criterios de evaluación propuestos desde la División 12 (Psicología Clínica) de la Asociación Americana de Psicología (Cohen et al., 2008).

En primer lugar se presentan los específicos del alcohol, para a continuación exponer los relacionados con la evaluación psicopatológica.

2.1 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE ABUSO Y/O DEPENDENCIA DE ALCOHOL

A continuación se presentan los siguientes apartados: instrumentos de cribado, entrevistas generales, cuestionarios para valorar la gravedad de la adicción y la dependencia, instrumentos para la evaluación del *craving*, cuestionarios para la evaluación de creencias y autoeficacia, instrumentos de evaluación de habilidades de afrontamiento, impulsividad y precipitantes de recaída, instrumentos para valorar la

motivación, y cuestionarios para valorar los patrones de consumo e instrumentos para valorar la abstinencia.

2.1.1 INSTRUMENTOS DE CRIBADO

2.1.1.1 Instrumentos para población general

Michigan Alcoholism Screening Tests (MAST) (Selzer, 1971). Breve autoinforme, rápido de cumplimentar (20 minutos aproximadamente), de 25 ítems con respuesta dicotómica. Recoge información tanto de consumo como de frecuencia, además de las consecuencias negativas, problemas familiares, laborales y físicos. Es un instrumento con alta sensibilidad y por ello puede generar tasas elevadas de falsos positivos. Por ello su utilización es limitada. Existen dos versiones abreviadas, el Short Michigan Alcoholism Test (SMAST), de 13 ítems, y la denominada versión de Malmoë (Mm-MAST), de 9 ítems. Hay también versiones para la detección de madres y padres alcohólicos mediante la aplicación a los hijos. Se trata del cuestionario breve de 13 ítems llamado F-MAST para padres y M-MAST para madres.

Cutting Down, Annoyance, Guilty, Eye-opener (CAGE) (Mayfield, McLeod, y Hall, 1974). Cuestionario de 4 ítems con respuesta dicotómica que se refieren a la posibilidad de dejar o reducir la ingesta de alcohol, a las molestias que generan los comentarios de terceros en torno a la forma de beber, a posibles sentimientos de culpa y a la necesidad de tomar alcohol a primera hora de la mañana para sentirse bien. Se considera válida la existencia de caso si en al menos dos de ellas la respuesta es afirmativa. La validación de la versión española mostró una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100% empleando un punto de corte de 2 (Rodríguez-Martos Dauer, Navarro, Vecino y Perez, 1986).

Cuestionario Breve de Alcohólisto (CBA) (Feuerlein, 1976). Instrumento autoaplicado de 22 ítems con modo de respuesta dicotómica que busca información acerca de síntomas físicos de abstinencia, intentos de abandonar o reducir el hábito de beber, sentimientos de culpa y consecuencias biopsicosociales de la ingesta. El punto de corte empleado por la adaptación española creada por Rodríguez-Martos, Navarro,

Vecino y Perez (1986) fue de 5 ó más puntos, con una sensibilidad del 96% y una especificidad de 98%.

Münchner Alkoholismus Test (MALT) (Feuerlein, Küfner, Ringer, y Antons, 1977). Cuestionario de 37 ítems de respuesta dicotómica con dos partes diferenciadas: una subjetiva (MAST-S) compuesta por 27 ítems auto administrados por el paciente y otra objetiva (MALT-O) con 7 ítems para cumplimentar por el profesional. El MALT-O consigue información sobre las consecuencias del consumo con indicadores orgánicos de dependencia, cantidades ingeridas y la búsqueda por parte de algún familiar. El MAST-S hace referencia a la percepción del paciente sobre sus problemas personales, sociales y laborales derivados del consumo en los últimos años. La puntuación entre 6 y 10 indica sospecha de dependencia y por encima de 10 es ya diagnóstico de dependencia al alcohol. Existe también versión española (Rodríguez-Martos y Suarez, 1984).

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders, Aasland, Babor, y De la Fuente, 1993). Este test consta de 10 ítems que tienen como objetivo valorar el consumo de alcohol del último año. Las puntuaciones varían entre 0 y 40 y aporta tres patrones diferenciados para patrones de consumo y género: sin problemas relacionados con el alcohol (hombres: 0-7; mujeres: 0-5), consumo de riesgo (hombres: 8-12; mujeres: 6-12), y uso perjudicial y dependencia (puntuaciones igual o superiores a 13). Existen varias versiones abreviadas de este instrumento: el AUDIT-C, que cuenta con tan solo 3 ítems; el AUDIT-3, constituido solamente por la tercera pregunta, lo que supone una mayor eficiencia; y el AUDIT-4, con puntuación de corte de 7 para varones y de cinco para mujeres (Gual, Segura, Contel, Heather y Colom, 2002). Otros intentos de validación en diferentes contextos y poblaciones incluyen una adaptación computerizada llevada a cabo con 724 participantes a los cuales se pasaba el AUDIT junto con información acerca del consumo típico semanal de alcohol medido en UBEs (Rodríguez-Martos y Santamaria, 2007). El punto de corte es de 5 para evitar falsos negativos. Se encontró una correlación de 0,59 entre el consumo de alcohol y la puntuación media del AUDIT. Aunque no se pudo constatar otros datos acerca de su fiabilidad o validez, sí parece tener utilidad a la hora de detectar casos que se escapan

en otros contextos, puesto que es muy accesible a la población general, y además se trata de una medida eficiente dado su bajo coste.

Cuestionario abreviado de cinco preguntas (Seppa, Lepisto, y Sillanaukee, 1998). Instrumento desarrollado únicamente para detectar consumo de riesgo combinando dos preguntas del AUDIT acerca de cantidades ingeridas con tres preguntas del CAGE relacionadas con consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial. El punto de corte se sitúa en 3. Se utiliza en hombres en edad adulta, y aun dando mejores resultados que el CAGE, todavía su utilidad en todos los grupos está por demostrar.

Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA) (Gual, Contel, Segura, Ribas y Colom, 2001). Instrumento de cribado de consumo de riesgo diseñado para ser utilizado en situaciones en las cuales el AUDIT no es adecuado (población envejecida o personas con bajo nivel cultural). Consta de tres preguntas: la primera explora la cantidad, la segunda la frecuencia de consumo y la tercera las variaciones entre días laborables y festivos. Es decir, considera todos los patrones de consumo (regulares e irregulares). Se proponen puntos de corte de 28 para varones y 17 para mujeres, que coinciden con los consumos de riesgo propuestos por la OMS. La sensibilidad y especificidad varían en función de los criterios.

Prueba rápida de identificación de Alcohol (FAST) (Hodgson, Alwyn, John, Thom y Smith, 2002). Cuestionario desarrollado en Inglaterra con cuatro preguntas, dos relacionadas con el consumo de alcohol y otras dos con los daños asociados. La FAST muestra una elevada fiabilidad test-retest y un adecuado coeficiente de coexistencia interna. Emplea una puntuación de corte de 3 para el consumo de riesgo.

Rapid Alcohol Problem Screen 4 (RAPS4) (Cherpitel, 1995). Prueba desarrollada para la detección del alcoholismo en contexto de urgencias que integra varios ítems de otros cuestionarios de cribado como el AUDIT o CAGE. La última versión de este instrumento, RAPS4-QF, está formada por cuatro ítems e incluye otros dos adicionales que tienen como objetivo explorar la cantidad y la frecuencia (Quantity Frequency-QF) y formar así un cuestionario con mayor sensibilidad que el RAPS4 a la detección y el consumo de riesgo y abuso de alcohol (Cherpitel y Rodriguez-Martos,

2005). Esta última versión, a pesar de ser capaz de detectar con alta precisión, no cuenta con capacidad para clasificar sujetos sanos como no dependientes o no consumidores de riesgo.

2.1.1.2 Instrumentos para población de riesgo

Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS) (Mayer y Filstead, 1979).

Cuestionario autoadministrado de 14 ítems que tiene como objetivo evaluar aspectos relacionados con el consumo y sus consecuencias en las áreas de funcionamiento psicológico, relaciones sociales y vida familiar en adolescentes. Las puntuaciones superiores a 42 puntos obligan a realizar evaluaciones más exhaustivas.

Adolescent Drinking Index (ADI) (Harrell y Wirtz, 1989). Instrumento diseñado para adolescentes entre 12 y 17 años. Se trata de 24 preguntas que hacen referencia a cuatro áreas diferentes: pérdida de control, indicadores sociales, indicadores psicológicos e indicadores físicos. Las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 62. Puntuaciones iguales o mayores a 16 obligan a realizar una evaluación más completa.

Tolerance-Annoyed Cut-Down Eye-Opener (T-ACE) (Sokol, Martier y Ager, 1989). Cuestionario compuesto por cuatro ítems y derivado del CAGE, se diseñó para detectar casos de alto riesgo en el embarazo. Las puntuaciones superiores a 2 indican que el nivel de consumo es potencialmente perjudicial para el feto.

Michigan Alcoholism Screening Test (MAST-G) (Blow, 1991; Blow et al., 1992). Versión proveniente del MAST para utilizar con población geriátrica que consta de 24 ítems. Se recomienda un punto de corte de 5. La versión abreviada tiene 10 ítems.

Tolerance, Worried, Eye-Opener, Amnesia & Cut Down (T-WEAK) (Russell, Matier, Mudar, Bottoms y Jacobson, 1994). Instrumento compuesto por 5 ítems dirigidos a detectar casos en mujeres embarazadas. El potencial de discriminación es elevado tanto para casos positivos como para identificar casos sanos. El consumo de riesgo es considerado a partir de 2 puntos o más y la dependencia alcohólica se sugiere a partir de 4 (Burns, Gray y Smith, 2010).

Alcohol-Related Problems Survey (ARPS) (Moore, Hays, Reuben y Beck, 2000).

Cuestionario diseñado para la evaluación psiquiátrica que intenta solventar las dificultades que aparecen cuando hay consecuencias del consumo en enfermedades añadidas, toma de medicaciones o capacidades funcionales limitadas. Las preguntas de este instrumento están fundamentadas en una combinación entre el Short-Form Health Survey o SF36, el AUDIT y el desarrollo propio, referidas por ejemplo a enfermedades físicas, síntomas de salud y uso de medicamentos. Con respecto a las propiedades psicométricas, ha demostrado capacidad similar a otras herramientas como AUDIT, CAGE o SMAST, y además, parece que es el único capaz de reconocer a personas con consumo de riesgo que no son detectadas por los anteriores. Existe también una versión abreviada del test SHARPS con propiedades psicométricas similares a la versión original (Moore, Beck, Babor, Hays y Reuben, 2002).

2.1.2 ENTREVISTAS GENERALES

Present State Examination (PSE) (Wing, Cooper y Sartorius, 1974). Aunque la mención que hace del alcohol es limitada, su utilización es muy conocida en la red de salud mental ya que examina exhaustivamente la psicopatología del paciente. Al estar basado en criterios diagnósticos de DSM y CIE permite aunar lenguaje científico y clínico. El foco de evaluación es a lo largo del último mes. Al finalizar la recogida de información se realiza la corrección informática mediante el programa CATEGO. Si los evaluadores están bien formados alcanza una fiabilidad interjueces del 92%.

Structured Clinical Interview For DSM-IV, Axis I Disorders (SCID-I) (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1992). Entrevista estructurada con objetivo de generar diagnósticos del DSM-IV. Está compuesta por módulos independientes que dan información sobre diferentes tipos de trastornos psicopatológicos, por lo cual es útil para diagnósticos de patología dual. El apartado E es el relacionado con los trastornos de alcohol y otras sustancias. La fiabilidad test-retest interjueces es buena y cuenta con la limitación del excesivo tiempo empleado para la aplicación.

Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI) (Robins y Cottler, 1989). Entrevista altamente estructurada realizada como herramienta de ayuda para las

clasificaciones de CIE-10 y DSM-IV. La versión más reciente, CIDI 3.0, consta de 15 secciones entre las cuales se encuentran los problemas de alcohol. También existe una versión más reducida (CIDI-SAM) diseñada para realizar el diagnóstico de abuso o dependencia tanto del alcohol como de otras drogas. Evalúa también, además de los síntomas de abstinencia de cada sustancia, las consecuencias físicas, psicológicas y sociales. A día de hoy no existe versión en castellano.

Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (Wing, Babor, Burke, Cooper, Giel y Sartorius, 1990). Sistema de evaluación y clasificación tanto de psicopatología como de comportamientos asociados a los trastornos psiquiátricos principales en edad adulta. Como novedad, cuenta con evaluación informatizada que mediante el programa CATEGO-5 permite llevar a cabo diagnósticos para DSM-IV y CIE-10. La evaluación para el alcohol aparece en la sección 11 de este instrumento. También existe una versión abreviada conocida como mini-SCAN que se elabora en aproximadamente media hora. La versión en castellano, creada por Vázquez Barquero (1993), cuenta también con propiedades psicométricas adecuadas.

Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) (Hasin, Trautman, Miele, Samet, Smith y Endicott, 1996). Entrevista semi-estructurada para detectar trastornos mentales y por uso de sustancias. Ayuda en el diagnóstico diferencial entre un cuadro primario o inducido por sustancias debido a la exploración que realiza de épocas exactas de consumo. Además cuenta con pautas específicas para la evaluación y clasificación de patología dual. Existe una adaptación española de 2004 realizada por Torrens et al.

Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorin, Janavs, Weiller y Dunbar, 1998). La versión actual 6.0 observa de manera estandarizada los criterios diagnósticos necesarios para el DSM-IV y CIE-10. Se desarrolló con el objetivo de evaluar los trastornos mentales en un tiempo menor que otros instrumentos como SCID, CIDI o SCAN. Así pues, este instrumento, aparte de ser una entrevista altamente estructurada, es breve y fácil de utilizar. Está dividido en 14 secciones diagnósticas entre las cuales una se corresponde al alcohol. Está disponible en versión española (Bobes, Gutierrez, Palao, Ferrando, Gilbert-Rahola y Lecrubier, 1997).

Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire, GHQ-28) (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986). Ofrece resultados en las áreas síntomas somáticos de origen psicológico, ansiedad/angustia, disfunción social y depresión.

2.1.3 INSTRUMENTOS PARA LA GRAVEDAD CLÍNICA DE LA ADICCIÓN Y LA DEPENDENCIA

Adicción Severity Index (ASI) (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980). Es la entrevista semi-estructurada y multidimensional con corrección interjueces más utilizada internacionalmente. Evalúa el consumo de sustancias y los problemas sanitarios y sociales que presentan las personas con trastorno por uso de sustancias. Su utilización está indicada tanto en el momento de admisión al tratamiento, haciendo posible la planificación del mismo, como en momentos posteriores de seguimiento. No es un instrumento de diagnóstico, sino de rastreo y pone de manifiesto la necesidad de una evaluación más completa en las áreas señaladas con puntuaciones más elevadas, entendiendo el término de gravedad como necesidad de tratamiento adicional. La versión más reciente de este cuestionario es la ASI-6, que consta de 257 ítems. Comienza con una primera sección de información general para después medir el funcionamiento del paciente en siete áreas diferentes: 1) consumo de alcohol, 2) consumo de drogas, 3) salud física, 4) salud mental, 5) formación, empleo y recursos económicos, 6) situación legal y 7) relaciones personales, familiares y sociales. Todas estas áreas finalizan con preguntas concernientes a la fiabilidad y validez que el profesional otorga a la información dada por el paciente. Con la cumplimentación de todas estas escalas se consiguen puntuaciones que configuran el nivel de gravedad de cada paciente (Díaz, García-Portilla, Bobes, Casares, Fonseca y Pereiro, 2010). Este perfil está compuesto por quince escalas, 9 primarias (relacionadas con las áreas problema) y 6 secundarias (que detallan el apoyo percibido y los problemas de pareja, otros familiares y el círculo de amistades), con un rango teórico de puntuación entre 0 y 100 y rangos factibles específicos para cada una, que representan a mayor puntuación, mayor índice de gravedad. Existe también una versión reducida para el instrumento de seguimiento (*ASI-FU-follow up*) que ayuda a dar información sobre los

cambios obtenidos tras realizar el tratamiento y la eficacia del mismo. También da lugar a la monitorización y el resultado de cambio para cada una de las escalas, lo que contribuye al diseño de ajuste terapéutico a lo largo del curso del trastorno (McLellan, Luborsky, Woody y Obrien, 1980).

La versión española del ASI-6 realizada por Díaz et al. (2010) presenta un buen comportamiento psicométrico. Es por esto que su uso está recomendado en aplicaciones clínicas, guías para el tratamiento, resumen de la historia de consumo del sujeto y para las derivaciones entre otras. El ASI-6 resulta sensible al cambio terapéutico, por lo que está indicado para evaluar la mejoría de los pacientes tras la finalización del proceso terapéutico, ya que detecta los cambios de una manera significativa en las diferentes puntuaciones observadas estandarizadas. Casares-Lopez et al. en 2010 indicaron el uso de este instrumento también para la aportación de información relevante sobre variables relacionadas con la adherencia al tratamiento.

Datos sobre Dependencia Alcohólica (ADD) (Raistrick, Dunbar y Davidson, 1983). Pone el foco de interés en la dependencia y en sus consecuencias. Consta de 39 ítems que recogen además de síntomas de abstinencia otros problemas de consumo. Existe una versión abreviada con 15 ítems llamada SADD.

Escala de Dependencia del Alcohol (ADS) (Skinner y Horn, 1984). Instrumento autoaplicado que hace referencia al último año, con 25 preguntas que valoran la dependencia y sus consecuencias.

Comprehensive Drinker Profile (Marlatt, 1976; Miller y Marlatt, 1984). Cuestionario de 88 ítems que explora variables sociodemográficas, patrón y conductas relacionadas con el consumo y la motivación para el inicio de tratamiento. Tiene incluidos marcadores clínicos de severidad y repercusiones del consumo. Existe una versión abreviada que permite contrarrestar los impedimentos de duración y extensión, creada en el 1987 (Brief Drinker Profile, BDP) (Miller y Marlatt), y que resulta útil para evaluar el seguimiento.

Alcohol Use Inventory (AUI) (Horn, Wanberg y Foster, 1987). Instrumento autoaplicado. Consta de 228 preguntas, agrupadas en 24 escalas diferentes, que evalúan aspectos tales como motivación para beber, pérdida de control, dependencia

física, problema de pareja... Esta herramienta también cuenta con una versión más breve de 147 ítems con 17 escalas principales y 6 escalas secundarias, además de una escala general para evaluar las consecuencias del abuso. Aunque hay una versión traducida al español, las propiedades psicométricas están sin publicar (Friexa y Santfeliu, 1988).

Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) (Friedman y Utada, 1989). Herramienta para establecer diagnóstico y planificar tratamiento en adolescentes. Consta de 9 áreas y la puntuación obtenida en cada una de ellas refleja la necesidad de tratamiento.

Clinical Institute Withdrawal Assessment (CIWA-AR) (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo y Sellers, 1989). Se administra en dos minutos y en fase de desintoxicación por personal sanitario. Consta de 10 ítems y valora la intensidad y la gravedad de los síntomas de abstinencia. 67 es la puntuación máxima que se puede obtener; puntuaciones entre 10-0 son indicativas de un síndrome de abstinencia leve; entre 10-20 puntos indican síndrome de abstinencia moderado; y puntuaciones superiores a 20 apuntan a síndrome de abstinencia grave con indicación de ingreso hospitalario.

Teen Addiction Severity Index (T-ASI) (Kaminer, Bukstein y Tarter, 1991). Entrevista semi-estructurada para adolescentes basada en el Addiction Severity Index. Compuesta por 154 preguntas, agrupadas en siete subescalas: uso de sustancias psicoactivas, situación escolar, situación laboral, situación económica, relaciones familiares y sociales, problemas legales y estado psiquiátrico. Se necesitan entre 20 y 45 minutos para su pasación. La versión española de esta herramienta (Díaz, Castro-Fornieles, Serrano, González, Calvo, Goti y Gual, 2008) muestra buenas propiedades psicométricas aunque todavía está la fiabilidad del instrumento por validar.

Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) (Stockwell, Sitharthan, McGrath y Lang, 1994). Compuesto por 33 ítems, este cuestionario autoadministrado evalúa cinco áreas en los últimos seis meses antes de la cumplimentación: síntomas de abstinencia físicos, síntomas de abstinencia afectivos, deseo y alivio tras consumo, patrón diario de consumo y reinstauración de la dependencia tras un periodo de

abstinencia. Cada uno de los ítems se puntúa entre 0 y 4, y la suma de todas las preguntas oscila entre 0 y 60, reflejando mayor gravedad las puntuaciones más elevadas. La versión española realizada por Rubio, Urosa, Rubio, Ulibarri y Mata (1996) mostró una adecuada fiabilidad. Existe una versión abreviada de 24 ítems llamada SADQ-C que fue diseñada para utilizarse en atención primaria. Consta de 20 ítems y tiene establecido un punto de corte de 20 para detectar casos de dependencia alcohólica grave, con una tasa de acierto de en torno al 64%.

European Addiction Severity Index EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995). Es la versión europea del *Addiction Severity Index, ASI* (McLellan et al., 1980). La versión española empleada es de Bobes, González, Sáiz y Bousoño (1996). Se trata de una entrevista clínica muy utilizada tanto desde la perspectiva clínica (con funciones de *screening*, de diagnóstico, de evaluación clínica y de evaluación de resultados) como desde la perspectiva institucional -para la evaluación de los resultados de los programas, la comparación entre dispositivos de tratamiento, la comparación de subpoblaciones de pacientes o la comparación entre diferentes contextos (González-Saiz et al., 2002; Mäkelä, 2004).

Esta entrevista valora la necesidad de tratamiento del paciente en 7 áreas diferentes: a) estado médico general; b) situación laboral y financiera; c) consumo de alcohol; d) consumo de otras drogas; e) problemas legales; f) relaciones familiares y sociales; y g) estado psicológico. Para ello se puede emplear el *Índice de Gravedad del Entrevistador (IGE) (Interviewer Severity Rating)*. Este índice, que ha mostrado su utilidad en diferentes investigaciones desarrolladas en el propio contexto de tratamiento (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Fernández-Montalvo et al., 2007; Fernández-Montalvo et al., 2008; López-Goñi, Fernández-Montalvo y Arteaga, 2012; López-Goñi et al., 2008; López-Goñi et al., 2010), se calcula considerando una serie de ítems críticos en cada una de las áreas, para posteriormente considerar la propia autoevaluación del paciente y el criterio del entrevistador. En función de estos elementos se señala una puntuación comprendida en un rango de puntuaciones comprendido entre 0 (*ausencia de problema*) y 9 (*problema extremo*). A mayor puntuación, se entiende que hay una mayor gravedad de la adicción. A su vez, la

gravedad se define como la necesidad de tratamiento en cada área. Además de dichas puntuaciones de gravedad, en esta investigación se han empleado las diferentes variables sociodemográficas y de consumo recogidas en este instrumento. La fiabilidad test-retest a corto plazo de las escalas de gravedad del ASI es mayor o igual a 0,92 en todos los dominios.

Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica (EIDA) (Rubio, Urosa, y Santo-Domingo, 1998). Esta herramienta está basada en el instrumento SADQ. Compuesta por 30 preguntas, tiene como objetivo evaluar el estado del paciente durante los últimos seis meses en función de las siguientes áreas: síntomas físicos de abstinencia (ítems 1-5), síntomas psicológicos de abstinencia (ítems 6-10), conductas para aliviar los síntomas de abstinencia (ítems 11-15), consumo habitual de alcohol (ítems 16-20), dificultades para controlar la ingesta (ítems 21-25) y reinstauración de la sintomatología tras la recaída (ítems 26-30). Las respuestas son de tipo Likert de cuatro alternativas y realizar el cuestionario tiene una duración de alrededor de 15 minutos.

Timeline Followback Method (Sobell y Sobell, 1992). Se trata de un método para evaluar el patrón y la frecuencia de consumo de alcohol en personas desde los 14 años en adelante. Hay versiones autoadministradas tanto en papel como en ordenador y también una versión heteroadministrada. La evaluación se realiza con la petición al paciente para que, de forma retrospectiva, informe acerca de su consumo de alcohol diario en un periodo entre 7 días y 2 años utilizando un calendario en blanco. Actualmente no se dispone de versión española validada.

2.1.4 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CRAVING

Alcohol Confidential Questionnaire (ACQ) (Sklar, Annis y Turner, 1997). Instrumento derivado del Situational Confidence Questionnaire (SCQ) (Annis y Graham, 1988) que mide la autoeficacia de la persona alcohólica en situaciones potencialmente peligrosas. Consta de 16 ítems tipo Likert que exploran ocho categorías diferentes de alto riesgo: estado de ánimo negativo, malestar físico, problemas de trabajo, tensión social, estados de ánimo positivos en solitario y en situaciones de riesgo, deseo de consumo ante estímulos previamente condicionados y

tentaciones de probar el control. La versión española (Vielva, Llorente y Annis, 1997) cuenta con una adecuada validez convergente.

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Heavy Drinking (Y-BOCS-HD) (Modell, Glaser, Cyr y Mountz, 1992). La escala está principalmente centrada en evaluar la preocupación cognitiva con el alcohol y los esfuerzos para resistirse a los pensamientos relacionados con el consumo de dicha sustancia y los rituales asociados.

The Obsessive Compulsive Scale (OCDS) (Anton, Moak y Latham, 1995). Escala elaborada a partir del cuestionario anteriormente mencionado. Aborda el alcoholismo bajo el modelo de trastorno obsesivo compulsivo. Consta de 14 preguntas autoaplicadas relacionadas con el beber, la interferencia que las ideas ocasionan en el sujeto, la resistencia al consumo, la frecuencia y la interferencia que el consumo ocasiona en la persona. Las respuestas posibles se realizan por medio de una escala de cinco valores tipo Likert con puntuación de 0-4. La versión española (Rubio y López, 1999) cuenta con buenas propiedades psicométricas.

Questionnaire of Alcohol Urges (QUA) (Sinha y O'Malley, 1999). Instrumento unidimensional, autoadministrado y de aproximadamente un minuto de duración que intenta medir el deseo de beber mientras se está cumplimentando el cuestionario, la anticipación de los efectos positivos y la posibilidad de rechazar el alcohol si éste estuviera al alcance en el momento.

Alcohol Craving Questionnaire (ACQ) (Love, James y Willner, 1998). Evalúa la intención de beber y el deseo y la anticipación a los efectos positivos del consumo y a los negativos referidos a la abstinencia. Existe una versión abreviada, ACQ-NOW-SF-R, compuesta de 12 ítems y realizable en aproximadamente cinco minutos.

Penn Alcohol Craving Scale (PACS) (Flannery, Volpicelli y Pettinati, 1999). Escala autoadministrada de 5 ítems que explora el *craving* durante la semana previa a su cumplimentación. Los ítems tienen como objetivo recoger información acerca de la frecuencia, intensidad y duración del deseo de beber y la imposibilidad de rechazar alcohol.

Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) (Guardia, Segura, Gonzalvo, Trujols, Tejero, Suarez y Marti, 2004). Instrumento compuesto por 12 ítems que proporcionan valores en cada factor y una puntuación total, suma de las puntuaciones obtenidas en deseo de beber y desinhibición conductual. Aporta 4 puntos de corte para las subescalas, además de una puntuación global para el *craving*. La EMCA consigue discriminar el nivel de gravedad de la intensidad de la dependencia y los niveles moderados y leves, así como entre pacientes con y sin comorbilidad. Mediante el factor “deseo de beber” discrimina entre sujetos con y sin comorbilidad psiquiátrica. Si la intensidad del *craving* no experimenta disminución progresiva en comparación con las puntuaciones basales, o si el *craving* se intensifica a lo largo del tratamiento, la puntuación de la escala EMCA puede ser un adecuado predictor para las recaídas o un buen indicador de necesidad para tratamiento. Este instrumento es útil también para el seguimiento, ya que muestra una sensibilidad al cambio en el consumo de alcohol (Guardia, Estorch, Surkov, Camacho, y Garcia-Ribas, 2011; Siñol, Luquero, Cadus, Burguete, y Guardia, 2006).

Escala sobre el Deseo de Beber (EDB) (Montes, Urosa, Rubio, y Poyo, 2006). Instrumento desarrollado con el objetivo de evaluar el deseo de consumo desde una perspectiva multidimensional. Compuesto por ítems de varias escalas (ACQ, DAQ, ICS), cuenta con 30 preguntas de tipo Likert que evalúan el *craving*, *el priming*, la intensidad del deseo, el refuerzo positivo, negativo y social, el grado de control sobre el deseo y el grado de interferencia que genera sobre la persona. Cuenta con una elevada consistencia interna.

Escala de deterioro de la inhibición de respuesta para el alcoholismo (IRISA) (Guardia, Trujols, Burguete, Luquero y Cardús, 2007). Escala diseñada para evaluar la intensidad del deterioro en la inhibición de la respuesta de aproximación al alcohol, demostrado factor de recaída independiente del *craving*. Consta de 16 ítems que miden la capacidad de controlar los pensamientos y las conductas de aproximación. La puntuación total es la suma de las notas dadas en los ítems. No hay propuestos puntos de corte; a mayor puntuación menor, autocontrol o capacidad de inhibición de las respuestas de aproximación. La validez factorial y la validez convergente, discriminante

y predictiva satisfactorias hacen de este cuestionario una herramienta de trabajo altamente recomendable en cuanto a evaluación.

2.1.5 INSTRUMENTOS EVALUADORES DE CREENCIAS Y AUTOEFICACIA

Cuestionario de Patrones de Bebida (McCrary y Zitter, 1979). Tiene como objetivo recabar información acerca de antecedentes relacionados con la bebida agrupadas en 10 tipos: empleo, aspectos económicos, aspectos fisiológicos, relaciones interpersonales, relaciones de pareja, familia, hijos, aspectos emocionales y situaciones estresantes de la vida.

Situational Confidence Questionnaire (SCQ) (Annis,1982). Instrumento con 100 ítems que evalúa el nivel de autoeficacia en relación a la percepción del paciente para controlar el consumo.

Inventory of Drinking Situacion (IDS) (Annis, 1982). Basado en el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, este cuestionario consta de 100 ítems que recogen información acerca de diferentes situaciones: determinantes interpersonales (conflictos con otros, presión social o situaciones agradables con los demás) y determinantes intrapersonales (emociones desagradables, malestar físico, estados emocionales positivos, comprobación de control personal, urgencias y tentaciones). Las respuestas tipo Likert dan una puntuación en cada una de las ocho escalas. Éstas a su vez permiten establecer un perfil en el cual se indican las principales situaciones de riesgo en porcentajes. Así, es posible establecer intervenciones más adecuadas y ajustadas a la realidad elaborando las técnicas cognitivo-conductuales más adecuadas (Cortes, Muñoz, Orueta, Vicens, Del Pino, Trinidad y Sancho, 2009).

Beliefs About Substance Use Inventory (BASU) (Beck, Wright, Newman y Liese, 2001). Autoinforme compuesto por 20 preguntas que tienen como objetivo identificar las creencias comunes acerca del consumo de alcohol. El análisis factorial realizado mostró diferentes componentes básicos y diferenciados: creencias anticipatorias positivas acerca del consumo continuado, creencias permisivas, creencias ambivalentes de dependencia y creencias de contemplación. Es de utilidad

para identificar creencias erróneas y abordarlas desde el modelo cognitivo de Beck. La versión española es adecuada y por ello el cuestionario puede ser utilizado para trabajar en la prevención de recaídas (Bobes, Díaz, Casares, Bascarán y García-Portilla, 2012).

Inventario de Habilidades de Afrontamiento (García-Gonzales y Alonso-Suarez, 2002; Litman, Stapleton, Oppenheim, y Peleg, 1983). Inventario que agrupa 36 estrategias divididas en cuatro factores (estrategias conductuales de evitación, de distracción, de búsqueda de apoyo social y otras estrategias cognitivas). El objetivo consiste en explorar conductas cognitivas y conductuales de carácter personal mediante la evaluación de las estrategias utilizadas en el último año.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Morejon, García-Boveda y Jimenez, 2004). Autoinforme cuyo objetivo es presentar una medida global y unidimensional de la autoestima. Está compuesta por 10 preguntas, siendo la puntuación mínima 10 y la máxima 40. A mayor puntuación, mayor autoestima.

2.1.6 INSTRUMENTOS PARA EVALUACIÓN DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO, IMPULSIVIDAD Y PRECIPITANTES DE RECAÍDA

Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) (Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg y Jackson, 1983). Instrumento de 25 ítems para identificar las situaciones de riesgo interpersonales y emocionales que el sujeto percibe al iniciar el consumo. Esta escala se divide en cuatro factores: emociones desagradables, acontecimientos externos, ansiedad social y vigilancia cognitiva reducida. Cuanto más bajo es el riesgo de recaída percibido más alta es la peligrosidad de consumo.

Coping Behaviors Inventory (SCQ) (Sklar, Annis y Turner, 1997). Escala compuesta por 32 ítems que exploran las habilidades de afrontamiento con las que cuenta la persona y aquellas que más utiliza. Rastrea principalmente habilidades personales, cognitivas y conductuales y apoyos sociales de los que ya dispone el sujeto. La versión española muestra una fiabilidad adecuada, por lo que se aconseja su uso (García-Gonzales y Alonso-Suarez, 2002).

Coping Behavior Inventory (CBI) (Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg y Jackson, 1984). Cuestionario compuesto por 36 ítems de escala tipo Likert que evalúa actitudes, respuestas y estrategias de afrontamiento que el sujeto con dependencia al alcohol utiliza para no consumir cuando siente *craving*. La versión española está compuesta por cuatro factores (pensamientos positivos, pensamientos negativos, distracción y evitación) y cuenta con una elevada consistencia interna (García-Gonzales y Alonso-Suarez, 2002).

Scale of Impulsivity (SI). Escala de 15 ítems que evalúa la tendencia del sujeto a funcionar sin pararse a pensar. Hay cuatro escalas para medir: control de los estados de ánimo, capacidad para planificar, control de las conductas de ingesta de comida y control de gasto de dinero o actividad sexual además de otras conductas. En la versión española se propone un punto de corte de 20 (Alcazar-Corcoles, Verdejo y Bouso-Sáiz, 2015).

Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11) (Patton y Stanford, 1995). Cuestionario de 30 ítems que evalúa el funcionamiento normal en conducta y pensamiento del sujeto. Permite obtener datos acerca de impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. La versión española la realizaron Oquendo, Baca-García, Graver, Morales, Montalvan y Mann, 2001.

Impulsive Behavior Scale (UPPS-S) (Whiteside, Lynam, Miller y Reynolds, 2005). Escala tipo Likert compuesta por 59 preguntas resultantes de la combinación de varios instrumentos para medir la impulsividad. Concretamente evalúa: urgencia negativa o tendencia a ceder ante los impulsos fuertes y negativos, falta de perseverancia o incapacidad para seguir con trabajos aburridos o fatigosos, falta de funcionamiento reflexivo y urgencia positiva o tendencia a dejarse llevar por impulsos positivos. En 2010 se realizó la validación española de esta escala (Verdejo-García, Lozano, Moya, Alcazar y Pérez-García, 2010).

Escala de Control de los Impulsos de Ramos y Cajal (ECIRyC) (Ramos, Gutiérrez-Zotes y Saiz, 2002). Escala que evalúa la frecuencia de acontecimientos diversos del sujeto relacionados con las conductas impulsivas. Aunque no hay puntos de corte propuestos, a mayor puntuación mayor impulsividad.

2.1.7 INSTRUMENTOS PARA VALORAR LA MOTIVACIÓN

University of Rhode Island Change Assessment (URICA) (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983). Escala de evaluación de 32 ítems con respuesta tipo Likert. Está basada y evalúa los estadios de cambio propuestos por Prochaska y DiClemente. Solamente se obtienen datos del momento en el cual se lleva a cabo la entrevista. Presenta muy buenas medidas psicométricas.

Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) (Miller y Tonigan, 1996). Construido a partir del URICA, tiene como objetivo determinar el estadio de cambio en problemas de alcohol, aunque posteriormente se validó también para uso de drogas. Está compuesto por 40 ítems con escala tipo Likert y cada escala consta de 8 preguntas. Esta herramienta ofrece cinco puntuaciones diferentes, una por cada estadio de motivación. Ha mostrado elevada consistencia psicométrica interna. La versión más reciente es la SOCRATES-8A, compuesta por 19 ítems.

Readiness to Change Questionnaire (RCQ) (Rollnick, Heather, Gold y Hall, 1992). Creado también a partir de URICA, tiene como objetivo determinar los estadios de cambio para el alcohol, si bien también fue validado para otras drogas. Está compuesto por 12 ítems de escala Likert que se agrupan en tres estadios de cambio posibles (precontemplación, contemplación y acción). La complicada comprensión de los enunciados y la dificultad en la corrección hacen que no sea una herramienta especialmente recomendable (Rodríguez-Martos, Rubio, Auba, Santo-Domingo, Torralba y Campillo, 2000).

Cuestionario de preparación para el cambio (Readiness to Change Questionnaire (Rodríguez-Martos et al., 2000; Rollnick et al., 1992). Consta de 12 preguntas que describen los estadios motivaciones de precontemplación, contemplación y acción. La versión española ha mostrado dificultades de comprensión.

2.1.8 INSTRUMENTOS PARA VALORAR LOS PATRONES DE CONSUMO

Comprehensive Drinker Profile (CDP) (Marlatt, 1976; Miller y Marlatt, 1984). Ver en el subapartado de instrumentos para la gravedad clínica de la adicción y la dependencia.

Timeline Followback Method (Sobell y Sobell, 1992). Ver en el subapartado de instrumentos para la gravedad clínica de la adicción y la dependencia.

Maudsley Adiccition Profile (MAP) (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehman y Strang, 1998). Cuestionario breve de 60 ítems que evalúa varios aspectos: uso de sustancias, inyección, conductas sexuales de riesgo, salud física y psicológica, contexto vital y funcionamiento social. Existe adaptación española (Torres-Fernandez y Fernandez-Gomez, 2004).

Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA) (Gual et al., 2001). Ver en subapartado de instrumentos de cribado.

2.1.9 INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS

Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI) (White y Labouvie, 1989). Instrumento autoadministrado de 18 ítems con objetivo de evaluar problemas asociados al consumo en población adolescente. La adaptación española muestra una estructura factorial unidimensional con un elevado coeficiente de fiabilidad y buena capacidad para identificar patrones problemáticos de consumo de alcohol y otros drogas y altos niveles de estrés psicopatológico (Lopez-Nuñez, Fernandez-Artamendi, Hermida, Alvarez y Villa, 2012).

Alcohol Problems Questionnaire (APQ) (Williams y Drummond, 1994). Herramienta que no incluye ítems para valorar la dependencia de alcohol. Evalúa la situación de los últimos seis meses en las áreas de amigos, finanzas, legal, física, afectiva, de pareja, hijos y trabajo. Actualmente no se dispone de versión española.

Adicción Severity Index (ASI-6) (Díaz et al., 2010). Ver en subapartado de instrumentos de evaluación de la gravedad clínica de la adicción y la dependencia.

2.1.10 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ABSTINENCIA

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-A) (Sullivan et al., 1989). Es la versión mejorada del CIWA-Ar, este instrumento corresponde al estándar de oro para evaluar la severidad de la dependencia. Evalúa los siguientes síntomas y signos de la dependencia: temblores, ansiedad, agitación, alteraciones táctiles, náuseas y vómitos, alteraciones auditivas y visuales, temblores, pesadez de cabeza y cefaleas. La puntuación máxima es de 67 puntos; las puntuaciones inferiores a 10 indican síndrome de dependencia leve; entre 10-20, moderado; y a partir de 20, síndrome grave que requiere de ingreso hospitalario. A día de hoy no se cuenta con versión española. Este instrumento es aconsejable para evaluar síntomas de privación y calcular y planificar así el tratamiento farmacológico más adecuado (Gonzalez, Climent, Garcia, Perez-Silvestre, Herrera, Guijarro y Ballester, 2008).

En resumen, cabe destacar los múltiples instrumentos con adecuada validación con los que cuentan los profesionales. Gracias a ellos el trabajo de campo es más rápido y eficaz.

2.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LA PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

Existen numerosos instrumentos para evaluar la psicopatología. En este apartado se presentan algunos de los más utilizados en el ámbito del alcoholismo.

2.2.1. INSTRUMENTOS DE INTENSIDAD O GRAVEDAD PSICOPATOLÓGICA (EJE I)

2.2.1.1 Instrumentos para la evaluación de psicopatología en general

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) (Hathaway y McKinley, 1989). Inventario de respuesta dicotómica compuesto por 567 ítems que intenta evaluar patrones de personalidad y trastornos emocionales. Teniendo en cuenta tres grupos de escalas, evalúa varios factores de personalidad: Escalas Básicas/Clínicas (Hipocondría; D-Depresión; Histeria, Desviación psicopática; Masculinidad-Feminidad; Paranoia; Psicastenia; Esquizofrenia; Hipomania; Si-

Introversión Social); Escalas de Contenido (ANX-Ansiedad; FRS-Miedos; OBS-Obsesiones; DEP-Depresión; HEA-Preocupaciones por la salud; BIZ-Pensamiento extravagante; ANG-Hostilidad; CYN-Cinismo; ASP-Conductas Antisociales; TPA-Comportamiento tipo-A; LSE-Baja autoestima; SOD-Malestar Social; FAM- Problemas familiares; WRK-Interferencia Laboral; TRT-Indicadores negativos de tratamiento); Escalas de Validez (?-Interrogante; L-Mentira; F-Incoherencia; TRIN-Inconsistencia de las respuestas verdadero; VRIN-Incoherencia de respuestas variables; K-Corrección). Entre las puntuaciones más altas se constituye un perfil clínico; las superiores a 70 son consideradas como patológicas.

Symptom Check List Revised (SCL-90-R) (Derogatis y Lipman, 1977).

Herramienta autoaplicada que tiene como objetivo evaluar el malestar psicológico actual del sujeto. Está compuesta por 90 ítems y cuenta con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). Valora y clasifica las molestias de la última semana en nueve dimensiones primarias o escalas sintomáticas: Somatización; Obsesión/compulsión; Sensibilidad interpersonal; Depresión; Ansiedad; Hostilidad; Ansiedad fóbica; Ideación paranoide y Psicoticismo. También incluye 3 índices globales de psicopatología: Índice Global de Severidad (GSI) (representa el nivel actual de profundidad del trastorno, indicador directo del nivel de gravedad de los síntomas); Índice de Malestar Positivo (PSDI) (informa si el paciente tiende a exagerar o minimizar los problemas que le aquejan; es una medida de la intensidad de los síntomas percibidos por el sujeto); Total de Síntomas Positivos (PTS) (número de síntomas que el paciente puntúa positivamente, independientemente del grado de severidad; normalmente es interpretado como una medida de la amplitud de la sintomatología presentada por el sujeto). La cumplimentación de esta prueba debe llevarse a cabo con al menos quince días de abstinencia previa y sin sintomatología de abstinencia.

El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. La consistencia interna de este instrumento oscila entre 0,70 y 0,90.

2.2.1.2 Evaluación de síntomas afectivos

Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS) (Hamilton, 1960). Compuesto por 17 ítems, ofrece una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo, además de una puntuación particular en cada una de las escalas de melancolía, ansiedad, sueño y vitalidad.

Mania Rating Scale (MRS) (Young, Biggs, Ziegler y Meyer, 1978). Cuestionario de 11 ítems que reflejan la intensidad creciente de los síntomas nucleares de la fase maniaca dentro de los trastornos bipolares. El informe es subjetivo y se basa en los dos últimos días antes de la realización de la prueba y en la observación del profesional. No hay puntos de corte, si bien el rango total de la escala está entre 0 y 60 puntos.

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery y Asberg, 1979). Consta de diez ítems para evaluar la gravedad del cuadro depresivo. La puntuación de cada pregunta varía entre 0 y 6 y la puntuación global oscila entre 0 y 60. Los cortes corresponden a: depresión leve (7-19), depresión moderada (20-34) y depresión grave (35-60).

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996). Cuantifica la intensidad de la depresión a lo largo de los últimos quince días con 21 ítems diferenciados en dos factores: la subescala afectiva (pesimismo, errores del pasado, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, no gusta la autocrítica a uno mismo, pensamientos suicidas e inutilidad) y la subescala somática (tristeza, pérdida de placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, alteración de los patrones de sueño, irritabilidad, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, cansancio o fatiga, pérdida de energía y desinterés por la esfera sexual).

Los estudios psicométricos de la versión española del BDI-II se han llevado a cabo con varias muestras de tamaño moderado o alto y las puntuaciones presentan una alta fiabilidad, estimada mediante diseños de consistencia interna. La validez convergente con otras medidas de depresión es adecuada (Muñiz y Fernandez-Hermida, 2010).

2.2.1.3 Evaluación del riesgo autolítico

Beck Hopelessness Scale (BHS) (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 2000). Mide la actitud del sujeto hacia expectativas futuras.

Scale for Suicide Ideation (SSI) (Beck, Kovacs y Weissman, 1979). Evalúa el grado de gravedad en pensamientos suicidas e intencionalidad.

2.2.1.4 Evaluación de síntomas de ansiedad

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) (Hamilton, 1959). Consta de 14 preguntas que hacen referencia a manifestaciones inespecíficas que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Se tienen en cuenta los últimos días y los puntos de corte propuestos son de 6-14 para ansiedad leve y puntuaciones superiores a 15 para ansiedad moderada/grave.

Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1971). Consta de 40 preguntas para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Solamente evalúa síntomas psicológicos relacionados con la ansiedad, pero es de los cuestionarios más utilizados por su brevedad, facilidad en la corrección y por la disposición de baremos estandarizados para realizar comparaciones con su grupo normativo. La puntuación posible en cada uno de los conceptos varía entre 0 y 60 puntos. No hay puntos de corte puesto que las puntuaciones directas se obtienen mediante transformación de centiles en función de la edad y el sexo.

En el estudio realizado por Fonseca-Pedrero et al. (2012) las puntuaciones del STAI presentaron adecuadas propiedades psicométricas y el coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total fue 0,93.

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOSCS) (Goodman, Rasmussen, Price, Mazure, Heninger y Charney, 1991). Creada para los sujetos previamente diagnosticados de TOC (trastorno obsesivo compulsivo) tiene como objetivo evaluar la

severidad de las obsesiones y las compulsiones mediante el tiempo malgastado, la interferencia, el distrés, la resistencia y el control. El cuestionario tiene que ser cumplimentado por un profesional mediante una entrevista semi estructurada. Cuenta con 10 preguntas (5 de obsesiones y 5 de compulsiones), teniendo la escala un rango de 0-40. Cuenta con adecuada cuantificación de la severidad y de los síntomas obsesivo-compulsivos.

2.2.1.5 Evaluación de síntomas psicóticos

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall y Gorham, 1962). Escala de calificación que evalúa síntomas de depresión, ansiedad, alucinaciones y comportamiento inusual mediante una clasificación de cada síntoma en escala de entre 1-7 y en función o 18-24 en función de la versión. Actualmente se utiliza preferentemente como medida de gravedad e incluso de subtipificación para trastornos esquizofrénicos. Permite realizar evaluaciones eficaces y muy rápidas.

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay, Fiszbein y Opfer, 1987). Escala del trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixta que evalúa la gravedad en estas tres subcategorías. Son cuatro escalas las que se diferencian: positiva (evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal), negativa (evalúa los déficits a un estado mental normal), compuesta (evalúa la predominancia de un tipo sobre otro) y psicopatología en general (evalúa otros tipos de sintomatología como ansiedad, depresión...).

2.2.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD (EJEII)

Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) (Millon, 1983). Instrumento en formato de autoinforme que permite evaluar 25 trastornos de personalidad y síndromes clínicos diferentes: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo, compulsivo, negativista, autodestructivo y tres tipos de personalidad patológicas (esquizotípico, limite, paranoide). Con respecto a los síndromes clínicos, el instrumento los clasifica en 7 escalas de gravedad

moderada (trastorno de ansiedad, trastorno somatoformo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol dependencia de sustancias y trastorno de estrés postraumático) y 3 escalas de síndromes clínicos de extrema gravedad (trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante). Las escalas que incluye de sinceridad, deseabilidad social, alteración y validez dotan a esta herramienta de un alto valor en cuanto a veracidad de la información. Está compuesto por 175 ítems con respuesta dicotómica en formato de verdadero o falso. La versión más reciente es el MCMI-III. Este instrumento ha sido frecuentemente utilizado en estudios sobre la prevalencia de trastornos de personalidad en sujetos adictos (Craig, Bivens y Olson, 1997; Lopez-Goni et al., 2015; Marlowe, Festinger, Kirby, Rubenstein y Platt, 1998; Nadeau, Landry y Racine, 1999; Pedrero y Segura, 2003). No obstante, también ha recibido algunas críticas por su falta de concordancia con los diagnósticos efectuados con otros instrumentos (Marlowe, Festinger, Kirby, Rubenstein y Platt, 1998) o por su falta de validez (Rogers, Salekin y Sewell, 1999).

Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) (Corulla, 1987). En la actualidad existe la versión de 83 ítems y la reducida de 48. Tiene como objetivo evaluar la personalidad en tres dimensiones diferentes básicas: extraversión (mide los rasgos sociable, vivaz, activo, buscador de emociones, despreocupado, dominante, sugerente y aventurero), emotividad o neuroticismo (con rasgos ansioso, deprimido, sentimiento de culpa, baja autoestima, tenso, irracional, tímido triste y emotivo) y dureza o psicoticismo (rasgos agresivos, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, no empático, creativo y rígido). Para descubrir la tendencia de algunos sujetos al falseamiento positivo este cuestionario cuenta también con una escala L encargada de medir las variables disimulo-conformidad.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders (SCID-II) (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1985). Entrevista diagnóstica que permite llevar a cabo una evaluación de los diez trastornos de personalidad presentes en el DSM-IV y también para dos trastornos propuestos por este manual con posterioridad (trastorno depresivo de la personalidad y trastorno pasivo-agresivo de la personalidad). La utilización de esta entrevista es diversa (ver apartado de entrevistas generales). Así,

puede aplicarse tras una entrevista clínica para realizar una evaluación de un determinado trastorno, puede aplicarse en su totalidad o con el fin de realizar un cribado previo a la administración de la entrevista estructurada.

Internacional Personality Disorder Examination (IPDE) (Loranger, Janca y Sartorius, 1997). Entrevista clínica semiestructurada realizada por la OMS para evaluación de trastornos de personalidad según sistemas CIE-10 y DSM-IV. Los ítems están organizados para obtener información en seis áreas: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afectos, sentido de la realidad y control de impulsos. Las características psicométricas del instrumento han resultado moderadas-altas. Así, a los seis meses se obtiene una correlación media de 0,83, con un intervalo que oscila entre 0,74-0,95, dependiendo del trastorno del que se trate.

Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI) (Wittchen, Robins, Semler, y Cottler, 1993). Diseñada como instrumento de ayuda diagnóstica para las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV, se trata de una entrevista muy estructurada. Su versión más reciente (CIDI 3.0) consta de 15 secciones formadas por 20 ítems. También existe una versión reducida, CIDI-SAM, diseñada para realizar el diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias adictivas. En la actualidad no se cuenta con versión española. La versión CIDI-VENUS (Martini, Wittchen, Soares, Rieder y Steiner, 2009) es de gran relevancia con respecto a los trastornos mentales, sobre todo en mujeres.

Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (Wing, et al., 1990). Sistema de evaluación y clasificación de psicopatología y comportamientos asociados a los principales trastornos psiquiátricos en adultos. Ver en apartado de entrevistas generales.

Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I & II Disorders (SCID) (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997; Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1992). Ver apartado de instrumentos generales.

Entrevista de investigación psiquiátrica para los trastornos mentales y por sustancias (PRISM) (Hasin et al., 1996). Entrevista semiestructurada diseñada a partir de criterios de DSM-IV para los trastornos psiquiátricos tanto del eje I como para el II.

Facilita el diagnóstico entre un cuadro primario o inducido por sustancias. También cuenta con pautas específicas para la evaluación y la clasificación de la patología dual. Es una herramienta adecuada para utilizar en el seguimiento del caso, ya que recoge datos estructurados con respecto al consumo. La adaptación española muestra elevados coeficientes *kappa* pero son necesarios más estudios para evaluar otras propiedades psicométricas.

Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1998).

La versión actual, MINI 6.0, basada en las clasificaciones DSM-IV o CIE-10, se creó para evaluar trastornos psiquiátricos en un menor espacio de tiempo. Por ello se cuenta con una herramienta altamente estructurada de 20 minutos de duración aproximada y dividida en 14 secciones diferentes. Existe una versión española con adecuadas propiedades (Ferrando, Gibert, Bobes y Lecrubier, 1999).

Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) (Cloninger, 1999). Este cuestionario está basado en el modelo biopsicosocial. Evalúa siete dimensiones de personalidad compuestas por tres de carácter y cuatro de temperamento. El TCI-R-67 cuenta con 67 ítems, superando así la dificultad del inventario original en extensión y tiempo. En la versión reducida se incluye una nueva dimensión como variable independiente. En 2009 esta versión fue adaptada a población drogodependiente (Perez, 2009).

Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ) (Zimmerman y Mattia, 2001). Instrumento auto administrado de 125 ítems y quince minutos de duración que evalúa un cribaje eficaz de los trastornos del eje I más comunes entre los consumidores problemáticos.

Cuestionario Exploratorio de la Personalidad (CEPER) (Caballo, 1997). Construido desde el DMS-IV, incluye criterios para diez trastornos de personalidad además del pasivo-agresivo y depresivo.

Cuestionario factorial de personalidad (16 PF-5) (Russell, Cubero, Cattell y Karol, 1995). Consta de 185 ítems y mide las mismas 16 escalas primarias que las versiones previas, con alguna mejora. Las cinco dimensiones superiores son denominadas dimensiones globales y están en la línea de los cinco grandes que se

miden mediante otros instrumentos (extraversión, ansiedad, dureza, independencia y autocontrol).

Inventario NEO de Personalidad-Revisado (NEO-PIR) (McCrae y Costa, 1992). Evalúa, desde un enfoque dimensional, los factores neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad.

El cuestionario de Big Five (BFQ) (Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini, 1993). Estudia los cinco factores denominados energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional y apertura mental

A modo de resumen, a día de hoy son muchos los instrumentos con los que cuenta la comunidad científica para la evaluación de las adicciones y, más concretamente, del alcoholismo. En este capítulo se ha realizado una revisión pormenorizada de todos ellos basada en la evidencia, las adecuadas propiedades psicométricas y el campo de aplicación.

CAPITULO III: TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

El conocimiento científico muestra que el tratamiento para alcohólicos puede resultar muy eficaz. Varios estudios controlados y diversos meta análisis han demostrado la adecuada eficacia de algunos fármacos e intervenciones psicosociales. La oferta terapéutica de la que disponen los profesionales suele estar basada en criterios de salud y seguridad para el propio paciente. Aun así, son de suma importancia la colaboración y la participación del paciente en la terapia, es decir, la motivación para el cambio.

A continuación se describen de forma detallada los tratamientos disponibles en la actualidad con evidencia científica y que parten de un abordaje multidisciplinar integrado por dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

En primer lugar se exponen los tratamientos médico-psiquiátricos y los fármacos más utilizados por los profesionales. En segundo lugar se describen las intervenciones psicosociales en las que se comentan los múltiples abordajes en función de la corriente en la que se basan y su efectividad. Por último, se describen las intervenciones con grupos específicos.

3.1 TRATAMIENTOS MÉDICO-PSIQUIÁTRICOS

El tratamiento farmacológico ha demostrado poseer efectos terapéuticos positivos. A continuación se describen algunos de ellos, teniendo en cuenta su campo de aplicación.

3.1.1 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE DEPRIVACIÓN DE ALCOHOL

La aparición del síndrome de privación del alcohol consiste en el cese brusco del consumo de alcohol tras un periodo prolongado de consumo excesivo. Existen dos sistemas de neurotransmisores opuestos en el cerebro que determinan su funcionamiento. El neurotransmisor más excitado es el glutamato, que actúa sobre el

sistema del NMDA (n-metil-D-aspartato), mientras que el inhibidor principal es el GABA (ácido-gamma-aminobutírico). El síndrome de abstinencia a alcohol aparece asociado con un estado de hiperactividad glutaminérgica provocada como ya se ha mencionado anteriormente por la interrupción abrupta de consumo de dichas sustancias (Abraham, 1985; Berglund, 1977).

Este síndrome puede tener su comienzo en una horquilla de tiempo de entre 6 y 12 horas tras el cese del consumo y cursa con irritabilidad, inquietud, insomnio, ansiedad, temblores, taquicardias, cefalea, hipertensión, náuseas, vómitos y sudoración, entre otros síntomas. Este cuadro puede acabar en un periodo de aproximadamente 72 horas, si bien puede seguir durante más tiempo con el mantenimiento de los síntomas antes comentados. Las crisis convulsivas solamente pueden aparecer en las primeras horas (12-48). Si estas no son tratadas correctamente pueden derivar en un *delirium tremens* en un tercio de los casos o en otras complicaciones, presentado un alto índice de mortalidad (en torno a un 40% si no se valora rápido y se medica). Los cuadros que acompañan a dicho síndrome y las características principales de estos se describen a continuación (Pascual et al., 2013):

1. *Delirium tremens*. Son las alteraciones perceroceptivas, ilusiones y alucinaciones de tipo visual y auditivas, acompañadas por estados de temor que en los casos más graves pueden perdurar hasta un máximo de 5 ó 6 días. Esta intervención debe realizarse en tratamiento hospitalario con un exhaustivo control. Es importante que se traten todas las dolencias y consecuencias que vayan cursando con el síndrome, bien sean de nueva aparición o anteriormente diagnosticadas (infecciones, desequilibrios hidroelectrolíticos, arritmias, hematoma subdural...). En ocasiones es difícil realizar un diagnóstico diferencial entre el *delirium* y otras causas orgánicas. Estas patologías adjuntas condicionan el curso y tratamiento del cuadro, y la evaluación tiene que ser continuada. A día de hoy se cuenta con un escaso número de estudios que comparen la eficacia de diferentes fármacos; en ellos se aconseja llevar a cabo un tratamiento con benzodiazepinas administradas de manera intravenosa y en dosis altas. Si dicha medicación no da los efectos esperados se pueden utilizar neurolépticos, pero nunca de forma independiente. No existen estudios que evidencien la eficacia de los nuevos neurolépticos como la risperidona, la olanzapina o la quetiapina. En ocasiones ni el uso de benzodiazepina junto con neurolépticos dan los resultados esperados; en esos casos, se administrarán fármacos anestésicos.

La alucinosis alcohólica no es igual ni equivalente al *delirium*. Las primeras cursan con alucinaciones que se generan dentro de las primeras 12-24 horas de

abstinencia, siendo principalmente visuales. La diferencia más significativa entre estos dos cuadros está en que en la alucinosis alcohólica el sensorio está conservado y las constantes vitales son normales.

2. *Crisis epilépticas.* Cuando estas son secundarias a la privación el tratamiento se realiza mediante benzodiazepinas que ya tienen demostrada su eficacia (Mayo-Smith, 1997). Es conveniente realizar exploraciones analíticas frecuentes y valorar las funciones vitales. Si el número de crisis es mayor de 2 ó 3, se tendrá que llevar a cabo un diagnóstico diferencial para otros trastornos y tratarlos con otros fármacos. El tratamiento de las crisis epilépticas causadas por la interrupción en la ingesta de alcohol, si no se tratan correctamente, en un tercio de los casos pueden suponer la aparición de un cuadro de *delirium tremens*.
3. *Situaciones especiales.* Para reducir al máximo la morbimortalidad, el tratamiento debe de ser siempre individualizado y acorde con la patología orgánica y psiquiátrica que se presente. Si la enfermedad asociada es de corte psiquiátrico, el tratamiento tendrá que tener en cuenta las posibles interacciones farmacológicas, el contexto, la necesidad de control, así como la superposición de diferentes patologías. Si el paciente es menor y requiere de tratamiento para privación, este se llevará a cabo en régimen hospitalario, teniendo en cuenta las mismas recomendaciones que en población adulta con respecto a la edad, el sexo, el peso... Para ancianos el tratamiento hospitalario resulta también el más adecuado, debido a la posibilidad de aparición de complicaciones propias de la edad. Si bien todavía no existe consenso en cuanto al tipo de medicación más adecuada para mujeres embarazadas, se aconseja tratamiento hospitalario que además disponga de unidad de ginecología. Para los pacientes con problemas de policonsumo debe conocerse de antemano la situación real de consumo del resto de sustancias para así poder pautar la medicación correspondiente a cada cuadro.

La mortalidad está más asociada a patologías orgánicas relacionadas con el alcoholismo. Por ejemplo, la pancreatitis aguda se cronifica en el 50% de los casos. Alrededor del 60% de las cirrosis diagnosticadas a nivel mundial tienen como causa principal el alcoholismo y pueden cursar con encefalopatías hepáticas. Las neumonías, las alteraciones hematológicas, las alteraciones musculares y cardíacas, así como las alteraciones en el sistema nervioso central, son causa directa del consumo excesivo de alcohol prolongado a lo largo de los años. Los dependientes del alcohol también consumen la gran mayoría de las calorías procedentes de dicha sustancia, lo cual genera déficit en la nutrición. Por ello, la valoración del estado nutricional es necesaria y debe realizarse mediante exploración física y analíticas que exploren

indicadores biológicos antes de llevarse a cabo la intervención, bien sea ambulatoria o hospitalaria, con el objetivo de corregir descompensaciones nutricionales y evitar posibles complicaciones. Los marcadores biológicos relacionados son la Transaminasa Glutámico Oxalacetina (GOT-ALT), la Transaminasa Glutámico Pirúvica (GPT-AST), la Gamma-Glutamiltransferasa (GGT, el Volumen Crepuscular Medio (VCM) y la Transferrina Deficiente en Carbohidratos (CDT).

La severidad del síndrome de privación puede ser cuantificada por medio del uso de escalas estandarizadas, como por el ejemplo el CIWA-R (véase apartado de instrumentos para la abstinencia). La intervención para este síndrome puede llevarse a cabo tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario, siempre regido por criterios de seguridad y eficacia y teniendo en cuenta factores como la posibilidad de mantener la abstinencia, el apoyo familiar o social y la necesidad de supervisión médica añadida.

A día de hoy no se cuenta con criterios de evidencia suficientes para deducir cuál de las dos modalidades de tratamiento (ambulatorio o hospitalario) es más efectiva en el tratamiento de prevención del síndrome de privación al alcohol (Berglund, Thelander, Salaspuro, Franck, Andreasson y Ojehagen, 2003; Pascual et al., 2013). Sin embargo, sí se ha mostrado más eficaz en los casos más severos el itinerario hospitalario (Rychtarik, Connors, Whitney, McGillicuddy, Fitterling y Wirtz, 2000).

Con respecto a la farmacoterapia, existe un consenso internacional sobre el manejo terapéutico para el síndrome por privación, plasmado en diferentes guías.

Las benzodiazepinas son los fármacos más utilizados y también más recomendados para reducir la sintomatología y evitar mayor gravedad (Holbrook, Crowther, Lotter, Cheng y King, 1999; Mayo-Smith, 1997; Ntais, Pakos, Kyzas y Ioannidis, 2005), si bien, al poseer tolerancia cruzada con el alcohol, tienen un mayor riesgo de crear abuso o dependencia. Aun así, todavía no hay estudios que evidencien una mayor efectividad entre unas y otras. Se utilizan habitualmente benzodiazepinas de recorrido medio-alto tales como el diazepam, el cloracepato dipotásico o el clordiazepóxido entre otros. Las dosis deben ser individuales y adaptadas a cada caso concreto teniendo en cuenta la edad, el peso, el sexo y la intensidad de los síntomas. También se utilizan benzodiazepinas de vida más corta como el lorazepam (aconsejada

para pacientes ancianos o con insuficiencia hepática) o el oxazepam, aconsejadas en casos con hepatopatías o ancianos. La utilización de este fármaco en combinación con el alcohol puede conllevar en los casos más graves el coma o incluso la muerte (Paredes, Miaso y Tirapelli, 2008).

Entre las posibilidades de tratamiento se encuentran tres pautas diferentes: la terapia de dosis fija con benzodiazepinas, utilizada principalmente con el objetivo de prevenir complicaciones en el síndrome de privación (esta pauta está indicada en desintoxicaciones ambulatorias y la dosis inicial dependerá de la severidad de la adicción además de la dosis de consumo diario y los factores individuales antes mencionados junto con los propios específicos de la medicación), la terapia con dosis únicas y altas, y la terapia con dosis proporcionales a la gravedad de los síntomas de abstinencia (la más recomendada en pacientes sin complicaciones o sin antecedentes previos) evaluados mediante CIWA-Ar.

Los barbitúricos no están prescritos para los síndromes de privación debido a sus efectos secundarios y el riesgo de sobredosificación. Sin embargo dosis únicas de dietilamida de ácido lisérgico (LSD) han aparecido también como estrategias futuras promisorias de apoyo durante el acceso y mantenimiento a lo largo del tratamiento terapéutico (Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas, 2013).

El clometiazol es un medicamento hipnótico análogo de la vitamina B1 con principios de sedación que se utiliza tanto en la prevención como en el curso del propio cuadro, si bien el grado de evidencia viene siendo mejor que el de las benzodiazepinas. Aparece tolerancia cruzada con el alcohol, peligro de dificultades respiratorias y riesgo de abuso o dependencia.

Los fármacos anticonvulsivos o antiepilépticos se han utilizado principalmente por su acción agonista ácido γ -aminobutírico (GABA). La carbamazepina ha demostrado niveles de eficacia en algún estudio realizado para la reducción de los síntomas de privación al alcohol y se ha llegado a administrar a pacientes con hepatopatías crónicas (Holbrook et al., 1999), pero no se han demostrado eficaces para el síndrome de privación propiamente dicho ni tampoco para las convulsiones secundarias. Se han utilizado también otros fármacos antiepilépticos como la

oxcarbazepina, la lamotrigina, el topiramato (Krupitsky et al., 2007; Likhitsathian, Uttawichai, Booncharoen, Wittayanookulluk, Angkurawaranon y Srisurapanont, 2013), el valproato sódico (Reoux, Saxon, Malte, Baer y Sloan, 2001), la gabapentina, la pregabalina, la zonisamida, la tiagabina y el febamato (estos tres últimos menos), tanto en prevención como en tratamiento.

Los antidepresivos no presentan evidencia de eficacia para los síndromes de privación, por lo que su utilización queda enmarcada en cuadros de depresión diagnosticados anteriormente.

Los neurolépticos pueden ser recetados de forma complementaria a las benzodiacepinas a lo largo del tratamiento para la privación si aparece agitación motórica extrema y alucinaciones, aunque no disminuyen el umbral convulsivo. Está contraindicado su uso de manera individual ya que no cuenta con tanta eficacia como las benzodiacepinas.

Los fármacos agonistas adrenérgicos alfa-2 (por ejemplo, clonidina y lofexidina) se han utilizado para tratamientos de privación (Mayo-Smith, 1997) pero sin suficientes evidencias sobre su eficacia (Schaffer y Naranjo, 1998).

Un anestésico no comercializado en España utilizado como droga recreativa por sus propiedades euforizantes y susceptible de crear abuso e incluso dependencia, el gamma-hidroxibutirato, ha sido utilizado para el tratamiento de dependencia alcohólica pero sin evidencia de eficacia probada todavía. El clometiazol ha demostrado una mayor eficacia que el placebo en el tratamiento de privación al alcohol teniendo menos riesgo que las benzodiacepinas si se mezcla con alcohol.

Los fármacos antagonistas D2 como el tiapride (neuroléptico atípico) son utilizados como ayudantes para controlar las alteraciones cognitivas (Lucht et al., 2003), con la ventaja sobre otros de no generar problema de abuso o dependencia.

Los fármacos betabloqueantes, por su parte, no tienen todavía evidencia probada, pero también han sido utilizados para esta sintomatología.

Los fármacos aversivos de alcohol, como por ejemplo el disulfiram o la cianamida, causan un efecto cognitivo disuasorio tras inhibir la

aldehídodeshidrogenasa de forma irreversible. En un estudio llevado a cabo con 109 pacientes en 2014 se concluyó que no había diferencias significativas entre los grupos de control, si bien los pacientes con ALDH2 inactivo sufrían de forma más severa los síntomas de la abstinencia con el uso de disulfiram (Yoshimura, Higuchi, Kimura, Roh y Sahashi, 2014). Se utiliza también en pacientes dependientes de alcohol, si bien existen estudios que indican su uso en casos de cocaína.

La naltrexona es un medicamento antagonista de los receptores opioides de vida media-larga que está indicado para la utilizar en casos de deshabituación de alcohol, presentando un efecto *anti-priming* y disminuyendo a su vez el deseo inducido por estímulos relacionados con el consumo. El estudio realizado por Litten, Castle, Falk, Ryan, Fertig, Chen, y Yi (2013) concluyó que la respuesta al placebo variaba considerablemente y correlacionaba negativamente con el efecto del tratamiento. Otro estudio realizado en 2014 estimó que en pacientes con dependencias graves la naltrexona necesita ser acompañada por otro tratamiento de mayor intensidad para lograr mejores resultados, si bien es cierto que en pacientes con dependencias leves ayuda en el control del *craving* (Vuoristo-Myllys, Lipsanen, Lahti, Kalska y Alho, 2014).

3.1.2 INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y DEHABITUACIÓN

El tratamiento de la adicción se ha centrado en identificación de los mecanismos neurobiológicos implicados en esta enfermedad y ha hecho posible identificar dianas farmacológicas interesantes en el circuito de recompensa y regiones asociadas con este circuito. Los tratamientos actuales se basan en la interacción con los efectos agudos de la droga en la transmisión dopaminérgica, en la reactivación del circuito de recompensa en ausencia de drogas y en la reducción de los síntomas de abstinencia entre otros (Saadan, Scuvee-Moreau y Seutin, 2013).

A continuación se presentan varios fármacos utilizados en el tratamiento de la dependencia alcohólica.

1. *Disulfiram*. Descubierto en el año 1948 por Hald y Jacobsen por casualidad, esta medicación inhibe la acetaldeshidrogenasa y provoca en el sujeto cuando bebe niveles altos de acetaldehído en sangre. El acetaldehído es el causante de la aparición rápida de reacción en la interacción con el alcohol, por eso es considerado sustancia aversiva o antidipsotrópica y muestra síntomas tales como rubefacción, hipertensión, vasodilatación, palpitaciones, ansiedad, náuseas y vómitos, cefalea o disnea. Estudios recientes han concluido también que este fármaco inhibe la dopamina β -hidroxilasa, incrementando los niveles de dopamina cerebral y reduciendo el estado de hipodopaminergia en el circuito cerebral de recompensa (Pascual et al., 2103).

La mayor parte de los ensayos clínicos realizados con disulfiram son antiguos y cuentan con varias limitaciones (Fuller et al., 1986). En la última década, sin embargo, diversos estudios han comparado este fármaco con otros. Así, Laaksonen, Koski-Jannes, Salaspuro, Ahtinen y Alho (2008) realizaron un estudio comparativo y naturalístico con dosis diarias durante los tres primeros meses y en los siguientes 9 a demanda en función de las ganas de beber entre el disulfiram, la naltrexona y el acamprosato. El disulfiram resultó ser el que mejores resultados obtuvo en los primeros días de abstinencia; se demostró significativamente superior a la naltrexona y al acamprosato durante los primeros meses y hasta el primer consumo elevado (5 ó más uves/día). Además, si hay apoyo familiar, todavía se obtienen mejores resultados que con el resto de fármacos utilizados en la prevención de recaídas, si bien no se ha mostrado más eficaz que el topiramato para el control de *craving* (De Sousa, De Sousa, y Kapoor, 2008). En otro estudio llevado a cabo recientemente se observó también la utilidad de la terapia combinada (psicoterapia individual asociada al disulfiram, metronidazol y acamprosate) para la deshabitación alcohólica (Montanet, Bravo, Díaz y Pérez, 2015).

Este fármaco se administra en dosis diarias en una sola toma, preferiblemente supervisado y por lo general vía oral. Existe una versión para ser inyectada, pero no muestra la misma eficacia. El tratamiento puede empezar a tomarse 24 horas después del último episodio de consumo y la duración del mismo oscila entre 6 y 12 meses. Los efectos secundarios que pueden aparecer tras la ingesta son polineuropatías, reacciones psicóticas e hipotensión en dosis-dependientes y, con excepción de la somnolencia en los ensayos clínicos, su incidencia es similar a la de un placebo. Se recomienda tener especial precaución en aquellos pacientes con cirrosis o insuficiencia hepática, bronquitis crónica, diabetes mellitus, hipotiroidismo, o epilepsia. Los casos con hepatitis idiosincrática merecen atención ya que este medicamento no está contraindicado para este tipo de cuadros (Pascual et al., 2013).

2. *Cianamida cálcica*. Elaborada en 1952, a diferencia del disulfiram, bloquea de manera irreversible la enzima aldehídeshidrogenasa. No se cuenta con muchos ensayos clínicos, pero en un estudio se demostró que la cianamida es más eficaz que el placebo (Peachey, Annis, Bornstein, Maglana y Sykora, 1989). La toma de dicho fármaco es en forma de gota y se recomienda realizar dos tomas de 12-15 gotas cada doce horas. Al mezclarlo con el alcohol la reacción

aparece a los 10 minutos tras la ingesta, pero es de menor intensidad que la del disulfiram. Los efectos secundarios de la cianamida son mareo, dermatitis de contacto, hepatitis, hipotiroidismo, diabetes *mellitus*, granulopenia, cefalea y somnolencia, entre otros. Tanto con el disulfiram como con la cianamina deben entregarse al paciente y a la familia si la hubiera un listado con productos cosméticos, medicamentos líquidos, alimentos y bebidas que pueden contener alcohol y generar una reacción.

3. **Acamprosato.** Este fármaco ha mostrado eficacia en el tratamiento de la dependencia al alcohol, mientras que las benzodiacepinas están más indicadas para tratar síndromes de abstinencia (Cooper y Vernon, 2013). Tras los estudios realizados al respecto, se puede concluir que el acamprosato actúa básicamente produciendo una reducción de la transmisión glutamatérgica a nivel de los canales de calcio del receptor NMDA (Kennedy, Leloux, Kutscher, Price, Morstad y Carnahan, 2010). Se han llevado a cabo varios estudios, revisiones sistemáticas (una de las últimas la propuesta por, (Miller, Book y Stewart, 2011) y diversas publicaciones de meta análisis (Lehert y Mason, 2011) en Norteamérica, Asia y Europa. Los resultados obtenidos en Europa desprenden que el acamprosato es más eficaz que los placebos, con una diferencia a favor del fármaco que oscila entre el 7% y el 13%, mientras que los estudios realizados en Norteamérica y Asia no encuentran diferencias significativas con respecto al placebo (Anton et al., 2006), si bien los resultados se muestran esperanzados con los efectos del acamprosato (Yumoto y Higuchi, 2015). Este fármaco se toma en dosis diarias de 2 gramos a lo largo de tres tomas. Se recomienda el inicio de la toma de la medicación coincidiendo con el periodo de desintoxicación. El fármaco puede seguirse tomando con consumo de alcohol y la duración aconsejada de tratamiento es de alrededor de 6 meses. Cuenta con pocos efectos secundarios (problemas gastrointestinales, mareo o cefalea) y puede verse afectada la función renal puesto que el 90% del fármaco se elimina mediante la orina. Aun así, apenas cuenta con interacciones con otras medicaciones.
4. **Naltrexona.** Es un antagonista opioide que actúa al parecer desde el sistema opioide endógeno y modula la liberación de dopamina en el Núcleo Accumbens y las áreas de recompensa cerebrales (Swift, 1995). Dicha liberación facilita el incremento de la capacidad para mantener el control sobre el consumo una vez iniciada la ingesta; por eso se puede concluir que este fármaco tiene efecto *anti-priming*.

Son numerosos los ensayos clínicos que se han llevado a cabo con este fármaco y todos ellos muestran resultados positivos. Estudios pioneros como el de Volpicelli, Rhines, Rhines, Volpicelli, Alterman y Obrien (1997) pusieron de manifiesto que la eficacia de la naltrexona se veía reforzada por su utilización en el marco de tratamientos cognitivo-conductuales. Casi todos los ensayos clínicos con naltrexona han tenido como variables principales el tiempo hasta la primera recaída (definida habitualmente como día cuyo consumo es superior a 60 gr) y el porcentaje de días de consumo abusivo (*heavy drinking days*) además de tener una duración entre 12-16 semana

El estudio realizado en EE.UU conocido como COMBINE concluyó que el tratamiento combinado de naltrexona junto con terapia cognitivo-conductual era lo más eficaz, al menos a medio plazo. Los diversos metaanálisis existentes al respecto desprenden que la naltrexona reduce en un 14% las recaídas frente a placebo, sin que tenga un efecto relevante en el tiempo hasta el primer consumo o el porcentaje de días de abstinencia (Pettinati, O'Brien, Rabinowitz, Wortman, Oslin, Kampman y Dackis, 2006). Estos resultados son consistentes con el mecanismo de acción propugnado para la naltrexona (modulación mediante el sistema opioide de las descargas dopaminérgicas provocadas por el alcohol en los circuitos de recompensa cerebral). Revisiones sistemáticas han observado también cómo este fármaco tiene la capacidad de mejorar sus resultados en combinación con otros fármacos (Kenna, Lomastro, Schiesl, Leggio, y Swift, 2009).

Aun así, es cierto que la terapia combinada con naltrexona y acamprosato no ha mostrado superioridad frente a la naltrexona sola, aunque sí mostró ser superior frente al acamprosato solo o placebo (Mann, Kiefer, Smolka, Gann, Wellek, y Heinz, 2009). Otro estudio realizado en 2014 estimó que en pacientes con dependencias graves la naltrexona necesita ser acompañada por otro tratamiento de mayor intensidad para lograr mejores resultados, si bien es cierto que en pacientes con dependencias leves ayuda en el control del craving (Vuoristo-Myllys et al., 2014). Un estudio de meta-análisis llevado a cabo en Europa concluyó también que la naltrexona y el placebo no mostraban diferencias significativas en el abandono del tratamiento sin razón aparente, mientras que en los casos en los cuales el abandono era por exposición a situaciones de riesgo los pacientes que habían tomado naltrexona mostraban un riesgo significativamente mayor (Donoghue, Elzerbi, Saunders, Whittington, Pilling y Drummond, 2015). No se recomienda la administración a personas con hepatopatías crónicas severas o hepatitis agudas y se debe tener especial cuidado con la administración de otros analgésicos, ya que pueden interaccionar con la medicación. La naltrexona se toma en dosis de entre 50-100 mg/día en una sola toma, teniendo una sensibilidad de en torno a trece horas. Entre los efectos secundarios destacan los mareos, la fatiga, las náuseas, cefaleas, insomnio y ansiedad (Pascual et al., 2013).

5. *Nalmefeno*. Esta medicación, que se cree actúa modulando la liberación de dopamina provocada por beber en las áreas de recompensa cerebrales, es un modulador de sistema opioide que tiene acción antagonista con los receptores *Mu* y *Delta* y acción agonista parcial con los receptores *Kappa*.

La eficacia de los tratamientos orientados a la reducción del consumo de alcohol ha quedado demostrada solamente con nalmefeno en pacientes alcohólicos de baja gravedad (Bendimerad y Blecha, 2014; Van den Brink, Sorensen, Torup, Mann y Gual, 2014). Estudios realizados recientemente (Gual, He, Torup, Van den Brink, Mann y Grp,(2013); Lamee et al., 2014; Mann, Bladstrom, Torup, Gual y Van den Brink, 2013; Stevenson, Pandor, Stevens, Rawdin, Rice, Thompson y Morgan, 2015) con el objetivo de reducir el consumo de alcohol y la posología del paciente han facilitado la aprobación del fármaco

por la Agencia Europea del Medicamento y ya se está dando la comercialización en distintos países europeos. La administración no es diaria sino a demanda, en dosis de 20 mg, y se recomienda la toma en momentos de deseo intenso de consumo de alcohol. Esta forma de administración abre una nueva vía de tratamiento para pacientes que hasta ahora solicitaban tratamiento farmacológico. Entre los efectos secundarios destacan el mareo, el insomnio, la fatiga, la hiperhidrosis o las náuseas. Al igual que la naltrexona, este fármaco está contraindicado con la toma paralela de derivados opiáceos, pacientes con dependencia a opioides o tratamientos en curso con sustitutivos como metadona o buprenorfina (Pascual et al., 2013).

6. *Oxibato sódico*. La estructura es similar a la del ácido gama-aminobutírico y tiene como objetivo los receptores GABA de tipo B. Teniendo en cuenta que es un compuesto endógeno del sistema nervioso central y debido a su acción gabaérgica, se considera tratamiento sustitutivo para la dependencia al alcohol. Se recomienda la administración en tres tomas de 50-100 mg/kg en un periodo que oscila entre 3 y 12 meses. Como efectos secundarios están la somnolencia y el sopor, además de la posible aparición de náuseas, ataxia, enuresis, sudoración, visión borrosa y pérdida de apetito. Las interacciones farmacológicas son raras, pero la posibilidad de que genere adicción es muy tenida en cuenta por los investigadores (McDonough, Kennedy, Glasper y Bearn, 2004). Los ensayos clínicos realizados con el oxibato demuestran mejores resultados que con placebo, naltrexona y disulfiram. También las revisiones sistemáticas han concluido que la validez de los estudios es limitada, sin bien los resultados obtenidos en cuanto a obtención de la abstinencia, reducción de consumo y número de días de consumo son superiores a los placebos (Brambilla, Vigna-Taglianti, Avanzi, Faggiano y Leone, 2012).

3.1.3 ABORDAJE DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Los problemas de alcoholismo en muchas ocasiones cursan acompañados por otros trastornos mentales que determinan la evolución y hacen más complejo el diagnóstico, con la consiguiente complicación en la intervención terapéutica. Es por esto que se recomienda constantemente un abordaje individualizado para conseguir resultados más satisfactorios en cuanto a la retención en los programas. La recomendación del tratamiento integrado viene haciéndose porque se entiende que la intervención simultánea para los dos trastornos y realizada por el mismo equipo de profesionales cuenta con mejores resultados que los programas realizados en paralelo y de forma secuencial. No obstante, una revisión realizada sobre varios tratamientos con pacientes con patología dual (Tiet y Mausbach, 2007) concluyó que la eficacia de

estas intervenciones está solamente probada para determinados trastornos mentales en determinados tipos de patología dual.

En otras revisiones realizadas, sin embargo, se observaron mejorías a nivel clínico y la reducción de consumo se consiguió mediante tratamientos integrados. Se concluyó que (a pesar de las dudas acerca de la eficacia) los tratamientos integrados muestran una mayor eficacia si: son accesibles, intensivos e individualizados, cuentan con continuidad para fomentar la adherencia, tienen objetivos realista en cada caso y atienden las necesidades particulares socio sanitarias, reducen la comorbilidad somática, supervisan continuamente el proceso y favorecen las actividades ocupaciones y formativas como la realización de educación sanitaria y familiar (Bobes y Casas, 2009).

La idoneidad de estos programas se muestra probada mediante resultados publicados en estudios amplios que han observado mejorías siguiendo tratamientos integrados (Casas y Guardia, 2002). Así pues, para los trastornos psiquiátricos en particular se recomienda hacer diferenciación entre los trastornos psicóticos inducidos y la esquizofrenia. Para los primeros se recomienda el comienzo de la intervención antes de que se haya diferenciado entre la psicosis inducida por consumo o en trastorno previo al mismo. Para los trastornos psicóticos inducidos el fármaco de primera elección son los antipsicóticos de segunda generación, debido a sus escasos efectos secundarios.

En la esquizofrenia a menudo se requiere ser flexible con los objetivos de tratamiento, aunque es necesario intentar conseguir la abstinencia con el alcohol, ya que de lo contrario es posible que los abandonos en los tratamientos o las descompensaciones clínicas aparezcan. Un estudio realizado en 2009 concluyó que el trastorno de personalidad esquizotípico aparece como factor de vulnerabilidad en la aparición de un mayor consumo de alcohol (Fumero, Santamaria y Navarrete, 2009). El tratamiento farmacológico a seguir no dista mucho del que se utiliza con pacientes esquizofrénicos sin problemática de alcohol. Los antipsicóticos clásicos están siendo relegados por los de segunda generación (Soler, López y Gual, 2014)

Para los cuadros de dependencia alcohólica con esquizofrenia la entrevista motivacional ha resultado positiva; un estudio ha demostrado la efectividad de asociar al tratamiento sistemático un programa integrado por entrevistas motivacionales, terapia cognitivo-conductual e intervenciones familiares, observándose una mejor evolución clínica (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried y Walter, 2008). Por ello sigue siendo necesaria una intervención más proactiva con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y reducir las recaídas (Olivares et al., 2013).

Para los trastornos del estado de ánimo con comorbilidad con alcohol, los tratamientos pueden ser tanto de corte psicológico como farmacológico. Los tratamientos con fármacos para este tipo de dolencias no son muy diferentes, en comparación con los utilizados en trastornos de ánimo puros, si bien en los casos de comorbilidad las intervenciones farmacológicas son imprescindibles, ya que esto puede interferir de forma muy diferente en el trastorno por uso de alcohol: cuando el trastorno afectivo está relacionado con los efectos secundarios del consumo de alcohol las terapias farmacológicas serán eficaces si se consigue la abstinencia (Soler y Gascón, 1999).

A continuación se pasa a describir los diferentes trastornos de ánimo y las eficacias farmacológicas obtenidas.

En los trastornos por depresión asociados a alcoholismo el riesgo de suicidio es mayor que en casos de depresión puros (Soler et al., 2014). Los antidepresivos han mostrado un índice alto de eficacia en los pacientes con trastorno por uso de alcohol y en aquellos con comorbilidad, habiéndose evidenciado también que la mejora de la depresión no tiene que ir acompañada por la mejoría del cuadro de consumo por lo que se aconseja llevar a cabo el tratamiento farmacológico para consumo de alcohol (Perez de los Cobos, Valderrama, Cervera y Rubio, 2006).

En un estudio realizado en 2014 con 106 reclusos se concluyó que el 25,5% de los reclusos tenía al menos un diagnóstico psiquiátrico en el momento de entrar en la cárcel, siendo el trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo (11,3%) el de mayor prevalencia, seguido por los trastornos de personalidad (6,6%), la psicosis (2,8%), el trastorno depresivo mayor (1,9%), el trastorno bipolar (1,9%) y el trastorno

psico-orgánico (1,9%) (Cherrez-Bermejo y Alas-Brun, 2014). Además, en cuadros comórbidos el riesgo de recaída es más alto si la depresión no está bien tratada, teniendo una mayor probabilidad de volver a consumir los ex bebedores con antecedentes de depresión. Por ello resulta relevante seguir con las investigaciones que indican que las terapias alternativas y complementarias pueden mejorar las tasas de depresión y ansiedad (Berenzon, Alanís y Saavedra, 2009).

Aunque se hayan utilizado antidepresivos ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina) como primera elección en las depresiones puras, los pacientes con comorbilidad han sido excluidos de estas prácticas por presentar resultados negativos respecto a la tolerancia y la escasez de interacción con la sustancia. En cualquier caso, son fármacos con un menor riesgo de sobredosis y un perfil de buena tolerabilidad. Así, optar por un antidepresivo dopaminérgico o de acción doble puede resultar más eficaz, si bien son necesarios más estudios para confirmarlo (Soler et al., 2014). La venlafaxina y la duloxetina son fármacos eficaces y con buena tolerabilidad, aunque no están lo suficientemente estudiados. La misma situación se produce con la mirtazapina, la reboxetina y la agomelatina. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), sin embargo, tienen una contraindicación absoluta por el elevado riesgo de toxicidad en alcohólicos (Soler et al., 2014). El meta análisis llevado a cabo en 2011 por Iovieno, Tedeschini, Bentley, Evins y Papakostas (2011) sobre antidepresivos en pacientes con depresión mayor y trastorno por uso de alcohol mostró que eran eficaces, aunque había varias limitaciones. La terapia cognitivo-conductual, sin embargo, sola o en combinación con fármacos, consigue cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, aunque los logros decaen tras el tratamiento. Una reciente revisión de intervenciones psicológicas en pacientes con trastornos depresivos y por uso de alcohol mostró que eran efectivas, siendo recomendadas por la NICE las motivacionales y las cognitivo-conductuales (Baker, Thornton, Hiles, Hides y Lubman, 2012).

Por diversos motivos, son escasos los ensayos clínicos que estudian la eficacia y la seguridad de los psicofármacos para los pacientes bipolares duales. El trastorno bipolar (TB), dentro del abanico de trastornos del ánimo, es el que tiene una de las

probabilidades más altas de desarrollar problemas con el alcohol. El consumo de alcohol afecta a la evolución y el tratamiento del TB (Medina, Molina y Sánchez, 2008). Un estudio publicado en 2012 determinó que los trastornos bipolares con polaridad depresiva tienden hacia el consumo problemático de alcohol (Toro, Agudelo, Gallo, Restrepo, Soto, Tamayo, y López Jaramillo, 2012). Los trastornos de ansiedad y los de personalidad también confluyen con la comorbilidad con el trastorno bipolar (TB) y alcoholismo (Lee y Dunner, 2008). Determinadas características de los trastornos bipolares (ciclación rápida, datos retrospectivos) han sugerido que estas personas pueden responder mejor a los fármacos anti compulsivos que al litio, ya que parece suficientemente demostrado que los consumos de alcohol influyen en la obtención de niveles adecuados de litio. El valproato ha mostrado (debido a un elevado porcentaje de manía disforia) mejoría en síntomas afectivos y un menor consumo de alcohol. La oxcarbazepina por su parte, debido a sus menores interacciones, es más preferible que la carbamazepina. El topiramato también ha demostrado mayor mejoría física y mejor calidad de vida en estos pacientes además de contribuir en la reducción de la ingesta de alcohol. La lamotrigina, por su parte, disminuyendo el consumo de alcohol y los síntomas de manía y depresión, ha demostrado ser eficaz también. El estudio Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) realizado con disulfiram y naltrexona ha demostrado que se prescriben sólo en el 0,4% de los pacientes con TB y adicción al alcohol. Además, probablemente se prescriben demasiadas benzodiazepinas en esta población. Es de suma importancia recomendar la utilización de fármacos que han demostrado eficacia en pacientes con trastornos por uso de alcohol y que, como mínimo, no empeoran el curso del TB (San Molina, Dueñas y Arranz, 2004).

La ansiedad en numerosos casos puede resultar un precipitante en el inicio del consumo de alcohol o del mantenimiento del problema. Un estudio realizado por Grant et al. (2004) encontró que el 33% de los pacientes que presentan un problema de alcohol también sufría un trastorno de ansiedad independiente. Otro estudio llevado a cabo en Colombia con una muestra joven concluyó que en torno al 20% de los encuestados consumía alcohol por lo menos una vez a la semana, siendo uno de los precipitantes para el consumo la ansiedad (Duarte, Varela, Salazar, Lema y Tamayo,

2012).

Para llevar a cabo el diagnóstico de ansiedad en pacientes alcohólicos es necesario un periodo de abstinencia de entre dos y cuatro semanas, además de la utilización de fármacos de bajo potencial, evitando las benzodiazepinas, debido a su capacidad de potenciar los síntomas y utilizar así los ISRS (tiene un bajo potencial de abuso, escasas interacciones y casi nulo riesgo de sobredosis). También pueden ser útiles algunos antidepresivos como la venlafaxina u otros de nueva generación, si bien los antidepresivos tricíclicos tienen que tener un uso limitado por sus posibles efectos secundarios. Los antipsicóticos sedativos en dosis bajas son útiles para el tratamiento de síntomas. Es recomendable el entrenamiento en habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes, además de apoyo psicosocial adecuado. La revisión de Baker et al. (2012) tuvo como objeto de estudio pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de alcohol y trastorno de ansiedad y con trastorno mixto ansioso-depresivo. En él se concluyó que las intervenciones psicológicas reducían la ansiedad y el consumo de alcohol, aunque el meta análisis resultó limitado, al ser la muestra excesivamente heterogénea.

En los cuadros de crisis con angustia el tratamiento se aconseja que sea pautado de forma precoz puesto que el alcoholismo interfiere de forma importante en el tratamiento y su cumplimiento. Se debe utilizar además terapia cognitivo-conductual, prevención de recaídas, terapia conductual, técnicas de hiperventilación así como la psicoeducación (Pascual y Guardia, 2012).

En las fobias y los TOC, sin embargo, el tratamiento principalmente tiene que ser psicoterapéutico, para que el paciente comprenda los mecanismos que generan la ansiedad por fobias y la angustia. Si el tratamiento farmacológico fuera necesario se recomienda la utilización de bloqueantes beta-adrenérgicos y mucha precaución con las benzodiazepinas (Ontiveros Sánchez de la Barquera, 2008). No existen indicaciones explícitas para el TOC, por lo que se aconseja seguir las orientaciones terapéuticas habituales para ansiedad (Soler et al., 2014).

Respecto a los cuadros de estrés post traumático, aunque se ha demostrado gran comorbilidad con el alcohol, apenas hay estudios al respecto. Se aconseja la

utilización de fármacos con escasas probabilidades de desarrollar abuso, como pueden ser los ISRS. Un estudio realizado en 2014 con muestra de pacientes alcohólicos determinó altas tasas de síntomas de trastorno de estrés post traumático (TEPT) en aquellos casos con comorbilidad entre TEPT y trastorno de ansiedad social (TAS) (McMillan, Sareen y Asmundson, 2014).

Para la ansiedad generalizada los fármacos antidepresivos de tipo ISRS han resultado eficaces, además de acompañar la toma de medicación con técnicas cognitivo-conductuales y de relajación, por ejemplo. Un estudio publicado en 2010 por García Rabago y colegas concluyó que en los casos de intentos de suicidios más letales se encontraban como precipitantes el consumo de alcohol y la ansiedad generalizada, entre otros factores (García et al., 2010).

En el trastorno de ansiedad inducido es importante asegurar la abstinencia de alcohol. Se recomienda estabilizar al paciente con ISRS e iniciar posteriormente una reducción progresiva. También han resultado ciertamente útiles los nuevos anticonvulsivos como el topiramato (Soler et al., 2014).

En un estudio publicado recientemente en relación a los trastornos de la conducta alimentaria se observó cómo las adolescentes que desarrollan problemas alimenticios comienzan a beber alcohol a una edad más joven y también se encuentran con mayores niveles de alexitimia y ansiedad (Cruz-Saez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa, 2013). Otro estudio señala la alta comorbilidad entre trastorno de la conducta alimentaria y trastorno de personalidad. Además, pone de manifiesto que los pacientes con largo recorrido en la enfermedad alimentaria registran una mayor tasa de problemas con el abuso de alcohol, además de ansiedad y neurosis depresiva (Jauregui, Santiago y Estebanez, 2009).

Existe, como no puede ser de otra manera, comorbilidad con el uso de otras sustancias. Un estudio realizado en 2004 puso de manifiesto que los trastornos por consumo de alcohol son los que más brecha terapéutica demuestran frente a otros trastornos psiquiátricos (Kohn, Saxena, Levav y Saraceno, 2004). El consumo de porros puede interferir en la recuperación de la persona con problemática de alcohol y el consumo de ambas sustancias comprende una conexión directa (Lopes y Sichieri,

2002). Además, el consumo de alcohol y cannabis precede a consumos de otras sustancias ilegales (Paredes et al., 2008). Las personas dependientes del alcohol tienen hasta tres veces más de probabilidad de desarrollar dependencia a la nicotina. El consumo de abuso con benzodiazepinas es más prevalente en pacientes alcohólicos que en población general y esto provoca entre otros riesgos un elevado riesgo de sobredosis o reacciones paradójicas de desinhibición agresiva (Monras, Mondon y Jou, 2008; Monras et al., 2010). El consumo de cocaína conlleva cuando menos un patrón de consumo abusivo de alcohol. Los problemas de dependencia con cocaína también hacen al individuo más vulnerable de padecer problemáticas de alcohol en un futuro (Pascual y Guardia, 2012). Un estudio comparativo entre consumidores de alcohol y cocaína concluyó que ambas toxicomanías presentan características diferentes. Mientras que los pacientes cocainómanos presentan un deterioro bio-psico-social muy rápido, los alcohólicos presentan el deterioro más lentamente (Romero, Viera, Hernández, González, Sarracent y Correa, 2012).

Se aborda también la problemática de dependencia de alcohol junto con juego patológico. En un estudio publicado por Fernandez Montalvo y Echeburua (2004), se concluyó que el 40% de la muestra clínica mostró al menos un trastorno de la personalidad, frente al 14% de la muestra normativa. El más frecuente fue el narcisista (32%), seguido por el antisocial y el pasivo-agresivo (16% cada uno de ellos). Por otra parte, los jugadores con trastornos de la personalidad presentaban un promedio de 2,2 trastornos y tendían a ser más impulsivos. Del mismo modo los jugadores patológicos que abusaban del alcohol, mostraron una ansiedad leve y no estaban tan adaptados a la vida cotidiana como el grupo de control. En otro trabajo realizado con población general se encontró que un 13,4% de los hombres y un 1,3% de las mujeres encuestadas podrían ser jugadores patológicos, y que las mujeres presentaban menor frecuencia de participación en juegos de azar. Además, se halló una correlación directa entre síntomas de juego patológico y de dependencia de alcohol, siendo la relación más fuerte en los hombres (Ruiz, 2014). Cuando un sujeto presenta problemas de juego la probabilidad de desarrollar un problema de alcohol se dispara hasta 23 veces más que en la población general. También entre los alcohólicos, entre un 17% y 28 % padecen más posibilidades de desarrollar problemas con el juego. La comorbilidad

psiquiátrica con mayor tasa es la conjunción de problemas de juego y alcohol (en torno al 73%). En muchas ocasiones el juego patológico y el consumo de alcohol aparecen de manera simultánea o sucesiva en el mismo individuo; incluso se observa predisposición genética al respecto. La terapia grupal es muy frecuente en este tipo de problemáticas y muestra óptimos resultados (Pascual y Guardia, 2012).

Los trastornos de personalidad están altamente relacionados con los problemas de dependencia alcohólica (Echeburua, De Medina y Aizpiri, 2007). Estos trastornos comórbidos tienen además de una peor respuesta y peor pronóstico (Martinez, Grana y Trujillo, 2010), una elevada tasa de abandonos terapéuticos y peor salud y calidad de vida. Es más prevalente la asociación con trastornos de clúster C y en este sentido es esencial el tratamiento de la dependencia junto con el tratamiento del trastorno.

En una investigación llevada a cabo en 2013 con 103 pacientes diagnosticados previamente de trastorno de personalidad se reafirmó la evidencia de una relación directa entre rasgos de personalidad y trastorno por uso de sustancias (TUS). Los rasgos de personalidad se agruparon en tres patrones diferentes según rasgos dimensionales (abstinente y no abstinente) y estructurales (TUS y no consumidores). Los primeros presentaron labilidad, autoagresión, narcisismo, apego inseguro y ansiedad. Los segundos, sin embargo, mostraron suspicacia, rechazo y dureza. Los últimos destacaron por la compulsión, la impulsividad y la desregulación emocional. Así, en personas no abstinentes, los rasgos de personalidad más comunes son los desadaptativos y los desinhibitorios (Serrani, 2013).

El tratamiento farmacológico para los trastornos de personalidad comórbidos con alcoholismo no está todavía bien definido. Las benzodiazepinas, aunque son efectivas para la ansiedad, comportan riesgos debido a la alta dependencia que generan (Monras et al., 2010). Se recomienda el uso de antidepresivos ISRS para la irritabilidad, eutimizantes para la impulsividad o medicación anti comicial para las alteraciones anímicas. Cuando aparecen síntomas de la esfera psicótica se recomienda la utilización de antipsicóticos de segunda generación en dosis bajas. El tratamiento psicológico, sin embargo, está indicado en la mayoría de los casos, principalmente la terapia cognitivo-conductual (Martinez et al., 2009). Las estrategias más eficaces son la

concienciación de riesgos asociados al consumo, la entrevista motivacional y los programas de reducción de daños. La reestructuración cognitiva puede resultar muy útil y la terapia familiar y ocupacional también. Aun así, es imprescindible la combinación de abordajes psicológicos y farmacológicos (Pascual y Guardia, 2012).

Así pues, se puede concluir que la combinación de fármacos resulta beneficiosa para el paciente en fase de dexintoxicación o de habituación. En la tabla 6, a modo de resumen, se señalan los fármacos utilizados en el tratamiento del alcoholismo según la fase de tratamiento en la cual se encuentra el paciente.

Tabla 6. Tipos de fármacos y utilidad en alcoholismo

TIPO DE FÁRMACO	UTILIDAD
Benzodiazepinas	Deprivación
Barbitúricos	Deprivación
Hipnoticos	Deprivación
Anticonvulsiantes/antiepilépticos	Deprivación
Antidepresivos	Deprivación
Fármacos agonistas adrenérgicos alfa-2	Deprivación
Fármacos agonistas D2	Deprivación
Aversivos de alcohol	Deprivación y Deshabitación
Naltrexona	Deshabitación
Acamprosato	Deshabitación
Oxabato cálcico	Deshabitación
Antidepresivos	Deshabitación
Ansiolíticos	Deprivación y Deshabitación
Fármacos serotoninérgicos	Deshabitación

3.2 INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Los abordajes en cuanto a intervenciones psicológicas se refieren deben realizarse utilizando técnicas específicas que se hayan mostrado eficaces.

Para la Organización Mundial de la Salud se entiende la psicoterapia como un conjunto de intervenciones planificadas y estructuradas que tienen como objetivo influir sobre el comportamiento, el humor y los patrones emocionales de reacción a diversos estímulos a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. Así pues, una intervención psicológica implica escuchar con atención lo que el paciente expone y buscar los aspectos personales, sociales y familiares responsables del problema. También supone tener informado al paciente sobre cómo resolver los problemas planteados empleando técnicas psicológicas específicas para cada caso.

A partir de las investigaciones y evidencias halladas en la publicación realizada por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) (Adler et al., 2012) se identifican un total de 14 principios rectores para conseguir un tratamiento eficaz. En la tabla 7 se describen brevemente.

Para un adecuado análisis y posterior tratamiento del alcoholismo es necesaria, además de un abordaje integral basado en dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, una intervención multidisciplinar. Así, por un lado, se llevará a cabo la intervención médico-farmacológica y por otro la intervención psico-social. Tal y como resume el NIDA las intervenciones psicológicas son componentes esenciales en los tratamientos para las conductas adictivas y dichos tratamientos psicológicos pueden condicionar el tratamiento debido a su influencia en las características individuales de los pacientes. Distintos estudios han demostrado que los tratamientos funcionan bien y no hay grandes diferencias entre ellos, por lo que no se puede concluir una relación clara entre determinados tipos de pacientes y resultados de tratamiento (Childress, Hole, Ehrman, Robbins, Mc Lellan y O'Brien, 1993). A día de hoy se encuentran líneas de investigación que apuestan por completar las intervenciones con distintas iniciativas teóricas y enfoques epistemológicos que ayuden a solucionar el problema

(McKay y Hiller-Sturmhofel, 2011). Así, más que generar nuevos modelos se trataría de integrar elementos diferentes.

Tabla 7. Principios rectores para conseguir tratamientos eficaces

1. La adicción es una enfermedad compleja que se puede tratar y que afecta al funcionamiento del cerebro y al comportamiento.
2. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
3. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
4. El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas o su adicción.
5. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.
6. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias conductuales constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo y son las modalidades de tratamiento para la drogadicción usadas con más frecuencia.
7. Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
8. El plan de tratamiento del paciente y los servicios que recibe deben ser continuamente evaluados y, de ser el caso, modificados para garantizar que se ajusten a cualquier cambio en sus necesidades.
9. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales se deben tratar los dos problemas de una manera integrada.
10. El manejo médico de la desintoxicación es apenas la primera etapa del tratamiento para la drogadicción y por sí solo hace poco para modificar el abuso de drogas a largo plazo.
11. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
12. Se debe mantener una vigilancia continua para detectar posibles recaídas (uso de drogas) durante el tratamiento.
13. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados.
14. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos.

Existen estudios que arrojan conclusiones interesantes al respecto. Por ejemplo, los pacientes tratados desde un enfoque conductual mostraron menos abandonos y tasas significativamente más altas de abstinencia y también mayor

satisfacción con su situación laboral (Burtscheidt, Schwarz, Wolwer y Gaebel, 2001). El modelo propuesto por Wanigaratney y Keaney indica para los pacientes con alta intención de abandonar la terapia un enfoque cognitivo-conductual con terapia motivacional. Para los casos en los cuales la abstinencia a largo plazo ya está lograda la técnica más adecuada puede ser de corte psicodinámico, mientras que la prevención de recaídas estaría indicada para el mantenimiento de la abstinencia. La gravedad y la dependencia parecen estar relacionadas con el éxito de la intervención. Mediante la terapia de facilitación de Al-Anon, con enfoque cognitivo-conductual, los pacientes de mayor gravedad consiguen más días de abstinencia y, por consiguiente, menor ingesta. Los que presentan problemáticas más leves, sin embargo, parecen responder mejor a la terapia cognitivo-conductual (Chick, 1999). La presencia de síntomas depresivos dificulta la intervención, por lo que se recomienda no entrar en estilos que focalicen mucho en emociones dolorosas (Karno y Longabaugh, 2003). Para los sujetos agresivos o con altos índices de ira se recomiendan intervenciones de carácter motivacional junto con técnicas no directivas. Si el problema es comórbido entre alcohol y cocaína se ha observado que las terapias de corte grupal dan mejores resultados (McKay y Hiller-Sturmhofel, 2011). En los casos de psicosis y alcoholismo, sin embargo, las intervenciones basadas en lo motivacional dan mejores resultados que las técnicas de carácter educativo (Graeber, Moyers, Griffith, Guajardo y Tonigan, 2003). En general, la gravedad y las comorbilidades con trastorno del eje II han mostrado peores resultados en terapias. Así, los sujetos con graves trastornos de personalidad, como por ejemplo los antisociales o límites, no se benefician de los abordajes cognitivo-conductuales (Burtscheidt, Wolwer, Schwarz, Strauss y Gaebel, 2002; Kunzke, Strauss y Burtscheidt, 2002).

Además de la alianza terapéutica, es indispensable para obtener resultados satisfactorios, la adecuada formación y la experiencia del profesional también son indicadores de éxito en terapia, sobre todo en cuadros graves y de mayor cronicidad (Santibáñez, Roman, Espinoza, Iribarra y Muller, 2008). En resumen, el objetivo de la comunidad científica sigue siendo conseguir un ajuste entre las distintas modalidades de intervención y el perfil del paciente en función de la cantidad ingerida, la frecuencia y la cronicidad del mismo.

A continuación se describen algunas estrategias de intervención basadas en distintos enfoques terapéuticos.

3.2.1 INTERVENCIONES BREVES

Tras la demanda surgida después de la Segunda Guerra Mundial aparecen las denominadas intervenciones o terapias breves (IB), siendo hoy día una forma de intervención generalizada. Están basadas en la teoría social-cognitiva, son de coste bajo (Cobain, Owens, Kolamunnage-Dona, Fitzgerald, Gilmore, y Pirmohamed, 2011), se pueden llevar a cabo por profesionales de diferente cualificación, y son una aplicación de la entrevista motivacional (Miller y Rolnick, 1991), que habitualmente incorpora los siguientes ítems (Kaner et al., 2009): retroalimentación sobre el consumo de la persona, daños relacionados con la ingesta de alcohol, aclaración de ideas relacionadas acerca de las consecuencias del consumo de bajo riesgo, información sobre daños asociados al consumo, beneficios tras la ingesta, superación motivacional, análisis de situaciones de riesgo para el consumo y estrategias de afrontamiento y desarrollo de planes individualizados.

Este tipo de intervenciones están dirigidas principalmente a bebedores que acuden por lo general a consultas de atención primaria (puede utilizarse en diversos dispositivos tales como atención primaria, urgencias, medicina laboral...) debido a diferentes problemas de salud y en los cuales se identifica un consumo de alcohol problemático que presenta diversos daños. Pueden darse 4 ó 5 sesiones dentro de un margen limitado de meses, con duración de entre cinco minutos y una hora, y en su mayoría se comprenden los objetivos de evaluación, asesoramiento y orientación principalmente (Bien, Miller y Tonigan, 1993). La principal diferencia entre la intervención breve y el simple consejo consiste en que la primera está dirigida y es un proceso sistemático de escucha y evaluación del paciente. Como principal objetivo contempla el dotar de herramientas al sujeto para cambiar de actitudes básicas y manejar distintos problemas de fondo.

Diversos meta análisis han mostrado la efectividad de las intervenciones breves en atención primaria en los últimos veinte años. Uno de los primeros artículos de

revisión, publicado por Bien, Miller y Tonigan (1993), concluyó que las intervenciones breves son más eficaces que ningún asesoramiento, y muchas veces tan eficaces como un tratamiento más extenso (Bien, Miller y Tonigan, 1993). Kahan et al. en 1995 comentaron que a pesar de que se necesitan más investigaciones para buscar resultados específicos, el impacto de las intervenciones breves en salud pública tienen un enorme potencial (Marques y Furtado, 2004). Un meta-análisis realizado por Wilk, Jensen y Havighurst (1997) llevó a la conclusión de que los consumidores de alcohol que habían recibido las intervenciones breves tenían el doble de posibilidades de seguir con la disminución de su patrón de uso después de seis a doce meses, en comparación con aquellos que no habían tenido ninguna intervención. Otros estudios revisaron que había comparaciones entre las intervenciones breves en los grupos de control que no estaban bajo tratamiento con otros en los que los pacientes estaban bajo tratamiento continuo. En ellos se encontraron evidencia más positiva para la efectividad de las intervenciones breves, especialmente entre los pacientes con problemas menos graves. Estos autores advierten también de que las intervenciones breves no deben sustituir a un tratamiento especializado, pero sugieren que pueden ser utilizados como un tratamiento inicial para los usuarios gravemente dependientes (Marques y Furtado, 2004).

Florez, en un estudio de comparación entre terapia individual y grupal con intervención breve, concluyó que ambas terapias motivacionales (individual y grupal) lograban una disminución significativa en los indicadores de consumo y se daba una mejoría en el uso de los procesos de cambio responsables del mismo, si bien la intervención grupal conducía a un impacto superior que la individual en aspectos como frecuencia de consumo, autoeficacia ante situaciones de alto riesgo, percepción de vulnerabilidad y daño y uso de procesos conductuales asociados al cambio y al mantenimiento del mismo (Florez y Gantiva, 2009).

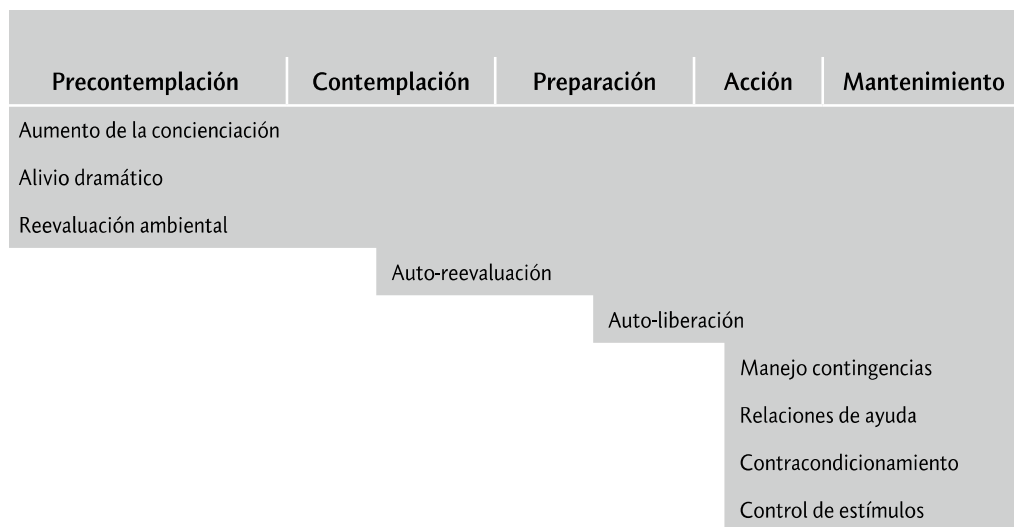
Por último, en una revisión realizada por Pereira et al. en 2013 se concluyó que la intervención breve es eficaz en la reducción de la frecuencia y de la cantidad de consumo de alcohol, con mejores resultados cuando se aplica la estrategia en atención primaria. No fue posible determinar si la estrategia es más eficaz cuando se aplica a los

bebedores perjudiciales o para bebedores crónicos, ya que la intervención también depende de la disponibilidad de los recursos de motivación del paciente y en los cambios de actitud con respecto al uso abusivo de alcohol (Pereira, Anginoni, Ferreira, De Oliveira, De Vargas y Colvero, 2013).

3.2.2 MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO Y ENTREVISTA/TERAPIA MOTIVACIONAL

Tradicionalmente se ha trabajado con la conducta adictiva centrandó el proceso de cambio como un paso de consumo a no consumo. La realidad clínica indica que pocos pacientes acuden motivados a los tratamientos (Sánchez, Gradolí, Molina, Del Olmo y Morales, 2012).

El modelo formulado por Prochaska y Diclemente en los años ochenta es un modelo tridimensional en el cual se diferencian estadios, procesos y niveles de cambio, proporcionando al mismo tiempo una dimensión global. Los estadios indican diferentes niveles de predisposición al cambio y permiten evaluar cuándo es posible que se den cambios en intenciones, actitudes y conductas. Los procesos comprenden cómo suceden estos cambios e incluyen un conjunto de conductas que la persona lleva a cabo para consolidar el cambio. Por último, los niveles de cambio enseñan la profundidad necesaria de cada persona para propiciar y mantener el cambio (Prochaska y Diclemente, 1982) (tablas 8 y 9).



Fuente: Velazquez, Maurer, Crouch y Diclemente (2001)

Tal

Tal					
Etapas de cambio	Para pasar de la etapa de pre-contemplación a contemplación	De la etapa de contemplación a preparación	De la etapa de preparación a la etapa de acción	De la etapa de acción a mantenimiento	Para permanecer en la etapa de mantenimiento
Procesos de cambio más relevantes	Aumento de la concienciación				
	Alivio dramático				
	Auto-reevaluación	Auto-reevaluación			
	Reevaluación ambiental	Reevaluación ambiental			
	Balance decisional	Balance decisional			
		Autoeficacia	Autoeficacia	Autoeficacia	Autoeficacia
			Autoliberación	Autoliberación	Autoliberación
			Control de estímulos	Control de estímulos	Control de estímulos
			Contra-condicionamiento	Contra-condicionamiento	Contra-condicionamiento
				Manejo de contingencias	Manejo de contingencias
			Relaciones de ayuda	Relaciones de ayuda	Relaciones de ayuda
		Liberación social			Liberación social

Fuente: Velasquez, Maurer, Crouch y DiClemente (2001).

Fuente: Velasquez, Mauer, Crouch y DiClemente (2001)

Los estadios de cambio se cuantifican en cinco (se explican de forma extensa en el apartado del modelo transteórico) y a través de ellos se observa la evolución del adicto desde que se plantea un posible cambio hasta que lo consigue. Los procesos de cambio, sin embargo, se definen como “una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales” (Prochaska y DiClemente, 1982). Estos procesos, que incluyen tanto actividades cognitivas como conductuales, ayudan a los sujetos a avanzar en el proceso de modificación de su hábito. Los primeros procesos de cambio (1-6) son de carácter

cognitivo y se asocian a los estadios de pre contemplación, contemplación y preparación. Los estadios de cambio de acción y mantenimiento están ligados a cambios de carácter conductual y se observan en los procesos entre el 7 y el 10. A continuación se describen todos ellos:

- a) Aumento de concienciación. El paciente intensifica el análisis que realiza en torno a los problemas asociados a su conducta adictiva y los beneficios que obtendría si modifica esos hábitos.
- b) Autorreevaluación. Consiste en una valoración afectiva y cognitiva de la conducta adictiva en torno a cómo afecta esa conducta a sus valores y manera de ser, así como también en lo relativo a los beneficios que se derivarían del abandono de la conducta adictiva.
- c) Reevaluación ambiental. Consiste en una valoración del impacto que está teniendo el consumo de drogas en la gente que le rodea y en las relaciones interpersonales y cómo cambiarían si dejara de consumir drogas.
- d) Alivio dramático. Hace referencia a la experimentación y expresión de las reacciones emocionales derivadas de la concienciación de las consecuencias negativas que se derivan del consumo de drogas.
- e) Autoliberación. Representa un compromiso personal caracterizado por un aumento de la capacidad de elegir y tomar decisiones, desde la creencia de que uno mismo es un elemento esencial en el proceso de cambio. Implica también la creencia de que se pueden adquirir las habilidades necesarias para cambiar.
- f) Liberación social. La capacidad de toma de decisiones aumenta también por la toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva y de la voluntad social de combatirla.
- g) Manejo de contingencias. Es una estrategia conductual que consiste en hacer aumentar o disminuir la probabilidad de ocurrencia de una conducta a través del refuerzo o del auto-refuerzo.
- h) Relaciones de ayuda. Consiste en la utilización del apoyo social con el que cuenta la persona para superar su adicción. El paciente confía en alguna persona del entorno para abordar su problema.
- i) Contracondicionamiento. Consiste en la modificación de las respuestas condicionadas al consumo de drogas de tipo conductual, cognitivo y fisiológico. Lleva consigo la emisión de conductas alternativas al consumo de drogas.
- j) Control de estímulos. Se caracteriza porque la persona evita la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo.

Entre los diferentes planteamientos que analizan la importancia de la motivación en las conductas adictivas, destacan el Modelo Transteórico de cambio y la Entrevista Motivacional.

En el *Modelo Transteórico de Cambio*, formulado en los años ochenta por Prochaska y Diclemente (1982), se identifican diferentes niveles de predisposición en una persona en cuanto a modificar su conducta adictiva. El nivel inferior de motivación corresponde al estadio de precontemplación, en el cual el sujeto no encuentra razón por la cual cambiar de hábitos puesto que no observa ningún problema. Progresivamente puede ir aumentando la necesidad de cambio y así ir adquiriendo conciencia de problema y desarrollo posterior de estrategias necesarias para superar imprevistos en los estadios siguientes de contemplación, preparación, actuación y mantenimiento. A continuación se describen todos ellos.

- Precontemplación. No se tiene intención de cambiar. No hay conciencia de un problema o se desconocen las consecuencias a corto, medio o largo plazo de la conducta. Los pros de consumir superan a los contras.
- Contemplación. Consciencia de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Consciencia de los pros de cambiar en comparación con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevado.
- Preparación o determinación. Pequeños cambios o pruebas en la conducta adictiva. Se habla de la posibilidad de cambiar. Intención y compromiso a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo. Los pros de dejar el consumo superan a los contras.
- Actuación o acción. Se realizan cambios notorios, fácilmente observables, en la conducta adictiva. Etapa inestable por el alto riesgo de recaída o de rápida progresión a la etapa de mantenimiento.
- Mantenimiento del cambio. Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción. Se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

La oscilación en el nivel de motivación señala la posibilidad de poderse dar un descenso en la necesidad de cambio. Así pues, se destaca la necesidad de realizar evaluaciones continuadas y repetidas a lo largo de la intervención para asegurar y

afianzar el compromiso de cambio y garantizar una progresión adecuada en la obtención de objetivos (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

En este modelo de motivación también es posible observar el nivel de incremento de predisposición del sujeto ante el cambio mediante la evaluación de actividades encubiertas o manifestaciones que realiza la persona. En términos generales, los procesos de cambio de carácter cognitivo se asocian en los primeros estadios (precontemplación, contemplación y preparación), mientras que las manifestaciones conductuales se pronuncian más en las fases de acción y mantenimiento.

En cuanto a la evidencia empírica, son varios los estudios realizados. Diclemente et al. (2001) llevaron a cabo una investigación y apoyaron la hipótesis que destaca que la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en los momentos oportunos. Es decir, utilizar durante la contemplación y la preparación más procesos cognitivos y menos conductuales y hacerlo a la inversa en el estadio de acción. Rosen, (2000) realizó un meta análisis de 47 estudios que concluyó con la demostración de que los procesos de cambio difieren en los estadios pero que la secuencia de la utilización marcada en la teoría transteórica no es consistente en todas las áreas de intervención. Hall y Rossi (2008) realizaron otro meta análisis compuesto por 120 estudios entre los años 1984 y 2003. A pesar de la heterogeneidad de la muestra en cuanto a comportamientos, los resultados fueron consistentes con los principios de la teoría foco de estudio, lo que demuestra su gran consistencia con independencia de la conducta evaluada. Herzog y Blagg (2007) concluyeron que las etapas de cambio no parecen ser cualitativamente diferentes, por lo que nuevamente se pone de manifiesto la existencia de una divergencia entre la clasificación de los estadios y la definición operativa de estos.

Según Segan, Borland y Greenwood (2006) los procesos de cambio conductuales durante la fase de acción no permiten predecir por sí mismos la aparición de una posible recaída. DeMartini, Devine, DiClemente, Martin, Ray y O'Malley (2014) llevaron a cabo un estudio con amplia muestra para trabajar la motivación para alcanzar la abstinencia una vez terminado el tratamiento. Se observó que los niveles

más altos de funcionamiento estaban asociados con la elección de una meta sin abstinencia.

La entrevista y terapia motivacionales propuesta por Miller y Rollnick (1991), integra aspectos de la “terapia centrada en el cliente” propuesta por Rogers en 1951 con estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio. La entrevista motivacional en sí misma es una técnica que tiene como principal objetivo aumentar la motivación de los pacientes respecto al cambio, mediante un estilo de entrevista que favorece la relación entre paciente y terapeuta y que ayuda a los primeros en el reconocimiento y afrontamiento de posibles problemas cuando estos están ambivalentes ante un cambio.

La entrevista motivacional se basa en el respeto al paciente, a sus propias creencias y valores. Los principios básicos son la empatía, la comprensión, el desarrollo de discrepancias, la evitación de la argumentación, no confrontar la resistencia y apoyar la autoeficacia. Para ello cuenta con las siguientes características principales:

- Explorar los valores y objetivos del paciente para estimular el cambio conductual sin imponer.
- Es directiva pero centrada en el paciente, conociendo de antemano sus necesidades y experiencias.
- El objetivo principal es resolver la ambivalencia ante el cambio.
- Realiza un balance entre ventajas e inconvenientes de la situación actual y del cambio y refuerza la autoeficacia del paciente.
- Interpreta las resistencias y la negación como una señal para ajustar estrategias de ayuda del terapeuta y no como rasgos de paciente.
- Identifica la fase de cambio en la que se encuentra el sujeto ajustándose a ella y evitando la confrontación.

Esta técnica fue desarrollada en 1991 por Miller y Rollnick y está basada en los estadios de disposición para el cambio que propusieron en el año 1983 en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente.

Las intervenciones basadas en la entrevista motivacional han demostrado que se consigue amplificar la intención de cambio en el paciente partiendo del manejo de los principios básicos y tomando como punto de partida la administración de la

retroalimentación sobre los riesgos de consumo aumentando a su vez el compromiso de cambio (Butler, Rollnick, Cohen, Bachmann, Russel y Stott, 1999; Miller y Rollnick, 2002). Existen varias terapias centradas en las técnicas motivacionales y que han mostrado validez para el trabajo con alcohólicos.

Feldstein y Forcehimes (2007) encontraron que la entrevista motivacional permite una elevada tasa de cumplimiento terapéutico. Spirito et al. (2004) concluyeron que esta técnica ofrece mejores resultados que en la reducción del consumo con sujetos que todavía no están en tratamiento. Hulse y Tail (2002) realizaron un estudio con personas diagnosticadas de abuso de alcohol y patología dual; a los seis meses todos los estudiados mostraron menor consumo de alcohol, por lo que se concluyó que la entrevista motivacional ayuda en la terapia y por lo tanto hay que introducirla en los tratamientos.

Hettema, Steele y Miller (2005) realizaron un meta análisis en el cual se observó que la efectividad de la terapia decae con el tiempo, si bien a los 12 meses todavía se nota la eficacia. Swanson et al. 1999 encontraron en un estudio realizado con pacientes duales que esta técnica tiene utilidad de incrementar la participación, la adherencia y la retención de los pacientes durante la fase inicial de tratamiento (momento de mayor tasa de abandonos). Martens, Smith y Murphy (2013) en un estudio con pacientes duales también determinaron que los hombres se mantenían más en tratamiento tras recibir entrevista motivacional que las mujeres. Otro estudio realizado por el mismo equipo (Murphy et al., 2012) demostró que las intervenciones basadas en entrevistas motivacionales breves y multi componentes pueden ser eficaces para reducir el consumo de alcohol o problemas relacionados y, además, los efectos positivos se seguían manteniendo a los seis meses de seguimiento. Un estudio realizado en 2015 también corrobora la continuidad de las mejoras tras 12 meses en seguimiento (Cunningham et al., 2015).

Guillen y Mañoso (2005), en tres revisiones realizadas a partir de la entrevista motivacional como intervención psicoterapéutica entre los años 1983 y 2003, concluyeron que: resulta más eficaz para reducir el consumo de sustancias que el no tratamiento o la espera en lista de admisión; resulta más eficaz en casos de reducción

de daños o conductas problemáticas de consumo de drogas; se ha mostrado más eficaz que otros métodos que se basan en dar información acerca de las sustancias y sus efectos; y que los efectos menos claros con respecto a esta técnica se dan cuando se lleva a cabo a modo de *counseling*.

Con respecto a la consideración de la entrevista motivacional como una técnica más añadida, la revisión de los estudios arroja resultados interesantes. Dunn, Deroo y Rivara (2001) llevaron a cabo un meta análisis en el cual se estudiaron consumos de drogas, dietas y conductas de riesgo para transmisión de enfermedades. Se halló que en torno al 60% de los sujetos cambiaban de conducta significativamente en cualquiera de las conductas problema estudiadas. Burke, Arkowitz y Menchola (2003) compararon mediante meta análisis el efecto de la entrevista motivacional en diferentes conductas. No encontraron diferencias en conductas de riesgo referentes a la transmisión de VIH, pero sí hallaron una reducción de un 56% del consumo de alcohol. Rubak, Sandboek, Lauritzen y Christensen (2005) mediante un meta análisis de 72 ensayos clínicos sobre distintas enfermedades (incluido el alcoholismo) y tratados con entrevista motivacional concluyeron que en el 80% de los estudios sobre alcohol el efecto de la entrevista motivacional fue significativa frente al consejo tradicional.

En resumen, se puede afirmar que la entrevista motivacional en todas sus variantes ha demostrado su eficacia en comparación con otras intervenciones psicológicas si se lleva a cabo por profesionales cualificados, guiados y supervisados. Supone una técnica de intervención beneficiosa y poco costosa que da un balance coste-efecto positivo en comparación con otros tratamientos psicológicos (Magill, Gaume, Apocada, Walthers, Mastroleo, Borsari, y Longabaugh, 2014).

3.2.3 TERAPIAS GRUPALES O PSICOTERAPIA GRUPAL

Las terapias grupales tienen como objetivo principal promover y mantener la abstinencia, si bien también se rigen por la consecución de los siguientes objetivos específicos: reforzar la conciencia de enfermedad y capacitar de introspección, reformar la motivación para el mantenimiento de la abstinencia, promover el cambio de la conducta adictiva, potenciar la autoestima y el autocontrol, aprender y reforzar

habilidades sociales, reforzar la autonomía personal, facilitar la reinserción familiar, laboral y social, detectar situaciones de riesgo y desarrollo de estrategias de afrontamiento y fomentar el apoyo familiar informado (Becoña, Cortes, Fernandez-Hermida, Casete, Bermejo, Secades y Tomas, 2008).

En el campo de la dependencia alcohólica son numerosos los grupos de terapia que muestran su valía (para familiares, de entrenamiento en habilidades sociales, psicodramáticos, motivacionales, prevención de recaídas). Pueden ser terapias grupales con estructura abierta, semi-abierta o cerrada en función de si son grupos de autoayuda o aprendizaje. En todas las modalidades existen una serie de ventajas que a continuación se describen: rentabilidad, oportunidad de recibir tratamiento integral, efecto socializante, ayuda de la disminución de la negación, incremento de la motivación por la abstinencia, tratamiento de las situaciones emocionales experimentadas en la mayoría de los adictos, aumento de capacidad de reconocimiento así como la anticipación y el manejo de situaciones de riesgo, favorecer la autonomía personal; y oportunidad de escuchar y describir situaciones personales válidas para la persona con problemas de alcohol. La duración, las dinámicas de inclusión, así como los objetivos, son muy heterogéneos en todas ellas.

La terapia de corte más clásico para alcohólicos aporta elementos psicoterapéuticos diferentes y complementarios a otros tipos de terapia grupal (Becoña et al., 2008). Generalmente son grupos semi abiertos con un número de personas de entre 8 y 12 con periodicidad uni o bisemanal y en sesiones de alrededor de 90 minutos de duración. Es un modelo que siempre ha estado influenciado por la actitud motivacional con el objetivo de la búsqueda de auto convencimiento e introspección personal, apoyo y orientación. Se tratan aspectos tales como la identificación, el aprendizaje, el compromiso y la cohesión con el grupo, además de la prevención de recaídas y el entrenamiento en habilidades sociales, mediante la modificación de pensamientos irracionales o la explicación del condicionamiento, entre otros. También se abordan, si es necesario, problemas familiares o de pareja.

Si bien en el campo de las adicciones los grupos se utilizan desde hace casi un siglo, en la actualidad sigue habiendo pocos estudios con evidencia científica sobre la

eficacia de los grupos de terapia tanto para problemas de alcohol como para otro tipo de problemas.

Parece que hay tratamientos grupales más adecuados según el tipo de paciente. Los grupos de entrenamiento en habilidades de afrontamiento parecen ser más efectivos en pacientes con más psicopatología, mientras que los grupos de terapia interaccional son más efectivos en los pacientes con baja psicopatología (Kadden, Getter, Cooney y Litt, 1989), lo contrario de los pacientes con deterioro cognitivo (Cooney, Litt, Kadden y Getter, 1991).

En los grupos más clásicos de terapia, los resultados indican que los adultos que reciben tratamiento grupal en las posteriores entrevistas de seguimiento muestran una mejor adherencia al tratamiento, con menor número de recaídas (Monras, Freixa, Ortega, Lligona, Mondon y Gual, 2000), que los jóvenes se adaptan peor, recaen antes y no se benefician de grupos especializados para jóvenes (Monras et al., 2006; Monras et al., 2000) y que las mujeres obtienen mejores resultados que los hombres en adherencia y abstinencia (Monras et al., 2010).

John et al. (2003) hallaron resultados positivos en cuanto a adherencia en pacientes que estaban en grupos de autoayuda, frente a pacientes que solamente recibían tratamiento individual. Weiss, Jaffee, Menil y Cogley (2004) realizaron una revisión comparando los resultados obtenidos en pacientes alcohólicos que habían realizado o no terapia grupal y encontraron mejores resultados en pacientes con grupo, dándose una disminución en el consumo, pero sin mejoras significativas con respecto a la terapia individual.

El estudio de Calvo, Perez, Sacristan Martin y Paricio (2009) tuvo como objetivo comparar las tasas de abstinencia alcohólica obtenidas en el grupo de prevención de recaídas, frente al grupo que realiza seguimiento ambulatorio habitual. Durante los meses que duró la terapia grupal, el 64,3% se mantuvo abstinentes, el 28,6% tuvo alguna recidiva sin llegar a la recaída, y únicamente una paciente (lo que supone un 7,1%) abandonó el grupo por recaída completa. Mientras, en el grupo control, sólo el 50% conseguían mantener una abstinencia completa, el 20% tuvieron alguna recidiva y el 30% alguna recaída. En el seguimiento a los 12 meses también se encontraron

diferencias estadísticamente significativas. Se observó que en el grupo de terapia el 64,3% se mantenía abstinentes al cabo del año, el 21,4% tuvo alguna recaída y el 14,3% recayó en el consumo. En el grupo de control, sin embargo, únicamente el 10% mantuvo la abstinencia durante los 12 meses, el 30% tuvo alguna recaída y el 60% recayó.

En un estudio realizado en 2011 por Diaz, Diaz, Rodriguez, Diaz, Varela y Hernandez en el que se valoraban la terapia motivacional, la terapia cognitivo-conductual y el formato grupal y el individual, se concluyó que la terapia grupal con enfoque motivacional puede tener una mayor eficacia en la reducción de la frecuencia de beber, si bien, todas las intervenciones utilizadas mostraron eficacia en la reducción de consumo de alcohol. Así pues, estos resultados son consistentes con estudios previos que han demostrado que el grupo motivacional y la terapia cognitivo-conductual son particularmente rentables en el tratamiento (Calvo, Perez, Sacristan y Paricio, 2009).

3.2.4 TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Las *terapias cognitivo-conductuales (TCC)* representan la integración de los principios derivados de la teoría del aprendizaje social, la teoría de comportamiento y la terapia cognitiva (Finney y Monohan, 2007). Suponen el enfoque más comprehensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y defienden que el uso de alcohol es una conducta que ha sido aprendida influenciada por experiencias previas de aprendizaje (Kadden, 1994). Esta terapia es una forma de psicoterapia estructurada, directiva y con tiempo limitado que combina básicamente enfoques conductuales con estrategias cognitivas para desarrollar estrategias destinadas a aumentar el control personal sobre sí misma. Entre las características generales destacan: centrarse en el abordaje de los problemas actuales, establecer metas realistas y acordadas con el paciente, buscar resultados rápidos para las urgencias, utilizar técnicas que empíricamente tienen validez y que a su vez ayudan a los pacientes a incrementar la capacidad de manejo de sus propios problemas (Secades y Fernandez, 2001).

Asimismo, son múltiples las ventajas obtenidas y basadas en las teorías del comportamiento. Destacan, por ejemplo, la flexibilidad para adaptarse a las necesidades particulares del paciente, la facilidad con la cual son aceptados los objetivos y la planificación por parte de los pacientes, la permisividad que tienen los pacientes con respecto al cambio de su comportamiento, la conexión con la teoría establecida, el conocimiento por parte del paciente en cuanto a evidencia científica y práctica clínica, su estructuración, que permite a su vez la evaluación de resultados, y su efectividad basada en la evidencia (Ruiz, Diaz y Villalobos, 2011).

Existen múltiples investigaciones y revisiones realizadas en torno a la terapia cognitivo-conductual con respecto a la amplia problemática del alcoholismo. En el meta análisis realizado por (Haber et al., 2009) se concluyó que la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que otras modalidades de terapia estándar o que otros tratamientos (Berglund, 2003), si bien las mejoras fueron significativamente pequeñas con respecto a otras formas de tratamiento (Magill y Ray, 2009). Otra revisión llevada a cabo por la NICE (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011) revela diferentes conclusiones encontradas comparando la terapia cognitivo-conductual con otros tratamientos. Por ejemplo, se observó con un nivel de evidencia moderado que en cuestión de reducción de episodios de consumo de alcohol excesivo, la TCC se mostró significativamente superior a otros tratamientos ordinarios. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los días de cero consumo ni en el número de recaídas posteriores. Otra de las conclusiones de NICE reveló que no hay diferencias significativas entre terapia cognitivo conductual y otras terapias ordinarias en el mantenimiento de la abstinencia pasados 15 meses tras el alta.

Una revisión de artículos llevada a cabo en 2013 (Lefio et al.,) concluyó que las intervenciones psicosociales que más eficacia han demostrado son la terapia cognitivo-conductual con varias de sus variantes (terapia conductual de pareja, refuerzo comunitario) acompañadas por las intervenciones familiares, las intervenciones de autoayuda por Internet, el seguimiento telefónico y la terapia integrada del trastorno por abuso de sustancias con comorbilidad ansiosa y depresiva. Otra revisión reciente destaca también el entrenamiento en habilidades sociales, el afrontamiento cognitivo-

conductual y el reforzamiento comunitario como enfoques interventivos con efectividad documentada (Maradona y Rodríguez-Méndez, 2015).

En general, las estrategias cognitivo-conductuales que se componen de diferentes modalidades, contenidos, componentes y estrategias, muestran mejores resultados que los tratamientos estándar y se muestran dentro de los tratamientos con mayor recomendación para tratar los problemas de alcoholismo con eficacia equivalente a la farmacoterapia (Kleber, Weiss, Anton, George, Greenfield y Kosten, 2006). A continuación se detallan las técnicas que más se han estudiado y por consiguiente utilizado.

3.2.4.1 Entrenamiento en habilidades sociales

El *Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHA)* está basado en el entrenamiento de determinadas habilidades consideradas como deficitarias en el sujeto, que no es capaz de ponerlas en práctica debido a los mecanismos inhibitorios relacionados con la elevada activación de sus niveles de ansiedad ante posibles situaciones de peligro. Este grupo de técnicas están basadas en la teoría de aprendizaje social de Bandura (1969) y tienen como principal objetivo adquirir, aumentar y reforzar el aprendizaje de un estilo de comunicación asertivo que permita a su vez generar y mantener relaciones entre personas sin la necesidad de consumo de alcohol.

Las habilidades sociales comprenden el entrenamiento en aprender a rechazar el alcohol, adquirir habilidades de adaptación interpersonal, aprender a escuchar, a comunicarse, a reaccionar de manera asertiva, a llevar a cabo críticas y saber encajarlas, a expresar y crear sentimientos de seguridad en sí mismo y construir y mantener una red social adecuada. También es importante estar capacitado en la regulación emocional, el manejo del estrés, identificar y cambiar las distorsiones cognitivas, la toma de decisiones y la gestión y el manejo del deseo de consumo (Monti, Rohsenow, Colby, y Abrams, 1995). El EHA se ha mostrado más eficaz durante los primeros meses de tratamiento, al conseguir una reducción de dosis y días de consumo en los pacientes.

Así pues, se considera un enfoque multidimensional (en ocasiones todo lo anteriormente citado se lleva a cabo con otras técnicas cognitivo-conductuales, además de la posibilidad de toma de medicación) y se recomienda como un tratamiento bien establecido con adecuado soporte y resultados positivos, en los que se observa que es un tratamiento efectivo en reducir el consumo de alcohol entre pacientes dependientes (Adler et al., 2012; Miller y Wilbourne, 2002; Raistrick, Heather y Godfrey, 2006).

Un estudio realizado en 2000 por la NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Noronha, Eckardt y Warren, 2000) señaló que la utilización del entrenamiento en habilidades sociales solamente era efectivo si se utilizaba en compañía de otras técnicas de tratamiento. En la misma línea Longabaugh y Morgenstern (2006) y Miller et al. señalaron que el EHAs presenta dentro de los tratamientos combinados su efectividad más alta; sin embargo, en ocasiones en las cuales se utilizan solas la eficacia observada es más reducida.

Finney y Monahan (1996) obtuvieron resultados de alta eficacia con respecto al entrenamiento en habilidades sociales. Se encontraron diferencias significativas en términos de abstinencia o reducción de consumo de alcohol cuando estas se utilizaban en cualquier población, también con pacientes clínicos (Miller y Wilbourne, 2002). Los estudios realizados por el grupo de Monti, Gulliver y Myers (2002) observaron que aquellos sujetos con pocas habilidades en resolución de conflictos y mayor deterioro social respondían peor a esta técnica de intervención y daban mejores resultados con abordajes de mayor soporte social.

Chaney (1989) descubrió que los sujetos entrenados correctamente mostraban una disminución significativa en los episodios de consumo en la revisión al año del alta, aunque no encontró diferencias relevantes en cuanto a la abstinencia total de alcohol. Otros estudios señalan la eficacia de la técnica en el incremento de la abstinencia y la adherencia al tratamiento en comparación con técnicas de soporte (Burtscheidt, et al., 2001; Burtscheidt, Wolwer, Schwarz, Strauss y Gaebel, 2002).

Una revisión reciente (Maradona y Rodríguez-Méndez, 2015) manifiesta que el entrenamiento en habilidades sociales tiene efectividad documentada frente a otras

terapias que muestran mayores limitaciones. El estudio indica que es importante intervenir en la potenciación de las habilidades cognitivas y sociales del paciente con el fin de modificar los comportamientos desadaptativos (Longabaugh y Morgenstern, 1999). Al mismo tiempo se debe enfocar el entrenamiento hacia la regulación y el afrontamiento emocional (Monti et al.,1995).

En resumen, se puede decir que el entrenamiento en habilidades sociales es más efectivo que el tratamiento tradicional en cuanto a la reducción del consumo de alcohol, la mejoría de conductas asociadas al exceso de bebida y el retraso de la recaída. Puede ser utilizado en pacientes con un perfil de mayor severidad y comorbilidad, pero los mejores resultados se han obtenido en pacientes con dependencia leve. Se recomienda, sobre todo, su aplicación en pacientes que parecen carecer de las habilidades necesarias para lograr y mantener la abstinencia (Ferrell y Galassi, 1981).

Un caso especial de entrenamiento en habilidades sociales y que requiere un espacio propio por su especificidad es el modelo de *Prevención de Recaídas (PR)* propuesto por Marlatt y Gordon (1985). Más que una técnica de tratamiento es si misma, se utiliza con frecuencia como método de afrontamiento. Las principales técnicas cognitivo-conductuales se incluyen en este tipo de abordajes. La prevención de recaídas constituye un enfoque comportamental cuyo objetivo máximo es la reducción de los riesgos que pueden suponer un nuevo consumo (Heather y Stockwell, 2004). Como diferencia principal con respecto a otras técnicas comentadas se encuentra que la PR busca que el paciente permanezca alejado de la sustancia adictiva.

La recaída se produce cuando la persona adicta se expone a una situación de riesgo y no tiene capacidad para afrontarla adecuadamente, poniendo en riesgo la abstinencia conseguida. Si ante una situación de riesgo la persona consigue poner en marcha una adecuada respuesta de afrontamiento la probabilidad de recaída disminuirá y se incrementará la percepción de control. Si, por el contrario, la persona no es capaz de responder, la recaída será más probable.

En líneas generales, la prevención de recaídas surge de la combinación del entrenamiento en habilidades de afrontamiento cognitivas y conductuales, la

reestructuración cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida anterior. El objetivo principal consiste en enseñar habilidades para identificar disparadores o situaciones de riesgo internas y externas, desarrollar estrategias y habilidades de afrontamiento para evitar posibles situaciones de riesgo y facilitar el aprendizaje de habilidades para funcionar sin consumo de alcohol. Es de suma importancia que todo lo aprendido se ponga en práctica, bien de forma simulada al inicio, o mediante exposición gradual y de forma normal y real al final.

Son elementos fundamentales de esta técnica el análisis funcional de la conducta, el entrenamiento en la identificación y manejo del *craving*, la reestructuración cognitiva de los mitos relacionados con el consumo, la resolución de conflictos, la planificación ante casos tanto generales como de urgencia, la identificación de decisiones o situaciones de riesgo pasadas y futuras, la habilidad para saber decir que no, así como poner en práctica todo lo anteriormente mencionado. En este caso la intervención puede llevarse a cabo tanto a nivel grupal como individual, estando especialmente indicada para pacientes con alta severidad en el alcoholismo y comorbilidad psiquiátrica (Ruiz, Diaz, y Villalobos, 2011).

O'Malley, Jaffe, Chang, Schottenfeld, Meyer y Rounsaville (1992) comentaron que la PR era más eficaz que el control con placebo. Annis y Peachey (1992) concluyeron que era más adecuada que el consejo médico tradicional, si bien en ninguno de los casos mejoraban las tasas de abstinencia. Parece probada también la eficacia de la combinación entre tratamiento con disulfiram o naltrexona y prevención de recaídas. O'Farrell et al., (1998) llegaron a la conclusión de que la prevención de recaídas era más eficaz que el no tratamiento.

Carroll (1996) revisó un total de 24 ensayos controlados y aleatorizados con pacientes adictos a alcohol, entre otras sustancias. Encontró que la prevención de recaídas era más efectiva que el no tratamiento y al menos tan efectiva como las terapias de soporte o las interpersonales. También pudo concluir que los resultados se mantenían a lo largo de del tiempo. En las investigaciones en las cuales se ha comparado este enfoque con otras alternativas, la prevención de recaídas se ha mostrado más efectiva que las intervenciones breves y la entrevista motivacional

(Miller, Andrews, Wilbourne y Bennett, 1998).

Irvin, Bowers, Dunn y Wang (1999) llevaron a cabo otra revisión con 26 ensayos y concluyeron que la prevención de recaídas era más eficaz en la reducción del consumo y en la mejora del ajuste psicosocial, especialmente en adictos al alcohol. También se ha mostrado (Greenwood, Woods, Guydish y Bein, 2001) que la prevención de recaídas muestra resultados satisfactorios tanto en tratamiento ambulatorio como residencial (en este último ofrece hasta tres veces menor probabilidad de consumo durante los primeros seis meses, si bien no se encontraron diferencias a los 12 y 18 meses tras el alta).

En un estudio de corte longitudinal realizado por Holder, Cisler, Longabaugh, Stout, Treno y Zweben (2000) se observaron en pacientes con mayor gravedad en la adicción, psicopatología asociada o escaso apoyo social mejores resultados a favor de la prevención de recaídas que en la terapia motivacional o el programa “12 pasos”.

Esta técnica ha mostrado ser muy efectiva en la modificación de cogniciones relacionadas con el consumo (Weingardt y Marlatt, 1998) y en adictos en otros tratamientos de problemas de salud mental (Witkiewitz, Marlatt y Walter, 2005). También se ha comprobado cómo el empleo de la meditación como parte de las estrategias cognitivo-conductuales puede ser muy eficaz, tanto en la recuperación del paciente como en la prevención de recaídas (Witkiewitz et al., 2005).

En conclusión, puede decirse que la prevención de recaídas se ha mostrado como una técnica eficaz en la disminución de la frecuencia de consumo así como en la reducción de la intensidad y de los problemas relacionados. Por lo tanto, puede considerarse tratamiento de primera elección.

3.2.4.2 La técnica del autocontrol

La *Técnica de Autocontrol* es una modalidad de tratamiento cuyo objetivo principal es enseñar a reducir la ingesta de alcohol aprendiendo a establecer límites, manejar situaciones que se forman en momentos propicios para rechazar el consumo de alcohol y entrenando al paciente en afrontamiento de situaciones problemáticas

(Bendimerad y Blecha, 2014; Rask et al., 2006). Se considera más adecuado en casos de consumo abusivo o dependencia leve (Ambrogne, 2002; Edwards, Marshall y Cook, 2003; Shand, Gates y Fawcett, 2003,) si bien puede utilizarse con dependencias leves en intervenciones de reducción de daños.

Las estrategias comprendidas son la consecución del cambio de hábitos de acuerdo con el tipo y la manera de beber, establecer objetivos realistas, realizar un análisis funcional de la conducta problema y aprender estrategias alternativas al consumo (Hester, 1995). Los componentes básicos de esta técnica para conseguir resultados óptimos son: establecer metas, realizar autorregistro de bebida, el control de consumo y la identificación de disparadores y estrategias alternativas (Heather, 1995).

Booth, Dale y Ansari (1984) y Booth, Dale, Slade y Dewey (1992), junto con Miller et al. (1992), llevaron a cabo un importante hallazgo al encontrar resultados de tratamientos similares en pacientes que optan por el consumo moderado o la abstinencia. Se pudieron observar casos que, aun teniendo el objetivo de consumo controlado, tras cuatro meses de abstinencia decidieron emprender un camino hacia la absoluta abstinencia (Hodgins, El-Guebaly y Addington, 1997).

Como ya se ha comentado anteriormente, varios estudios controlados han mostrado la eficacia de esta técnica en pacientes con problemática de consumo abusivo y en un periodo corto de tiempo que tienen como objetivo de terapia el consumo controlado (Berglund et al., 2003; Raistrick et al., 2006). Un meta análisis llevado a cabo en 2000 (Walters) demostró la superioridad de esta técnica frente a la no intervención y también se sugirió la mejor eficacia frente a otros tratamientos más tradicionales o de corte estándar (Andréasson y Öjehagen, 2003; Slattery et al., 2003). Además, no solamente se mostró mayor eficacia en periodos cortos; también trascurridos varios años los resultados seguían siendo favorecedores (Miller, Leckman, Delaney y Tinkcom, 1992). Sin embargo no se han encontrado diferencias importantes con respecto a técnicas de exposición con meta de consumo moderado (Heather, Brodie, Wale, Wilkinson, Luce, Webb y McCarthy, 2000).

Con el objetivo de describir un proceso adaptado a una intervención basada en las teorías cognitiva, social y motivacional, se llevó a cabo en México un ensayo con trabajadores que presentaban consumo nocivo de alcohol y podían aprender a moderarlo (Martínez, Medina-Mora y Berenzon, 2010). Se consiguieron resultados positivos: por un lado, fue posible llegar a destinatarios de difícil acceso, y por otro, se corroboró que el material utilizado era de utilidad.

En conclusión, se recomienda utilizar la técnica de autocontrol en todas las intervenciones de corte cognitivo-conductual y se anima a que se presente como un componente clave en la aplicación de otros tratamientos como las intervenciones a corto plazo o las de enfoque comunitario.

3.2.4.3 La Terapia Cognitiva

La *Terapia Cognitiva* se basa en que la estructura de las experiencias del individuo está determinada por su comportamiento y sus sentimientos (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). El concepto de estructura cognitiva se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales que pueden ser conscientes o inconscientes. Así, estos esquemas pueden permanecer inactivos en el tiempo y ante situaciones estresantes diversas proceder a su activación, lo que conlleva la actuación en situaciones concretas mediante distorsiones cognitivas y cogniciones automáticas.

Los pensamientos de carácter automático suelen ser informes orales que el mismo paciente realiza para expresar conceptos relacionados con las áreas problema, pensamientos, sentimientos y conductas, que se dan a lo largo de la terapia así como material introspectivo o autorregistros realizados por el paciente con las tareas descritas. Una vez obtenidos los datos básicos se procede a trabajar entre el paciente y profesional en tres áreas con diversos niveles de abstracción: el significado que el paciente quiere dar a sus experiencias de hechos pasados con respecto a las áreas problema, la agrupación por parte del profesional de los significados dados por el paciente a sus experiencias pasadas y la articulación a modo de hipótesis de los patrones cognitivos utilizados por el paciente. Todo ello permitirá formular el núcleo

cognitivo donde se encuentran la base de los problemas para luego trabajarlos mediante un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones a nivel de pensamiento.

Las técnicas cognitivas que más se utilizan son las siguientes: detección de pensamientos automáticos, clasificación de pensamientos distorsionados, búsqueda de evidencia en la comprobación de pensamientos automáticos, clasificación de pensamientos automáticos, uso de imágenes, descatastrofización... Entre las técnicas conductuales que se pueden utilizar con las cognitivas destacan la programación de actividades incompatibles, las escalas de dominio y placer, el entrenamiento en relajación, el entrenamiento asertivo, y la asignación de tareas graduadas entre otras (Beck, Wrigth, Newman y Bruce, 1999; Ruiz, Diaz y Villalobos, 2011).

Desde la perspectiva de la teoría cognitiva de Beck se abordan creencias disfuncionales que están basadas en trastornos de ansiedad y depresión. Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis(1991) analizaron varios estudios de terapias cognitivas y comentaron no haber hallado pruebas de suficiente eficacia. En la revisión llevada once años más tarde por Miller y Wilbourne (2002) se mostró eficacia en cuatro de los 19 estudios realizados. También en la revisión del 1996 (Finney y Monohan) la terapia cognitiva fue eficaz en el 40% de los casos estudiados.

Burtscheidt et al. (2001) llevaron a cabo un estudio con alcohólicos en tres grupos de tratamiento (terapia inespecífica, entrenamiento en habilidades y terapia cognitiva). Se concluyó que en el seguimiento a los seis meses los enfoques cognitivos tenían mejores resultados, si bien no se observaron diferencias significativas entre ambas. Tras dos años, en la revisión, el mismo autor observó que los beneficios obtenidos por las técnicas cognitivas eran menores en sujetos con trastornos graves de personalidad.

La revisión meta analítica de Nielsen et al. (2006) confirma que la terapia cognitiva es más eficaz que la no terapia u otro tipo de tratamientos. Sobre todo muestra más eficacia que los tratamientos ambulatorios no especificados.

La terapia cognitivo-conductual se mostró eficaz en el tratamiento del alcoholismo en una revisión meta-analítica realizada en 2009 (Magill y Ray). En ella se

concluyó que la TCC produjo un pequeño pero estadísticamente significativo efecto en el tratamiento. No obstante, el efecto iba disminuyendo en las entrevistas de seguimiento (fue algo inferior a los 6-9 meses y continuó disminuyendo a los 12 meses de seguimiento).

Las intervenciones que no se llevan a cabo apoyadas por el componente conductual no se consideran tan eficaces (APA, 2010). Sería por lo tanto de enorme interés conocer los elementos clave para cada una de las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas, ya que la evidencia no tiene disponibles datos acerca de componentes específicos.

3.2.4.4 Las Terapias Conductuales

Numerosos estudios han documentado la eficacia de las *Terapias psicológicas conductuales* a largo plazo (combinadas o no con apoyo farmacológico) en el tratamiento del alcoholismo (Secades y Fernández, 2001). Estas terapias se basan en las teorías de aprendizaje por condicionamiento. El objetivo principal es lograr la abstinencia de alcohol mediante la creación de experiencias aversivas respecto a la presencia de alcohol y experiencias positivas condicionadas a la abstinencia (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011). Las terapias conductuales que a continuación se van a describir (el manejo de contingencias, la exposición de estímulos y el abordaje de refuerzo comunitario) se han considerado eficaces ante problemáticas de alcohol.

En la revisión realizada por la NICE en 2011 se demostró que la terapia conductual era más eficaz que el tratamiento de control para conseguir objetivos de reducción en la ingesta de alcohol y mantenimiento en el mismo. No se encontraron diferencias significativas ni en el número de caídas post tratamiento durante los siguientes seis meses a la obtención del alta ni en la tasa de abandonos. Por lo tanto, el nivel de evidencia para con las terapias conductuales se consideró moderado.

Un estudio llevado a cabo por Sitharthan (1997) avaló la eficacia de exposición a estímulos ante la terapia cognitivo-conductual en la reducción de unidades de bebida

tomadas en los últimos seis meses. Las terapias cognitivo-conductuales se mostraron más eficaces que las conductuales puras en cuanto a tasas de abandonos, mantenimiento de la abstinencia o consumo moderado de alcohol. Por lo tanto, se puede concluir que el nivel de evidencia de la terapia con respecto a otros tratamientos es moderada (NICE, 2011).

3.2.4.5 El manejo de contingencias

Los tratamientos con manejo de contingencias son componentes comunes en numerosos tratamientos psicosociales. Se fundamentan en datos de laboratorio y clínica que demuestran cómo el uso de una sustancia es una conducta operante que se mantiene y puede ser modificada según las consecuencias que se derivan de la misma. Se basa en la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la aparición o extinción de una conducta objetivo, con cuatro métodos principales de incentivos: los refuerzos basados en vales canjeables, el refuerzo basado en premios (Prendergast, Podus, Finney, Greenwell y Roll, 2006), los incentivos basados en efectivo y los privilegios clínicos (solamente útil en consumo de otras sustancias, no de alcohol (Stitzer, Iguchi y Felch, 1992).

3.2.4.6 La exposición a Estímulos

La *exposición de estímulos* se basa en los principios del aprendizaje condicionado. Se asocian todo tipo de estímulos al consumo problemático de alcohol que tienen en común el potente efecto placentero del alcohol. Así, el consumo se convierte en una respuesta condicionada a dichos estímulos, capaces de crear reacciones psicológicas y físicas que puedan resultar precipitantes de recaída. La terapia de exposición consiste en 6-12 sesiones diarias de entre 60 y 90 minutos de duración que buscan conseguir el consumo controlado o la abstinencia. La exposición a estos estímulos tiene el objetivo de crear el contra condicionamiento e implica la exposición prolongada del paciente ante esas situaciones en un entorno seguro y controlado que permita resistir el deseo intenso de consumo, reduciendo el consumo

o evitando las recaídas. Al no aparecer el efecto positivo tras la ingesta, el condicionamiento va desapareciendo. Aun así, existen documentos que acreditan la aparición repentina de los estímulos condicionados (Drummond, 1990). Por ello se han propuesto dosis de recuerdo antes de finalizar el tratamiento (Sitharthan, Sitharthan, Hough y Kavanagh, 1997).

Los programas de manejo de contingencias han sido empleados sobre todo para el mantenimiento de la abstinencia, pero también han demostrado su validez en la retención o asistencia a tratamientos o en el incremento de la adherencia a la toma de fármacos (Fitzsimons, Tuten, Borsuk, Lookatch y Hanks, 2015). Igualmente, el refuerzo negativo (denegación de incentivos, informes negativos de los profesionales...) puede ocurrir a consecuencia de respuestas o comportamientos menos deseados (Higgins y Petra, 1999). Este método fue utilizado en los inicios con adictos a la cocaína en contextos ambulatorios y, tras los éxitos obtenidos, se extendió para el tratamiento de otras drogas como el alcohol (Higgins, Delaney, Budney, Bickel, Hughes, Foerg y Fenwick, 1991). Es cierto que su utilización ha estado muy limitada a contextos reales, siendo muy pocas las investigaciones que se han llevado a cabo en contextos naturales. Solo recientemente se ha conseguido evidenciar la factibilidad y eficacia de estos protocolos fuera de entornos controlados (Carballo, Fernandez-Hermida, Secades-Villa y Garcia-Rodriguez, 2008). Por ello, los estudios realizados al respecto y en particular con el alcohol son escasos y no permiten establecer de manera precisa la eficacia de estos programas.

Uno de los primeros trabajos realizados con manejo de contingencias y alcohol (Miller, 1975) encontró diferencias entre esta técnica y un tratamiento grupal estándar a favor de la primera en cuanto a incremento de número de horas de empleo y reducción de consumo de alcohol y arrestos se refiere. Otro estudio realizado por Litt et al., (2007) señaló que el manejo de contingencias es más efectivo en el mantenimiento de la abstinencia después de finalizar el tratamiento y hasta pasados quince meses del alta que durante el mismo. Así, se considera útil también en la reducción de la cantidad de alcohol ingerido en la evaluación realizada a los 6, 9 y 21 meses de seguimiento. Al compararlo con tratamientos estándar, sin embargo, no se

observaron diferencias significativas con respecto al mantenimiento de la abstinencia, pero sí para la reducción de personas recaídas y la disminución de abandonos terapéuticos (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011).

También se han encontrado mejores resultados en formato de tratamiento ambulatorio en cuanto a adhesión a terapia y a disminución de recaídas se refiere y en comparación con programas estándar (Petry, 2002, 2006). Un meta análisis realizado por Conklin y Tiffany (2002) expuso la efectividad de la terapia por exposición con evidencias variables. Se consideró eficaz para reducir la ingesta de alcohol, pero no más efectiva que otras técnicas cognitivo-conductuales. Sin embargo, otra revisión llevada a cabo (Berglund et al., 2003) afirmó que esta técnica es eficaz en casos de abstinencia y consumo moderado.

Sirthathan et al.,(1997) compararon la eficacia de la terapia de exposición con respecto a la terapia cognitivo-conductual estándar. La primera resultó ser más eficaz en cuanto a reducción en el consumo a los seis meses de seguimiento. Kavanahht (2006), teniendo en cuenta indicadores de emociones negativas, concluyó que estos estados anímicos pueden aumentar el riesgo de recaída. Estudios llevados a cabo con variantes a la exposición como puede ser la exposición a pistas mostraron disminución de recaídas, menor número de días de consumo abusivo, así como la reducción del *craving*. Loeber et al. (2006) concluyeron que la terapia de exposición y la terapia cognitivo-conductual estándar son igual de eficaces con pacientes con enfermedad moderada de dependencia.

La NICE en su resumen de evidencias (2011), señaló que no se encontraban diferencias significativas entre la exposición a estímulos y la terapia cognitiva basada en entrenamiento de autocontrol en el mantenimiento de la abstinencia post tratamiento o en el seguimiento a los seis meses. Tampoco se hallaron diferencias con respecto a exposición de estímulos y exposición de estímulos emocionales en la cantidad ingerida a los 6 ni a los 12 meses.

Un estudio reciente realizado con pacientes alcohólicos y diagnosticados de diabetes también pone de manifiesto las mejoras conseguidas mediante el manejo de contingencias en dichos tratamientos (Walter y Petry, 2015). Otro estudio de 2015

comparó la eficacia del manejo de contingencias con respecto a otras técnicas de intervención (terapia cognitivo-conductual, entrevistas motivacionales y el enfoque de refuerzo comunitario), concluyendo que esta era menos eficaz y menos aceptada, si bien la exposición a través del uso de manejo de contingencias se asoció positivamente con la percepción de la aceptabilidad, con un efecto positivo en la relación profesional-paciente, y con la aprobación de incentivos tangibles para la abstinencia (Aletraris, Shelton y Roman, 2015). El estudio realizado pre-post tratamiento utilizando como herramienta de trabajo el manejo de contingencias por profesionales también observó que la retención y la participación en los programas mejoraba, por lo que considera esta técnica como viable y eficaz para el tratamiento de sustancias adictivas (Fitzsimons et al., 2015).

En resumen, se puede decir que la exposición a estímulos se ha mostrado eficaz y ha aumentado su efectividad cuando se ha combinado con otras técnicas de afrontamiento psicosocial para el alcohol. Así pues, se desaconseja la utilización de la dicha terapia en solitario (Dawe, Rees, Mattick, Sitharthan y Heather, 2002; Kavanagh et al., 2006).

3.2.4.7 El Refuerzo Comunitario (Community Reinforcement Approach)

El *abordaje de refuerzo comunitario (CRA)* es un enfoque centrado en el cambio del estilo de vida de las personas con problemas de alcohol. Es de corte terapéutico conductual, bio-psicosocial y de amplio espectro y se basa en la idea de que la persona alcohólica mantiene los consumos por refuerzos relacionados con el beber y bajos niveles de refuerzos asociados a la abstinencia. Se comprende como una variante terapéutica que posee el objetivo de incrementar el acceso del paciente a las actividades positivas que desarrolla en el entorno comunitario en el que se mueve. Puede llevarse a cabo tanto en terapia individual como grupal y en contextos ambulatorios y hospitalarios. Utiliza métodos operantes con el objetivo de reducir el consumo de alcohol y crear un aumento de comportamiento funcional, además de contratos conductuales, manejo de emociones, terapia matrimonial, entrenamiento en habilidades sociales y consejería motivacional, entre otras. El principal objetivo es

involucrar al paciente en actividades que generen más gratificación que los propios consumos (Heather y Stockwell, 2004). Contiene los siguientes componentes: la prescripción de aversivos, un esfuerzo centrado en motivar a los pacientes alcohólicos en la toma del aversivo del alcohol, el asesoramiento específico a los familiares, el apoyo en la búsqueda de empleo y la reinserción laboral, el entrenamiento en habilidades sociales, el asesoramiento y guía en actividades sociales y el entrenamiento para enfrentarse al *craving* (Sisson y Azrin, 1989). Se puede llevar a cabo un análisis funcional donde se examinan los antecedentes del consumo y sus consecuencias asociadas, el entrenamiento en habilidades de comunicación, incluyendo terapia conductual familiar y de pareja, el establecimiento de un club social abstemio, la prevención de recaídas y el entrenamiento para resistir la presión social, entre otros componentes (American Psychological Association Work Group on Substance Use Disorders, 1995).

El CRA posee un fuerte soporte empírico obtenido a través de investigaciones bien controladas. Además, un punto importante a favor de la superioridad de la CRA sobre otros procedimientos es que muchos estudios encaminados a comprobar su eficacia han obtenido resultados positivos. Por ello, esta forma de abordaje del alcoholismo es una de las más prometedoras en la actualidad por sus resultados y evidencia científica (Bottlender, Kohler y Soyka, 2006; Miller y Wilbourne, 2002; Roozen et al., 2004). Una parte importante de estos estudios han sido llevados a cabo por Azrin y su equipo. En los dos trabajos originales, la CRA fue superior a un tratamiento estándar hospitalario (Azrin, 1976; Hunt y Azrin, 1973). En un estudio posterior, el grupo de CRA acompañado por disulfiram obtuvo una tasa de abstinencia del 97% a los seis meses, frente al 74% del grupo disulfiram y consejo y al 45% del grupo de disulfiram y 12 pasos (Azrin, Sisson, Meyers y Godley, 1982). En un trabajo posterior (Sisson y Azrin, 1986) la CRA se mostró superior a un grupo que recibió un programa educativo basado en el modelo médico.

En un estudio de Smith, Meyers y Delaney (1998) llevado a cabo con 106 alcohólicos “sin techo”, los sujetos del grupo de CRA obtuvieron tasas de abstinencia significativamente mayores que los sujetos del grupo estándar. En el trabajo de Miller,

Meyers y Tonigan (1999), el grupo de CRA más un programa de entrenamiento familiar obtuvo mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar. Por último, en otro estudio (Meyers y Miller, 2000) la CRA se mostró más eficaz en la reducción del consumo de alcohol que un grupo que había recibido un programa basado en el modelo médico tradicional. En el trabajo de Miller et al., (1999) se ofrece una buena revisión de los estudios sobre la eficacia de la CRA.

Si bien el programa conductual cuenta con mejor soporte empírico que la acción de reforzamiento comunitario (Hunt y Azrin, 1973), la National Steering Committee for Multidisciplinary Guideline Development (2009) comenta que la CRA es un abordaje más efectivo que otros tratamientos estándar (Berglund et al., 2003; Roozen et al., 2004) y que otros tratamientos formales (Berglund et al., 2003) en pacientes con dependencia severa.

Algunos estudios refieren mejorías en población adulta que cuenten además con entrenamiento familiar y que el reforzamiento comunitario tenga como objetivo enseñar habilidades de cambio conductual a personas significativas para el sujeto en tratamiento que puede facilitar el tratamiento en bebedores poco motivados (Meyers, Miller, Smith y Tonigan, 2002; Miller et al., 1999; Sisson y Azrin, 1986).

Así, Roozen et al. (2004) realizaron una revisión sistemática en la que mostró la efectividad del CRA para el tratamiento de la dependencia de alcohol. También Miller y Wilbourne (2002) y Berglund et al. (2003), en estudios controlados aleatorizados y en un estudio meta analítico respectivamente, llegaron a la misma conclusión; es decir, el CRA era más efectivo que el tratamiento estándar y que otros tratamientos. En esta misma línea Andréasson y Öjehagen (2003) compararon el CRA con el tratamiento de 12 pasos, y en todos menos en uno, se mostró más efectivo que el grupo control.

Un estudio llevado a cabo en 2010 con un marcado enfoque familiar y de refuerzo social para el manejo de recaídas mostró un aumento en la tasa de abstinencia a 180 días de seguimiento (Roozen, De Waart y Van der Kroft, 2010). Otro estudio realizado con adolescentes comparó tres intervenciones de psicoterapia con apoyo empírico, la entrevista motivacional, el enfoque comunitario de Refuerzo (CRA), y la Terapia Familiar. Se consiguieron reducciones significativas en los

comportamientos inadecuados 24 meses después con los tres tipos de tratamiento, si bien la entrevista motivacional resultó más eficaz en la reducción del consumo y en la disminución de conductas problemáticas (Slesnick, Guo y Feng, 2013).

En resumen, este tipo de tratamiento puede ser de gran utilidad en pacientes con alta severidad en la dependencia, reduciendo el número de días de consumo continuado. La eficacia se mantendrá más alta si se combina este tratamiento con la toma de medicación y el uso de recompensa (Petry, Martin, Cooney y Kranzler, 2000; Rask et al., 2006).

3.4.2.8 La Terapia de Exposición a Señales

La terapia de exposición a señales está basada en los principios del condicionamiento clásico, que señalan que los estímulos neutrales que aparecen antes de la conducta problema pueden posteriormente ser asociados a la conducta adictiva tras la exposición reiterada. Esta técnica está orientada a reducir las señales mediante procesos de exposición y control de estímulos. Así, el paciente se ira exponiendo a los estímulos, evitando llegar al consumo. En la actualidad se utiliza la realidad virtual para trabajar con conductas adictivas, siempre enmarcado esto en programas más amplios. Consiste en 6-12 sesiones diarias de 50-90 minutos de duración cada una de ellas en las cuales se puede buscar conseguir la abstinencia o el consumo moderado.

En una serie de estudios controlados en los que se comparaba la exposición con una terapia cognitivo-conductual se observó que la exposición a estímulos presentó mayor reducción en el consumo durante los seis meses de seguimiento (National Steering Committee for Multidisciplinary Guideline Development 2009). Loeber et al., (2006), sin embargo, no encontró resultados significativamente diferentes, por lo que concluyó que eran igual de eficaces con pacientes de gravedad moderada. La NICE, en el resumen de evidencias presentado, también concluyó que no existen diferencias significativas entre exposición de estímulos y terapia cognitiva basada en el entrenamiento en autocontrol con respecto al mantenimiento de la abstinencia tras el tratamiento a los seis meses (National Collaborating Centre of Mental Health, 2011). Por tanto, se puede deducir que esta forma de terapia se ha

mostrado eficaz, aumentado su efectividad al ser combinada con otras técnicas de afrontamiento para el alcohol (Kavanagh et al., 2006).

A modo de resumen, y teniendo en cuenta los enfoques cognitivo-conductuales y sus variantes, a continuación se exponen hallazgos interesantes con respecto a la comparación entre enfoques, forma individual o grupal, duración de tratamiento, duración de los efectos, tratamientos combinados y nuevas formas de intervención.

Diversos trabajos han comparado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual con otros tipos de tratamiento. La terapia cognitivo-conductual es efectiva para diversas adicciones y en diferentes contextos. Los tratamientos psicosociales han mostrado mayor eficacia que la intervención breve y el entrenamiento en habilidades (Miller y Wilbourne, 2002). El manejo de contingencias, sin embargo, muestra resultados superiores al iniciar el tratamiento, si bien es superado por la terapia cognitivo-conductual tras pasar la barrera de los tres meses; en post tratamiento ambas técnicas combinadas ofrecen resultados beneficiosos y adicionales (Epstein, Hawkins, Covi, Umbricht y Preston, 2003). La prevención de recaídas muestra mejores resultados en pacientes con altos niveles de dependencia y también con altos niveles de depresión (Carroll, Nich, Ball, McCance y Rounsavile, 1998; Carroll, Rounsaville, Nich, Gordon, Wirtz y Gawin, 1994).

Cuando se han llevado a cabo comparaciones entre adictos al alcohol tampoco se han encontrado diferencias importantes entre terapia grupal e individual con corte cognitivo (Marques y Formigoni, 2001). Sin embargo, sí se encuentran diferencias en cuanto a los tiempos de estancia y los resultados obtenidos. La terapia cognitivo-conductual breve (2-4 sesiones) se ha mostrado eficaz en cuanto a alcanzar la abstinencia en el consumo, conseguir avances entre estadios de cambio, uso de benzodiacepinas o menor exposición a conductas de riesgo (Baker, Boggs y Lewin, 2001; Baker et al., 2005). Las intervenciones breves son más eficaces en los bebedores severos, si bien existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos por intervenciones breves y las más extensas en bebedores más severos que no buscan tratamiento (Moyer, Finney, Swearington y Vergun, 2002).

Tal y como se explica en las conclusiones de varios estudios, parece que la denominada curva de aprendizaje se cumple en varios supuestos. Es decir, la efectividad de los tratamientos se relaciona con el aprendizaje de las estrategias entrenadas, de manera que los primeros momentos del tratamiento y los posteriores decaen si se acaba la relación terapéutica. Con respecto a la duración de los efectos, la prevención de recaídas en dependientes de alcohol se asoció con niveles altos de autoeficacia en espacios cortos de tiempo, mayor probabilidad para alcanzar la abstinencia total y mayor tiempo hasta la primera recaída (Allsop, Saunders, Phillips y Carr, 1997). La prevención de recaídas también se mostró más eficaz en consumidores de alcohol o policonsumidores cuando se combina con farmacoterapia (Irvin et al., 1999). Con respecto al manejo de contingencias, los canjeables por bienes y servicios a cambio de analíticas de orina negativas han mostrado mejoras en la retención y en la abstinencia durante las primeras semanas de tratamiento y abstinencia a largo plazo (Higgins y Petra, 1999).

Los tratamientos combinados son otra cuestión de enorme interés. El NIDA (2004) recomendó que se utilizaran terapias psicológicas en combinación con tratamientos farmacológicos (Bendimerad y Blecha, 2014). Los objetivos de la terapia farmacológica constituirían así en la desintoxicación, los síntomas específicos de cada sustancia, y la estabilización y mantenimiento de los cuadros asociados. La terapia psicológica, sin embargo, comprende los objetivos de motivación para el tratamiento, entrenamiento en habilidades, modificación de contingencias, mejora del funcionamiento personal y socio-familiar y apoyo para la adecuada toma de medicación. En la práctica clínica los enfoques combinados dan resultados muy satisfactorios si se dan una serie de condiciones: realizar la combinación cuando sea más efectiva, combinarlos al inicio de terapia, el paciente debe participar en la toma de decisiones o considerarse la viabilidad del tratamiento cuando no hay consenso profesional, entre otros. Carroll (2004) concluyó que es fundamental apoyar el tratamiento farmacológico en ayuda psicoterapéutica para obtener mejores resultados de adherencia. Otro ejemplo de la terapia combinada entre fármacos y TCC con alcohólicos se demuestra con la toma de naltrexona, al conseguirse mejorías significativas en muchos niveles al terminar el tratamiento (Anton et al., 2006). Un

artículo de revisión de 2013 (Lefio et al.,) demostró que las intervenciones psicosociales y farmacológicas en combinación son eficaces. Así, la terapia combinada (psicofármacos y terapia psicosocial) da mejoras significativas en cuanto a la motivación para el tratamiento, la adherencia al mismo y la reducción en el número de días de ingesta.

3.2.4.9 Las Terapias de Nueva Generación

Las Terapias de nueva generación, como la propuesta *Mindfulness*, que tienen el origen en el budismo tibetano, todavía no tienen suficiente evidencia empírica con respecto a las problemáticas de alcohol, por lo que no se pueden realizar comparaciones con otras disciplinas, pero sí se indican adecuadas para utilizar junto con la prevención de recaídas complementada con otras psicoterapias. El *Mindfulness* se centra en prestar atención de forma intencionada y sin prejuicios al presente e ir prestando atención juntamente al momento siguiente. Una característica fundamental es la ausencia de control en las emociones, pensamientos y comportamientos por parte del sujeto, manteniendo así la sintomatología en constante observación.

Esta nueva forma de intervenir cuenta con un creciente interés (Marcus y Zgierska, 2009). Así, programas terapéuticos completos como la *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) (Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004; Kabatzinn et al., 1992) obtuvieron resultados satisfactorios en la reducción de consumo de alcohol y/o drogas y sintomatología psiquiátrica en población penitenciaria, así como en la población general.

En un artículo de publicación reciente (Bowen et al., 2014) se constató una vez más que la recaída es altamente prevalente después de los tratamientos de abuso de sustancias, destacando la necesidad de mejorar las intervenciones de cuidado posterior. Por ello se quiso evaluar la eficacia a largo plazo de *Mindfulness-based Relapse Prevention* (MBRP) en la reducción de las recaídas en comparación con prevención de recaídas cognitivo-conductual y el tratamiento habitual (programa 12 pasos y psicoeducación) durante un período de seguimiento de 3, 6 y 12 meses. En comparación con el tratamiento habitual, los participantes asignados a MBRP y a

prevención de recaídas informaron de un riesgo significativamente menor de recaída en el consumo de sustancias y el consumo excesivo de alcohol y, entre los que consumieron, se observó un menor número de días de consumo de sustancias y consumo excesivo de alcohol a los 6 meses de seguimiento. La prevención de recaídas cognitivo-conductual mostró una ventaja sobre MBRP en el momento del primer consumo. Sin embargo a los 12 meses de seguimiento, los participantes MBRP mostraron menos días de consumo de sustancias y disminuyeron significativamente el consumo excesivo de alcohol en comparación con la prevención de recaídas y el tratamiento convencional. Por ello, se puede concluir que para las personas que necesitan cuidados posteriores tras el tratamiento inicial de los trastornos por consumo de sustancias, la prevención de recaídas y la MBRP, en comparación con el tratamiento convencional, producen una reducción significativa del riesgo de recaídas tanto para las drogas como para el consumo excesivo de alcohol.

Otro artículo publicado por Carpentier, Romo, Bouthillon-Heitzmann y Limosin (2015) con Mindfulness concluyó que la utilización de esta práctica con alcohólicos ayuda en el mantenimiento de la abstinencia y reduce el consumo en pacientes que todavía beben. A pesar de la muestra pequeña, se obtuvieron varios resultados significativos después de la terapia. En primer lugar los pacientes aceptaron sus pensamientos y sentimientos mejor, cedieron a los impulsos y aumentaron la tolerancia a la ansiedad. Por otra parte, también quedó confirmado que el programa MBRP permite una mejora de la auto eficiencia.

3.2.5 TERAPIA DE CONDUCTA SOCIAL Y RED DE TRABAJO

Entre las distintas consecuencias producidas por el consumo de alcohol se han observado numerosos problemas en las áreas social, familiar y laboral. Se trata, por lo tanto, de establecer una estrategia que cubra todos los aspectos relacionados con la normalización de estas áreas, incluyendo también aspectos culturales y legales, a la vez que se trabaja en la identificación de situaciones de riesgo. Conviene que el objetivo de la intervención tiene esté centrado en la persona dependiente del alcohol y se trabaje con ella para que consiga resultados satisfactorios de abstinencia y conseguir

así el equilibrio bio-psico-social más amplio en concepto de salud. Desde el enfoque de refuerzo comunitario (Community Reinforcement Approach) se incluyen protocolos de terapia basadas en trabajar con las redes sociales y el entorno. Se intenta conseguir y mantener la abstinencia desde actividades que reduzcan el consumo de alcohol, como por ejemplo actividades de ocio y tiempo libre, empleo y participación familiar (Meyers y Miller, 2000).

El profesional más adecuado para este tipo de intervenciones es aquel que cuenta con un perfil de trabajador social quien a partir de programas de reinserción, pueda abordar las habilidades sociales, la búsqueda de empleo, la reestructuración cognitiva o los cuidados básicos, entre otros.

La terapia de conducta social y de red de trabajo incluye el entorno social del individuo como foco de intervención y comprende una serie de estrategias que ayudan a las personas dependientes a crear redes de apoyo que faciliten la total recuperación (Copello et al., 2002). En el estudio realizado por UKATT (UK Alcohol Treatment Trial) se obtuvieron adecuados niveles de eficacia, muy similares a los encontrados con la terapia motivacional con mejorías en los síntomas de consumo y reducción de la ingesta, entre otros (UK Alcohol Treatment Trial Research Team, 2005). Esta terapia, comparada con otras disciplinas como el CRA, AA o la entrevista motivacional, ha mostrado diferencias moderadas en los seguimientos a los doce meses, si bien en seguimientos de mayor tiempo no se obtuvieron resultados significativos, aunque sí una moderada reducción en la cantidad ingerida de alcohol. Por lo tanto, se puede concluir que esta técnica es adecuada, consiguiendo resultados similares a otras formas de intervención con respecto a la reducción en el consumo, los síntomas de dependencia, los problemas relacionados con el consumo o la relación coste-eficacia.

Un estudio realizado con universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación en 2010 observó que las limitaciones más severas en las habilidades sociales se daban en la esfera de la cognición. Así, los alcohólicos mostraron mayor temor, miedo y/o preocupación, lo que señala que los alcohólicos tienen un déficit importante en lo referente a habilidades sociales cognitivas, puesto que presentan pensamientos negativos que pueden estar interfiriendo en el funcionamiento social

(Anguiano, Vega, Nava y Soria, 2010).

En una investigación realizada por Nava y Vega (2006) se encontró que los alcohólicos que están bajo un programa de rehabilitación como AA siguen teniendo redes sociales pequeñas, probablemente como resultado de un aislamiento social debido a una pobre participación social y un rango de relaciones sociales limitado. Es decir, este aspecto no se modifica, a pesar de que los participantes ya no beben. Al respecto, Barkin, Smith y Du Rant (2002) y Salazar, Varela, Tovar y Cáceres (2006) señalan que un déficit en estas habilidades se considera un factor de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas, porque el individuo se enfrenta de manera poco asertiva con los demás y maneja con dificultad situaciones relacionadas con el consumo de estas sustancias.

Otros investigadores, como Londoño y Vinaccia (2005) y Barragán, González, Medina- Mora y Ayala (2005) han encontrado que los alcohólicos tienen problemas en situaciones sociales que impliquen resistir la presión de su grupo de referencia. Es decir, aunque han resuelto una parte de la problemática, como es dejar de beber, esto no significa que hayan superado su déficit en habilidades sociales. Al respecto, Peñate (2001) y Rosovsky (2009) señalan que AA funciona porque da lugar a la construcción de redes sociales, interacciones e identidades, además de que estos grupos logran resultados a través de un conjunto de procesos, como la confesión y catarsis, la identificación mutua y el evitar los sentimientos de estigmatización. Los resultados de este estudio confirman que las habilidades sociales juegan un papel importante en la vida de los individuos. Éstas podrían jugar un factor de protección para evitar que las personas desarrollen conductas adictivas. Si bien las habilidades sociales no son el único factor que posibilita que un individuo se convierta en alcohólico o desarrolle alguna otra adicción, sí tienen un peso importante, no sólo para la prevención, sino para el tratamiento. De hecho, existen programas dirigidos a niños y adolescentes que tienen como principal propósito el entrenamiento en este tipo de habilidades para la prevención de futuros problemas, entre ellos las adicciones (Lázaro, Del Campo, Carpintero y Soriano, 2009; Londoño, 2007; Pichardo, García, Justicia y Llanos, 2008).

En resumen, se concluye que el entrenamiento en habilidades sociales podría ser una opción, no sólo para el tratamiento de las personas con algún problema de alcoholismo, sino también como un factor de prevención, si se aplica en edades tempranas, puesto que una persona socialmente hábil, tendrá mayor facilidad no sólo para establecer nuevas relaciones familiares o de amistad y manejar los conflictos que se derivan de cualquier tipo de interacción, sino también para alejarse sin mayores problemas de aquellas personas y contextos que podrían resultar poco convenientes para su salud física y/o psicológica (Anguiano et al., 2010).

3.2.6 TERAPIA ANALÍTICA Y PSICODINÁMICA

Las terapias psicodinámicas o analíticas estudian los efectos de las experiencias pasadas como posibles determinantes de las conductas, posibles fuentes de creación de síntomas sobre las causas inconscientes de la conducta, creadores del conflicto, así como determinantes de la relación terapeuta-paciente o determinantes de defensas y estilos interpersonales de percepción. Dentro de este tipo de terapias se pueden distinguir el psicoanálisis clásico, la psicoterapia dinámica o analítica (breve, focal o estándar) y la psicoterapia analítica de grupo (Arias y Correa, 2016).

Actualmente existen terapias publicadas por clínicos de formación analítica, como por ejemplo la terapia de Soporte Expresivo de Luborsky (Woody et al., 1984). Dicha terapia se basa en que los trastornos psicológicos, en los cuales se incluyen las adicciones, están relacionados con trastornos en el funcionamiento personal. Así, se presta especial atención al papel que los consumos desempeñan en relación a los sentimientos y los comportamientos problemáticos y cómo puede hacerse para resolver los problemas sin consumo promoviendo cambios duraderos en el estilo de vida (Woody, McLellan, Luborsky y Obrien, 1995).

La terapia interpersonal de psicoterapia breve, focalizada y de tiempo limitado, que anteriormente se había diseñado y utilizado en depresión, también ha sido puesta en marcha en casos de adicción, con el objetivo de conseguir que la persona dependiente se haga con estrategias que ayuden a reducir el consumo y mejorar así el funcionamiento personal (Keller, Klerman, Lavori, Coryell, Endicott y Taylor, 1984).

La base de pruebas de tratamiento basadas en técnicas psicoanalíticas es heterogénea y reducida. Algunas de las publicaciones realizadas centran el estudio en la retención en el tratamiento y la terapia de grupo (Galanter y Brook, 2001) y sugieren que la terapia de corte más clásico puede ser de utilidad en casos ya avanzados o para tratar rasgos de personalidad anómalos previos a la adicción. La Asociación de Psicoanalítica Internacional publicó un trabajo en 1999 en donde se revisaron casos clínicos documentados. Entre los principales resultados destacan que la efectividad es mayor en población joven, que los tratamientos largos consiguen mejores resultados, que el psicoanálisis reduce la toma de medicación psicotrópica y que aparece una mejoría en la capacidad laboral. Posteriormente a este estudio, diversos trabajos han publicado la incapacidad del método analítico para informar acerca de los logros con parámetros científicos claros (Goldbeck-Wood y Fonagy, 2004).

Las revisiones que se han llevado a cabo desde el enfoque de la práctica basada en la experiencia (Frias y Llobet, 2003; Pascual, Frias y Monterde, 2004) no han encontrado evidencias suficientes para apoyar las terapias psicodinámicas como terapias de primera opción para personas con dependencia al alcohol (Fonagy, Roth y Higgitt, 2005).

En revisiones de estudios realizados con población alcohólica y para cuya recuperación se habían utilizado terapias psicodinámicas, la psicoterapia grupal se mostró menos efectiva que otros métodos. Sin embargo, algunos estudios norteamericanos mostraron efectos diferenciales entre tratamientos de subgrupos (terapia psicodinámica y tratamiento cognitivo-conductual) con pacientes alcohólicos, consiguiendo a los 15 meses de seguimiento resultados adecuados respecto a la reducción de la ingesta de alcohol con terapia psicodinámica grupal (Sandahl, Herlitz, Ahlin y Ronnberg, 1998).

En resumen, se destacan las conclusiones publicadas por el meta análisis realizado por Connelly et al. en (2008), en el cual se concluye que no existen suficientes estudios controlados y aleatorizados de corte psicoanalítico, por lo que se puede decir que a día de hoy no existe evidencia científica suficiente para optar por la terapia psicodinámica como técnica de primera elección para los trastornos por uso de

sustancias.

3.2.7 TERAPIA CENTRADA EN LA FAMILIA

El alcoholismo es un problema de larga duración y como tal repercute en muchos ámbitos, siendo el familiar uno de ellos. El ámbito familiar puede resultar dañado y por ello debe ser reconstruido, ya que las dinámicas llevadas a cabo pueden haber dado lugar a la adopción de roles o atribuciones que conllevan el inicio o mantenimiento del problema. Además el familiar, al convivir con el enfermo, puede ser útil en la identificación de situaciones y consecuencias del consumo, así como suponer el bastón de apoyo en los cambios de conducta.

Años atrás, el termino terapia familiar se utilizaba como sinónimo de terapia sistémica. Trascurrido el tiempo, y con la inmersión de las intervenciones psicoterapéuticas (de corte cognitivo-conductual, entre otras) y sus modificaciones, la forma de trabajar ha ido cambiando y esto ha propiciado que a día de hoy se hable de Tratamientos Basados en la Familia. Steinglass (1976), en una revisión de distintos estudios, concluyó que, debido a las dificultades metodológicas, había pocos estudios con evidencia suficiente para demostrar la eficacia de la terapia basada en la familia. Otro estudio posterior de revisión de 2005 (Copello, Velleman y Templenton) demostró poca evidencia en los ensayos controlados. Sin embargo, los meta análisis realizados por Stanton y Shadish (1997) y Ozechowski y Liddle (2000) demostraron que, además de ser más eficaz que el consejo individual o la terapia grupal, la terapia basada en la familia consigue aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el consumo de alcohol, mejorar el funcionamiento familiar y la incorporación laboral (Giron, Martinez-Delgado y Gonzalez-Saiz, 2002). Las terapias centradas en la familia han sido las más evaluadas en la población adolescente con problemas de consumo de sustancias y todas ellas se han mostrado eficaces en los tratamientos en la adherencia al tratamiento y la reducción de consumo (Liddle, 2004).

A continuación se exponen los tratamientos relacionados con las familias que han mostrado ser eficaces en los tratamientos de drogas.

La Terapia Familiar Multidimensional (Multidimensional Family Therapy) (MDFT) para adolescentes es un tratamiento centrado en la familia y que se lleva a cabo en formato ambulatorio. La MDFT investiga el consumo de drogas en la población adolescente en relación con el entorno familiar, social y comunitario, examinando las interacciones del consumo en estos contextos. El tratamiento incluye sesiones individuales y familiares.

En 1997 Stanton y Shadish llevaron a cabo un meta análisis que tenía como objetivo estudiar diferentes estudios de terapia basada en la familia. Se confirmó que esta técnica junto con farmacología ayudaba en la retención de los casos especialmente complicados. Ozechwski y Liddle (2000) realizaron otro meta análisis con dieciocho estudios controlados y cuatro de proceso terapéutico, casi todos con metodología cognitivo-conductual basada en la familia. Se concluyó que en la mayor parte de los estudios el enfoque familiar ayudaba en la tasa de retención en el tratamiento, se reducía significativamente el consumo y también las problemáticas asociadas. Liddle et al., (2004) tras el estudio controlado y aleatorizado que comparaba la MDFT con la terapia de grupo de iguales, observaron que el tratamiento basado en la familia obtenía menores tasas de conductas de riesgo, además de reducir el consumo de drogas durante el tratamiento. Rowe et al. (2004) en una revisión observaron que los tratamientos que estaban protocolizados obtenían resultados más satisfactorios. Así, los tratamientos basados en la familia con adolescentes se mostraron más beneficiosos en cuanto a adherencia al tratamiento, mejora de relaciones familiares, reducción de consumo o problemas de conducta se refiere y en comparación a aquellos que no se focalizaban en el núcleo familiar. Por ello se confirmaron los resultados satisfactorios a favor de la MDFT con respecto al rendimiento escolar de la población diana.

En una revisión meta analítica de 2010 se evaluaron las intervenciones grupales, individuales y familiares con una amplia variedad de técnicas de intervención (tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento conductual breve, terapia motivacional, aprendizaje social, entrenamiento asertivo, terapia multisistémica, terapia combinada cognitivo-conductual con terapia familiar, MDFT y terapia familiar

breve). Los datos obtenidos arrojaron que todas las modalidades de estudio reducían el consumo de alcohol y los tratamientos individuales mostraron mejores resultados que los centrados en la familia (Tripodi, Bender, Litschge y Vaughn, 2010).

Otra revisión sistemática (Pereplechikova, Krystal y Kaufman, 2008) concluyó que los tratamientos con terapia multidimensional familiar y la terapia cognitivo-conductual son las intervenciones más eficaces. La terapia cognitivo-conductual muestra mejores resultados a corto plazo y mejoran cuando se combinan con técnicas de terapia breve motivacional. Sin embargo, la combinación de terapia cognitivo-conductual junto con terapias centradas en la familia son la mejor alternativa en las intervenciones a largo plazo.

Dakof et al. (2015) se propusieron evaluar la diferencia en la eficacia de dos tratamientos teóricamente diferentes: la terapia familiar multidimensional (MDFT) y el tratamiento grupal estándar. Durante los 24 meses de seguimiento, la terapia familiar evidenció un mayor mantenimiento de los logros del tratamiento, por lo que se sugiere que la terapia familiar mejora los resultados más allá de lo que puede lograrse con un tratamiento base ajeno a la familia.

La Terapia Familiar Breve Estratégica (Brief Strategic Family Therapy, BSFT) también tiene como población diana los adolescentes con problemas de consumo de drogas. Se trata de una intervención breve centrada en la función que el consumo tiene con respecto al mal funcionamiento familiar. Se utiliza tanto en tratamientos ambulatorios como en centros de día o comunidades terapéuticas y aborda conductas agresivas, percepciones de riesgo relacionadas con la sexualidad, utilización de comportamientos antisociales, así como delincuencia. Esta forma de terapia ha sido evaluada durante muchos años y cuenta con ciertas evidencias sobre su eficacia. Dos estudios realizados por Szapocznik et al. (Santisteban, Suarez-Morales, Robbins y Szapocznik, 2006; Szapocznik, Lopez, Prado, Schwartz y Pantin, 2006) con muchas familias hispanas con problemas de conducta y abuso de sustancias obtuvieron resultados satisfactorios para la BSFT, puesto que se consiguió una mejoría en el funcionamiento familiar con respecto a la comunicación, la resolución de conflictos o la cohesión de la estructura, en comparación con la muestra que había sido tratada

con psicoterapia individual.

Otro estudio con 126 jóvenes hispanos también llevado a cabo por Santisteban et al., (2003) mostró que la BSFT era significativamente más eficaz en la reducción de conflictos y mejoraba el funcionamiento familiar proporcionalmente al grado de desestructuración al inicio de la terapia. Por ello se aconsejó su utilización en problemáticas asociadas al consumo de sustancias y problemas de conducta.

Un meta análisis (Baldwin, Christian, Berkeljon, Shadish y Bean, 2012) resume los resultados de 24 estudios que comparan la Terapia Breve Estratégica Familiar, la Terapia Familiar Funcional, la Terapia Familiar Multidimensional, la Terapia multisistémica, una terapia alternativa, y un grupo de control, en el tratamiento de los adolescentes con abuso de sustancias y delincuencia. Los resultados sugirieron que las cuatro terapias familiares tuvieron resultados estadísticamente significativos, sin bien los efectos son modestos en comparación con el tratamiento alternativo y con el grupo de control (el efecto de la terapia familiar en comparación con el control fue mayor, pero no fue estadísticamente significativa). Por ello, se puede concluir que no hay pruebas suficientes para determinar si los distintos modelos difieren en su eficacia.

La Terapia Familiar Multisistémica (Multisystemic Family Therapy, MSFT) está dirigida principalmente a los jóvenes violentos, con el objetivo de prevenir conductas delictivas. Está altamente enfocada en la familia y la comunidad y cuenta con estrategias orientadas a trabajar el presente, incluyendo técnicas derivadas de la terapia de conducta y la cognitivo-conductual, pero dentro de un marco ecológico e integrador, siempre con planes de tratamiento individualizados. No existen pruebas de que la MSFT tenga efectos perjudiciales pero tampoco se han conseguido resultados contundentes que avalen su eficacia (Littell, Popa y Forsythe, 2005).

En una revisión sistemática llevada a cabo con 47 ensayos de diferentes lugares como Estados Unidos, Europa y China con población adolescente para valorar la eficacia de la de terapia familiar sistémica se concluyó que en 42 de ellos la terapia sistémica se mostró eficaz para el tratamiento de los trastornos de déficit de atención con hiperactividad, los trastornos de conducta y los trastornos por consumo de sustancias, con resultados estables durante los años de seguimiento (Von Sydow,

Retzlaff, Beher, Haun y Schweitzer, 2013). Otra investigación de 2015 también corrobora la utilidad de la MSFT con adolescentes y con el consumo de sustancias entre otros problemas (Zajac, Randall y Swenson, 2015).

La terapia conductual familiar y de pareja está centrada en el entrenamiento de habilidades básicas de comunicación y solución de problemas, así como en el incremento de las tasas de reforzamiento positivo por parte del familiar. Principalmente son las parejas quienes participan en esta terapia. Se trabaja con análisis funcional, identificación de situaciones conflictivas, incremento de reforzadores positivos, control estimular, contratos conductuales y manejo de contingencias (O'Farrel, 1995). La terapia conductual de pareja (BCT) integra la pareja como apoyo en la obtención de la abstinencia y mejora de la relación, además de intentar trabajar la comunicación más constructiva. Tras varios estudios realizados se puede concluir que la terapia de pareja o familiar contribuye en la obtención de resultados satisfactorios en los tratamientos (Miller et al., 1995).

Una revisión exhaustiva de la evidencia empírica de estos programas se puede encontrar en O'Farrell (1995). Las distintas investigaciones de los equipos de McCrady y de O'Farrell han marcado la pauta en este sentido. En tres de estos estudios de McCrady et al. (McCrady et al., 1986; McCrady et al., 1986; McCrady, Stout, Noel, Abrams y Nelson, 1991) y en otro anterior de O'Farrell et al. (1985) se obtuvieron mejores resultados con sujetos que habían tenido apoyo familiar y con los que se había trabajado con terapia familiar conductual, sobre todo en la reducción de consumo de alcohol. Los sujetos del grupo de terapia familiar conductual obtuvieron mejores resultados a los 6, 12 y 18 meses de seguimiento, respectivamente, que los otros dos grupos de tratamiento. En un estudio posterior (O'Farrell et al., 1996), se comprobó que la BMT era más eficiente (en términos de costes legales, sanitarios, etc.), además de más eficaz para obtener la abstinencia, que la terapia interaccional. Por último, en otro estudio (Miller et al., 1999), el grupo de CRA más entrenamiento familiar obtuvo mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar en condiciones de control en el post y seguimiento del tratamiento. Los mismos autores, además de encontrar mejoras en la abstinencia y adherencia al tratamiento,

observaron mejorías significativas en sintomatología depresiva, ansiedad, ira y sintomatología física. En definitiva, se puede deducir de los resultados de la mayoría de estos estudios que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes pueden ser un componente crítico de los programas de tratamiento. De hecho, las técnicas de manejo familiar son una parte importante de la CRA, uno de los programas de tratamiento del alcoholismo con mejor soporte empírico en estos momentos.

McCrary (2008) utilizó el método denominado “tratamiento del alcohol centrado en la participación de la pareja” para trabajar habilidades específicas en la pareja y mejorar los resultados de tratamiento.

En una revisión llevada a cabo (O'Farrell y Clements, 2014) se obtuvieron los siguientes resultados. Por un lado observó que los estudios clínicos aleatorios obtuvieron mejores resultados que los programas de proyectos con consejo para parejas de alcohólicos. Por otro, tras realizarse un ensayo clínico aleatorizado se mostró cómo los programas con consejo para parejas de adictos al alcohol, aun siendo económicamente más costosa, generaba mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual en la disminución del consumo y que los programas para parejas estándar ayudaba también en el bienestar de la pareja y en la mejoría de la relación.

El meta análisis de Powers et al. (2008) combinó estudios bien controlados que ayudaban a observar el impacto de la BCT en familias centradas en el individuo con problemas de alcohol u otras drogas. Los resultados arrojaron mejoría en función del tiempo: los programas con consejo para la pareja fueron mejores.

Lebow et al., (2012) revisaron las investigaciones realizadas sobre la terapia de pareja durante la última década. Se observa que la terapia de pareja tiene un impacto positivo en el 70% de las parejas que reciben tratamiento. Las tasas de eficacia de la terapia de pareja son comparables a las tasas de eficacia de las terapias individuales y muy superiores a los grupos de control que no recibieron tratamiento. La investigación también indica que la terapia de pareja tiene claramente un papel importante en el tratamiento de muchos trastornos. Los hallazgos durante los últimos diez años han sido especialmente prometedores para la terapia integrativa conductual de parejas y la

terapia centrada en la emoción, que son dos tratamientos basados en la evidencia para las parejas. La investigación también ha comenzado a identificar los moderadores y mediadores del cambio en la terapia de pareja.

Un estudio llevado a cabo en Madrid con una muestra compuesta por 188 pacientes también observó que los pacientes que habían tenido a las familias en terapia (en comparación con lo que no tenían familia en tratamiento) mejoraban mostrando menos días de consumo y menores tasas de abandono, mientras que los familiares mostraban una mejor salud psicológica tras doce semanas de tratamiento (Rubio, Martínez, Ponce, Quinto, Jurado y Jiménez-Arriero, 2013).

Otra revisión llevada a cabo en 2013 en Estados Unidos con ensayos controlados desde 1996 hasta 2011 con población adulta (Meis et al., 2013) observó que la terapia de pareja conductual o terapia familiar (BCT/BFT) reduce el consumo de sustancias (efectos pequeños a moderados) y mejora el ajuste de la relación (efectos grandes) en comparación con los tratamientos orientados individualmente. También mejoró los síntomas bipolares sobre los tratamientos menos intensivos con resultados mixtos en comparación con los tratamientos de igual intensidad. El Community Reinforcement and Family Training (CRAFT), por su parte, aumentó la adherencia de tratamiento en hasta tres veces, pero no mejoró el uso de sustancias o funcionamiento familiar sobre las intervenciones familiares alternativas. Aun así, se considera necesario un mayor número de investigaciones futuras para replicar los hallazgos de estos ensayos individuales y entre las parejas con problemática de sustancias.

3.2.8 USO DE TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN (TIC)

Las tecnologías de la comunicación e información (TIC) abarcan campos y sectores que se han ido ampliando rápidamente en los últimos años. Centrando la atención en la salud mental, se puede observar la influencia tanto negativa como positiva de las nuevas tecnologías. Como consecuencias negativas destacan las adicciones a las nuevas tecnologías, los ciberdelitos, la manipulación psicológica sobre menores o a través de marketing y publicidad y la creciente ansiedad generada por el manejo de los canales de información relativamente nuevos. Como consecuencias

positivas, sin embargo, aparece la abundante información que proporcionan las nuevas tecnologías, además de las nuevas posibilidades que se generan de interrelación. Con respecto al alcohol y las nuevas tecnologías, a continuación se describen los distintos métodos y herramientas de actuación.

La *telepsicología* se define como “el uso de las nuevas tecnologías de telecomunicación para poner en contacto a pacientes con profesionales de la salud mental con fines de diagnóstico y tratamiento educativo, de transmisión de información, investigación y actividades relacionadas con la salud” (Brown, 1998). La comunicación vía teléfono también ayuda en la comunicación entre pacientes y profesionales y facilita el llevar a cabo tratamientos clínicos *on-line* cuando hay dificultades para mantener sesiones presenciales. A día de hoy ya hay disponibles múltiples páginas web que ofertan este tipo de tratamientos, demostrándose eficaces para problemas de ansiedad y depresión (Titov, Dear, Schwencke, Andrews, Johnston, Craske y McEvoy, 2011).

En pacientes alcohólicos en tratamiento con naltrexona se han probado programas de teléfonos móviles (Mobile Health Technologies) que envían vía mensaje de texto información sobre el alcohol ingerido o los efectos de la medicación, entre otros, todo ello dependiendo del estado psicofisiológico y la adherencia al tratamiento del paciente (Stoner y Hendershot, 2012). Otro tratamiento de nueva generación para alcohólicos (Alcohol Therapeutic Interactive Voice Response) permite a los pacientes auto monitorizar diariamente, después de recibir terapia de corte cognitivo-conductual, sus estados de humor, abstinencia, *craving* y uso de alcohol (Rose, Skelly, Badger, Naylor y Helzer, 2012). Otro tratamiento multicomponente de autoayuda interactiva basada en la web permite reducciones importantes en el consumo de bebedores problemáticos si se compara con folletos psicoeducativos en línea. Aun así, todavía no se dispone de resultados suficientes para valorar la eficacia de estas vías de tratamiento ni para realizar comparaciones con técnicas más tradicionales.

La *realidad virtual* (RV) es otro método de nuevas tecnologías que se utiliza como entrenamiento. Permite crear un espacio virtual en el que es posible interactuar con personas u objetos en tiempo real. Este tipo de técnicas han sido más utilizadas

con problemas de nicotina y en menor medida con el alcohol (Bordnick, Traylor, Copp, Graap, Carter, Ferrer y Walton, 2008; Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios, 2009).

La *realidad aumentada (RA)* combina elementos virtuales con reales para conseguir que el sujeto viva su realidad de forma controlada mediante elementos virtuales. Se ha utilizado en problemas de ansiedad y fobias específicas con resultados satisfactorios (Wrzesien, Bretón, Botella, Burkhardt, Alcañiz, Pérez-Ara y Del Amo, 2013).

Los *juegos terapéuticos*, cuentan con material específico para tratar problemas de alcohol. Se caracterizan por jugar con la inmersión en videojuegos y trabajar la autoestima, la autoeficacia, incrementar el conocimiento y la comprensión de la enfermedad, mejorar la adherencia al tratamiento, entrenar en habilidades sociales y resolución de conflictos y mejora de resultados cognitivos y comportamentales en conductas agresivas (Santamaría et al., 2011). Un proyecto liderado en España pero con proyección europea ha creado el juego “Playmancer” (Fernández-Aranda, Jiménez-Murcia, Santamaría, Gunnard, Soto, Kalapanidas y Konstantas, 2012), que cuenta con distintos escenarios donde se trabaja el aumento de la capacidad de planificación, la mejora de la tolerancia para hacer frente a adversidades y frustraciones consecuentes, aprender a manejar el estrés, fomentar y practicar técnicas de relajación y respiración, las habilidades de autorrelajación y autorregulación, aprender a retrasar respuestas impulsivas, la autorregulación emocional, aumentar la conciencia y el autocontrol fisiológico y emocional y en definitiva, de manera más controlada autorregular a nivel emocional y fisiológico. El objetivo de este juego no es ganar sino adquirir mayor capacidad en todas las cuestiones antes mencionadas. Este tipo de videojuegos está siendo más utilizado en trastornos del control de los impulsos, trastorno de la conducta alimentaria y adicciones comportamentales.

Siguiendo con el campo del alcoholismo, el videojuego “Guardian Angel”, creado por Verduin, LaRome, Myrick, Cannon-Bowers y Bowers (2013), tiene como objetivos aprender y practicar habilidades de prevención de recaídas, manejo del *craving*, control de los impulsos, rechazo en la idea de beber, evitar tentaciones y crear

recursos individuales. El juego genera *feedback* en el paciente dependiendo de los aciertos en las tareas realizadas. Aunque sus autores lo consideran útil todavía no está probada su efectividad en solitario, por lo que se aconseja su utilización en combinación con otros tratamientos. De cualquier manera, este tipo de herramientas tienen un futuro prometedor ya que estudios realizados al respecto con muestra heterogénea indican mejoras en diferentes áreas como la autoestima, la autoeficacia, el conocimiento y conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento, las habilidades de resolución de conflictos y mejoras en aspectos cognitivos y comportamentales (Santamaria, Soto, Fernandez-Aranda, Krug, Forcano, Gunnard y Menchón, 2011).

La investigación llevada a cabo con población adolescente con consumo perjudicial de alcohol y con seguimiento a los 3, 6 y 12 meses tras el tratamiento mediante intervención telefónica breve obtuvo resultados satisfactorios, sin bien los datos obtenidos no fueron estadísticamente significativos (Burleson, Kaminer y Burke, 2012). A día de hoy son múltiples las aplicaciones comerciales que podemos encontrar para tratar problemas de alcohol mediante las nuevas tecnologías, pero muchas de ellas carecen de evidencia empírica en cuanto a efectividad se refiere (Quanbeck, Chih, Isham, Johnson y Gustafson, 2014). Por ello se considera necesario seguir investigando, ya que por un lado hay diferencias importantes en términos de formato de tratamiento (ambulatorio o residencial) y, por otro, porque en ocasiones las investigaciones realizadas con determinados dispositivos o programas pueden quedar obsoletas antes de comenzar a ser utilizados (Gustafson et al., 2011; Gustafson et al., 2014).

Un estudio realizado en 2014 (Campbell et al.) tuvo como objetivo evaluar la eficacia de las intervenciones mediante ordenador a través de *Sistema de Educación Terapéutica* (TES), una intervención conductual por Internet que incluye incentivos de motivación. La muestra compuesta por hombres y mujeres con problemas de alcohol fue asignada al azar para recibir tratamiento habitual (asesoramiento individual y grupal) o tratamiento TES (consta de 62 módulos interactivos computarizados que cubre las habilidades para lograr y mantener la abstinencia, además de premios

basados en incentivos de motivación contingentes en la abstinencia y la adherencia al tratamiento). Los resultados mostraron que el grupo que había participado en TES tuvo una tasa menor de abandonos y una mayor tasa de abstinencia con respecto al grupo convencional.

Otra investigación que evaluó la eficacia de la terapia por tele video en zonas rurales observó que esta forma de intervenir contribuye a la mejora de trastornos tales como ansiedad, depresión, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de la alimentación y el abuso de alcohol y drogas frente a la no atención (Nelson y Duncan, 2015).

Por ello, se puede concluir que las intervenciones por Internet parecen tener eficacia, pero no obstante sigue siendo aconsejable continuar con la investigación en entornos clínicos y así poder diferenciar también con mayor exhaustividad los efectos de las terapias más convencionales frente a las terapias por Internet.

En la tabla 10 a modo de resumen se presentan las distintas técnicas cognitivo conductuales y sus niveles de evidencia y recomendación.

Tabla 10. Técnicas cognitivo-conductuales y niveles de evidencia y recomendación

Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de la entrevista y terapia motivacional
<i>Nivel de evidencia 1:</i> <ul style="list-style-type: none">- Sus efectos decaen con el tiempo. Eficacia pequeña pero significativa a los 12 meses.- Está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio antes de iniciar el tratamiento.- La Entrevista Motivacional es más eficaz que el no tratamiento.
<i>Nivel de evidencia 2:</i> <ul style="list-style-type: none">- Puede estar más indicada para algunos perfiles de pacientes.- Incrementa la participación, la adherencia y la retención de los pacientes durante la fase inicial del tratamiento incluida en tratamientos estructurados y duraderos.
<ul style="list-style-type: none">- Su utilidad parece que radica más en potenciar variables importantes en el

proceso como la participación, la adherencia o la satisfacción que en los resultados del tratamiento en sí.

Grado de recomendación B:

- Parece más indicada para el consumidor con un mayor deterioro cognitivo.
- Este tipo de terapia de baja intensidad, baja exigencia y poco estructurada facilita la disminución del consumo de drogas y la mejoría de síntomas psicopatológicos en personas con carencias extremas como personas sin hogar o consumidores que se inyectan droga y no tienen intención de abandonar el consumo.

**Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B)
de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales**

Nivel de evidencia 1:

- Las terapias de orientación cognitivo-conductual son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas.
- Las terapias cognitivo-conductuales son más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado y su eficacia aumenta en tratamientos multicomponentes.
- Respecto al formato de tratamiento, la terapia cognitiva-conductual ha mostrado su efectividad tanto en formato grupal como individual.
- Respecto a la duración, a mayor tiempo de exposición a la terapia cognitivo conductual mejores resultados a largo plazo.
- Respecto a la duración de los efectos, con la terapia cognitivo conductual los efectos se extienden más allá del tratamiento pero con el tiempo decaen.
- La combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades psicológicas o farmacológicas es más eficaz que cada uno de los componentes de forma aislada.

Nivel de evidencia 2:

- Es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares en adolescentes con psicopatología asociada.
- En solitario o con terapia farmacológica produce cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, pero estos cambios decaen tras el tratamiento.

Grado de recomendación A:

- En los tratamientos cognitivo-conductuales es importante diseñar programas de seguimiento para procurar la consolidación de los cambios obtenidos durante el tratamiento.
- En el tratamiento con sustitutivos opiáceos (ej., metadona) se obtienen

mejores resultados cuando se acompañan de intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales.

Grado de recomendación B:

- Es eficaz con adolescentes consumidores de sustancias pero es recomendable incluir a familiares junto a la aplicación de la terapia cognitivo conductual para mantener en el tiempo los cambios alcanzados.
- Los grupos de adolescentes deben diseñarse teniendo en cuenta determinadas limitaciones para evitar un sobreaprendizaje de conductas antisociales y desadaptativas.
- La combinación de la terapia farmacológica con interdictores del alcohol junto con terapia cognitivo conductual (fundamentalmente) mejora los resultados del tratamiento de dependencia de alcohol y cocaína.
- Farmacoterapia y psicoterapia deben combinarse en función de las características del paciente.

**Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B)
del entrenamiento en habilidades sociales y de
afrontamiento**

Nivel de evidencia 1:

- El entrenamiento en habilidades de afrontamiento es efectivo en el tratamiento de conductas adictivas cuando va integrado en programas amplios y multidisciplinarios.

Grado de recomendación A:

- El entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento en personas con dependencia del alcohol y/o cocaína dentro de programas multimodales más amplios, es uno de los elementos más eficaces en la evolución y el resultado del tratamiento.

**Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B)
de la prevención de la recaída.**

Nivel de evidencia 1:

- La prevención de recaídas es efectiva en el tratamiento de las conductas adictivas.

Grado de recomendación A:

- La prevención de la recaída debe utilizarse en los tratamientos de las conductas adictivas.

Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B)

del manejo de contingencias.

Nivel de evidencia 1:

- Las terapias basadas en el manejo de contingencias son estrategias eficaces cuando se combinan con el tratamiento con fármacos agonistas como la metadona.
- El Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo incrementa las tasas de retención en programas ambulatorios y reduce el consumo de cocaína.

Nivel de evidencia 2:

- El manejo de contingencias mediante vales canjeables por bienes y servicios (vouchers) mejora la adherencia y reduce las tasas de recaída en el tratamiento del alcohol.
- El empleo de vouchers sin el uso de medicación coadyuvante, mejora la retención y reduce el consumo.
- El manejo de contingencias tiene mejores resultados que la terapia cognitivo conductual para reducir el consumo de cocaína dentro de programas de mantenimiento con metadona.

Grado de recomendación A:

- Los tratamientos con agonistas o con antagonistas se deben combinar con terapias con manejo de contingencias.

Grado de recomendación B:

- Las técnicas de manejo de contingencias son altamente recomendables cuando se utilizan dentro de programas de tratamiento más amplios.

Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de la terapia cognitiva

Nivel de evidencia 2:

- La terapia cognitiva de Beck es superior al no tratamiento en las conductas adictivas, aunque no es superior a otras modalidades psicoterapéuticas.

Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales.

Nivel de evidencia 1:

- La terapia conductual de pareja que está dirigida a mejorar las relaciones familiares ayuda a incrementar las tasas de abstinencia.

Grado evidencia B:

- Con los pacientes que conviven con una pareja que no consume drogas debe aplicarse terapia conductual familiar y/o de pareja.

Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de las terapias centradas en la familia.

Nivel de evidencia 1:

- La terapia basada en la familia (terapia familiar multidimensional y multisistémica) junto a programas de dispensación de metadona, mejora la retención en los pacientes que tienen un peor pronóstico inicial.

Nivel de evidencia 2:

- La terapia familiar multidimensional tiene mayor eficacia que la terapia de grupo de iguales en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en las áreas individual, familiar, escolar y grupo de iguales y reduce el consumo de drogas durante el tratamiento.

Grado de recomendación A:

- La Terapia Familiar Estratégica Breve favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento en adolescentes con problemas con el consumo de drogas.

Grado de recomendación B:

- La Terapia Familiar Estratégica está indicada para familias desestructuradas de adolescentes que consumen drogas.
- La Terapia Familiar Estratégica centrada en una sola persona del núcleo familiar puede ser tan efectiva como la inclusión de todo el núcleo familiar en la terapia.
- Las terapias individuales que tienen como objetivo la estructura familiar producen mejores resultados que las individuales, que tienen como diana el cambio individual

Fuente: Becoña y Cortés (2011)

3.3 INTERVENCIONES CON GRUPOS ESPECIFICOS

El grupo de drogodependientes con mayor vulnerabilidad es aquel que ya parte de una situación de exclusión previa o aquel que presenta un estado psicosocial complicado. Hoy día no se cuenta con estudios en todas estas poblaciones, por lo que

a continuación se describen brevemente las que cuentan con mayor número de investigaciones.

3.3.1 INTERVENCIÓN CON MUJERES

El número de mujeres en tratamiento por consumo de sustancias sigue siendo menor que el número de hombres, en parte debido a las normas culturales que masculinizan el consumo de drogas.

Tal y como se observa a continuación, son múltiples las ventajas de las intervenciones para las mujeres alcohólicas. Sin embargo, un estudio realizado en 2015 (Worden, Epstein y McCrady) ha puesto de manifiesto que las mujeres participantes en los ensayos de tratamiento para trastornos por consumo de alcohol pueden mostrar una reducción de consumo de alcohol durante la fase de evaluación pre-tratamiento, antes de que se impartan conocimientos de terapia.

Las investigaciones que se han realizado con grupos de mujeres alcohólicas han demostrado la eficacia del tratamiento diferenciado por género. Kauffmann, Dore y Nelsonzlupko (1995) en investigaciones anteriores abogan por un tratamiento diferenciado por sexos, ya que esto proporciona un entorno más seguro y cómodo para las mujeres (Greenfield, Cummings, Kuper, Wigderson y Koro-Ljungberg, 2013).

Claus, Orwin, Kissin, Krupski, Campbell y Stark (2007) en un estudio prospectivo llevado a cabo donde se compararon resultados de tratamientos residenciales a largo plazo en dos modalidades (tratamiento específico de mujeres con presencia de los hijos menores de 6 años y tratamiento estándar mixto) concluyeron que en ambas modalidades la tasa de finalización era parecida, si bien los tratamientos residenciales que dejaban a las mujeres estar acompañadas por su hijos presentaban mayor continuidad de la abstinencia a largo plazo y la continuidad en posteriores tratamientos ambulatorios.

Greenfield et al., (2007) valoraron la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en la prevención de recaídas poniendo como objeto de estudio grupos específicos de mujeres y grupos mixtos. Los resultados no mostraban diferencias

significativas entre ambos grupos en las primeras 12 semanas pero sí en el post tratamiento tras seis meses. Las mujeres que habían acudido a los grupos específicos presentaban reducciones significativas en los consumos a largo plazo, mejorando así la aceptación del concepto de enfermedad y elaborando un aumento en las estrategias de prevención de recaídas recibida.

Las intervenciones individuales psicológicas y educativas que se han llevado con mujeres embarazadas y lactantes han demostrado resultados satisfactorios en la reducción de consumo y abstinencia. La terapia cognitivo-conductual, junto con la entrevista motivacional breve, han resultado adecuadas en el abordaje de problemas de alcohol en mujeres embarazadas. El estudio realizado por Gebara et al., (2013) consistió en examinar los datos de las últimas publicaciones científicas sobre el uso de intervención breve para reducir el consumo de alcohol entre las mujeres a través de una revisión sistemática. Esta revisión identificó resultados prometedores para las mujeres, especialmente las mujeres embarazadas y estudiantes universitarias, en las diferentes formas de aplicación (cara a cara, por ordenador o por teléfono) a pesar de una heterogeneidad significativa en los ensayos clínicos analizados. En atención primaria, que es un entorno que implica características muy diferentes, los resultados entre las mujeres eran bastante claros. En general, los resultados indicaron una disminución en el consumo de alcohol entre las mujeres después de este tipo de terapia, tanto en el número de días de consumo como en el número de dosis, lo que sugiere que el impacto en la salud reproductiva de la mujer y la aceptación social más bajo de consumo femenina pueden ser aspectos favorables para la eficacia en esta población.

Una evaluación sistemática con el fin de evaluar los distintos tratamientos eficaces para las mujeres alcohólicas y con trastornos de personalidad (Lee, Cameron y Jenner, 2015) observó que la terapia conductual dialéctica y la psicoterapia dinámica mostraron mejorías en cuanto a reducción de síntomas se refiere. Otro estudio que evaluó un análisis comparativo de las diferencias de género en los pacientes con trastornos psicóticos primarios con el consumo de sustancias concurrente y con psicosis inducida por el consumo de sustancias observó que las mujeres y los hombres

con psicosis y consumo de sustancias difieren en varias dimensiones. Las mujeres tenían un mejor ajuste pre mórbido, menos atribución errónea de los síntomas y una edad más avanzada en el inicio del uso regular de drogas, en comparación con los hombres. Las mujeres también mostraron una mayor depresión y antecedentes de abuso, en comparación con los hombres. Los hombres, por su parte, tenían mayores historias de arresto. Ambos géneros mostraron una mejoría clínica y funcional en el período de seguimiento, a pesar del uso mínimo de los servicios de salud y de tratamiento de abuso de sustancias mentales. Por ello, se considera necesaria una programación de tratamiento específico de género a través de ambos grupos diagnósticos (Caton, Xie, Drake y McHugo, 2014).

3.3.2 INTERVENCIÓN CON PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

El alcohol es una de las variables que mayor relación tiene con las infracciones de seguridad vial y las reincidencias en carretera (Lapham, Stout, Laxton y Skipper, 2011). Existen presos dependientes del alcohol, sin que esté haya interferido en la conducta delictiva, y alcohólicos que se han convertido en reos por haber infringido la ley por estar bajo los efectos del alcohol.

En 2011 se realizó la segunda “Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Prisión” (ESDIP, 2011). La muestra fue de 4.980 internos, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, en 72 centros penitenciarios del país. El consumo de drogas en los 30 días anteriores al ingreso en prisión y en lo que a alcohol respecta era del 64,8% (39,8% cannabis, 27,4% cocaína en polvo, 18,5% cocaína base, 13,7% heroína sola, 13,3% tranquilizantes no recetados, 12% heroína más cocaína en la misma dosis, 4,8% éxtasis, 4,6% anfetaminas, 3,1% alucinógenos y 3,1% metadona no recetada) (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011). Monras, Aparicio, Lopez y Pons (2011) en un estudio realizado en Cataluña, encontraron que el 88% de los infractores de seguridad vial privados de libertad en centros penitenciarios tenían algún tipo de problemática con el alcohol y sólo el 22% de estos tenían un diagnóstico previo con esta sustancia.

Debido a la necesidad de rehabilitación de los reos con problemas de alcohol y teniendo en cuenta que está comprobado que los toxicómanos tienen el doble de probabilidad de sufrir trastornos en sus estados de ánimo o niveles de ansiedad o a la inversa, de un tiempo a esta parte se han creado los llamados programas libres de drogas, con el objetivo de conseguir la abstinencia y el mantenimiento de la misma. En función de las posibilidades de cada centro son distintas las modalidades de tratamiento llevadas a cabo (tratamiento ambulatorio o hospitalario dentro de prisión o tratamientos externos para sujetos en cumplimiento de tercer grado y especiales para cumplimiento de segundo grado). En línea con el modelo RNR (riesgo-necesidad-responsabilidad) (Andrews y Bonta, 2010), los programas deben diseñarse teniendo en cuenta las características del delincuente/agresor y, por ello, las intervenciones estandarizadas que no tengan en cuenta la existencia de distintos tipos de agresores de pareja tendrán un efecto limitado sobre un sector considerable de sujetos tratados (Loinaz y Echeburua, 2010; Loinaz, Torrubia, Echeburúa, Navarro y Fernandez, 2009), prolongando la trayectoria delictiva de los mismos. Ejemplos de ello son los estudios realizados con este tipo de población (Catala-Minana, Lila y Oliver, 2013; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009).

3.3.3 INTERVENCIÓN CON POBLACIÓN EN EXCLUSIÓN SOCIAL

Se puede entender como exclusión social aquella situación en la cual las personas tienen dificultades económicas, sociales, familiares o personales, o aquellos colectivos de especial vulnerabilidad al consumo de drogas como por ejemplo poblaciones inmigrantes, minorías étnicas o culturales y personas con problemas de salud mental, entre otros. El consumo patológico de alcohol genera en muchas ocasiones niveles de marginación elevados, por lo que se considera necesario poner en marcha servicios y recursos específicos para este tipo de perfiles (Cañuelo, 2002).

Con respecto a la emigración en España, existen pocas cifras que den cuenta sobre el consumo de alcohol. Un estudio realizado en 2008 reveló que en torno al 49,1% de los encuestados consume de forma habitual alcohol (Tortajada, Valderrama, Castellano, Llorens, Agullo, Herzog y Aleixandre, 2008). No obstante, estudios

realizados por investigadores de las Universidades de Valencia y Valladolid concluyeron que no hay diferencias significativas en cuanto a los hábitos de beber entre la población inmigrante y la española. La profesora Claudia Morales (2009) indicó que en torno al 29% de los hombres latinoamericanos y al 25% de los españoles presentan factores de consumo perjudicial de alcohol o síntomas de dependencia. Entre las mujeres, sin embargo, la diferencia es más significativa (en mujeres españolas 11%, mientras que en las latinas se da en torno al 5,7%).

Por el contrario, sí que se han observado diferencias en cuanto a adherencia al tratamiento y resultados terapéuticos se refiere. Monras et al., (2006) concluyeron que los pacientes inmigrantes tienen menos posibilidades de vincularse a terapias de grupo y las tasas de abandono que presentan son mayores. Conde (2004) constató, además, que los inmigrantes latinoamericanos que acuden a centros de tratamiento tienen como objetivo principal de terapia el consumo de otras drogas y no el de alcohol, al no percibir problemas con el consumo abusivo de esta última sustancia.

3.3.4 INTERVENCIÓN CON POBLACIÓN JOVEN

A día de hoy sigue siendo limitado el número de estudios que evalúan a la población más joven con problemáticas de alcohol, ya que se necesitan años para acabar desarrollando síndromes de dependencia. Los consumos abusivos de alcohol entre los adolescentes tienen una clara asociación con una mayor morbilidad y mortalidad. Así, los adolescentes que se inician de forma temprana en el consumo, además de presentar tasas mayores en siniestralidad, suicidios y homicidios, tienen mayor probabilidad de fumar antes, consumir otras drogas o presentar deterioro en otras áreas de funcionamiento como la personal y familiar (Clark, 2004).

En el apartado de terapia centrada en la familia aparecen varias investigaciones llevadas a cabo con adolescentes que demuestran eficacia (ver apartado 3.2.7 de este capítulo). Aun así, a modo de conclusión, se puede decir que para la población adolescente la recomendación pasa por terapia cognitivo-conductual cuando la comorbilidad es baja y se cuenta con apoyo social positivo, y programas de

componentes múltiples (terapias familiares) cuando el apoyo social es limitado y la comorbilidad es elevada.

El abuso de drogas y alcohol altera tantos aspectos de la vida y tiene tantas dimensiones que el tratamiento no se torna sencillo. Los programas de tratamiento eficaces suelen incorporar múltiples componentes dirigidos a aspectos particulares de la enfermedad y sus consecuencias. Por ello es indispensable disponer de los mejores recursos terapéuticos adaptados a las necesidades particulares y el momento vital del paciente. La labor del clínico tiene que ser dirigida hacia un exhaustivo conocimiento del paciente y las técnicas que han demostrado ser eficaces para sus dolencias.

En definitiva, hoy día se cuenta con varios estudios controlados y diversos meta análisis que han demostrado la eficacia de algunos fármacos e intervenciones psicosociales. A lo largo de este capítulo se han descrito de forma detallada los distintos tipos de tratamiento disponibles basados en enfoques diferentes y que demuestran evidencia científica partiendo desde un abordaje multidisciplinar integrado por dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

CAPITULO IV: CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA DE ADICCIONES ALDATU

El programa de atención ambulatoria de adicciones Aldatu es uno de los tres programas asistenciales con los que cuenta la Fundación Proyecto Hombre Navarra en la actualidad. Esta a su vez, forma parte de la Asociación Proyecto Hombre. A continuación, se describe brevemente la Asociación Proyecto hombre. Posteriormente, se detallan los servicios y programas ofertados a día de hoy por la Fundación en Navarra. Para finalizar, se describe de manera detallada el programa Aldatu, objeto del actual trabajo.

4.1 ASOCIACION PROYECTO HOMBRE

Distintas causas han contribuido a la popularidad con la que cuenta en España la Asociación Proyecto Hombre (APH) y por la cual es altamente reconocida a nivel estatal. Parte del éxito en la implantación de Proyecto Hombre está probablemente relacionado con la respuesta que esta entidad dio en la década de los años 80 a la demanda de tratamiento en el campo de las adicciones.

El origen de Proyecto Hombre se sitúa en el Centro Italiano de Solidaridad (CeIS), si bien este proyecto se puede considerar como el final de un largo proceso que tuvo comienzo en el año 1968, cuando un sacerdote llamado Mario Picchi tuvo conocimiento de numerosos casos de drogadicción en Roma y decidió crear una institución cuyo principal objetivo era la acogida de consumidores.

En el año 1979 el CeIS fundó Progetto Uomo, tomando como referencia las consultas y el asesoramiento realizado por parte de profesionales recuperándose que anteriormente fueron consumidores de drogas en Nueva York, concretamente de la Daytop Village. En ese mismo año se abrió la primera Comunidad Terapéutica (“San Andrés”) en Roma, haciendo posible el retorno de varios drogodependientes que habían sido enviados a otras comunidades debido a la falta de recursos en Italia.

Para la formación de los profesionales que colaboraban en los diferentes centros que el CeIS abrió en Italia se siguió la metodología vivencial característica de las comunidades antes citadas. Es decir, ex-usuarios de dichos tratamientos que se formaban y formaban a los que iban a ser posteriormente terapeutas de Comunidad. De esta manera la nueva Comunidad Terapéutica tenía como referencia o tutora a la Comunidad Terapéutica de la que provenían sus tutores. Característico de ello es cómo los propios terapeutas en su estancia en el régimen residencial asumían el rol de los internos, y pasaban por las diferentes fases en las que se constituía el tratamiento en la Comunidad Terapéutica. La familia también tuvo un papel importante desde los inicios, tomando parte en una etapa previa al ingreso conocida como acogida.

Si bien el año 1984 puede considerarse como el de la consolidación en cuanto a las comunidades de Progetto Uomo (enmarcado esto durante el octavo Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas) en España, diferentes diócesis de la Iglesia católica vieron necesario desde principios de los años 80 ofertar una repuesta a las demandas de tratamiento por consumo de sustancias.

Tras varias consultas se obtuvo información y conocimiento de lo que en Italia se estaba llevando a cabo y, tras comprobar el funcionamiento y resultado de los programas en ese país, se decide llevar a cabo estancias formativas en Italia, para posteriormente abrir en España programas residenciales tutorizados por terapeutas americanos e italianos. Así pues, tras formar terapeutas, el 20 de agosto de 1984 abre sus puertas el primer centro para tratamiento de drogodependientes en Madrid. Pocos meses después San Sebastián, León, Zaragoza y Bilbao hacen lo propio.

En la actualidad Proyecto Hombre cuenta con centros en buena parte de España. Como consecuencia, se ha producido un aumento progresivo del número de personas atendidas. En la tabla 11 se presenta el listado de centros pertenecientes a la Asociación Proyecto Hombre.

Tabla 11: Centros de la Asociación Proyecto Hombre en España

Alicante	Cantabria	Huelva	Murcia
Almería	Castellón	Jaén	Navarra
Asturias	Castilla-La Mancha	Jerez	Sevilla
Baleares	Córdoba	La Rioja	Valencia
Barcelona	Extremadura	León	Valladolid
Burgos	Galicia	Madrid	
Canarias	Granada	Málaga	

Respecto a la entidad jurídica de la Asociación, el 15 de febrero y el 30 de mayo de 1986 se constituyó el grupo de socios fundadores de la Confederación Española de Programas Terapéuticos Proyecto Hombre bajo la presidencia de D. Mario Picchi (presidente del Centro Italiano de Solidaridad de Roma). Este grupo estaba formado por D. Mario Picchi, D. Juan Parés (Roma), D. Juan Francisco Orsi (Madrid), D. Iñaki Aldabalde (San Sebastián) y D. Juan Ramón Trabudúa (Bilbao). Este grupo de socios fundadores elaboró la Carta Fundacional, que recoge los principios rectores que a continuación se redactan (tabla 12).

Tabla 12. Principios rectores de la Asociación Proyecto Hombre

1. *Se trata de un programa sin fines lucrativos.*
2. *El programa no es eclesial. (Aconfesional, el programa no se inserta en la pastoral de conjunto de la Iglesia local o nacional).*
3. *El programa no se coloca en el área de los partidos políticos.*
4. *Se trata de un programa abierto a todos los jóvenes.*
5. *No es un programa de índole sanitario.*
6. *Es un programa Terapéutico-Educativo.*
7. *Al grupo de operadores del programa terapéutico se les pide disponibilidad en el servicio y profesionalidad en la intervención, y no se discriminará a ninguno por sus ideas políticas o religiosas.*
8. *Los operadores reciben una formación según las indicaciones del Coordinador Técnico de la Escuela de Formación.*
9. *El programa rechaza cualquier tipo de violencia.*
10. *El proceso terapéutico es voluntario.*
11. *El Programa también se dirige en su atención a las familias.*

Unos meses más tarde, concretamente el 6 de septiembre de 1989, dentro de las asambleas de régimen interno, se aprobó el reglamento de régimen interno por el cual se rige la Asociación. Así, el día 29 del mismo mes, se aprueban los estatutos por parte del Ministerio del Interior, cambiándose en ese momento la denominación de Confederación por Asociación. Finalmente, el 29 de diciembre de 1993 fue declarada Entidad de Utilidad Pública por el Consejo de Ministros.

En esta ocasión también se decide seguir el modelo italiano como referente. Así, cada “centro” tiene su propia autonomía tanto jurídica como económica y son estos “centros” de la APH los que atienden a las personas con problemas de drogodependencia. La financiación principal es privada aunque también se recaudan fondos públicos. Cada centro está regido y es mantenido por distintas Fundaciones y todos ellos cuentan con un director que a su vez es miembro de la asamblea de presidentes. En muchos casos, el origen de estas fundaciones está en Cáritas Diocesana, y si no, en entidades vinculadas a la Iglesia Católica.

Este modelo de Asociación no ha estado exento de problemas. Tanto es así que los “centros” de San Sebastián, Bilbao, Vitoria, Zaragoza y Zamora se desligaron en la década de los noventa y crearon la “Confederación de Entidades Promotoras de Proyecto Hombre en España”, con la cual siguen trabajando en el ámbito de las drogodependencias, de forma independiente a la APH.

A día de hoy sigue siendo difícil determinar las características del Programa Terapéutico Proyecto Hombre, si bien es cierto que el elemento clave en esta metodología no es otro que el de ofrecer una visión del drogodependiente como alguien que puede tomar decisiones por sí mismo, frente a otros modelos en los que el drogodependiente es un elemento pasivo en su problemática, a quien hay que curar. Por ello, la concepción de Proyecto Hombre, más que un método, es una filosofía de vida, cuyo fundamento se halla en el concepto de autoayuda, garantizado por la ética de la solidaridad (Fuertes y Cabrera, 1996).

4.2 FUNDACION PROYECTO HOMBRE NAVARRA

4.2.1. ORÍGENES DE PROYECTO HOMBRE NAVARRA

La Fundación Proyecto Hombre Navarra (FPHN) fue constituida en el año 1990 con el fin de atender las necesidades de las personas afectadas por las drogodependencias en la Comunidad Foral, en un contexto marcadamente influenciado por la crisis de la heroína y por sus consecuencias asociadas. En la tabla 13 se presentan los valores de la Fundación.

Tabla 13. Valores de la Fundación Proyecto Hombre Navarra

Valores de la FPHN
<p>Solidaridad</p> <p><i>Entendida como la voluntad de atender a las personas más desfavorecidas que sufren un problema de adicción, o que están en riesgo de padecerlo, y favoreciendo la participación del voluntariado en esta labor.</i></p>
<p>Profesionalidad</p> <p><i>Entendida como el compromiso con el rigor técnico y metodológico en sus actuaciones, y con la actualización permanente de sus conocimientos en el ámbito de la prevención y el tratamiento de las drogodependencias, a partir de las evidencias científicas existentes en cada momento, y mediante la promoción de la formación continua de sus miembros.</i></p>
<p>Colaboración</p> <p><i>Entendida como la voluntad de la entidad de promover el trabajo en equipo entre todos sus miembros, y el apoyo mutuo con otras entidades y servicios del sector.</i></p>
<p>Participación</p> <p><i>Entendida como el compromiso de implicar a todas las personas de la entidad en los procesos de análisis, reflexión, propuestas de mejora y toma de decisiones en los diferentes niveles de responsabilidad, asegurando para ello la libertad de opinión y la fluidez y transparencia en la comunicación.</i></p>
<p>Optimismo Terapéutico</p> <p><i>Entendido como la capacidad para promover una atención centrada en las posibilidades de cambio, a partir de un análisis de fortalezas y debilidades, y otorgando a la persona atendida el protagonismo en su proceso.</i></p>
<p>Transparencia</p> <p><i>Entendida como el compromiso con la información en relación con sus actividades asistenciales y de gestión, dando cuenta de la misma a todos los miembros de la organización y a la sociedad en su conjunto.</i></p>

Fue promovida por Cáritas Diocesana de Pamplona y Tudela, junto con el impulso de numerosas personas voluntarias, que en 1991 consiguieron abrir en Navarra un centro de Proyecto Hombre. Se trataba de un modelo de tratamiento ya presente en diversas provincias españolas, promovido en cada caso por una entidad no lucrativa independiente, pero asociadas todas ellas en la APH que, como se ha señalado antes, es de ámbito estatal. La formación de los primeros terapeutas se realizó en los Programas de Proyecto Hombre de San Sebastián (programa-tutor), Vitoria y Bilbao. Asimismo, el primer director del programa de Navarra realizó la preceptiva estancia formativa para directores en el Centro Italiano de Solidaridad (CeIS) de Roma.

La FPHN es una entidad de interés social, privada, y sin ánimo de lucro, cuya misión principal es la defensa de los hombres y de las mujeres de cualquier condición frente a la drogadicción, mediante programas y servicios de atención, tratamiento, prevención e investigación de la problemática de las adicciones y de sus consecuencias asociadas.

Con el paso del tiempo, y de la mano de los cambios experimentados por el propio fenómeno de las drogas en Navarra y por el desarrollo del conocimiento científico en relación con la prevención y el tratamiento de las drogodependencias, la FPHN ha experimentado una importante evolución, en términos de diversificación de servicios y de profesionalización y mejora continua de sus intervenciones. Buena prueba de ello es que ha pasado de un único programa de tratamiento (Azpilicueta y Domench, 1992) a los tres que en el momento presente ofrece: uno ambulatorio (Aldatu), uno preventivo enfocado a adolescentes (Suspertu) y otro basado en la Comunidad Terapéutica (Arana et al., 2002).

Así pues, hoy día FPHN es una organización caracterizada por ofrecer una actitud constante de adecuación a las demandas emergentes en relación a las drogodependencias. Es conocida e integrada en las redes de entidades y recursos públicos y privados de atención, prevención e investigación de las drogodependencias, y en la sociedad navarra en general.

La FPHN está compuesta por un patronato, un equipo de profesionales multidisciplinar altamente cualificado y voluntariado. Cada uno de los programas y servicios son gestionados con criterios de calidad y excelencia. Por último, es sostenible, dispone de los recursos (humanos y materiales) adecuados y suficientes para el desarrollo de sus actividades, y son gestionados con criterios de eficiencia y transparencia.

Desde 1998 la fundación ha participado en numerosas actividades de formación en el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management). Además, con el objetivo de realizar una evaluación interna y una búsqueda sistemática de explicaciones y orientaciones para consumo interno, en el año 2001 se crea el departamento de I+D+I (investigación, desarrollo e innovación), inicialmente en el marco de un programa específico dirigido a entidades no lucrativas organizado por Euskalit, y posteriormente con el apoyo de la Fundación Navarra para la Excelencia. Fruto de este trabajo, la FPHN logró en 2003 la distinción del Sello de Calidad Europea por su sistema de Gestión en el nivel 200 a 400 puntos. Asimismo, en los últimos años ha participado en diversos programas de gestión organizados por la Fundación Luis Vives (Programa Diagnósticos Organizativos (2009), Programa Planes Estratégicos (2010) y Programa Planes Operativos (2012)). En 2012 la fundación obtuvo el reconocimiento Diploma Sello Reconcilia, otorgado por la asociación de mujeres empresarias y directivas de Navarra (AMEDNA). Durante el año 2014, la FPHN fue reconocida por parte de la Fundación Navarra para la Excelencia en colaboración con el Gobierno de Navarra como una entidad inmersa en procesos encaminados a la búsqueda de la excelencia en la gestión de sus organizaciones. La base del proceso es la evaluación externa de la Organización según el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM).

Desde la puesta en marcha del servicio de I+D+I son numerosas las colaboraciones e investigaciones tanto nacionales como internacionales, los proyectos, las publicaciones, las comunicaciones en congresos y las tesis doctorales publicadas. Numerosas investigaciones han sido realizadas hasta día de hoy por la Fundación en colaboración con otras entidades que hacen posible compartir los resultados con el

resto de la comunidad científica.

Además de los programas de atención directa, la FPHN cuenta con numerosos servicios de apoyo, entre los que destacan el servicio de Investigación y Desarrollo, comentado anteriormente, que apoya la gestión y la evaluación de los programas y facilita la investigación por parte de los trabajadores y la publicación de artículos científicos, el Servicio de Intervención en Empresas, que promueve convenios de colaboración con estas entidades para la prevención y el abordaje de trabajadores afectados por un problema de drogas, y, el Servicio de Apoyo Jurídico, que presta apoyo a las personas en tratamiento con causas judiciales con una atención individual mediante entrevistas semanales y a personas reclusas con el fin de promover y facilitar el acceso a los tratamientos de la FPHN como medida alternativa al cumplimiento de su condena en la prisión.

Asimismo, la Fundación cuenta con financiación tanto pública como privada. El Gobierno de Navarra, mediante un convenio de colaboración para disponer de plazas de tratamiento, destina desde el Departamento su Salud en torno al 60% del presupuesto anual de la Fundación. El resto de los ingresos económicos proviene de aportaciones que realizan empresas colaboradoras, de donaciones particulares y del pago de una cuota mensual por parte de los usuarios y/o sus familiares.

4.3 PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE LA FUNDACION PROYECTO HOMBRE NAVARRA

Los trastornos adictivos suponen un alto porcentaje de la demanda y del coste asistencial en los servicios sanitarios, ya sea por el propio trastorno o por sus consecuencias a múltiples niveles (orgánico, médico, mental, social, etc.). Aunque el perfil de consumo (sustancia y características de los usuarios) sea un fenómeno cambiante, las consecuencias de la adicción siguen siendo alarmantes, debiendo ser una prioridad de cualquier sistema de salud dar atención y tratamientos eficaces a estos pacientes.

Por ello, los enfoques terapéuticos que se han adoptado para dar respuesta a esta problemática han sido también múltiples y de muy diversa índole. Como

consecuencia de ello, existen diferentes tipos de programas de intervención con drogodependientes. En la tabla 14 se presentan tres clasificaciones de los programas de tratamiento realizadas en 1990 (Plan Nacional Sobre Drogas), 1997 (Gerstein) y 1999 (National Institute on Drug Abuse)(López-Goñi, 2005). Como se puede observar, las clasificaciones propuestas tienen en consideración los mismos tipos de tratamiento. En cualquier caso, existen otro tipo de clasificaciones que tienen en cuenta otro tipo de variables tales como el modelo teórico de la intervención, el trabajo multidisciplinar o no, etc. No obstante, la práctica totalidad de las clasificaciones tienen en cuenta la existencia del tratamiento en Comunidad Terapéutica.

Tabla 14. Programas de tratamiento para drogodependientes

Plan Nacional Sobre Drogas (1990)	Gerstein (1997)	National Institute on Drug Abuse (1999)
Centros para prescripción y/o dispensación de tratamiento con opiáceos	Mantenimiento ambulatorio con metadona	Tratamiento de Mantenimiento con Agonistas
		Tratamiento con Antagonistas Narcóticos empleando Naltrexona
Centros Ambulatorios	Comunidades de autoayuda independientes (Narcóticos Anónimos, Cocainómanos Anónimos o las casas Oxford) Tratamiento Ambulatorio sin metadona	Tratamiento Ambulatorio Libre de Drogas.
Comunidades Terapéuticas	Comunidad Terapéutica Residencial	Tratamiento Residencial a Largo Plazo
		Programa Residencial a Corto Plazo
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	Desintoxicación o control de síntomas de abstinencia aguda Tratamiento de la dependencia química del paciente ambulatorio y hospitalizado	Desintoxicación Médica
Tratamientos en Centros Penitenciarios		Tratamientos para personas con problemas con la justicia <ul style="list-style-type: none"> • Programas de tratamiento en prisión • Tratamientos basados en la comunidad

4.3.1 COMUNIDAD TERAPÉUTICA PROYECTO HOMBRE

4.3.1.1 Introducción y orígenes

La Comunidad Terapéutica ha sido definida de diversas formas. Anzieu (1998) la definía como una forma de socioterapia. Autores como De León (1997, 2004) consideran este tipo de estancias como un modelo de tratamiento con una concepción

original y propia sobre el abuso de drogas, el residente, la vida sana y la recuperación. Franklin y Frances (2000), sin embargo, destacan que las comunidades terapéuticas alejan al individuo del ambiente de la droga y que confrontan su actitud con el apoyo de sus familiares, subrayando la asunción de responsabilidades personales. Añaden, asimismo, que sólo los pacientes muy motivados continúan en tratamiento, ya que se trata de programas libres de sustancias y muy estructurados. Para Santo-Domingo (2000) estos programas se reservan para los pacientes que tienen pocas probabilidades de beneficiarse de un tratamiento ambulatorio y *“la Comunidad Terapéutica proporciona un entorno cerrado y libre de la droga en el que se utiliza el modelo conductual y la presión de los compañeros para modelar un estilo de vida sin consumo de drogas, favoreciendo el aprendizaje de estrategias y la socialización”*. En definitiva, aun cuando cada autor subraya unos elementos distintos, la Comunidad Terapéutica se caracteriza como un abordaje terapéutico específico con unas características muy marcadas.

Existen diferentes enfoques terapéuticos. Coduras (1990) distingue categorías diferentes de comunidades en España teniendo en cuenta tres ejes: profesionalidad–voluntariado, confesionalidad–aconfesionalidad y gratuidad o no de los servicios. La creciente profesionalización y especialización en la que ha ido derivando el tratamiento de las drogodependencias ha hecho que, hoy en día, se pueda hablar de Comunidades Terapéuticas adaptadas a diferentes problemáticas como adolescentes, pacientes con patología dual, madres con hijos/as lactantes o, incluso, en medios penitenciarios.

Históricamente la Comunidad Terapéutica (CT) de Proyecto Hombre en Navarra presta atención a personas con trastorno adictivo desde el año 1991, atendiendo en torno a 110 personas anualmente en este programa residencial. Se ofrece un tratamiento integral e intensivo, donde la intervención grupal y el propio entorno residencial cumplen funciones educativas y terapéuticas. El programa de Comunidad Terapéutica busca la deshabitación del consumo de tóxicos y la rehabilitación de la persona que presenta un trastorno adictivo.

4.3.1.2 Proceso terapéutico y tipo de intervención

Debido a la creciente complejidad y al cambio de perfil en los usuarios, se ha realizado una individualización y adaptación de la propia estructura residencial para favorecer la retención y el éxito terapéutico. Desde este enfoque tienen cabida tanto los usuarios de menor deterioro y mayor preservación de capacidades como aquellos que precisan una reducción de la exigencia debido a su vulnerabilidad, tanto orgánica como psicológica.

El equipo del programa está compuesto por profesionales de disciplinas diversas: educadores, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, enfermeros y monitores de talleres.

Se persigue conjugar el propio modelo residencial, como contexto comunitario donde se dan múltiples oportunidades de aprendizaje y modelado de conductas más adaptativas, con un seguimiento individualizado del usuario, a partir de un modelo biopsicosocial y la intervención de un equipo interdisciplinar. De la evaluación inicial del caso surge el plan de tratamiento integral y adaptado a su problemática particular. Las necesidades individuales se abordan en un contexto sociogrupal, a través de actividades colectivas de distinta estructuración.

Como ya se ha señalado, la comunidad terapéutica oferta actividades grupales formativas y ocupacionales. La existencia de un entorno que posibilite la puesta en práctica de las habilidades aprendidas en el proceso terapéutico constituye un instrumento de indudable valor de cara a la consolidación del repertorio conductual de respuestas de afrontamiento más adaptativas. El tratamiento residencial, por su carácter intensivo, posibilita lo anteriormente señalado, tanto en contextos formales y estructurados como en espacios de convivencia cotidiana y labores de autogestión de la estructura. Así, surgen los sectores de trabajo, que son espacios semiestructurados, en los cuales una actividad o tarea común puede ser utilizada terapéuticamente tanto para la práctica de nuevas conductas como para la toma de conciencia de dificultades.

Así, desde el tratamiento residencial se busca fomentar la adquisición de hábitos, responsabilidades, autonomía y competencias propios de una vida adulta

cotidiana a través de actividades que contribuyen al funcionamiento y autogestión de la comunidad: colaboración en tareas de mantenimiento de la comunidad, colaboración en preparación de comidas, limpieza de la casa, etc. La rotación por los distintos sectores (cocina, mantenimiento y exteriores, lavandería, limpieza, administración) y el cambio de rol en los mismos es un instrumento de cambio terapéutico. Además de los sectores de trabajo se promueven actividades formativas: informática, formación básica para adultos, iniciación al inglés, curso avanzado de inglés, iniciación profesional en cocina, electricidad y cultivo bajo abrigo.

Aunque, tal y como se ha mencionado anteriormente, buena parte de la organización del programa terapéutico se organiza en torno a las actividades grupales terapéuticas y ocupacionales, también se llevan a cabo intervenciones individuales en distintas áreas según las necesidades del caso (área médica, psicológica, educativa, formativa, familiar...).

Desde el Servicio de Intervención Médica (compuesto por médico y enfermera) se presta atención especializada a los residentes durante su estancia en el recurso residencial. Durante todo el tiempo de estancia en CT los residentes acuden a consulta individual con el médico o la enfermera de la Comunidad, con la frecuencia que precisen, según las necesidades individuales y el criterio médico.

La intervención psicológica es otro de los ejes centrales de tratamiento. El enfoque de trabajo es el cognitivo-conductual, en combinación con técnicas de entrevista motivacional y prevención de recaídas. Durante la estancia en Comunidad los usuarios cuentan con una atención psicológica especializada, cuyos principales ejes de actuación son la evaluación, el seguimiento del caso y la intervención psicoterapéutica coadyuvante al tratamiento terapéutico grupal. Las consultas son individuales, los psicólogos mantienen con el usuario entrevistas de periodicidad semanal (criterio orientativo), de formato no estructurado, estableciendo en cada caso un plan de intervención particular (objetivos y actividades terapéuticas). El usuario tiene también la posibilidad de solicitar a iniciativa propia consulta con el psicólogo. La consulta también puede ser pedida por el terapeuta de referencia o por el médico. El evaluador podrá utilizar a conveniencia instrumentos de evaluación clínica específicos,

según los indicios observados en el curso de las entrevistas. Como norma, a todos los usuarios, una vez logrado el mes de abstinencia en el consumo, se les aplica evaluación psicométrica con las pruebas MCMI-III y SCL-90-R. Así será más fácil la identificación e intervención de trastornos comórbidos y/o asociados al consumo. A partir de los datos obtenidos en el curso de las entrevistas clínicas, y de los resultados de las pruebas administradas, se realiza un informe de evaluación psicológica.

Posteriormente, se elabora el plan de tratamiento individualizado ajustado a las necesidades particulares del caso en coordinación con el resto de profesionales implicados. Además del seguimiento e intervención directa con el usuario, el rol del psicólogo en CT es el asesoramiento y coordinación con el resto del equipo, con orientación en las pautas de manejo y tratamiento de los usuarios. También dependen de estos profesionales las coordinaciones externas con los Centros de Salud Mental de referencia (CSM correspondiente, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, etc.). En el momento del alta de CT el psicólogo referente, junto con el médico, elaboran un informe clínico final que recoge la historia del problema de consumo, datos clínicos relevantes, exploraciones y pruebas realizadas, evolución en el tratamiento, diagnóstico y tratamiento en el momento del alta, etc, que se envía al Centro de Salud Mental para archivar en su historia clínica informatizada. Otra función a destacar es la gestión de grupos terapéuticos dentro de la CT (grupo alcohol, grupo psicoeducativo, talleres formativos a familiares, módulo de manejo de ansiedad, grupo de atención integral a la mujer, grupo de padres y madres, etc.).

El proceso de rehabilitación persigue la interiorización de actitudes, valores y comportamientos incompatibles con el consumo de alcohol y/o drogas; por ello es importante la intervención educativa-ocupacional. El propio espacio y organización de la Comunidad, como sistema social de convivencia y normativo, proporciona un escenario de cambio, a través del contacto con otros, iguales o terapeutas, que posibilitan el modelado e interiorización de estilos de funcionamiento personal más adaptativos. El objetivo de la intervención social es promover aprendizajes y cambios conductuales que faciliten su reinserción social en un ámbito protector que minimice el riesgo de recaídas. Conforme avanza el programa en CT se va dando una mayor

exposición al medio habitual del usuario, pasando de un control estimular riguroso inicial a una progresiva autonomía en función de las capacidades y la consecución de objetivos marcados en el plan de tratamiento individual. Tras el tratamiento residencial se termina el proceso terapéutico en el centro de atención ambulatoria de adicciones Aldatu, donde se realiza la última de las fases conocida como reinserción. Dentro de los grupos terapéuticos específicos se planifican actividades de ocio y tiempo libre, bien recuperando relaciones con entornos no consumidores, bien iniciando actividades distintas incompatibles con el consumo.

El trabajo con los familiares de los usuarios es esencial para conseguir resultados satisfactorios. Por ello se trabaja individualmente con ellos. En primer lugar se lleva a cabo una entrevista individual con los familiares con los objetivos de conocer a la familia, establecer una alianza terapéutica, calmar la ansiedad, y dar esperanzas en el tratamiento y abordar situaciones que requieren intervención individual a lo largo del proceso terapéutico. Con todo ello se elabora una historia familiar para conocer los modelos educativos propios de la familia y plantear así hipótesis que guíen el plan de trabajo a nivel familiar. Dentro del trabajo con las familias se llevan a cabo varias intervenciones. Por un lado están los denominados encuentros familiares con los objetivos de favorecer la comunicación entre los miembros de la familia, poner en común de los diferentes modelos educativos y sus consecuencias, y favorecer compromiso de cambio. También sirven de soporte emocional a los familiares y para analizar actitudes y comportamientos que se van produciendo en el sistema familiar. Por otro, se llevan a cabo talleres formativos básicos (que pretenden dar información acerca de los rasgos del comportamiento de las personas con problemas de adicción) y talleres complementarios compuestos por varios bloques tales como estilos de educativos, habilidades de comunicación, estrategias de afrontamiento, así como la resolución de conflictos.

En resumen, se puede decir que el proceso de rehabilitación de una persona con una conducta adictiva instaurada es un proceso duro y complicado, donde el riesgo de recaída al principio es muy alto, por lo que el seguimiento de las normas e indicaciones terapéuticas es fundamental para mantener la abstinencia. Apoyarse en

los miembros de la familia o la red social resulta muy conveniente. Por ello, se realizan distintas actividades, tanto grupales como individuales, con los familiares y allegados. En la atención integral al problema adictivo se abordan distintas áreas de tratamiento (sanitaria, psicológica, educativa, ocupacional, familiar, etc.) a través de distintas actividades (grupos terapéuticos, formativos, entrevistas individuales, etc.). Organizativamente, el programa residencial se divide en tres fases de tratamiento (Fase I, Fase II, Fase III) que persiguen distintos objetivos (recuperación y estabilización, motivación e inicio del cambio, profundización y preparación para la reincorporación social y la reinserción residencial) y está guiado por un profesional referente de los usuarios (terapeuta). Las actividades grupales terapéuticas y ocupacionales sustentan en buena parte el proceso de deshabitación y rehabilitación. La duración del programa ronda los 12 meses de duración, aunque existen otros itinerarios posibles, ajustados a las diferentes necesidades (3 meses, 9 meses).

El desarrollo del programa comprende la gestión de los procesos estratégicos, operativos y de apoyo que se presentan en la figura 4. Tal y como se puede observar, las actividades grupales son el eje central en el tratamiento en Comunidad Terapéutica. Diversas investigaciones señalan que la terapia de grupo es una de las modalidades terapéuticas con más éxito en la rehabilitación de las adicciones (Calvo Estopinan et al., 2009; Maradona y Rodríguez-Méndez, 2015; Monras et al., 2000; Weiss et al., 2004). No todos los usuarios asisten a todas o a las mismas actividades grupales durante su estancia en el tratamiento, sino que en función de los objetivos indicados en el Plan de Tratamiento Individualizado que se hayan diseñado de antemano, se eligen dentro del abanico que ofrece la CT aquellas actividades que se consideren más adecuadas para la consecución de los mismos. Las actividades grupales siempre son lideradas por un profesional, que posee experiencia en psicoterapia grupal. Su finalidad es aumentar la conciencia de la problemática del usuario y motivar al cambio de comportamientos disfuncionales. Por ello la comunidad cuenta con una gama variada de actividades grupales con diferentes objetivos que se describen en la figura 4.

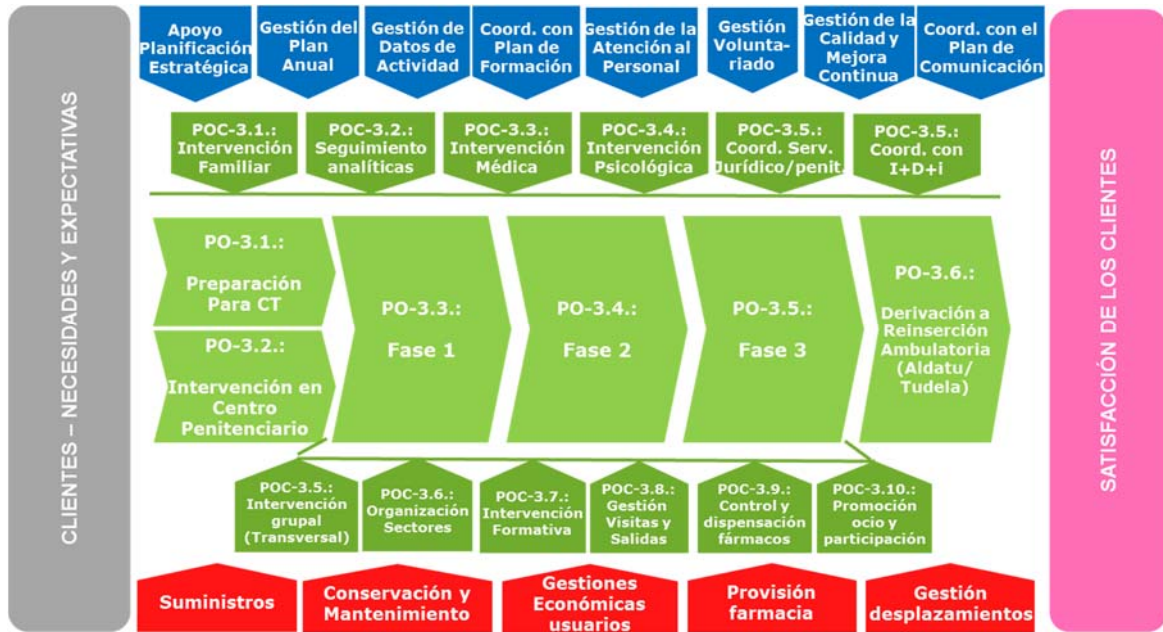


Figura 4. Mapa de procesos Programa de Comunidad Terapéutica

4.3.2 PROGRAMA DE APOYO A ADOLESCENTES SUSPERTU

4.3.2.1 Introducción

Se trata de un recurso de atención a adolescentes con conductas de riesgo y a sus familias. El programa está basado en la prevención indicada. Comprende entrevistas individuales con los adolescentes, entrevistas con los padres o tutores, escuela de padres y madres y actividades complementarias de ocio y de apoyo escolar, apoyadas por personal voluntario. Suspertu ofrece además actividades de asesoramiento y formación para mediadores juveniles. Cuenta con 50 plazas para adolescentes, 18 de ellas conveniadas con el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, y 50 plazas para familias.

El Programa Suspertu nació en 1997 a partir de la constatación de la existencia de un nuevo perfil de consumidores de drogas, los cuales reclamaban una nueva manera de enfocar la intervención, diferente respecto de los abordajes terapéuticos tradicionales. En concreto, se constató la necesidad de poner en marcha acciones dirigidas a un grupo de población caracterizado por encontrarse en edad adolescente, ser consumidores experimentales, ocasionales o habituales de hachís y/o estimulantes

y consumir especialmente en fines de semana, y asociado a la diversión y al ocio. También se planteó la necesidad de dar respuesta a una demanda cada vez mayor de intervenciones fundamentalmente para padres e instituciones (colegios, asociaciones, centros de tutela...), dirigidas a la prevención del consumo problemático de drogas y/o de comportamientos y situaciones de riesgo de consumo. Se demandaba, asimismo, una intervención dirigida a favorecer en sus educadores las competencias necesarias para un afrontamiento efectivo de las situaciones problemáticas asociadas al consumo.

A lo largo de los veinte años de funcionamiento del tratamiento, se ha detectado la necesidad de ampliar el rango de actuación de Suspertu, sobre todo a la hora de presentar el programa, ya que en la práctica éste ha ido evolucionando. Pese a enmarcarse inicialmente en el marco de la prevención de las drogodependencias, tanto el perfil de los usuarios, como la metodología desarrollada y la propia experiencia acumulada, hacen necesario situar este programa dentro de la prevención general de conductas de riesgo.

4.3.2.2 Modelo teórico del programa SUSPERTU

El modelo teórico de este programa está enmarcado en varias teorías con evidencia científica. Se ofrece a continuación una breve descripción de algunos de los modelos teóricos más importantes que han servido de referencia para el diseño de los principales programas de prevención, y que disponen de un importante respaldo empírico. Debido al trabajo que se realiza con las familias en este programa, se describen modelos que incluyen de alguna manera elementos que guardan una relación directa o indirecta con variables propias del entorno familiar.

El Modelo Evolutivo de Kandel (1975) tiene la parte más conocida de la teoría con la polémica *hipótesis de la escalada*. Según este modelo, el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, donde se comienza por unas primeras sustancias de iniciación (drogas legales) que sirven de facilitadoras para el consumo posterior de otras sustancias. Hoy es un hecho comprobado que, como señala el modelo, no existe una relación de causalidad entre el consumo de las diferentes sustancias; pero no es menos cierto que la *hipótesis de la escalada* resulta hoy perfectamente válida si

sustituimos el término *causalidad* por el de probabilidad. Así pues, la famosa *hipótesis de la escalada* es cierta si la progresión en el consumo de las diferentes sustancias la leemos al revés. La probabilidad de ascender en la *escalada* es inversamente proporcional a la edad de inicio del consumo de las diferentes sustancias. Este modelo también trabaja con otro elemento interesante como es la influencia diferencial de los diferentes factores de riesgo a lo largo del desarrollo. Entre estos factores, Kandel concede una especial importancia a variables relacionadas con la familia y con el grupo de iguales, por lo que los programas de prevención universal para familias pueden ser herramientas útiles.

El Modelo de Desarrollo Social de Catalano y Hawkins (1996) constituye una de las teorías más completas e integradoras en el ámbito de la prevención, e integra en buena medida los principios de la Teoría del Aprendizaje Social. El objetivo del modelo es explicar y predecir el origen, el mantenimiento, la escalada y el abandono de conductas de gran preocupación para la sociedad, tales como la conducta antisocial o el consumo de drogas. Básicamente, el modelo pone el acento en las oportunidades de los sujetos para implicarse en actividades prosociales o antisociales, saludables o de riesgo, y en la calidad y cantidad de refuerzos obtenidos como consecuencia de esa implicación. Estos refuerzos se asocian así a la conducta, y este hecho redonda nuevamente en las oportunidades percibidas por los sujetos para implicarse en conductas similares en el futuro, y en sus expectativas correspondientes para obtener nuevos refuerzos y crear así vínculos afectivos adecuados.

Muchas investigaciones han puesto de relieve la estrecha relación existente entre el consumo de drogas y la implicación en otros tipos de comportamientos *problemáticos* por parte de los adolescentes. Así, por ejemplo, la Teoría de la Conducta Problema de Jessor (1977), uno de los referentes teóricos más importantes en prevención en la actualidad, subraya la existencia de los mismos determinantes en la base del desarrollo de diferentes tipos de conductas *desviadas*, entendidas éstas como aquellas conductas que son socialmente definidas como problemáticas, que son fuente de preocupación, o que se consideran indeseables por las normas convencionales; además, son conductas cuya ocurrencia suscita algún tipo de control social. Estas

conductas problema, entre las cuales se encuentran el consumo de drogas, forman parte de un *síndrome de desviación* o de un mismo *estilo de vida*, respondiendo todas ellas a factores comunes. Por ello, la intervención en prevención debe ofrecer respuestas globales y no compartimentadas para estas conductas, y por tanto proporcionar recursos para lograr estas mismas metas, pero de un modo más adaptativo, mediante comportamientos favorecedores de una inserción social positiva.

Bajo el epígrafe de las Teorías de Control Social se podrían agrupar diferentes teorías que por lo general conceden una importancia central a la familia en el ámbito de la prevención del consumo de drogas. Estas teorías parten de que los niños tienen una tendencia natural hacia el hedonismo y el placer inmediato, y que es en el seno de las *instituciones convencionales* (familia, escuela, etc.) donde se produce un proceso de socialización en el que desarrolla la capacidad de asumir normas, tener también en cuenta las necesidades e intereses de los demás, y autorregular su comportamiento. Para que este aprendizaje se produzca, es fundamental que los niños desarrollen un apego especial a estas instituciones convencionales, entre las cuales la familia es la más importante. Este modelo explicaría por qué resulta tan sumamente importante el desarrollo de la capacidad de los padres y madres de poner normas y límites razonables a sus hijos/as, armonizando este objetivo con el del mantenimiento de unas relaciones afectivas de calidad.

Las investigaciones llevadas a cabo en el campo de la prevención en drogodependencias confirman que existen una serie de situaciones de carácter personal y social que, junto con el entorno, predisponen a la persona a consumir drogas. Por el contrario, se ha observado también que hay factores determinantes que protegen. Así, a las circunstancias personales y sociales que favorecen el consumo se les denomina factores de riesgo y los factores que reducen la probabilidad de consumir son conocidos como factores de protección. El enfoque integrador constituido desde un modelo de salud y basado en los factores antes mencionados expone que los factores de riesgo/protección son términos correlacionales, no existiendo así una relación causa-efecto, por lo que se exponen en términos de probabilidad y no de determinación. Este enfoque también pretende tener en cuenta por un lado que los

factores de riesgo no pueden comprenderse de forma aislada, pues la relación entre ellos es recíproca y dinámica y, por consiguiente, es importante que exista un equilibrio entre todos ellos. Por otro lado, expone que la conducta de consumo de drogas es el resultado de la interrelación de diversos factores personales y sociales que el sujeto experimenta desde su nacimiento hasta la edad adulta y explican las condiciones en las que se desarrolla el consumo.

Aunque los Modelos de Potenciación y Resiliencia no son propiamente modelos teóricos explicativos del consumo de drogas, son un referente importante para la intervención, y constituyen un planteamiento alternativo de la intervención a los modelos basados en los riesgos y en los déficits. El Modelo de Competencia, también llamado Modelo de Potenciación, ampliamente desarrollado en España por Costa y López (2008), ofrece, como señalan sus propios autores, una ética y un estilo de intervenir en Educación para la Salud alternativo al modelo clínico tradicional. Este modelo, asentado en los principios que emanan de la Teoría del Aprendizaje Social, sitúa el sistema de recursos de las personas en el blanco de sus intervenciones, más que sus déficits. Se trata, por consiguiente, de un modelo orientado a la acción, centrado en el desarrollo de recursos, de forma que la balanza de riesgo/ protección se incline a favor de la presencia de factores del segundo tipo. El modelo parte de que las personas son competentes para resolver sus problemas y tomar decisiones si se les permite disponer de recursos para conseguirlo, y pone el acento en las oportunidades y en la calidad de los escenarios de socialización como influencia principal en el desarrollo de los problemas de salud, incluidos los de drogas. El modelo surge como alternativa al modelo clínico tradicional, de corte médico, mentalista, intraindividual y psicopatológico de los problemas, para poner el acento en las relaciones recíprocas que se producen entre las personas y los escenarios sociales en los que viven. La prevención pasará por consiguiente por favorecer el desarrollo de recursos personales y sociales que faciliten la adopción de comportamientos saludables, y haga más difíciles los de riesgo. En este mismo sentido se ha desarrollado ampliamente en el ámbito de la prevención el enfoque de resiliencia, definida ésta como la capacidad de los individuos para resistir frente a la influencia de entornos teóricamente muy comprometedores de su salud y de su bienestar. Este enfoque de resistencia tiene

también una gran importancia en el ámbito de la intervención familiar, subrayando la importancia de desarrollar en las familias recursos que les permitan afrontar la prevención de forma eficaz desde su propio seno.

En lo anteriormente mencionado, es decir, en la complejidad del fenómeno de consumo de drogas, el Modelo de Análisis Funcional de la Conducta (Pérez, Fernández, Gutiérrez, García y Gómez, 2010) pretende explicar la interacción negativa entre varios factores que favorecen la aparición de la conducta problema. Así, la acumulación de factores de riesgo, junto con la aparición de importantes refuerzos a corto plazo, facilita la probabilidad de que los niños y jóvenes realicen o no un comportamiento. La implicación en el consumo de drogas y la obtención de esos refuerzos impide, además, el aprendizaje y la puesta en práctica de otros comportamientos alternativos, más saludables, con lo cual el repertorio de recursos de los adolescentes se ve cada vez más empobrecido.

4.3.2.3 Metodología y descripción de proceso.

El programa de atención directa comprende dos itinerarios claramente diferenciados. Por un lado, la intervención con el adolescente; y por otro, la intervención con los padres y madres o tutores a su cargo. Esta intervención se realiza de manera separada desde un primer momento, siendo atendidos el adolescente y la familia o tutores por profesionales distintos, aunque debidamente coordinados entre sí. Esta forma de intervenir facilita el mantenimiento de la confidencialidad entre las dos partes y favorece especialmente la confianza del adolescente, reservándose el responsable de su seguimiento el derecho de romperla únicamente en el caso de existir situaciones de peligro.

El tiempo de permanencia en el programa se establece de una manera diferenciada para cada caso, si bien la estancia máxima en el mismo por parte de los adolescentes y de sus familias no debe sobrepasar nunca el año y medio. La finalización de la estancia en el programa vendrá determinada por la consecución de los objetivos previstos en la evaluación inicial, o bien en el caso de existir un estancamiento en el proceso hacia la consecución de dichos objetivos.

El proceso terapéutico llevado a cabo con los adolescentes está compuesto por tres fases. La fase inicial comprende entre una y tres entrevistas, realizadas semanalmente, con el principal objetivo de recogida de información. La segunda fase, ya en intervención, está dirigida a la evaluación exhaustiva del caso mediante entrevistas semi-estructuradas y diversas pruebas de evaluación, para lo cual se utiliza el protocolo de evaluación elaborado al efecto a partir de la Guía para la Evaluación de las Intervenciones Preventivas en el Ámbito de las Drogodependencias del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, y que se denomina “Evaluación de la Conducta del Consumo de Drogas para una Intervención Preventiva Secundaria”. Esta fase, eminentemente evaluadora, trata de ser acción desde un primer momento, intercalando elementos de motivación, evaluación y acción. La fase finaliza con la elaboración del informe de evaluación inicial, y el Plan de Trabajo Individualizado (PTI) con los objetivos particulares a perseguir en la intervención. La tercera y última fase es la intervención propiamente dicha. En ella se realizan entrevistas individuales (al inicio semanales y posteriormente más espaciadas o no, en función de caso) encaminadas a conseguir los objetivos planteados en el PTI. Las entrevistas son realizadas por el responsable del seguimiento del adolescente, atendiendo en las mismas los aspectos más particulares del caso, dejándose para el trabajo en grupo los contenidos más generales e intentado llevar a cabo encuentros entre la familia y el adolescente durante el proceso.

El proceso terapéutico con los padres o tutores también está compuesto por tres fases. En la fase de información se recoge información por medio de entrevistas individuales y abiertas. En la segunda fase, denominada también fase de evaluación, se realizan entre seis y ocho entrevistas individuales semi-estructuradas a partir del protocolo de evaluación elaborado al efecto, y mencionado en el caso de los adolescentes. En la tercera fase, al igual que en el caso de los/as adolescentes, se llevan a cabo entrevistas realizadas por el responsable del seguimiento de la familia, con la periodicidad que considere oportuna. También se realiza la Escuela de padres y padres, compuesta por unas 20-25 familias y con un total de 25 sesiones. En ella se trata de desarrollar, con una metodología dinámica y participativa, habilidades

educativas y de comunicación con hijos adolescentes, de cara a favorecer la prevención desde el ámbito familiar.

4.3.3 CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE ADICCIONES ALDATU

La puesta en marcha de tratamientos ambulatorios es un ejercicio de adaptación que la Fundación Proyecto Hombre Navarra hizo para mejorar la atención de aquellas personas con problemas por el consumo de sustancias. Con este tipo de servicios se pretende acercar el tratamiento al paciente y hacerlo más accesible a la sociedad. Más en concreto, los análisis de la demanda realizados en los años noventa por los propios servicios de la Fundación Proyecto Hombre Navarra constataron el progresivo aumento de solicitudes de tratamiento ambulatorio que no requerían de una intervención basada en un recurso residencial. Una vez pasada la "cresta de la ola" del problema de la heroína, con la fuerte alarma social y desestructuración psicosocial que provocó en las personas que sufrieron la adicción a esta sustancia, el fenómeno de los problemas derivados del consumo de drogas parecía estar cambiando su configuración hacia cierta normalización desde el punto de vista social. Se observó así, como cierta población podía llegar a establecer un equilibrio relativamente estable con su abuso o dependencia, manteniendo su vida dentro de los límites de una aparente normalidad, aun a costa de disminuir su calidad de vida en diversos ámbitos como la salud física y mental, lo económico, lo familiar o lo social. Asimismo, parecía aumentar la incidencia de problemas relacionados con otras drogas, principalmente alcohol y cocaína, con un carácter más socializado y con un menor componente de marginalización y delincuencia.

Por otra parte, se encontró con gran frecuencia un fenómeno que determina sobremanera el modo de iniciar la intervención terapéutica: la falta de conciencia del trastorno adictivo. Esto hace que la persona contemple con recelo la posibilidad de ingreso en un recurso residencial. En estos casos, el tratamiento ambulatorio podría funcionar como un medio para facilitar la retención del sujeto, la toma de conciencia de la enfermedad y finalmente, la motivación al tratamiento.

En conjunto, estas consideraciones impulsaron a la FPHN a adaptar los tratamientos a esta compleja realidad. Como consecuencia de este análisis se pusieron en marcha dos programas ambulatorios independientes. En 1998 Aldatu, programa ambulatorio para tratar problemas relacionados con el consumo de alcohol y en 1999 Eunáte, programa ambulatorio para tratar problemas de consumo con estimulantes.

Más adelante se constató la fuerte asociación comórbida de ambos problemas, que suelen presentarse solapados y cuya consideración conjunta resulta muy aconsejable para enfocar el tratamiento. La consideración de esta situación en conjunto motivó a rediseñar los programas de atención ambulatoria y componer un solo programa o centro de atención que tuviese como meta final atender de manera integrada y de forma ambulatoria cualquier problema relacionado con el consumo de drogas. De esta forma se creó el Centro de Atención Ambulatoria de Adicciones Aldatu, aumentando la capacidad de atención y respuesta a problemas derivados del consumo de cualquier droga y dotando de mayor cohesión y flexibilidad a la atención ambulatoria.

4.3.3.1 Modelos teóricos

En el programa Aldatu se trabaja desde un modelo biopsicosocial, donde se toman en cuenta de modo significativo los factores psicológicos, sociales, culturales, junto con los biológicos y medioambientales, como determinantes en el desarrollo de las enfermedades y necesarios al diseñar la rehabilitación (Haynes, Yoshioka, Pinson y Kloezeman, 2005; Secades y Fernández, 2001; Solis y Guizar, 1999). El tratamiento para la adicción debe ayudar al paciente a dejar de usar drogas, a mantener un estilo de vida libre de ellas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad. Para ello se consideran necesarios los cuidados a largo plazo para lograr la abstinencia continuada y la recuperación de la vida productiva.

4.3.3.1.1 La entrevista y terapia motivacional

Uno de los problemas en el tratamiento de las adicciones es la poca motivación que presenta el paciente para cambiar e iniciar la abstinencia. Para afrontar este problema el modelo motivacional desarrollado por Miller y Rolnick (1991) proporciona una herramienta mediante la cual se pretende explorar y resolver las ambivalencias presentadas por el paciente.

Se centra en evitar la confrontación con el paciente, especialmente en aquellos casos en los que existe ambivalencia a la hora de plantearse el cambio de conducta (en el caso que nos ocupa que deje el consumo de drogas) y en facilitar que ponga de manifiesto los motivos de preocupación por su conducta. Esta terapia parte de aspectos básicos de la “terapia centrada en el cliente” aplicados a los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1982).

El terapeuta debe seleccionar las estrategias de intervención más adecuadas en función del estadio de cambio en que se encuentra el paciente. Frente a intervenciones más directivas, desde la terapia motivacional se trabaja junto con el paciente en la identificación de los problemas, se estimula la motivación en la búsqueda de soluciones, se acepta que exista ambivalencia y que el paciente tenga puntos de vista diferentes. El objetivo es que el paciente avance a través de los distintos estadios de cambio acompañado por el terapeuta.

Los estudios indican que las intervenciones motivacionales son útiles para incrementar la motivación dirigida a producir cambios, pero esta motivación disminuye con el paso del tiempo. Por ello se puede concluir que dentro del tratamiento de las adicciones este tipo de intervenciones no son suficientes por sí mismas para abandonar el consumo de drogas, pero sí son útiles para incrementar la participación, la adherencia y la retención en el tratamiento. Por lo tanto, las intervenciones motivacionales son un complemento de otros tratamientos más estructurados y son los pacientes con menores niveles de motivación los que resultan más beneficiados del uso de este tipo de técnicas.

Los autores definen una serie de aspectos fundamentales del espíritu de la entrevista motivacional. Aspectos que deben permanecer independientemente de las técnicas de entrevista utilizadas: a) la motivación hacia el cambio parte del paciente y no se impone sin él; b) la articulación de la ambivalencia es tarea del paciente y no del terapeuta; c) la persuasión directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia; d) el estilo del terapeuta suele ser tranquilo y evocador; e) el terapeuta es la directriz que ayuda al paciente a examinar y resolver la ambivalencia; f) la disponibilidad al cambio no es un rasgo del paciente sino que fluctúa en función de la interacción interpersonal; y g) la relación terapéutica se asemeja más a la de socios o compañeros que a la de experto/paciente.

4.3.3.1.2 Modelo transteórico de cambio. Prochaska y Diclemente

En la realidad clínica de las drogodependencias gran parte de los pacientes que asisten a tratamiento no disponen de una predisposición adecuada que garantice poder iniciar y mantener cambios en su conducta adictiva.

Prochaska y Diclemente (1982) tratan mediante este modelo de comprender qué, cómo, cuándo y por qué cambian las personas; se trata de un modelo compuesto por estadios, procesos y niveles. Los estadios representan la dimensión temporal, es decir, cuándo cambia la gente. Al ayudar a alguien se debe considerar el momento particular en el que se encuentra. Se postula qué para lograr el cambio, una persona debe pasar por etapas bien definidas y predecibles, las cuales deben ser respetadas para facilitar el proceso.

Para alcanzar el éxito en el cambio resulta fundamental saber en qué etapa se encuentra la persona con relación a su problema, con el fin de diseñar procedimientos específicos que se adecuen a cada sujeto. En otras palabras, lo que se busca es la relación terapéutica y el tipo de intervención adecuados para cada persona dependiendo del estadio en que se encuentre. A continuación se exponen las diferentes etapas por la cuales pasa la persona:

1. **Precontemplación.** El drogodependiente no es consciente de tener un problema ni de las consecuencias del mismo. Es probable que, en esta fase, la persona se muestre a la defensiva ante cualquier presión externa hacia el cambio. En esta etapa es importante que el terapeuta sepa manejar la resistencia del paciente, siendo una buena técnica para ello la entrevista motivacional.
2. **Contemplación.** El sujeto reconoce tener un problema, se muestra más receptivo a la información en cuanto a su problema y las posibles soluciones, aunque vacila en cuanto al momento de iniciar el cambio, dudando aún sobre sus beneficios. No existen conductas de cambio ya que no se da un compromiso firme de cambio, los pacientes se muestran ambivalentes sobre la decisión de abandonar la conducta adictiva
3. **Preparación.** En esta etapa la persona toma la decisión de abandonar el consumo de drogas y realiza pequeños cambios en su conducta.
4. **Acción.** Se refiere al momento en que se hacen más evidentes los pasos que se toman para lograr el cambio, inicia la abstinencia. Su duración es de 6 meses.
5. **Mantenimiento.** Sigue a la acción y dura otros 6 meses, el propósito en este estadio radica en sostener los cambios logrados a través de la modificación del estilo de vida y la prevención de recaídas.
6. **Finalización.** El cliente ya no necesita de la utilización de ningún proceso de cambio a fin de impedir la recaída o el regreso al problema.

Es importante destacar que, al intentar cambiar un problema, gran parte de los sujetos recaen al menos una vez en el proceso, pero la mayoría de ellos suele volver a empezarlo desde la etapa de contemplación o preparación, para luego pasar a la acción. Es por esto que se dice que el cambio no sigue un patrón lineal, sino más bien en espiral. La mayoría de los sujetos incorporan nuevas estrategias y conocimientos a partir de los experimentados en las recaídas.

Se sabe que las recaídas en el consumo de drogas son una parte del proceso de cambio antes de lograr el abandono definitivo del consumo de drogas. Afortunadamente, la recaída no siempre lleva a los pacientes a abandonar el tratamiento, sino que los sitúa en una fase que les permite continuar reciclándose y preparándose para seguir nuevamente el cambio iniciado. Son muy pocos los pacientes que regresan al estadio de precontemplación. No cabe duda que para que esto suceda deben proporcionarse las mejores condiciones en la relación terapéutica, de modo que paciente y terapeuta desarrollen su trabajo coordinadamente y de acuerdo con

objetivos ajustados a la fase en que se encuentra el paciente. Los procesos de cambio se refieren a la dimensión procesal (cómo cambian las personas). En otras palabras, son las herramientas utilizadas por cada individuo en su propósito de solucionar determinados problemas. Teniendo en cuenta todo ello, en Aldatu se trabaja con las características del paciente y el momento de cambio en el que se encuentra.

4.3.3.1.3 Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985)

El modelo de prevención de recaídas parte de que el sujeto vuelve a consumir una sustancia porque ante una situación de riesgo no dispone de las estrategias de afrontamiento adecuadas para mantener la abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto emite una respuesta adecuada que evita el consumo, la sensación de control y de autoeficacia percibida se incrementarán y, con ello, la probabilidad de futuros consumos se reducirá.

La intervención se basa en aprender a identificar las situaciones, pensamientos y/o emociones que pueden llevar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente para evitar la recaída, aprender a identificar las señales que anuncian una posible recaída y aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca el consumo (Donnovan y Marlatt, 2005; Marlatt y Gordon, 1985). De forma más concreta, las principales técnicas cognitivo-conductuales que se incluyen en los programas de prevención de la recaída son (Donnovan y Marlatt, 2005): identificación de las situaciones de alto riesgo de consumo, autorregistro y análisis funcional del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo, estrategias para el afrontamiento del *craving*, diferencia entre caída (consumos aislados) y recaída, detectar y afrontar los pensamientos asociados al consumo y entrenamiento en solución de problemas.

Más que como una técnica de tratamiento en sí misma, se ha utilizado con frecuencia la prevención de la recaída como un método de afrontamiento de las recaídas en general dentro de otros programas más amplios.

En el centro de atención ambulatoria en el cual está enmarcado este trabajo se considera indispensable tratar los consumos puntuales o las recaídas en la menor brevedad posible y así favorecer la recuperación.

4.3.3.1.4. El trabajo con redes sociales

El elemento ambiental contribuye al desarrollo del trastorno adictivo y desempeña un papel fundamental en el proceso de rehabilitación.

En este sentido, conceptos como red social, apoyo social o apoyo familiar focalizan la atención hacia el elemento ambiental y su influencia en la deshabitación. Además, proporcionan estrategias de análisis e intervención con el objetivo de controlar el efecto del estrés y los estímulos condicionados. Por ejemplo, el hecho de disponer de una red que brinde apoyo social, como la familia, no presupone siempre un efecto positivo ya que, bajo ciertas circunstancias, la red social puede convertirse en fuente de estrés (Meis et al., 2013). De esta manera, la dificultad para resolver conflictos de relación dentro de la familia puede actuar como un estresor ambiental que facilite la ocurrencia de una recaída.

Por otra parte, las redes sociales de los adictos suelen ser menos densas y de menor tamaño que las de la población general. También se postula que, aunque la red del adicto sea similar en su estructura a la de la población general, los elementos que la componen y el contenido de la interacción son diferentes, ya que el consumo de drogas se convierte en un elemento central de esta red. Como se ha señalado anteriormente, la presencia de compañeros consumidores o la frecuentación de entornos en los que se ha consumido drogas, actúan como estímulos condicionados que facilitarán la respuesta de consumo de cocaína.

Desde este punto de vista, el trabajo sobre la red social debe orientarse hacia minimizar el apoyo de la red a la conducta adictiva, vincular a la red nuevos sujetos con estilos de vida libres de drogas y fomentar la estima del adicto hacia los miembros de su red. Aunque existe un consenso generalizado sobre la importancia de las variables ambientales en la evolución de los trastornos adictivos en general y de la adicción a la

cocaína en particular, se necesitan más estudios controlados que ayuden a comprender mejor el peso de estas variables. Cabe destacar en este sentido el trabajo realizado por Broome, Simpson y Joe (2002) sobre una muestra de 748 pacientes con trastornos por alcohol y cocaína. Los resultados muestran que la red de apoyo social de los pacientes que continúan en tratamiento es un factor más importante que otras medidas pretratamiento. En concreto, contar con dicha red mejora los resultados de programas de intervención breve respecto al uso de cocaína y alcohol en el seguimiento. También se ha relacionado el bajo apoyo social con el aumento de posibilidades de abandonar prematuramente un tratamiento de deshabituación ambulatorio, aunque el nivel de apoyo social demostró ser un modesto predictor de la severidad de abuso de alcohol. Asimismo, se han encontrado asociaciones entre el nivel de apoyo social en la admisión en un programa de mantenimiento con metadona o levacetilmetadol (LAAM) con la abstinencia de heroína y cocaína a los 3 meses de tratamiento.

En definitiva, se puede concluir que evaluar el estado de la red social de los adictos a la cocaína en tratamiento es una tarea necesaria a fin de planificar las prioridades de la intervención y de orientar las acciones dirigidas a controlar el elemento ambiental. Por ello en Aldatu se evalúa la situación personal en cuanto a red social se refiere para trabajar en consonancia con la misma.

4.3.3.1.5 Neurobiología de las adicciones

En la adicción se alteran los mecanismos de regulación de las conductas, especialmente aquellos que controlan las motivaciones y las emociones. La motivación representa la tendencia o el impulso para realizar una determinada acción. Las estructuras neuroanatómicas que rigen el comportamiento motivado y que se afectan con el uso de drogas se agrupan en el denominado sistema límbico, y participan tanto en el procesamiento de los fenómenos agudos de recompensa que las drogas activan, como en los fenómenos de neuroplasticidad y aprendizaje que el uso crónico provoca.

La capacidad de producir efectos reforzantes positivos es una característica común a todas las drogas de abuso. El Núcleo Accumbens (NAc) participa en los

efectos reforzadores naturales (conducta alimentaria y sexual) y en los efectos de refuerzo producidos por las drogas. Este núcleo forma parte del sistema límbico, sistema implicado en la motivación y el refuerzo. En él se integran los impulsos provenientes de la corteza y del sistema límbico, uniendo motivación con acción.

La mayoría de las sustancias adictivas producen la activación directa o indirecta de las neuronas dopaminérgicas del NAc liberando dopamina en el espacio sináptico. Al mismo tiempo, hay un aumento del número de neuronas “respondedoras”. Por tanto, aunque existen diferentes mecanismos de acción iniciales para cada droga de abuso, todos ellos participan de alguna forma en la producción de este efecto de refuerzo positivo común.

El refuerzo agudo producido por las drogas de abuso se ha explicado a través de la capacidad de ellas para modular los circuitos de recompensa endógenos. Se denomina refuerzo positivo a cualquier estímulo que provoca un aumento de la frecuencia del comportamiento, que tiende a una nueva aplicación de ese estímulo (Guardia et al., 2011).

Si bien es importante la dopamina en los efectos reforzantes de las drogas, otros sistemas de neurotransmisores, como la serotonina, el ácido γ -aminobutírico (GABA), el glutamato y el sistema opioide, juegan un importante papel en los efectos reforzantes de las drogas de abuso. El consumo de sustancias provoca cambios adaptativos en el sistema nervioso central, tanto en los sistemas implicados en el refuerzo como en otros sistemas. El aumento de dopamina que tiene lugar durante el consumo ocasional no se mantiene durante el consumo repetido. De forma paralela se activarían los autoreceptores dopaminérgicos de las terminales nerviosas, lo cual llevaría a un descenso de la liberación de dopamina (DA) en el espacio sináptico (Guardia et al., 2011)

Por ello en Aldatu se tienen en cuenta las alteraciones químicas y sus consecuencias en proceso del paciente.

4.3.3.2 Población destinataria, equipo terapéutico y objetivos del programa

Aldatu está dirigido a personas con problemas de consumo de drogas, principalmente alcohol, cocaína (estimulantes) y cannabis, que deseen resolver sus problemas manteniendo sus lazos familiares y su situación sociolaboral, sin necesidad de interrumpir su vida cotidiana.

Sus principales señas de identidad son el trabajo en equipo interdisciplinar (médico, trabajadora social y psicólogas), la evaluación multidimensional de cada usuario y el diseño de planes de intervención flexibles e individualizados (tanto en sus objetivos como en su duración).

El objetivo general del programa pasa por asesorar y tratar a personas afectadas por conductas adictivas manteniendo, como ya se ha mencionado anteriormente, los lazos familiares y socio-laborales, sin necesidad de interrumpir su vida cotidiana. Como objetivos específicos se distinguen los siguientes (tabla 15).

El perfil de personas atendidas a ha variado desde su origen. El volumen de atención mensual en Aldatu ronda en torno a las 110 personas, siendo hombres tres de cada cuatro personas atendidas. Las sustancias principales de demanda de tratamiento son alcohol (29,9%) y la cocaína (30,8%) seguidas por el cannabis (15,0%).

Tabla 15: Objetivos específicos de Aldatu según áreas

<p>Nivel Personal:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mejorar la calidad de vida en diferentes áreas de las personas atendidas.- Comorbilidad psiquiátrica esto no es un objetivo. <p>Consumo de drogas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Desarrollar un estilo de vida libre de drogas.- Prevenir posibles recaídas.- Reducir riesgos y/o daños asociados al consumo de alcohol y otras drogas. <p>Nivel Social:</p> <ul style="list-style-type: none">- Acompañar a la persona en el proceso de reparación de las relaciones que han podido favorecer el consumo o que hayan surgido a consecuencia de éste.- Facilitar el contacto con una red social que constituya un factor de protección frente a la adicción.- Fomentar un estilo de ocio adaptativo. <p>Nivel académico y laboral:</p> <ul style="list-style-type: none">- Orientar en la creación del propio itinerario laboral.- Asesorar en la búsqueda de empleo.- Fomentar actitudes responsables en el entorno laboral.- Minimizar la adicción como riesgo laboral. <p>Nivel Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Capacitar a la familia para activar recursos para acompañar a sus familiares en el proceso de cambio.- Detectar dificultades en la familia que interfieran en el acompañamiento y facilitar su "reparación".
--

4.3.3.3 Descripción del proceso

El presente procedimiento es aplicable a todas las actividades que comprenden la prestación del tratamiento a las personas demandantes del mismo en el Centro de Atención Ambulatoria de Adicciones Aldatu, desde el momento de la recepción de la demanda de tratamiento hasta la finalización de dicho tratamiento y el archivo de la documentación correspondiente.

A continuación se describe minuciosamente el proceso de atención al paciente en el centro en el cual está enmarcado este trabajo. Tal y como se puede observar, son cinco las fases en este tratamiento ambulatorio. En la tabla 16 se describen los tiempos así como los principales objetivos.

Tabla 16. Principales objetivos de Aldatu según fase de tratamiento

	INICIO	FINAL	OBJETIVOS
1. ADMISIÓN	Una persona se pone en contacto con Aldatu para solicitar información y/o tratamiento.	El paciente tiene una cita programada para comenzar.	1.- Recoger y valorar la primera demanda. 2.- Concretar la primera cita (lista de espera, fecha y profesional).
2. INGRESO	El paciente acude a la primera cita.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente tiene una cita para la segunda sesión o bien ▪ El paciente rechaza el tratamiento en algún momento del proceso y es dado de baja. 	1- Recoger la demanda 2- Explicar condiciones de tratamiento
3. EVALUACIÓN INICIAL	El paciente acude a la segunda cita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente ha efectuado todas las pruebas de evaluación previstas y existe una evaluación del caso y un plan de tratamiento (plazo máximo: 3 meses), o bien ▪ El paciente rechaza (dentro de los dos primeros meses de estancia) o abandona el tratamiento (a partir de los dos meses de estancia) en algún momento del proceso y es dado de baja 	1- Realizar un diagnóstico del caso 2- Marcar los objetivos del tratamiento 3- Diseñar el Plan de Tratamiento
4. TRATAMIENTO	Primera entrevista tras la elaboración del diagnóstico inicial y el diseño del plan de tratamiento.	El paciente finaliza su tratamiento y es incluido en la lista de salidas en el informe mensual. Si es alta terapéutica, realiza el "EuropASI de seguimiento" y se va con una cita para el seguimiento.	1- Desarrollar el Plan de Tratamiento diseñado en la fase anterior
5. SEGUIMIENTO Y FINALIZACIÓN	Primera entrevista de seguimiento, a los tres meses del alta terapéutica	Tercera entrevista de seguimiento y archivo de la documentación.	1.- Evaluar y consolidar los logros obtenidos tras el tratamiento.

1.- Fase de admisión

El proceso de admisión se realiza de acuerdo con los criterios y el procedimiento que se describen a continuación:

- Si el paciente pertenece al grupo de antiguos usuarios de programas de la Fundación Proyecto Hombre (PH) pero anteriormente no ha estado ingreso en Aldatu (se refiere a todas aquellas personas que han recibido algún tipo de tratamiento, en cualquiera de los programas de la Asociación PH tanto en Navarra como fuera) y además hace más de un año que no ha sido atendido, ingresará en la lista de espera. Si ha estado en tratamiento a lo largo del último año el ingreso será inmediato; si por el contrario ha pasado más tiempo, ingresará en la lista de espera.
- Si el paciente pertenece al grupo de usuarios actuales de Programas FPHN (se trata de aquellas personas que en el último año han recibido tratamiento en alguno de los programas de FPHN y que lo han abandonado por diversas circunstancias) el ingreso se llevará a cabo de inmediato. La excepción a esta norma está en las personas que abandonan Comunidad Terapéutica. En este caso el paciente deberá esperar un mes para ser incorporado a la lista de espera.
- Para las personas que nunca han participado en programas de FPHN se dan diferentes opciones. Si el paciente está derivado por alguna empresa con la cual se tiene firmado convenio de colaboración, la atención será inmediata. En los casos en que otros profesionales, y como casos excepcionales, soliciten directamente tratamiento en Aldatu con preferencia e indicaciones expresas, ingresará inmediatamente, asignándole terapeuta en dicho servicio.

1.1 - Cuando el paciente procede de Diagnóstico Inicial de la FPHN (servicio en el cual se recoge la demanda del usuario y se decide el tratamiento más adecuado) se procede del siguiente modo:

- La persona responsable de Admisión recibe de la responsable de Administración la Hoja de Valoración Inicial (en la que aparece la Cláusula sobre Protección de Datos). La hoja de valoración inicial es un documento interno que recoge varios datos de las distintas áreas de la persona a lo largo de su vida (datos socio demográficos, tratamientos anteriores, sustancias consumidas, sociograma familiar, situación laboral, situación legal y situación médica...) y entre las que se incluyen sustancia, frecuencia de consumo y estado actual, entre otros. La Cláusula de Protección de Datos, por su parte, es un documento interno que hace referencia a la actual y en vigor ley de protección de datos y que todo usuario debe de firmar antes de ingresar en el centro.

- La persona responsable de Admisión incluye los datos en la Lista de Admisión (hoja de Excel), y archiva los documentos recibidos en el archivador “Lista de Espera”.
- De acuerdo con las ratios pacientes/profesional establecidos, en el momento en el que un profesional de Aldatu tiene libre una plaza, acude a la Lista de Admisión, y se le asigna la primera persona de la Lista
- El profesional asignado llama por teléfono al paciente para concretar una cita, anotando la fecha de dicha cita en la Lista de Espera en Excel.
 - ✓ Si el paciente manifiesta que no desea acudir a tratamiento, el profesional asignado procede al cierre de la historia clínica de acuerdo con el Proceso de Gestión de las Historias Clínicas, y en la Lista de Admisión (Excel) lo marca en rojo, asignándole la denominación “rechazo de tratamiento”).
 - ✓ Si el profesional no localizase al paciente (tras 3 llamadas telefónicas en tres días y horarios diferentes, e incluyendo mensajes en el contestador, a poder ser), procede del mismo modo que en el caso anterior.

1.2.- Cuando el paciente realiza un ingreso directo en Aldatu:

- Como norma general, las solicitudes de información recibidas se derivan al servicio de Diagnóstico Inicial, salvo en los casos susceptibles de entrada directa recogidos en el documento “Gestión de la Lista de Admisión”.
- El profesional que recibe la demanda (por lo general, telefónica) expone el caso en la reunión de equipo más próxima, donde se decide si se admite al paciente por esta vía, qué profesional que le atenderá, y si recibirá atención inmediata o será incluido en la Lista de Admisión, de acuerdo con los criterios que se recogen en el documento “Gestión de la Lista de Admisión”.
- Una vez asignado el profesional que le atiende, éste procede del mismo modo que en el caso de las Derivaciones desde Diagnóstico Inicial (llamada telefónica para concertar cita, anotación en la Lista de Admisión, etc).

1.3.- Cuando el paciente procede del programa de Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre se procede del siguiente modo:

- La entrada en el Programa Aldatu se realiza de acuerdo con el procedimiento descrito en los documentos Derivación desde CT Itinerario Largo y “Derivación desde CT Itinerario Breve”
- El profesional que recibe la demanda la traslada al responsable de Admisión o, en su defecto, a la dirección de Aldatu.
- El responsable de Admisión recibe la demanda del profesional de la Comunidad Terapéutica y concertan una cita con el paciente en un plazo máximo de 2 ó 3 semanas (correspondientes al tiempo que reste para que el paciente finalice su estancia en CT).

- El responsable de Admisión incluye los datos del paciente en la Lista de Admisión.
- El responsable de Admisión expone la demanda en la reunión más próxima de Equipo, en la que se decide el profesional que le atenderá.
- En un plazo máximo de cinco días hábiles desde la recepción de la demanda, el profesional asignado se pone en contacto con el profesional de CT que realizó la solicitud, confirmando la cita, para que éste a su vez se la traslade al paciente.
- La dirección de Aldatu traslada la carpeta electrónica del usuario del fichero de historias de CT a la carpeta de historias de Aldatu.
- Antes de la cita programada, el profesional comprueba que en el fichero de historias clínicas de Aldatu se encuentra la carpeta del paciente, y contiene el informe de finalización de su estancia en el programa de CT.

1.4.- Cuando el paciente procede de una empresa conveniada se procede del siguiente modo:

- El profesional que recoge la demanda se la traslada a la persona responsable de Admisión.
- El responsable de Admisión recoge la demanda de la empresa conveniada y la presenta en la reunión más próxima del Equipo, asignándose un profesional al caso.
- El responsable de Admisión incluye los datos correspondientes en la Lista de Admisión.
- El profesional asignado llama por teléfono al paciente y conciertan una cita.
- El profesional asignado se pone en contacto con a la persona responsable de Administración, informándole del nombre y apellidos del paciente, y de la fecha de la primera cita prevista.
- El responsable de Administración se pone en contacto con la empresa conveniada para realizar las tareas burocráticas correspondientes.

1.5.- Cuando el paciente procede del programa Suspertu se procede del siguiente modo:

- El responsable de Admisión recoge la demanda y la presenta en la reunión más próxima del Equipo, asignándose un profesional al caso.
- El responsable de Admisión incluye los datos correspondientes en la Lista de Espera.
- El Profesional asignado llama por teléfono al paciente y conciertan una cita.
- Antes de la cita programada, o a más tardar, en la primera semana del tratamiento, el profesional recibe de los responsables de Suspertu el informe_de derivación correspondiente cumplimentado.

2.- Fase de ingreso

Se lleva a cabo la primera entrevista programada. Llegado el momento de la primera entrevista programada, el profesional asignado recibe al paciente en la sala de espera y le acompaña a su despacho.

Una vez en el despacho el profesional pregunta al paciente por el motivo de su demanda de tratamiento, de forma abierta. El profesional también explica al paciente las características del tratamiento en Aldatu (puede apoyar esta explicación en los documentos que le presentará a continuación) y presenta, explica, firma, y da a firmar al paciente los documentos (normas de régimen interno del programa y contrato terapéutico específico), entregándole una copia, también firmada, de los mismos. Siempre que se hace entrega de un documento en papel, el paciente tiene que firmar en el Libro de Registro del programa la recepción de los documentos anteriores.

En el caso de que el paciente no proceda del servicio de Diagnóstico Inicial, además de lo anterior se le entrega también para firmar la Cláusula/Contrato sobre Protección de Datos y el profesional cumplimenta la Hoja de Valoración Inicial.

Una vez finalizada la entrevista, el profesional acompaña al paciente a Administración para gestionar el compromiso de pago. En el caso de que el paciente acuda a tratamiento en relación con alguna causa judicial, el profesional, al finalizar la sesión, y si lo considera oportuno en ese momento, le pone en contacto con el Servicio Jurídico de la Fundación Proyecto Hombre Navarra, acompañándole al servicio o gestionándole una cita. El profesional finaliza la entrevista concertando con el paciente una cita para la próxima sesión, entregándole una tarjeta y anotando en la misma su nombre, horario y extensión telefónica.

Una vez finalizada la primera entrevista programada, y antes de la segunda, el profesional anota en la Lista de Admisión el ingreso, los datos correspondientes al paciente. Posteriormente abre la Historia Clínica Física (carpeta), incluyendo en la misma todos los documentos generados hasta la fecha, y procediendo a su archivo (ver proceso de archivo). También abre la Historia Clínica Informatizada en la base de datos, procediendo de acuerdo con el Manual de Utilización de la Base de Datos en Aldatu. Si en el transcurso de esta fase, el paciente manifiesta su voluntad de no

continuar el tratamiento, el Profesional procede a darle de baja en el Programa, con la consideración de “Rechazo de Tratamiento”. Para finalizar, en el plazo máximo de 1 mes desde la primera entrevista con el paciente, el profesional elabora un Informe de Idoneidad, y lo incluye en su historia clínica. Informa por e-mail al médico del programa para que lo revise y le dé su visto bueno.

3.- Fase de evaluación inicial (máximo 3 meses)

A continuación se describen las actividades que se realizan en entrevistas sucesivas en el ritmo y orden que estime conveniente en cada caso:

- Si no lo ha realizado en la primera entrevista, el profesional presenta, explica, firma, y da a firmar al paciente los siguientes documentos, entregándole una copia, también firmada, de los mismos.
 - Normas de Régimen Interno del Programa Aldatu.
 - Contrato Terapéutico con el Programa Aldatu.
- El profesional cumplimenta el EuropASI (Adicción Severity Index) (Kokkevi et al., 1995) de acuerdo con el manual del instrumento, y presenta el resultado en la reunión más próxima del equipo, procediéndose a una corrección conjunta (inter-jueces) entre todos los profesionales del servicio.
- El profesional administra en el curso de las entrevistas los instrumentos de evaluación siguientes:
 - Perfil de consumo (elegir el que corresponda):
 - ❖ Perfil Alcohol (tabla de equivalencias en UBEs de las bebidas más habituales; Clasificación de Tipologías de Alcoholismo de Jellinek)
 - ❖ Perfil Cannabis
 - ❖ Perfil Cocaína
 - ❖ Perfil Heroína
 - Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS)
 - Escala de Intensidad de Dependencia al Alcohol EIDA (en el caso de pacientes con problemática de alcoholismo), o bien Escala de Gravedad de la Dependencia SDS (en el caso de problemática asociada a otras drogas).
- Además de las anteriores, el profesional administra las pruebas complementarias que considere oportunas para completar el diagnóstico del caso, por ejemplo:
 - Inventario de Habilidades de Afrontamiento CBI
 - Cuestionario de Apoyo Social SSQ-6 de Sarason

- Cuestionario de Autoeficacia SCQ-39
 - Cuestionario de Confianza ante Situaciones de Riesgo DTCQ
 - Inventario de Situaciones relacionadas con el Consumo de Alcohol IDS 100
 - Inventario de Situaciones relacionadas con el Consumo de Drogas IDTS
 - Escala de Evaluación del Cambio URICA
 - Cuestionario de Salud SF-36
 - Otras pruebas
- Si el profesional lo considera conveniente, a partir de la información recogida a lo largo del proceso, gestiona una cita con el servicio médico del Programa Aldatu. A partir de ese momento, se realiza una intervención en paralelo de profesional y médico, debidamente coordinada.
 - Del mismo modo, si lo considera necesario a lo largo del proceso y no lo ha hecho en una fase anterior, el profesional gestiona una cita con el Servicio Jurídico de la Fundación Proyecto Hombre Navarra, iniciándose en su caso una intervención en paralelo de dicho servicio, debidamente coordinada.

A partir de la información obtenida en el curso de las entrevistas, las actividades a realizar son las siguientes. En primer lugar, y una vez recogida la información necesaria en el curso de las entrevistas y pruebas de evaluación, el profesional determina su correspondencia con los criterios diagnósticos de la clasificación CIE-10, y establece el Análisis Funcional correspondiente, elaborando el Informe de Evaluación y Plan de Tratamiento del Paciente Individualizado. El profesional a su vez incluye toda la documentación generada en la Historia Clínica del paciente de acuerdo con las normas reflejadas en el Documento de Seguridad de la organización.

4.- Fase de tratamiento

El profesional desarrolla el Plan de Tratamiento establecido en entrevistas sucesivas en el ritmo y orden que estime conveniente en cada caso, anotando en Hojas de Evolución del Paciente sucesivas las incidencias producidas en cada una de las entrevistas. En el curso del tratamiento, el profesional utilizará los instrumentos clínicos que considere convenientes.

Si durante el desarrollo del tratamiento existe la posibilidad de participar en alguno de los grupos temáticos o terapéuticos del Programa Aldatu, y el profesional lo considera conveniente, propone al paciente esta participación. En el caso de que lo acepte, el profesional le inscribe en el grupo correspondiente. En la actualidad se dispone de los siguientes grupos:

- Prevención de recaídas para cocaína y estimulantes
- Prevención de recaídas de alcohol distinta para hombres y mujeres
- Manejo de ansiedad

Si el profesional lo considera oportuno, para completar la información para el diagnóstico, de acuerdo con el paciente, y transcurridos como mínimo tres meses de abstinencia, solicita una Evaluación Psicológica Complementaria a las psicólogas responsables de realizar estas evaluaciones en el Programa Aldatu. Del mismo modo que en la fase anterior, si el profesional lo considera conveniente, a partir de la información recogida a lo largo del proceso, gestiona una cita con el médico del Programa. Procede del mismo modo en el caso de precisar la intervención del Servicio Jurídico de la Fundación, poniendo en contacto al paciente con el mismo. A partir de ese momento, se realiza una intervención en paralelo entre los diferentes profesionales intervinientes, debidamente coordinada por el profesional del caso.

El presente procedimiento es aplicable a todas las actividades que comprenden la prestación del servicio de evaluación psicológica en el Centro de Atención Ambulatoria, desde el momento de la recepción de la demanda por parte del profesional encargado del caso hasta la elaboración y presentación al equipo de profesionales del informe de evaluación y el archivo de la documentación correspondiente. Para los pacientes con Evaluación Psicológica Complementaria los objetivos serán realizar una aclaración diagnóstica o psicopatológica del paciente y orientar al profesional encargado del caso en el manejo del mismo. Para los pacientes sin Evaluación Psicológica Complementaria, sin embargo, el objetivo principal será el de recabar datos correspondientes al perfil psicológico de los pacientes susceptibles de ser utilizados en procesos de investigación.

Si el paciente precisa de Evaluación Psicológica Complementaria, una profesional de Aldatu solicita una evaluación psicológica complementaria (entrada de una hoja de solicitud en la carpeta de evaluaciones psicológicas). En cambio, si el profesional decide que el paciente no precisa de Evaluación Psicológica Complementaria, entrega en la carpeta de evaluaciones los cuestionarios de evaluación para datos de investigación. La psicóloga completa los datos correspondientes en la Base de Datos e incluye todos los documentos generados en la historia clínica del paciente de acuerdo con el proceso de archivo. El plazo de realización es de aproximadamente dos meses.

A continuación se detallan las actividades realizadas durante el proceso:

- Entrevistas de Evaluación Psicológica.
- Aplicación de Instrumentos de Evaluación Psicológica.
- Si fuera necesario, entrevistas con familiares o allegados.
- Recepción de informes de terceros.
- Corrección de pruebas y redacción de informes psicológicos.
- Gestión de la base de datos y de las historias clínicas.
- Reunión de devolución de resultados al equipo de profesionales.

Existe una distinción entre pacientes con Evaluación Complementaria o sin ella. Para pacientes con Evaluación Psicológica Complementaria el profesional responsable del seguimiento de un paciente solicita una evaluación psicológica complementaria (entrada de una Hoja de Solicitud en la Carpeta de Evaluaciones Psicológicas), de acuerdo con los Criterios de Acceso a la misma (1.- Adecuada adherencia al tratamiento y 2.- Mantenimiento de la abstinencia por un periodo mínimo de 3 meses). El profesional encargado de realizar la evaluación gestiona una cita para el paciente con la profesional de Aldatu responsable del seguimiento del paciente. El psicólogo realiza una entrevista inicial con el paciente en la cual le explica las características y los objetivos del proceso de evaluación psicológica, de acuerdo con las mini-guía para la primera entrevista de evaluación psicológica. Inicia la Historia Personal del paciente, mediante entrevista semi estructurada de acuerdo con el Modelo de Historia Personal y Clínica. El profesional encargado realiza con el paciente entrevistas sucesivas en las que realiza las siguientes actividades:

- Finaliza la Historia Personal del paciente (duración aproximada: 4 sesiones, además de la inicial).
- Entrega al paciente los Instrumentos de Evaluación y le solicita que los cumplimente en su domicilio y los traiga posteriormente:
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II
- Inventario de Síntomas SCL-90 R de Derogatis
- Si lo considera necesario, administra pruebas de evaluación complementarias que clarifiquen el diagnóstico.
- Posteriormente se corrigen e interpretan los instrumentos de evaluación psicológica administrados y se procede a elaborar el Informe de Evaluación Psicológica de acuerdo con el Modelo de Informe de Evaluación Psicológica de Aldatu. El profesional presenta el informe de la evaluación realizada al resto del equipo del programa, en una reunión en la que se presentan a su vez los resultados de la evaluación médica (si la hubiera) y la de la profesional responsable del seguimiento del caso, consensuando entre todos los miembros del equipo un plan de intervención. La psicóloga responsable de las evaluaciones mantiene con el paciente una entrevista de devolución de los resultados de la evaluación psicológica en la que se le presentan verbalmente dichos resultados. Para finalizar, la responsable introduce en la Base de Datos del Programa los datos que le corresponden (todos los documentos generados durante el proceso en la Historia Clínica del paciente, incluidos los datos correspondientes al SCL-90-R y los correspondientes a la pestaña de “Evaluación Psicológica” dentro de “Pruebas Clínicas”) de acuerdo con el proceso de archivo.

Para los pacientes sin Evaluación Psicológica Complementaria, el responsable del área de evaluación recoge de la Carpeta de Evaluaciones Psicológicas los cuestionarios de evaluación para datos de investigación depositados por los profesionales responsables de los casos, y que para cada paciente son el Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-III y el Inventario de Síntomas SCL-90 R de Derogatis. Una vez obtenidos los cuestionarios se procede a la corrección e introducción de los datos obtenidos en la Base de Datos del Programa en la pestaña de “Evaluación Psicológica” (dentro de “Pruebas Clínicas”). Así, se incluyen todos los documentos generados durante el proceso en la Historia Clínica del paciente, de acuerdo con el proceso de archivo.

5.- Fase de finalización y seguimiento

En el momento en el que el paciente cumple los criterios para dar por finalizada su participación en el Programa Aldatu, el profesional procede a dar fin al tratamiento

de acuerdo con el Subproceso y Criterios de Gestión de Finalizaciones de Tratamiento. El Profesional mantiene con el usuario tres entrevistas individuales no estructuradas a los 3, 6 y 12 meses tras el alta terapéutica con el objetivo de evaluar y consolidar los logros obtenidos tras el tratamiento. Una vez finalizada la tercera entrevista, el profesional procede al archivo de la Historia Clínica conforme al proceso de archivo y al documento de seguridad.

En resumen, el programa Aldatu ha sido un programa pionero y referente en Navarra en el tratamiento ambulatorio de adicciones. La autora del presente trabajo, es a su vez, psicóloga en este centro objeto de estudio, el cual se evalúa en la parte empírica. Además, el programa pretende vertebrar el mundo académico y el asistencial, para lo que colabora con instituciones solventes dentro del mundo de las adicciones, tanto en la formación de futuros profesionales como en la colaboración en investigaciones académicas en el campo de las adicciones. Por el momento, se ha constituido como centro colaborador de los Departamentos de Psicología de la Universidad de País Vasco, de la Universidad Pública de Navarra y de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, entre otros.

PARTE EMPÍRICA

PARTE EMPÍRICA

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de esta parte empírica se expone una investigación que evalúa la eficacia del Programa Aldatu, desarrollado por la Fundación Proyecto Hombre Navarra para el tratamiento ambulatorio de pacientes alcohólicos. Para ello se han tenido en cuenta las variables sociodemográficas, de consumo, psicopatológicas y de personalidad de todos los participantes.

La muestra está compuesta por 151 pacientes seleccionados entre aquellos que acudieron en busca de ayuda a la Fundación Proyecto Hombre Navarra e iniciaron un tratamiento en el centro. Todos ellos son pacientes adultos que cumplían los criterios diagnósticos de abuso o dependencia de alcohol del DSM-IV-TR y la CIE-10. El estado clínico variaba en función del grado de severidad y de la presencia o no de comorbilidad psicopatológica. Frecuentemente presentaban una larga historia de adicción y repetidos intentos de permanecer abstinentes con o sin tratamientos formales.

Todos los pacientes completaron un protocolo de evaluación en el cual se llevaban a cabo una serie de entrevistas dirigidas a realizar el diagnóstico mediante los siguientes cuestionarios: EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995; versión española de Bobes, González, Sáiz y Bousoño, 1996), SCL-90-R (Derogatis, 1992; versión española de González de Rivera, 2002), y MCMI-II (Millon, 1997; versión española de Ávila, 1998). Tras realizar el diagnóstico y la evaluación de las necesidades de cada caso, se realizó un tratamiento individualizado con un seguimiento minucioso a nivel médico y psicológico, así como de los resultados obtenidos en relación con la adicción. En este estudio se lleva a cabo una evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio que ofrece Proyecto Hombre a este tipo de pacientes.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 OBJETIVOS

1. Determinar el perfil sociodemográfico, de gravedad de la adicción, psicopatológico, de personalidad y de violencia en los pacientes alcohólicos de la muestra.
 - 1.1. Establecer el perfil diferencial de la muestra en función del sexo.
 - 1.2. Identificar la prevalencia de conductas violentas en la muestra y las características específicas asociadas.
 - 1.3. Conocer la prevalencia de abuso físico y/o sexual en la muestra y las características asociadas al mismo.

2. Estudiar las características de reingresos terapéuticos en los pacientes de la muestra.
 - 2.1. Determinar la prevalencia de reingresos terapéuticos en la muestra.
 - 2.2. Establecer el perfil diferencial de los pacientes con y sin reingresos terapéuticos.
 - 2.3. Determinar las variables asociadas a los reingresos terapéuticos.

3. Evaluar la eficacia del tratamiento ambulatorio para los problemas de alcohol desarrollado en la Fundación Proyecto Hombre Navarra.
 - 3.1. Determinar la tasa de éxito terapéutico en los pacientes de la muestra.
 - 3.2. Establecer el perfil diferencial entre los pacientes que finalizan con éxito y los que lo abandonan prematuramente.
 - 3.3. Identificar las variables predictoras del éxito y del abandono en el tratamiento.

2.2 HIPÓTESIS

1. El perfil de la persona atendida será el de un varón, de mediana edad, consumidor diario de alcohol y con una gravedad de la adicción moderada.

2. Las principales características psicopatológicas de la muestra se relacionarán con la sintomatología ansiosa y depresiva, y con unos rasgos de personalidad compulsivos y dependientes.

3. Las mujeres presentarán una mayor gravedad de la adicción, con más problemática psicopatológica y con más rasgos de personalidad fóbicos e histriónicos.
4. La prevalencia de conductas violentas en la muestra estudiada será alta.
5. Los alcohólicos con conductas violentas asociadas serán principalmente varones, con mayor hostilidad, y mayor prevalencia de alteraciones de personalidad.
6. La prevalencia de historias de abuso físico y/o sexual en la muestra será alta.
7. Los pacientes víctimas de abuso serán principalmente mujeres, con una problemática moderada de consumo de alcohol, con una mayor afectación en el área familiar, y con más sintomatología ansiosa y/o depresiva, junto con rasgos de personalidad dependiente, agresiva y pasivo-agresiva.
8. La prevalencia de reingresos terapéuticos en los pacientes de la muestra será alta.
9. Los pacientes con reingresos terapéuticos presentarán una mayor gravedad en las variables estudiadas.
10. Los pacientes con un mayor número de reingresos terapéuticos presentarán una mayor gravedad en las variables estudiadas.
11. El programa evaluado presentará una tasa de éxito similar a la obtenida en otros programas de tratamiento del alcoholismo.
12. Los pacientes que obtienen el alta terapéutica presentarán una menor problemática en las áreas de consumo y familiar al inicio del tratamiento, así como con menor gravedad psicopatológica y ausencia de trastornos de personalidad.
13. Las principales variables predictoras de alta terapéutica serán la menor problemática en las áreas de consumo y familiar, la menor gravedad psicopatológica y la ausencia de trastornos de personalidad al inicio del tratamiento.

3. MÉTODO

3.1 MUESTRA

La muestra inicial de este estudio consistió en 180 pacientes que acudieron en busca de tratamiento por abuso de alcohol al programa Aldatu de la FPHN en el periodo comprendido entre 2009 y 2012. Se trata de un programa cognitivo-conductual que está dirigido a la abstinencia.

Los criterios de admisión para el presente estudio fueron los siguientes: a) cumplir los criterios para un diagnóstico de dependencia del alcohol o de abuso según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000); b) tener más de 18 años; c) ingresar en el programa de tratamiento; d) firmar el contrato terapéutico y el consentimiento informado referente a las normas internas del centro y la cláusula de protección de datos en vigor; y e) tener cumplimentados el EuropASI, el MCMI-II y el SCL-90-R.

Con arreglo a estos criterios de admisión, la muestra final de este estudio está compuesta por 151 pacientes (111 hombres y 40 mujeres), con una edad media de 41,7 años. En el apartado de resultados se presenta una descripción más detallada de las características sociodemográficas de la muestra. Los 29 pacientes restantes (16,1%) fueron excluidos por no cumplir los criterios de admisión. En concreto, las razones de exclusión fueron las siguientes: no aceptar la participación en el programa de tratamiento (n = 13), no completar las sesiones de evaluación (n = 11) y ser derivados a otros dispositivos de tratamiento (n = 5).

3.2 TERAPEUTAS

La evaluación de los pacientes ha sido llevada a cabo por el equipo multidisciplinar de tratamiento del programa Aldatu. Este equipo está compuesto por psicólogos, pedagogos, médicos y trabajadores sociales. Todos los profesionales

cuentan con más de diez años de experiencia en el tratamiento de las adicciones y están específicamente formados en la evaluación del alcoholismo

3.3 DISEÑO

En este estudio se ha utilizado un diseño ex post facto, de carácter prospectivo. En concreto, se estudia el efecto de más de una variable independiente (todas las variables evaluadas durante el pretratamiento) sobre una dependiente (el alta o el abandono terapéutico) (Montero y León, 2005).

3.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y VARIABLES DEL TRATAMIENTO

En este apartado se exponen las principales características de los instrumentos de evaluación utilizados en el estudio. Estos instrumentos se agrupan en dos categorías:

a) Variables sociodemográficas y de gravedad de la adicción

- Hoja de datos personales (historia clínica).
- EuropASI.

b) Variables psicopatológicas y de personalidad

- Listado de síntomas (SCL 90-R).
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II).

Las variables estudiadas se han recogido a partir de estos instrumentos de evaluación utilizados. En concreto, las variables consideradas en el estudio han sido las siguientes:

- *Variables sociodemográficas.* Edad. Sexo. Estado civil. Formación académica. Hoja de datos personales. Situación laboral. Antecedentes familiares de drogas y alcohol (Hoja de datos personales y EuropASI).
- *Variables de consumo.* Sustancia motivo de tratamiento. Índice de severidad de la adicción (EuropASI).

- *Variables psicopatológicas:*
 - Sintomatología psicopatológica (SCL-90-R).
 - Alteraciones de personalidad (MCMI-II).
- *Presencia de conductas violentas* (EuropASI).
- *Historia de abuso* (EuropASI).
- *Variables relacionadas con el tratamiento.* Modo de conclusión del mismo (finalización o abandono). Número de tratamientos por paciente. Meses transcurridos en el programa de tratamiento.

3.4.1 VARIABLES DE CONSUMO Y DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN

El *EuropASI* (Kokkevi y Hartgers, 1995) es la versión europea del Addiction Severity Index, ASI (McLellan et al., 1980). La versión española empleada es de Bobes et al., (1996). Se trata de una entrevista clínica muy utilizada tanto desde la perspectiva clínica (con funciones de *screening*, de diagnóstico, de evaluación clínica y de evaluación de resultados) como desde la perspectiva institucional -para la evaluación de los resultados de los programas, la comparación entre dispositivos de tratamiento, la comparación de subpoblaciones de pacientes o la comparación entre diferentes contextos- (González-Saiz et al., 2002; Mäkelä, 2004).

Esta entrevista valora la necesidad de tratamiento del paciente en 7 áreas diferentes: a) estado médico general; b) situación laboral y financiera; c) consumo de alcohol; d) consumo de otras drogas; e) problemas legales; f) relaciones familiares y sociales; y g) estado psicológico. Para ello se puede emplear el Índice de Gravedad del Entrevistador (IGE) (Interviewer Severity Rating). Este índice, que ha mostrado su utilidad en diferentes investigaciones desarrolladas en el mismo contexto de tratamiento (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Fernández-Montalvo et al., 2007; Fernández-Montalvo et al., 2008; López-Goñi et al., 2012; López-Goñi et al., 2008; López-Goñi et al., 2010), se calcula considerando una serie de ítems críticos en cada una de las áreas, para posteriormente considerar la propia autoevaluación del paciente y el criterio del entrevistador. En función de estos elementos se señala una puntuación comprendida en un rango de puntuaciones comprendido entre 0 (ausencia de problema) y 9 (problema extremo). A mayor puntuación, se entiende que hay una

mayor gravedad de la adicción. A su vez, la gravedad se define como la necesidad de tratamiento en cada área. El punto de corte a partir del cual se considera que existe una gravedad clínica significativa es de 4 puntos en cada área. Además de dichas puntuaciones de gravedad, en esta investigación se han empleado las diferentes variables sociodemográficas y de consumo recogidas en este instrumento. La fiabilidad test-retest a corto plazo de las escalas de gravedad del ASI es mayor o igual a 0,92 en todas las áreas (Anexo 1).

3.4.2 VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS Y DE PERSONALIDAD

El Listado de Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1992; González de Rivera, 2002) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: el Índice Global de Severidad (GSI), que refleja la gravedad global de los síntomas presentados, el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI), que indica la intensidad de los síntomas presentes, y el Total de Sintomatología Positiva (PST), que recoge el número de ítems contestados con una puntuación distinta de 0. La consistencia interna de este instrumento oscila entre 0,70 y 0,90. En este estudio se han considerado los percentiles en la población general de cada dimensión (Anexo 2).

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) es utilizado para evaluar las alteraciones de personalidad y la sintomatología psicopatológica, con arreglo a la teoría sobre los trastornos de personalidad propuesta por Millon (1973). Se trata de un cuestionario clínico autoaplicado compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporcionan información sobre 11 escalas básicas de

personalidad (esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizoide, límite y paranoide), y 9 síndromes clínicos moderados y graves (ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol y abuso de otras drogas, pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). Cuenta con cuatro escalas de control (validez sinceridad, deseabilidad, y alteración) que determinan posibles sesgos en las contestaciones a las preguntas. Una puntuación igual a 0 significa validez para corregir el cuestionario mientras que la puntuación igual a 1 aunque si es válida en ocasiones puede ser cuestionable. Las puntuaciones iguales o superiores a dos en esta escala (validez) invalidan el cuestionario por su escasa fiabilidad. La validación española del instrumento cuenta con una gran validez y efectividad. En esta investigación, se ha considerado que existía un posible trastorno de personalidad cuando la puntuación en las tasas base del perfil eran superiores a 84 (Anexo 3).

3.5 TRATAMIENTO

El tratamiento ambulatorio desarrollado en el programa Aldatu consiste en una intervención de orientación cognitivo-conductual. Se trata de una intervención psicológica intensiva, tanto individual como grupal que tiene una duración aproximada de un año. No obstante, si el paciente ha sido tratado con tratamiento farmacológico aversivo al alcohol (por ejemplo, con disulfiram), la duración del tratamiento puede prolongarse al doble.

Las sesiones individuales tienen una periodicidad semanal y 1 hora de duración. En estas sesiones se potencia la conciencia de problema, además de realizarse el diagnóstico y el plan de tratamiento individualizado. Una vez concretados los objetivos, las sesiones se desarrollan bien de forma individual, bien con la presencia de un familiar de referencia, si el profesional encargado del caso así lo considera.

En la terapia grupal llevada a cabo con una media de 10-12 pacientes, se interviene específicamente en la prevención de recaídas. Son sesiones semanales y tienen una duración de 90 minutos. Los grupos están organizados en función del sexo,

debido a las diferencias entre los perfiles de hombres y mujeres con problemas de alcohol.

Una explicación más completa y detallada del programa de intervención se ha llevado a cabo en el capítulo 4 de la parte teórica.

3.6 PROCEDIMIENTO

Durante la fase de admisión, la persona con problemas de alcohol se ponía en contacto con la entidad y solicitaba una primera entrevista con el profesional. El objetivo inicial era recoger y valorar la demanda de tratamiento y hacer los trámites pertinentes para tramitar el ingreso en el centro.

Durante la primera entrevista, el profesional explicaba las condiciones generales del tratamiento en el programa Aldatu, y se firmaba el contrato terapéutico y las normas (con las consecuencias de cumplimiento o incumplimiento de las mismas), además de las cláusulas de la ley de protección de datos en vigor. Una vez realizado el ingreso comenzaba la evaluación inicial, en la que se establecía el diagnóstico del caso, se marcaban los objetivos de tratamiento y se diseñaba el plan individualizado de intervención. Para ello se contaba con el EuropASI y se establecía un perfil de bebida.

Posteriormente, el tratamiento comenzaba con la explicación al paciente de su diagnóstico y del plan de tratamiento individualizado. La periodicidad de las sesiones era semanal y en ellas se intervenía para la consecución de los objetivos expuestos en el plan de tratamiento individualizado. Durante esta fase, el paciente acudía simultáneamente a los grupos formados para la intervención específica en prevención de recaídas. Durante estos meses también el paciente era objeto de una evaluación psicológica en profundidad (con al menos tres meses de abstinencia) para conocer las características psicopatológicas y de personalidad. Tras cumplir parcial o totalmente con los objetivos planteados se valoraba la salida del sujeto del programa. En la última sesión se llevaba a cabo una devolución del proceso terapéutico, y se establecía el programa de seguimiento con el paciente (a los 3, 6 y 12 meses tras el alta). Si por el contrario el paciente abandonaba el tratamiento de forma prematura y, por tanto, sin

alcanzar los objetivos terapéuticos, el profesional de referencia lo llamaba pasados dos meses con el fin de conocer su estado y valorar la posibilidad de reingresar en el programa. Un resumen del procedimiento tabla en la tabla 17.

Tabla 17. Procedimiento del tratamiento ambulatorio Aldatu

	INICIO	FINAL	OBJETIVOS
1. ADMISIÓN	El paciente se pone en contacto con Aldatu para solicitar información y/o tratamiento.	El paciente tiene una cita programada para comenzar.	- Recoger y valorar la primera demanda. - Concretar la primera cita (lista de espera, fecha y profesional).
2. INGRESO	El paciente acude a la primera cita.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente tiene una cita para la segunda sesión, o bien ▪ El paciente rechaza el tratamiento en algún momento del proceso y es dado de baja. 	- Recoger la demanda - Explicar condiciones de tratamiento
3. EVALUACIÓN INICIAL	El paciente acude a la segunda cita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente ha efectuado todas las pruebas de evaluación previstas y existe una evaluación del caso y un plan de tratamiento (plazo máximo: 3 meses), o bien ▪ El paciente rechaza (dentro de los dos primeros meses de estancia) o abandona el tratamiento (a partir de los dos meses de estancia) y es dado de baja 	- Realizar un diagnóstico del caso - Marcar los objetivos del tratamiento - Diseñar el Plan de Tratamiento
4. TRATAMIENTO	Primera entrevista tras la elaboración del diagnóstico inicial y el diseño del plan de tratamiento.	El paciente finaliza su tratamiento. Si es alta terapéutica, realiza el "EuropASI de seguimiento" y se va con una cita para el seguimiento.	- Desarrollar el Plan de Tratamiento diseñado en la fase anterior
5. SEGUIMIENTO Y FINALIZACIÓN	Primera entrevista de seguimiento, a los tres meses del alta terapéutica	Tercera entrevista de seguimiento a los doce meses del alta terapéutica y archivo de la documentación.	1.- Evaluar y consolidar los logros obtenidos tras el tratamiento.

3.6 ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis estadísticos han sido llevados a cabo con el programa SPSS (versión 15.0 para Windows). Para determinar las características de la muestra se ha llevado a cabo un análisis de carácter descriptivo (porcentajes, medias y desviaciones típicas). La comparación entre los grupos se ha realizado mediante la prueba *Chi* cuadrado, en el caso de las variables categóricas, y la *t* de *Student* para las variables cuantitativas. En este último caso se ha realizado el contraste de Levene para comprobar la homogeneidad de las varianzas. Asimismo, cuando se han comparado tres grupos se ha utilizado el análisis de varianza (ANOVA). En este caso, la homogeneidad de las varianzas se ha comprobado también mediante el estadístico de Levene. Las comparaciones post-hoc de los grupos dos a dos, para determinar entre qué grupos existían diferencias, se han llevado a cabo mediante el test de comparaciones múltiples de Bonferroni.

Por lo que se refiere a los análisis multivariados, se han llevado a cabo análisis *Chaid* con todas las variables del pretratamiento, con el objetivo de identificar las principales variables relacionadas con los distintos grupos estudiados: hombre o mujer, presencia o no de conductas violentas, historia o no de victimización, existencia o no de reingresos, alta o abandono terapéutico. Asimismo, se ha llevado a cabo un análisis de regresión logística, con el objetivo de valorar las principales variables relacionadas con alta y/o el abandono terapéutico. Para todas las pruebas se han considerado significativos los valores de $p \leq 0,05$.

4. RESULTADOS

En este capítulo de la investigación se presentan los resultados tal y como a continuación se describe:

- a) En primer lugar, se ofrecen los resultados relativos a las características de la muestra, así como a las comparaciones por sexo.
- b) En segundo lugar, se expone la comparación del perfil de las personas adictas con y sin conductas violentas.
- c) En tercer lugar, se presenta la comparación entre los adictos con y sin historias de victimización física y/o sexual.
- d) En cuarto lugar, se analizan las características diferenciales entre los pacientes con y sin reingresos terapéuticos, así como las relacionadas con el número de reingresos.
- e) Por último, se presentan los resultados relativos a la eficacia del tratamiento en función de las variables relacionadas con el alta y el abandono.

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

4.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

4.1.1.1 Características sociodemográficas

Los principales datos sociodemográficos de la muestra se presentan en la tabla 18. En ella aparecen tanto los datos de la muestra total, como los resultados de la comparación por sexos.

La muestra está compuesta por 111 hombres (73,5%) y 40 mujeres (26,5%). La edad media de los pacientes es de 41,7 años. El perfil predominante es el de un varón, con un patrón de consumo diario, casado y con los estudios primarios completados.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres en ninguna de las variables estudiadas. La mayoría de los hombres están casados o solteros (35,8% respectivamente) y han cursado estudios primarios (55%).

Sin embargo, el 47,5% de las mujeres están casadas y más de la mitad tiene estudios superiores o universitarios (52,7%).

Tabla 18. Comparación de variables sociodemográficas según sexo

	Total (N = 151)		Hombres (n = 111)		Mujeres (n = 40)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT	M	DT		
Edad media	41,7	9,3	42,6	9,6	40,7	9,1	1,21 (149)	,264
Procedencia	n	%	n	%	n	%	χ^2 (gl)	p
Pamplona y comarca	115	76,2%	84	75,7%	31	77,5%	0,04 (1)	,837
Resto Navarra	36	23,8%	27	24,3%	9	22,5%		
Estado civil							2,65 (2)	,265
Solteros	48	32,2%	39	35,8%	9	22,5%		
Casados	58	38,9%	39	35,8%	19	47,5%		
Separados/Divorciados	43	28,9%	31	28,4%	12	30,0%		
Nivel educativo							6,38 (3)	,094
Sin Estudios/Primarios/EGB	77	51,0%	61	55,0%	16	40,0%		
Secundaria/FP1	18	11,9%	15	13,5%	3	7,5%		
Bachillerato/COU/FP2	33	21,9%	22	19,8%	11	27,5%		
Universitarios	23	15,2%	13	11,7%	10	25,0%		
Frecuencia de consumo							1,58 (2)	,452
Menos de 1 día/semana	32	21,2%	24	21,6%	8	20,0%		
4-6 días/semana	9	6,0%	5	4,5%	4	10,0%		
Todos los días	110	72,5%	82	73,9%	28	70,0%		

4.1.1.2 Gravedad de la adicción

Respecto a la necesidad de tratamiento en las diferentes áreas que recoge el EuropASI, los sujetos de la muestra presentan mayores puntuaciones en las escalas de consumo de alcohol, apoyo familiar/social y psiquiátrica (tabla 19). Mientras que los hombres puntúan más alto en las escalas de consumo de alcohol, drogas y legal, las mujeres muestran valores más elevados en las relacionadas con el apoyo familiar/social, los problemas psiquiátricos y los médicos.

Aparecen diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en las escalas legal y psiquiátrica, con unas mayores puntuaciones por parte de los varones en la legal y por parte de las mujeres en la psiquiátrica.

Tabla 19: Diferencia en las escalas de gravedad de la adicción según sexo (EuropASI)

EuropASI	Total (N = 151)		Hombres (n = 111)		Mujeres (n = 40)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT	M	DT		
Médica	2,30	1,65	2,25	1,70	2,43	1,53	0,56 (149)	,573
Empleo/Soporte	2,64	1,93	2,64	1,94	2,65	1,92	0,02 (149)	,977
Consumo de alcohol	5,32	1,44	5,38	1,41	5,10	1,51	0,87 (148)	,385
Consumo de otras drogas	1,97	1,86	2,07	1,99	1,63	1,42	1,37 (97,70)	,174
Legal	1,47	1,30	1,65	1,40	,98	0,69	3,89 (134,51)	,000
Familiar/Social	3,80	1,81	3,67	1,82	4,10	1,75	1,52 (149)	,128
Psiquiátrica	3,56	1,87	3,32	1,85	4,23	1,80	2,68 (149)	,008

4.1.1.3 Características psicopatológicas

En lo referido a las variables psicopatológicas, los resultados del SCL-90-R muestran un nivel moderadamente alto de síntomas psicopatológicos en los sujetos (tabla 20). Las puntuaciones más altas aparecen en psicoticismo, PST, GSI y PSDI.

Las mujeres muestran puntuaciones más elevadas que los hombres en todos los síntomas objeto de estudio, con la excepción de la ansiedad fóbica (en ambos casos igual) depresión y hostilidad. No hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna escala.

Tabla 20. Comparación en los síntomas de malestar psicológico según sexo (SCL-90-R)

SCL-90-R	Total (N = 151)		Hombres (n = 111)		Mujeres (n = 40)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT	M	DT		
Somatización	61,59	32,50	59,87	33,94	66,49	27,87	1,1 (80,4)	,233
Obsesión	61,56	32,34	60,81	33,11	63,63	30,38	0,47 (149)	,639
Sensibilidad interpersonal	65,23	32,25	64,30	32,95	67,80	30,47	0,58 (149)	,558
Depresión	66,09	31,23	66,84	30,90	64,03	32,43	0,48 (149)	,627
Ansiedad	61,77	33,36	60,28	34,72	65,93	29,24	0,99 (81,3)	,323
Hostilidad	51,79	32,95	52,04	32,84	51,10	33,67	0,15 (149)	,878
Ansiedad fóbica	55,78	36,47	55,99	36,11	55,20	37,92	0,11 (149)	,907
Ideación paranoide	63,62	31,92	61,50	32,12	69,48	31,01	1,35 (149)	,177
Psicoticismo	74,08	28,66	73,06	29,72	76,90	25,61	0,72 (149)	,470
GSI	67,91	31,10	67,28	31,52	69,65	30,23	0,41 (149)	,681
PSDI	67,91	31,10	49,79	28,70	50,83	33,22	0,18 (149)	,852
PST	70,40	30,48	69,04	31,36	74,18	27,95	0,91 (149)	,362

GSI= Índice Global de Gravedad; PSDI= Índice de Ditrés de Síntomas Positivos; PST= Total de Sintomatología Positiva.

Respecto a la evaluación del malestar psicológico obtenido con el MCMI-II (tabla 21), las mayores puntuaciones en la muestra total se dan en las escalas de abuso de alcohol, delirios psicóticos y abuso de drogas. Esto coincide también en el caso de los hombres, que puntúan más también en estas escalas. Las mujeres, sin embargo, presentan puntuaciones más altas en las escalas de hipomanía, depresión mayor e histeriforme.

La única diferencia estadísticamente significativa se encuentra en la escala de delirios psicóticos. En este caso, son los hombres lo que obtienen una puntuación significativamente más alta.

Tabla 21. Diferencias en síntomas de malestar psicológico según sexo (MCMI-II)

MCMI-II	Total (N = 151)		Hombres (n = 111)		Mujeres (n = 40)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT	M	DT		
Ansiedad	33,62	32,02	34,50	33,15	31,18	28,93	0,59 (78,41)	,552
Histeriforme	32,32	25,60	31,32	26,59	35,08	22,70	0,86 (80,15)	,395
Hipomanía	46,73	20,34	44,95	20,16	51,63	20,27	1,78 (148)	,076
Neurosis depresiva	23,03	24,89	23,04	25,06	23,00	24,75	0,01 (149)	,994
Abuso de alcohol	71,52	72,56	78,17	82,90	53,08	19,72	1,89 (149)	,061
Abuso de drogas	52,40	22,73	51,59	23,20	54,68	21,49	0,73 (149)	,463
Pensamiento psicótico	44,21	26,14	44,96	26,73	42,10	24,64	0,59 (149)	,554
Depresión mayor	31,02	29,12	29,49	28,97	35,28	29,47	1,07 (149)	,283
Delirios psicóticos	59,57	10,98	60,85	11,05	56,03	10,70	2,41 (149)	,017

4.1.1.4 Características de las escalas de personalidad

Por lo que se refiere a las escalas de personalidad evaluadas mediante el MCMI-II, las puntuaciones más altas son las de las escalas esquizoide, dependiente y compulsiva. En la comparación en función del sexo, las mujeres presentan puntuaciones estadísticamente más altas que los hombres en las escalas fóbica, narcisista, antisocial, agresiva y pasivo-agresiva (tabla 22).

Tabla 22. Diferencias en las escalas de personalidad según sexo (MCMI-II)

MCMI-II	Total (N = 151)		Hombres (n = 111)		Mujeres (n = 40)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT	M	DT		
Esquizoide	63,88	29,54	64,41	32,40	62,40	19,81	0,36 (149)	,713
Fóbica	53,62	27,57	49,97	27,78	63,73	24,58	2,92 (77,36)	,004
Dependiente	61,48	23,13	62,68	22,37	58,15	25,09	1,06 (149)	,290
Histriónica	52,68	20,00	52,79	18,84	52,38	23,18	0,11 (149)	,911
Narcisista	52,10	23,03	50,07	24,44	57,73	17,64	2,10 (95,41)	,038
Antisocial	53,21	23,85	50,52	24,89	60,65	19,05	2,64 (89,70)	,010
Agresiva (Sádica)	54,33	23,73	51,04	23,23	63,48	22,98	2,91 (149)	,004
Compulsiva	59,79	19,66	60,08	18,00	59,00	23,91	0,26 (55,73)	,795
Pasivo/Agresiva	45,03	30,44	40,26	30,59	58,25	26,07	3,30 (149)	,001
Autodestructiva	49,42	25,68	48,20	24,30	52,83	29,24	0,97 (149)	,330
Esquizotípica	44,26	22,50	43,95	24,54	45,13	15,72	0,34 (108,01)	,732
Límite	37,77	26,97	35,49	27,97	44,13	23,13	1,91 (82,79)	,059
Paranoide	58,40	14,69	58,30	15,68	58,70	11,70	0,15 (149)	,882

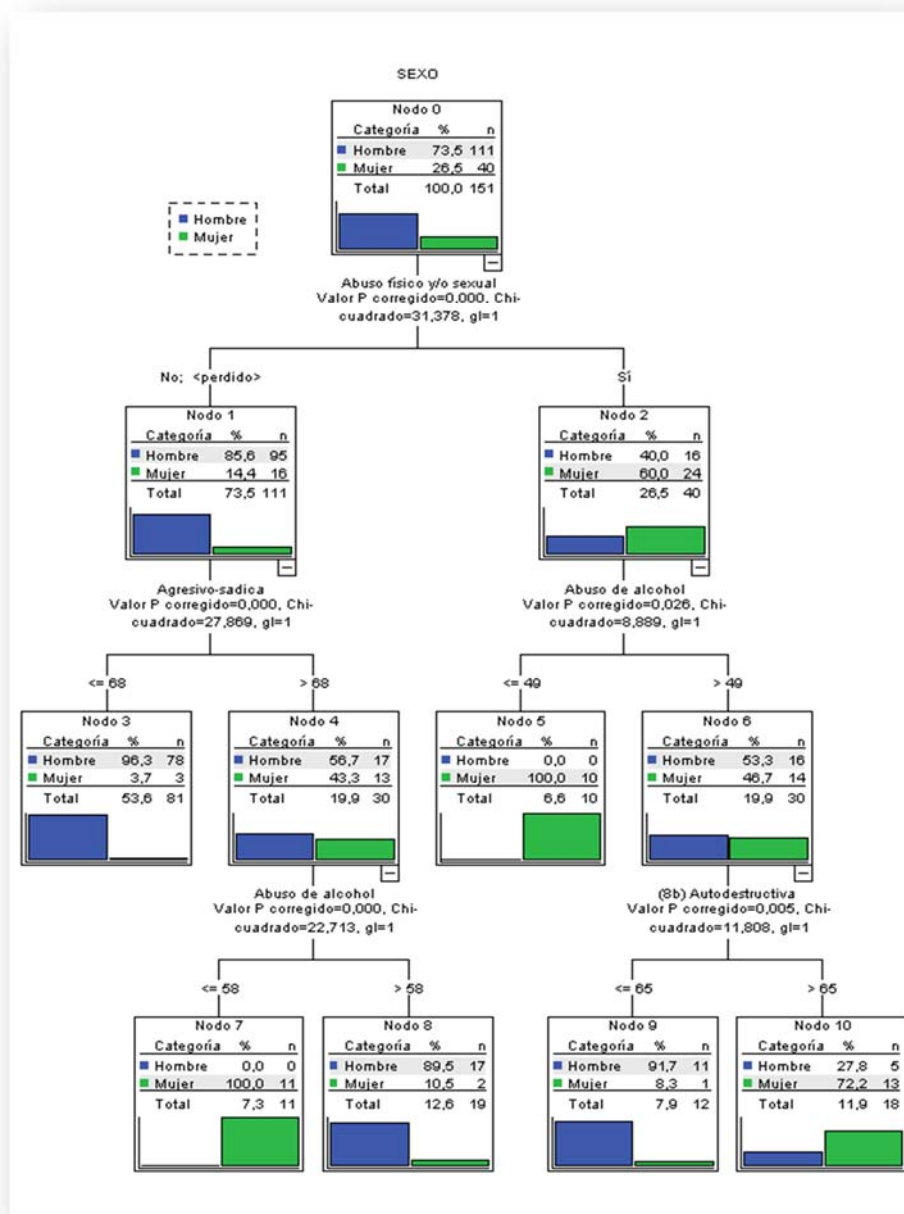
En relación con la tasa de pacientes que obtienen puntuaciones superiores a 84 en la tasa-base, las escalas de personalidad que destacan en la muestra total son la dependiente, la esquizoide y la agresiva. En los hombres se observan porcentajes mayores en todas las escalas a excepción de la histriónica. Esta es más elevada en las mujeres y además es la única con una diferencia estadísticamente significativa (tabla 23).

Tabla 23. Diferencias en las escalas de personalidad con una tasa base superior a 84 según sexo (MCMI-II)

	Total (N = 151)		Hombres (n = 111)		Mujeres (n = 40)		χ^2 (gl)	p
	N	%	n	%	n	%		
Esquizoide	17	11,3%	14	12,6%	3	7,5%	0,77 (1)	,380
Fóbica	12	7,9%	8	7,2%	4	10,0%	0,31 (1)	,576
Dependiente	19	12,6%	14	12,6%	5	12,5%	0,01 (1)	,985
Histriónica	3	2,0%	0	--	3	7,5%	8,49 (1)	,004
Narcisista	10	6,6%	9	8,1%	1	2,5%	1,49 (1)	,221
Antisocial	13	8,6%	10	9,0%	3	7,5%	0,85 (1)	,771
Agresiva (Sádica)	17	11,3%	12	10,8%	5	12,5%	0,08 (1)	,772
Compulsiva	16	10,6%	9	8,1%	7	17,5%	2,73 (1)	,098
Pasivo/Agresiva	14	9,3%	10	9%	4	10%	0,34 (1)	,853
Autodestructiva	10	6,6%	6	5,4%	4	10%	1,00 (1)	,316
Esquizotípica	4	2,6%	4	3,6%	0	--	1,48 (1)	,224
Límite	4	2,6%	3	2,7%	1	2,5%	0,00 (1)	,945
Paranoide	4	2,6%	3	2,7%	1	2,5%	0,00 (1)	,945

4.1.1.5 Resultados del análisis Chaid

Con el objetivo de identificar las principales variables relacionadas con la pertenencia a uno u otro grupo (en este caso, hombre o mujer), se ha llevado a cabo un análisis Chaid con todas las variables del pretratamiento. Los resultados obtenidos se presentan en la figura 5.



Observado	Pronosticado		
	Hombre	Mujer	% correcto
Hombre	106	5	95,5%
Mujer	6	34	85,0%
Porcentaje global	74,2%	25,8%	92,7%

Figura 5: Resultados del análisis Chaid (sexo)

La variable que mejor discrimina entre hombres y mujeres es la presencia de abuso físico y/o sexual. Entre los pacientes que no han sido víctimas de abuso (nodo 1) predominan los hombres (85,6%) mientras que las mujeres son más numerosas (60,0%) en los casos de victimización (nodo 2).

Entre los hombres se identifican tres submuestras que aglutinan el 95,5% (n = 106). La primera submuestra 70,3% (nodo 3; n = 78) está compuesta por hombres que no han sufrido abusos y tienen una puntuación menor a 68 en la escala agresivo-sádica. Una segunda submuestra (nodo 8) la compone el 15% (n = 17) de los hombres que no han sufrido abusos, tienen una puntuación superior a 68 en la escala agresivo-sádica y puntúan por encima de 58 en abuso de alcohol. Finalmente la tercera submuestra (9,9%; n = 11) se compone de hombres que han sido víctimas de abuso, tiene una puntuación superior a 49 en la escala de alcohol pero puntúan inferior a 65 en la escala autodestructiva (nodo 9). Esto supone que el 68,75% (n = 11) de los hombres que han sufrido abuso físico y/o sexual tienen abuso de alcohol pero puntúan bajo en la escala autodestructiva.

Tres submuestras aglutinan al 85,0% (n = 34) de las mujeres con características clínicamente relevantes. Un 25,0% (n = 10; nodo 5) aunque ha sufrido abusos físicos y/o sexuales, presenta una puntuación menor a 49 en la escala de alcohol. Sin embargo, otro 32,5% (n = 13; nodo 10), además de ser víctimas de abuso presenta un mayor problema en el consumo de alcohol y tiene una alta puntuación en la escala autodestructiva. La tercera submuestra se compone del 27,5% (n = 11; nodo 7) de las mujeres. Estas se caracterizan por no haber sufrido abusos, tener una puntuación superior a 68 en la escala agresivo-sádica y tienen puntuaciones inferiores a 58 en la escala de alcohol.

4.1.2 PREVALENCIA DE CONDUCTAS VIOLENTAS EN LOS PACIENTES DE LA MUESTRA Y PERFIL DIFERENCIAL

Un 37,7% de la muestra estudiada ha presentado problemas de control de las conductas violentas a lo largo de la vida. En concreto el 39,63% de los hombres (n= 44)

y el 32,5% (n = 13) de las mujeres. Se trata de personas que en la entrevista individual reconocen haber sufrido episodios violentos con pérdida de control.

4.1.2.1 Comparación en las características sociodemográficas

En la tabla 24 se presentan los resultados de la comparación entre los pacientes con y sin conductas violentas en las características sociodemográficas.

Tabla 24. Variables sociodemográficas de personas alcohólicas según la presencia de conductas violentas

	Sin conductas violentas (n = 94)		Conductas violentas (n = 57)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Edad media	43,0	10,3	40,7	7,8	1,4 (149)	,141
	n	%	n	%	χ^2 (gl)	p
Sexo						
Hombre	67	71,3%	44	77,2%	0,63 (1)	,424
Mujer	27	28,7%	13	22,8%		
Procedencia						
Pamplona y comarca	71	75,5%	44	77,2%	0,05 (1)	,816
Resto Navarra	23	24,5%	13	22,8%		
Estado civil						
Solteros	24	26,1%	24	42,1%	4,85 (2)	,265
Casados	37	40,2%	21	36,8%		
Separados/Divorciados	31	33,7%	12	21,1%		
Nivel educativo						
Sin Estudios/Primarios/EGB	46	48,9%	31	54,4%	3,69 (3)	,296
Secundaria/FP1	12	12,8%	6	10,5%		
Bachillerato/COU/FP2	18	19,1%	15	26,3%		
Universitarios	18	19,1%	5	8,8%		
Frecuencia de consumo						
Menos de 1 día/semana	17	18,1%	15	26,3%	1,45 (2)	,483
4-6 días/semana	6	6,4%	3	5,3%		
Todos los días	71	75,5%	39	68,4%		

La media de edad de los sujetos violentos (n = 57) es de 40,7 años. Son mayoritariamente hombres (n = 44), bebedores habituales, solteros y con estudios

primarios. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que han ejercido conductas violentas y quienes no las han ejercido.

4.1.2.2 Comparación entre los sujetos con y sin conductas violentas en las escalas de gravedad de la adicción

Con respecto a la necesidad de tratamiento en las diferentes áreas que recoge el EuropASI, los pacientes adictos con conductas violentas muestran mayores puntuaciones en todas las escalas, con la excepción de la médica. Sólo dos escalas presentan diferencias estadísticamente significativas, con puntuaciones más altas en los pacientes con conductas violentas. En concreto, se trata de las escalas de consumo de drogas y legal (tabla 25).

Tabla 25. Diferencias en las escalas de gravedad de la adicción según la presencia de conductas violentas (EuropASI)

EuropASI	Sin conductas violentas (n = 94)		Conductas violentas (n = 57)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Médica	2,34	1,78	2,23	1,41	0,42 (138,66)	,670
Empleo/Soporte	2,53	1,91	2,82	1,97	0,90 (149)	,369
Consumo de alcohol	5,25	1,48	5,44	1,36	0,79 (148)	,431
Consumo de otras drogas	1,64	1,51	2,49	2,23	2,53 (88,02)	,013
Legal	1,19	0,85	1,93	1,70	3,05 (73,61)	,003
Familiar/Social	3,61	1,80	4,12	1,80	1,71 (149)	,089
Psiquiátrica	3,40	1,91	3,81	1,80	1,28 (149)	,202

4.1.2.3 Comparación entre pacientes con y sin conductas violentas en los síntomas psicopatológicos

En lo referido a las variables psicopatológicas (tabla 26), los resultados obtenidos mediante el SCL-90-R muestran niveles moderadamente mayores en todos los síntomas en aquellos pacientes que han ejercido conductas violentas. No obstante, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas.

Tabla 26. Comparación de los síntomas de malestar psicológico según la presencia de conductas violentas (SCL-90-R)

SCL-90-R	Sin conductas violentas (n = 94)		Conductas violentas (n = 57)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Somatización	58,81	34,09	66,12	29,47	1,38 (131,62)	,168
Obsesión	57,98	32,10	67,46	32,13	1,75 (149)	,081
Sensibilidad interpersonal	64,04	31,20	67,18	34,12	0,57 (149)	,565
Depresión	63,93	30,18	69,67	32,83	1,09 (149)	,275
Ansiedad	60,27	33,07	64,26	33,97	0,71 (149)	,477
Hostilidad	49,55	31,29	55,47	35,50	1,71 (149)	,286
Ansiedad fóbica	53,20	36,40	60,04	36,50	1,11 (149)	,266
Ideación paranoide	62,11	32,37	66,11	31,29	0,74 (149)	,457
Psicoticismo	71,47	28,50	78,39	28,65	1,44 (149)	,151
GSI	65,56	30,65	71,77	31,72	1,19 (149)	,236
PSDI	47,49	30,75	54,32	28,05	1,36 (149)	,174
PST	67,76	29,89	74,75	31,21	1,37 (149)	,172

GSI= Índice Global de Gravedad; PSDI= Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST= Total de Sintomatología Positiva.

Por lo que se refiere a la evaluación del malestar psicológico con el MCMI-II (tabla 27), se aprecian puntuaciones más elevadas en los pacientes con conductas violentas en todas las escalas, excepto la referida al abuso de alcohol. La única escala que muestra diferencias estadísticamente significativas es la relacionada con el abuso de drogas, con puntuaciones más altas en los pacientes con conductas violentas.

Tabla 27. Diferencias en el malestar psicológico según la presencia de conductas violentas (MCMI-II)

MCMI-II	Sin conductas violentas (n = 94)		Conductas violentas (n = 57)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Ansiedad	30,61	31,62	38,58	32,35	1,48 (149)	,139
Histeriforme	30,67	25,58	35,04	25,61	1,01 (149)	,311
Hipomanía	45,23	20,38	49,19	20,22	1,16 (148)	,248
Neurosis depresiva	20,12	22,56	27,82	27,87	1,76 (99,85)	,080
Abuso de alcohol	72,74	90,58	69,51	21,66	0,26 (149)	,792
Abuso de drogas	49,01	19,10	58,00	26,97	2,2 (90,21)	,030
Pensamiento psicótico	41,11	25,96	49,32	25,87	1,88 (149)	,061
Depresión mayor	27,50	27,94	36,82	30,33	1,92 (149)	,056
Delirios psicóticos	58,85	10,66	60,75	11,57	1,03 (149)	,303

4.1.2.4 Comparación entre pacientes con y sin conductas violentas en las escalas de personalidad.

En la tabla 28 se recogen las diferencias obtenidas mediante el MCMI-II en la muestra compuesta por pacientes con y sin conductas violentas. Los sujetos que han ejercido violencia muestran las puntuaciones más altas en las escalas esquizoide, agresiva (sádica) y paranoide. Se observan diferencias estadísticamente significativas respecto a aquellos sin conductas violentas en las escalas antisocial, agresiva (sádica), pasivo/agresiva, esquizotípica y límite, con puntuaciones más altas en el caso de los pacientes con conductas violentas.

Tabla 28. Comparación en las escalas de personalidad según la presencia de conductas violentas (MCMI-II)

	Sin conductas violentas (n = 94)		Conductas violentas (n = 57)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Esquizoide	63,71	32,80	64,16	23,52	0,08 (149)	,929
Fóbica	52,93	26,91	54,75	28,82	0,39 (149)	,694
Dependiente	65,30	20,87	55,18	25,39	2,53 (101,1)	,130
Histriónica	52,53	19,54	52,93	20,91	0,11 (149)	,906
Narcisista	51,26	21,43	53,49	25,59	0,57 (149)	,565
Antisocial	49,62	20,68	59,12	27,51	2,25 (94,30)	,027
Agresiva (Sádica)	49,90	22,22	61,63	24,53	3,02 (149)	,003
Compulsiva	61,19	19,02	57,49	20,62	1,12 (149)	,264
Pasivo/Agresiva	39,44	26,13	54,25	34,76	2,77 (94,28)	,007
Autodestructiva	47,43	24,51	52,72	27,40	1,23 (149)	,221
Esquizotípica	41,41	21,67	48,96	23,24	2,01 (149)	,045
Límite	33,57	23,93	44,70	30,31	2,36 (97,92)	,020
Paranoide	57,15	15,28	60,47	13,55	1,35 (149)	,179

En relación con la proporción de pacientes con puntuaciones superiores a 84 en la tasa-base del MCMI-II, los pacientes con conductas violentas presentan los porcentajes más altos en las escalas pasivo-agresiva, agresiva y antisocial. Sin embargo, solamente se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las

escalas agresiva y pasivo-agresiva, con mayores puntuaciones en los pacientes con violencia. El bajo número de casos impide realizar el resto de contrastes (tabla 29).

Tabla 29. Comparación entre las escalas de personalidad con tasa base con valores superiores a 84 según la presencia de conductas violentas (MCMII-II)

	Sin conductas violentas (n = 94)		Conductas Violentas (n = 57)		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%		
Esquizoide	9	9,6%	8	14%	0,70 (1)	,401
Fóbica	5	5,3%	7	12,3%	n.a.	n.a.
Dependiente	16	17,0%	3	5,3%	4,46 (1)	0,35
Histriónica	1	1,1%	2	3,5%	n.a.	n.a.
Narcisista	5	5,3%	5	8,8%	n.a.	n.a.
Antisocial	2	2,1%	11	19,3%	n.a.	n.a.
Agresiva (Sádica)	6	6,4%	11	19,3%	5,92 (1)	,015
Compulsiva	11	11,7%	5	8,8%	0,32 (1)	,571
Pasivo/Agresiva	2	21,1%	12	21,1%	15,10 (1)	,000
Autodestructiva	3	3,2%	7	12,3%	n.a.	n.a.
Esquizotípica	1	1,1%	3	5,3%	n.a.	n.a.
Límite	0	--	4	7%	n.a.	n.a.
Paranoide	3	3,2%	1	1,8%	n.a.	n.a.

n.a. = no aplicable (número de casillas con n esperada menor de 5 > 20%)

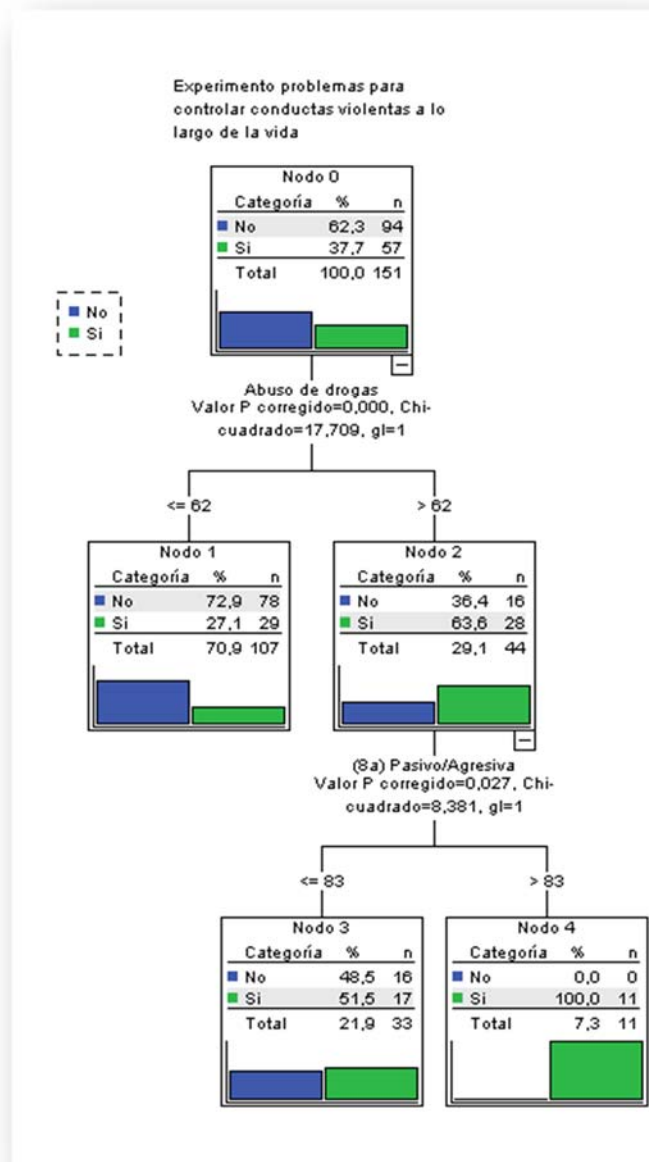
4.1.2.5 Resultados en el análisis CHAID

Con el objetivo de identificar las principales variables relacionadas con la pertenencia a uno u otro grupo (en este caso, pacientes con o sin conductas violentas), se ha llevado a cabo un análisis Chaid con todas las variables del pretratamiento. Los resultados obtenidos se presentan en la figura 6.

La variable que mejor discrimina entre los pacientes con y sin conductas violentas asociadas es la escala de abuso de drogas del MCMII-II. En concreto, entre quienes puntúan por encima de 62 (nodo 2) en esta escala, la tasa de personas con violencia es del 63,6%, frente al 27,1% de quienes han puntuado igual o menos de 62 (nodo 1).

Además se ha encontrado una asociación entre las conductas violentas, el abuso de drogas y el trastorno pasivo-agresivo del MCMII-II. Todos los pacientes (nodo

4; n = 11) con una puntuación en abuso de drogas superior a 62 (MCMI-II) y una puntuación superior a 83 en la escala pasivo-agresiva habían experimentado problemas para controlar las conductas violentas a lo largo de la vida. Esto supone que el 19,3% (n = 11) de los pacientes con conductas violentas presentaban este perfil.



Observado	Pronosticado		
	No	Sí	% correcto
No	78	16	83,0%
Sí	29	28	49,1%
Porcentaje global	70,9%	29,1%	70,2%

Figura 6: Resultados del análisis Chaid (conductas violentas)

4.1.3 PREVALENCIA DE VICTIMIZACIÓN EN LOS PACIENTES DE LA MUESTRA Y PERFIL DIFERENCIAL

La tasa de pacientes adictos que han sido víctimas de abusos en cualquiera de sus formas a lo largo de la vida es del 49,0% (n = 74). Se trata de pacientes que en la evaluación del pretratamiento con el EuropASI han reconocido haber experimentado algún acontecimiento traumático de este tipo.

Así, un 41,06% de los pacientes (n = 62) había sufrido abusos emocionales, un 22,05% (n = 34) abusos físicos y un 12,58% (n = 19) abusos sexuales. Como la consideración de los abusos emocionales es a veces difícilmente objetivable, se ha considerado conjuntamente la tasa de pacientes adictos que han sido víctimas de abusos físicos y/o sexuales a lo largo de la vida que es del 26,50% (n=40).

En la tabla 30 aparece el número total de mujeres y hombres que han sufrido abusos en cualquiera de sus formas. Las mujeres muestran porcentajes más altos en cualquiera de las variables estudiadas. Si se contemplan por separado los abusos físicos y los sexuales, tanto en los hombres como en las mujeres prevalecen los abusos físicos sobre los sexuales. Sin embargo, el 15% de los hombres (n=16) y el 60% de las mujeres (n=24) que han sido abusados a lo largo de la vida presentan al mismo tiempo abusos físicos y sexuales. En todas las variables estudiadas se encuentran diferencias estadísticamente significativas (tabla 30).

Tabla 30. Diferencias por sexo según la existencia de abusos

	Hombre (n = 111)		Mujeres (n = 40)		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%		
Algún tipo de abuso	45	40,50%	29	72,50%	12,10 (1)	,001
Con abusos emocionales	37	33,30%	25	62,50%	9,56 (1)	,002
Con abusos físicos	13	11,70%	21	52,50%	26,66 (1)	,000
Con abusos sexuales	5	4,50%	14	35,00%	24,06 (1)	,000
Con abusos físicos y/o sexuales	16	14,41%	24	60,00%	29,82(1)	,000

4.1.3.1 Comparación entre los pacientes que han sido o no víctimas de abuso en las características sociodemográficas.

La comparación en las características sociodemográficas entre los pacientes con y sin abusos sexuales y/o físicos se presenta en la tabla 31. La edad media de las víctimas de abusos es de 39,3 años. Son mayoritariamente mujeres, solteras, bebedoras a diario y que han cursado estudios primarios. Únicamente las variables de sexo y edad muestran diferencias estadísticamente significativas, habiendo un mayor número de mujeres entre las víctimas de abuso y siendo estas más jóvenes que los pacientes no maltratados.

Tabla 31. Datos sociodemográficos de pacientes según la existencia de abusos

	Víctimas de abuso (n = 40)		No han sufrido abuso (n = 107)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Edad media	39,3	10,92	43,0	8,79	2,17 (145)	,032
	n	%	n	%	χ^2 (gl)	p
Sexo						
Hombre	16	40,0%	91	85,0%	29,82 (1)	,001
Mujer	24	60,0%	16	15,0%		
Procedencia						
Pamplona y comarca	27	79,4%	85	75,2%	0,25 (1)	,615
Resto Navarra	7	20,6%	28	24,8%		
Estado civil						
Solteros	13	39,4%	33	29,5%	1,28 (2)	,527
Casados	11	33,3%	47	42,0%		
Separados/Divorciados	9	27,3%	32	28,6%		
Frecuencia de consumo						
Menos de 3 días a la semana	8	20,0%	24	22,4%	,507(2)	,776
4-6 días semana	3	7,5%	5	4,7%		
Todos los días	29	72,5%	78	72,9%		
Nivel educativo						
Sin Estudios/Primarios/EGB	19	55,9%	55	48,7%	1,15 (3)	,765
Secundaria/FP1	3	8,8%	15	13,3%		
Bachillerato/COU/FP2	6	17,6%	26	23,0%		
Universitarios	6	17,6%	17	15,0%		

4.1.3.2 Comparaciones en las escalas de gravedad de la adicción

Respecto a la necesidad de tratamiento en las diferentes áreas que recoge el EuropASI, las víctimas de abuso presentan mayores puntuaciones en todas las escalas de gravedad y muestran diferencias estadísticamente significativas en las áreas familiar/social y psiquiátrica (tabla 32).

Tabla 32. Diferencias en las escalas de gravedad de la adicción según la existencia de abusos (EuropASI)

EuropASI	Víctimas de abuso (n = 40)		No han sufrido abuso (n = 107)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Médica	2,48	1,64	2,21	1,66	0,84 (145)	,400
Empleo/Soporte	3,03	2,18	2,48	1,82	1,54 (145)	,127
Consumo de alcohol	5,60	1,15	5,20	1,50	1,50 (144)	,136
Consumo de otras drogas	2,18	2,05	1,90	1,81	0,80 (143)	,422
Legal	1,53	1,32	1,47	1,30	0,24 (145)	,812
Familiar/Social	4,65	1,75	3,47	1,75	3,65 (145)	,000
Psiquiátrica	4,38	2,00	3,25	1,75	3,31 (145)	,001

4.1.3.3 Comparación en los síntomas psicopatológicos

Por lo que se refiere a las variables psicopatológicas, los resultados obtenidos mediante el SCL-90-R muestran niveles moderadamente mayores en todos los síntomas excepto en depresión en aquellos pacientes víctimas de abuso, excepto en la depresión (tabla 33). Las puntuaciones más altas aparecen en psicoticismo, seguido por PST y GSI. No aparecen diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los síntomas.

Tabla 33. Comparación de los síntomas de malestar psicológico según la existencia de abusos (SCL-90-R)

SCL-90-R	Víctimas de abuso (n = 40)		No han sufrido abusos (n = 107)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Somatización	63,92	28,93	59,71	33,97	0,74 (81,9)	,458
Obsesión	66,15	30,67	60,05	33,11	1,01 (145)	,312
Sensibilidad interpersonal	66,43	33,30	64,61	32,28	0,30 (145)	,764
Depresión	65,40	30,76	65,95	31,61	0,09 (145)	,924
Ansiedad	65,53	31,95	59,61	34,00	0,95 (145)	,341
Hostilidad	56,33	32,34	50,53	32,92	0,95 (145)	,342
Ansiedad fóbica	60,00	33,68	54,38	37,60	0,82 (145)	,409
Ideación paranoide	69,00	30,00	61,30	32,80	1,30 (145)	,197
Psicoticismo	79,75	22,35	71,65	30,82	1,75 (96,2)	,083
GSI	70,25	30,6	66,87	31,55	0,58 (145)	,561
PSDI	52,65	33,10	49,06	29,05	0,64 (145)	,522
PST	73,23	28,70	69,13	31,26	0,72 (145)	,472

GSI= Índice Global de Gravedad; PSDI= Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST= Total de Sintomatología Positiva

Respecto a la evaluación de malestar psicológico con el MCMI-II (tabla 34), si bien no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, se aprecian puntuaciones mayores en los pacientes víctimas de abusos en las escalas histeriforme, hipomanía, abuso de drogas, pensamiento psicótico y depresión mayor.

Tabla 34. Comparación de los síntomas de malestar psicológico según la existencia de abusos (MCMI-II)

MCMI-II	Víctimas de abuso (n = 40)		No han sufrido abuso (n = 107)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Ansiedad	31,63	30,90	34,77	32,54	0,52 (145)	,598
Histeriforme	34,38	26,23	32,04	25,34	0,49 (145)	,623
Hipomanía	50,55	23,04	45,66	18,89	1,31 (144)	,192
Neurosis depresiva	23,65	26,41	23,29	24,70	0,07 (145)	,939
Abuso de alcohol	62,03	23,35	75,33	84,83	0,97 (145)	,331
Abuso de drogas	57,25	24,60	51,10	21,83	1,46 (145)	,145
Pensamiento psicótico	48,88	24,45	42,90	26,74	1,23 (145)	,219
Depresión mayor	35,80	29,59	29,85	28,87	1,10 (145)	,271
Delirios psicóticos	58,40	11,27	60,28	10,78	0,92 (145)	,354

4.1.3.4 Comparación en las escalas de personalidad

En la tabla 35 se exponen los datos obtenidos mediante el MCMI-II en la comparación entre pacientes con y sin abusos físicos y/o sexuales. Los sujetos que han sido víctimas de abusos en cualquiera de las dos formas muestran mayores puntuaciones en las escalas fóbica, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva, pasivo-agresiva, autodestructiva, esquizotípica, límite y paranoide. Sin embargo solamente se observan diferencias estadísticamente significativas en las escalas antisocial y pasivo-agresiva.

Tabla 35. Comparación en las escalas de personalidad según la existencia de abusos (MCMI-II)

	Víctimas de abuso (n = 40)		No han sufrido abuso (n = 107)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	M	DT	M	DT		
Esquizoide	63,45	22,54	64,30	32,3	0,15 (145)	,879
Fóbica	60,9	27,46	51,31	27,34	1,90 (145)	,061
Dependiente	61,05	23,83	61,69	23,07	0,15 (145)	,882
Histriónica	53,38	22,76	52,76	18,83	0,16 (145)	,868
Narcisista	54,48	23,90	51,62	22,75	0,66 (145)	,505
Antisocial	60,93	24,75	51,13	22,70	2,27 (145)	,025
Agresiva (Sádica)	59,60	24,62	53,00	23,40	1,50 (145)	,135
Compulsiva	55,13	23,75	61,6	18,03	1,76 (145)	,079
Pasivo/Agresiva	55,35	30,43	41,82	29,54	2,45 (145)	,015
Autodestructiva	55,88	28,25	47,62	24,51	1,74 (145)	,084
Esquizotípica	47,80	22,92	43,26	22,37	1,08 (145)	,279
Límite	44,65	27,24	35,82	26,40	1,78 (145)	,076
Paranoide	59,25	14,41	58,71	14,24	0,20 (145)	,839

En relación con las puntuaciones superiores a 84 en la tasa-base del MCMI-II, las escalas con mayor porcentaje en las víctimas de maltrato han sido la esquizoide, agresiva y pasivo/agresiva. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas, con puntuaciones más altas en las víctimas de abusos en la escala histriónica (tabla 36).

Tabla 36. Comparación entre escalas de personalidad con valores en tasa base superiores a 84 según la existencia de abusos (MCCI-II)

	Víctimas de abuso (n = 40)		No han sufrido abuso (n = 107)		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%		
Esquizoide	6	15,0%	11	10,3%	0,63 (1)	,426
Fóbica	4	10,0%	8	7,5%	0,24 (1)	,619
Dependiente	5	12,5%	14	13,1%	0,00 (1)	,925
Histriónica	3	7,5%	0	0,0%	8,19 (1)	,004
Narcisista	2	5,0%	8	7,5%	0,28 (1)	,596
Antisocial	6	15,0%	7	6,5%	2,58 (1)	,108
Agresiva (Sádica)	7	17,5%	10	9,3%	1,89 (1)	,169
Compulsiva	3	7,5%	13	12,1%	0,64 (1)	,421
Pasivo/Agresiva	6	15,0%	8	7,5%	1,91 (1)	,167
Autodestructiva	5	12,5%	5	4,7%	2,81 (1)	,093
Esquizotípica	2	5,0%	2	1,9%	1,07(1)	,299
Límite	2	5,0 %	2	1,9%	1,07 (1)	,299
Paranoide	2	5,0%	2	1,9%	1,07(1)	,299

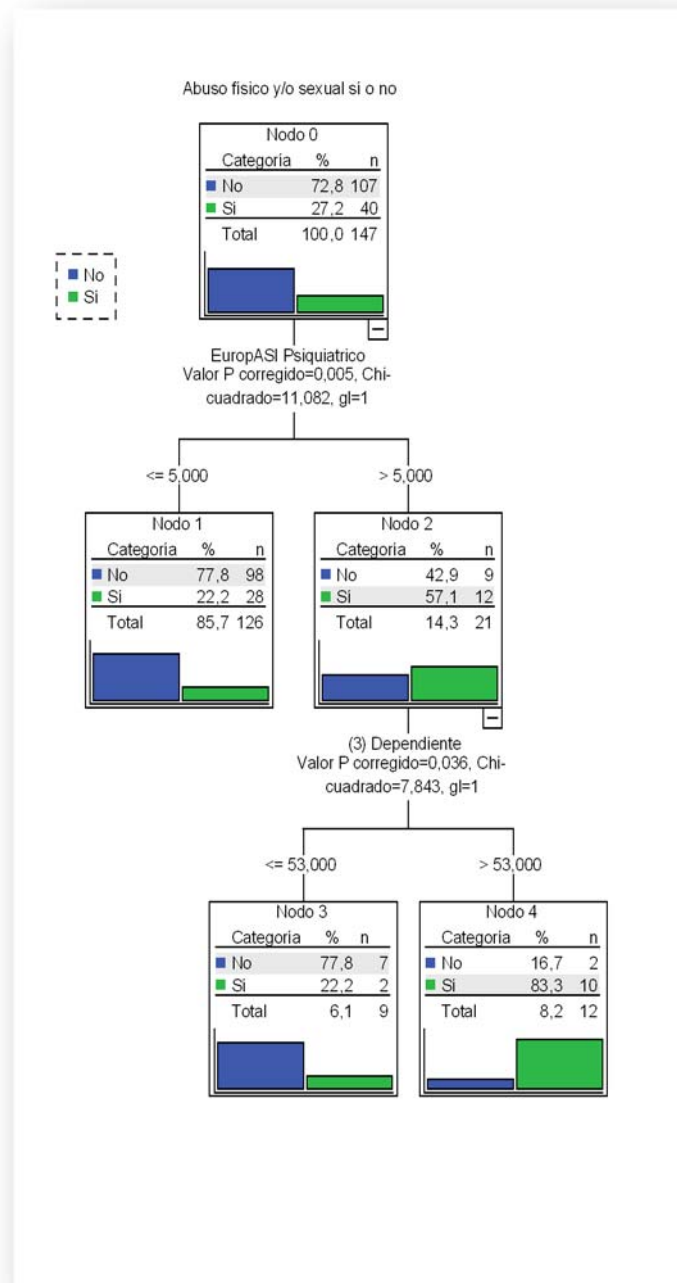
4.1.3.5 Resultados del análisis CHAID

Con el objetivo de identificar las principales variables relacionadas con la pertenencia a uno u otro grupo (en este caso, víctimas de abuso o no), se ha llevado a cabo un análisis *Chaid* con todas las variables del pretratamiento. Los resultados obtenidos se presentan en la figura 7.

La variable que muestra una mayor discriminación entre las personas con o sin maltrato es la escala psiquiátrica del EuropASI. Entre quienes presentan puntuaciones superiores a 5 en esta escala, el 57,1% había sufrido abusos (n = 12; nodo 2), frente al 22,2% de quienes han puntuado por debajo de 5 (n = 28 nodo 1). Esto supone que el 77,8% (n = 88) de quienes puntúan por debajo de 5 en la escala psiquiátrica no han sido víctimas de abuso.

A su vez el 83,3% (n = 10) de quienes puntúan por encima de 5 en la escala psiquiátrica del EuropASI, y por encima de 53 en la escala dependiente del MCCI-II

(nodo 4), tienen además abuso físico y/o sexual. Este dato supone que el 25% de las personas que habían sufrido abuso presenta este perfil.



Observado	Pronosticado		
	No	Sí	% correcto
No	105	2	98,1%
Sí	30	10	25,0%
Porcentaje global	91,8%	8,2%	78,2%

Figura 7. Resultados en el análisis Chaid (victimización)

4.1.4 PREVALENCIA DE REINGRESOS Y PERFIL DIFERENCIAL

El 51% de los pacientes (n = 77) han recibido más de una vez el mismo tratamiento y han reingresado en el mismo centro mientras que el 49% (n = 74) no lo han vuelto a hacer. En concreto, el 50,35% (n = 57) de los hombres y el 50% de las mujeres (n = 20). Se trata de pacientes que han recibido más de un episodio de tratamiento en el mismo centro.

4.1.4.1 Comparación entre pacientes con y sin reingresos en las variables sociodemográficas

En la tabla 37 se exponen los resultados de la comparación entre pacientes con y sin reingresos en las características sociodemográficas. La edad media de los pacientes que han reingresado es de 42,11. El 74% de los pacientes que reingresan son varones (n = 57), solteros, que han cursado enseñanzas primaria y bebedores a diario. Sin embargo, los usuarios sin reingresos, aunque también son varones en su mayoría (54 hombres frente a 20 mujeres), tienen finalizados los estudios primarios, beben a diario y están casados o conviven en pareja. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 37. Comparación de variables sociodemográficas según la existencia de reingresos

	Reingreso (n = 77)		No reingreso (n = 74)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Edad media	42,11	7,81	42,23	11,12	0,08 (149)	,939
	n	%	n	%	X ² (gl)	p
Sexo						
Hombres	57	74,0%	54	73,0%	0,02 (1)	,883
Mujeres	20	26,0%	20	26,0%		
Procedencia						
Pamplona y comarca	62	80,5%	53	71,6%	1,65 (1)	,200
Resto Navarra	15	19,5%	21	28,4%		
Estado civil						
Solteros	23	30,3%	25	34,2%	2,18 (2)	,336
Casados	27	35,5%	31	42,5%		
Separados/Divorciados	26	34,2%	17	23,3%		
Nivel educativo						
Sin Estudios/Primarios/EGB	33	42,9%	44	59,5%	7,57 (3)	,056
Secundaria/FP1	12	15,6%	6	8,1%		
Bachillerato/COU/FP2	22	28,6%	11	14,9%		
Universitarios	10	13,0%	13	17,6%		
Frecuencia de consumo						
Menos de 3 días/semana	14	18,2%	18	24,3%	4,53 (2)	,104
4-6 días/semana	2	2,6%	7	9,5%		
Todos los días	61	79,2%	49	66,2%		

4.1.4.2 Comparación en las escalas de gravedad de la adicción entre pacientes con y sin reingresos

Respecto a la necesidad de tratamiento en las diferentes áreas que recoge el EuropASI, los pacientes de la muestra con reingresos terapéuticos presentan mayores puntuaciones en todas las escalas de gravedad (tabla 38). Todas las escalas, a excepción de la médica y la legal, muestran diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 38: Diferencias en las escalas de gravedad de la adicción según la existencia de reingresos (EuropASI)

EuropASI	Reingreso (n = 77)		No reingreso (n = 74)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Médica	2,53	1,84	2,05	1,40	1,79(149)	,075
Empleo/Soporte	3,17	2,03	2,09	1,66	3,56 (145,33)	,001
Consumo de alcohol	5,71	1,47	4,90	1,29	3,58 (148)	,001
Consumo de otras drogas	2,30	2,14	1,61	1,45	2,31 (134,59)	,022
Legal	1,65	1,60	1,28	0,84	1,77 (115,79)	,079
Familiar/Social	4,17	1,96	3,42	1,57	2,60 (144,47)	,010
Psiquiátrica	4,00	1,95	3,09	1,68	3,05 (149)	,003

4.1.4.3 Comparación en los síntomas psicopatológicos entre los pacientes con y sin reingresos

En lo referido a las variables psicopatológicas, los resultados del SCL-90-R muestran puntuaciones más altas en los casos de reingreso en las escalas de obsesión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoide, psicoticismo, PSDI y PST (tabla 39). Solamente se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala de depresión.

Tabla 39. Comparación entre pacientes en los síntomas de malestar psicológico según la existencia de reingresos (SCL-90-R)

SCL-90-R	Reingreso (n = 77)		No reingreso (n = 74)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Somatización	60,54	33,46	62,68	31,69	0,40 (148)	,686
Obsesión	62,92	33,70	60,14	31,01	0,52 (149)	,598
Sensibilidad interpersonal	67,61	32,95	62,74	31,51	0,93 (149)	,356
Depresión	71,42	29,99	60,55	31,73	2,16 (149)	,032
Ansiedad	63,60	33,55	59,88	33,28	0,68 (149)	,495
Hostilidad	51,92	33,15	51,65	32,98	0,05 (149)	,960
Ansiedad fóbica	58,14	36,97	53,32	36,04	0,81 (149)	,419
Ideación paranoide	66,75	31,04	60,35	30,78	1,23 (149)	,219
Psicoticismo	76,49	32,26	71,57	25,93	1,06 (149)	,293
Índice de gravedad Global	69,88	32,30	65,85	29,93	0,79 (149)	,428
PSDI	51,17	30,22	48,92	29,63	0,46 (149)	,645
PST	71,12	31,16	69,65	29,97	0,29 (149)	,768

PSDI= Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST= Total de Sintomatología Positiva

Respecto a la evaluación de malestar psicológico obtenido con el MCMI-II, se aprecian puntuaciones más altas en los pacientes con reingreso en todas las escalas. Únicamente la escala de depresión mayor presenta diferencias estadísticamente significativas (tabla 40).

Tabla 40. Diferencias entre pacientes en síntomas de malestar psicológico según la existencia de reingresos (MCMI-II)

MCMI-II	Reingreso (n = 77)		No reingreso (n = 74)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Ansiedad	37,82	32,66	29,24	30,97	1,65 (149)	,100
Histeriforme	35,84	25,67	28,65	25,17	1,74 (149)	,084
Hipomanía	47,57	20,92	45,85	19,83	0,52 (148)	,606
Neurosis depresiva	25,25	25,35	20,72	24,37	1,11 (149)	,265
Abuso de alcohol	80,60	99,23	62,08	19,76	1,57 (149)	,117
Abuso de drogas	55,78	24,62	48,89	20,17	1,87 (149)	,063
Pensamiento psicótico	47,32	24,30	40,96	27,73	1,50 (149)	,135
Depresión mayor	36,16	28,59	25,68	28,90	2,24 (149)	,027
Delirios psicóticos	59,62	10,04	59,51	11,95	0,06 (149)	,951

4.1.4.4 Diferencias en escalas de personalidad en pacientes con y sin reingresos

Respecto a las escalas de personalidad evaluadas con el MCMI-II, destacan las puntuaciones más altas obtenidas en los casos sin reingreso en las escalas esquizoide, y dependiente (tabla 41). Solamente la escala autodestructiva cuenta con diferencias estadísticamente significativas, siendo más alta entre las personas con reingreso.

Tabla 41. Comparación en las variables de personalidad según la existencia de reingresos (MCMI-II)

MCMI-II	Reingreso (n = 77)		No reingreso (n = 74)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Esquizoide	61,42	23,97	66,45	34,38	0,84 (149)	,297
Fóbica	55,21	26,15	51,96	29,07	0,95 (149)	,471
Dependiente	60,44	23,56	62,55	22,78	0,31 (149)	,577
Histriónica	53,17	21,20	52,18	18,81	0,09 (149)	,761
Narcisista	53,14	24,81	51,01	21,14	0,25 (149)	,572
Antisocial	55,66	25,48	50,65	21,93	1,04 (149)	,198
Agresiva (Sádica)	53,90	23,65	54,78	23,98	0,04 (149)	,819
Compulsiva	57,68	19,83	62,00	19,37	1,13 (149)	,177
Pasivo/Agresiva	45,69	30,59	44,34	30,48	0,04 (149)	,786
Autodestructiva	53,57	24,53	45,11	26,30	2,26 (149)	,043
Esquizotípica	41,48	25,81	42,31	22,85	0,98 (149)	,297
Límite	41,9	25,75	33,92	27,79	1,52 (149)	,085
Paranoide	58,42	14,77	58,39	14,72	0,10 (149)	,992

En relación con la tasa de pacientes con puntuaciones superiores a 84 en la tasa-base del MCMI-II, los pacientes con reingresos muestran un porcentaje más alto en las escalas dependiente, antisocial, agresivo-sádica y narcisista (en este último caso con una diferencia estadísticamente significativa). En los usuarios que no tienen tratamientos previos en el programa, las escalas más elevadas son la compulsiva, esquizoide, dependiente y agresiva (sádica) (tabla 42). Solamente la escala narcisista presenta diferencias estadísticamente significativas, con un mayor porcentaje entre los pacientes con reingresos que sin reingresos.

Tabla 42. Diferencias entre pacientes en las escalas de personalidad con tasa base con valores superiores a 84 según la existencia de reingresos (MCMI-II)

	Reingreso (n = 77)		No reingreso (n = 74)		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%		
Esquizoide	8	10,4%	9	12,2%	0,12 (1)	,730
Fóbica	7	9,1%	5	6,8%	0,28 (1)	,596
Dependiente	11	14,3%	8	10,8%	0,41 (1)	,520
Histriónica	2	2,6%	1	1,4%	0,30 (1)	,583
Narcisista	9	11,7%	1	1,4%	6,52 (1)	,011
Antisocial	10	13,0%	3	4,1%	3,83 (1)	,050
Agresiva (Sádica)	10	13,0%	7	9,5%	0,47 (1)	,493
Compulsiva	6	7,8%	10	13,5%	1,30 (1)	,254
Pasivo/Agresiva	8	10,4%	6	8,1%	0,23 (1)	,629
Autodestructiva	6	7,8%	4	5,4%	0,35 (1)	,555
Esquizotípica	2	2,6%	2	2,7%	0,00 (1)	,968
Límite	2	2,6%	2	2,7%	0,00 (1)	,968
Paranoide	1	1,3%	3	4,1%	1,11 (1)	,292

4.1.4.5 Diferencias en la tasa de conductas violentas entre pacientes con y sin reingresos terapéuticos

La comparación entre pacientes con y sin reingresos en la tasa de conductas violentas mostró diferencias estadísticamente significativas (tabla 43). El 45,5% de los pacientes con reingresos mostraba conductas violentas, frente al 29,7% de los que no habían recibido tratamientos previos en el mismo centro.

Tabla 43. Conductas violentas según la existencia de reingresos

	Total (N = 151)		Reingreso (n = 77)		No reingreso (n = 74)		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%	n	%		
Con conductas violentas	57	37,7%	35	45,5%	22	29,7%	3,97 (1)	,046

4.1.4.6 Diferencias en las tasas de maltrato entre pacientes con y sin reingresos terapéuticos

En la tabla 44 se exponen los resultados obtenidos en la comparación entre pacientes con y sin reingreso en la tasa de maltrato. El 28,4% (n = 21) de los pacientes que han necesitado de nuevo tratamiento y el 26,0% (n = 19) de los que no han precisado un segundo ingreso han experimentado algún tipo de abuso físico y/o sexual, sin que existan diferencias significativas. La comparación en los distintos tipos de abuso, incluyendo el emocional, no muestra tampoco diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 44. Diferencias entre los pacientes según existencia de abusos y reingresos

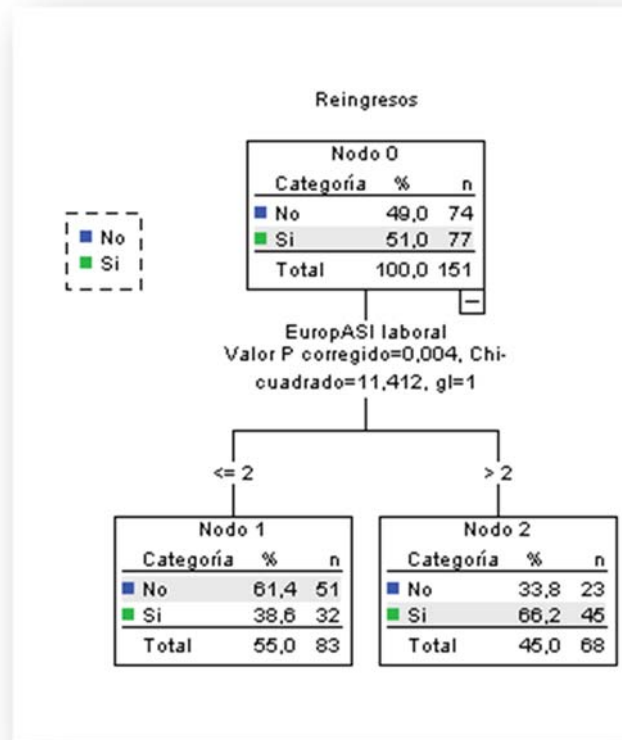
	Reingreso (n = 75)		No reingreso (n = 73)		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%		
Abusos físicos y/o sexuales	21	28,4%	19	26,0%	0,10 (1)	,749
Abusos emocionales	36	48,0%	26	35,6%	2,33 (1)	,127
Abusos físicos	17	23,3%	17	23,0%	0,00 (1)	,964
Abusos sexuales	12	16,0%	7	9,6%	1,36 (1)	,244

4.1.4.7 Resultados del análisis Chaid

Con el objetivo de identificar las principales variables relacionadas con la pertenencia a uno u otro grupo (en este caso, reingreso o no), se ha llevado a cabo un análisis Chaid con todas las variables del pretratamiento. Los resultados obtenidos se presentan en la figura 8.

La variable que permite clasificar correctamente al 68,9% de los casos atendidos es la escala de empleo del EuropASI. Quienes presentan una menor problemática en el empleo (nodo 1) presentan en menor proporción reingresos (38,6%; n = 32) en comparación con aquellas personas que tienen una puntuación

mayor de 2 (nodo 2) (66,2%; n = 45). Esto supone que el 58,44% de quienes reingresan puntúan por encima de 2 en dicha escala.



Observado	Pronosticado		
	No	Sí	% correcto
No	51	23	68,9%
Sí	32	45	59,2%
Porcentaje global	55,0%	45,0%	64,2%

Figura 8. Resultados en el análisis Chaid (reingresos)

4.1.5 COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES QUE HAN TENIDO UNO, DOS, TRES O MÁS EPISODIOS DE TRATAMIENTO

4.1.5.1 Comparación de variables sociodemográficas entre pacientes que han recibido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento

Los pacientes que han recibido uno o dos episodios de tratamiento son mayoritariamente hombres, casados, con estudios primarios cursados y bebedores diarios (tabla 45). Los participantes con más de tres tratamientos, aunque también son

hombres, bebedores diarios y con estudios primarios cursados, están en su mayoría divorciados. Únicamente la variable de nivel educativo muestra diferencias estadísticamente significativas, presentado mayor nivel académico aquellos que han tenido tres o más episodios de tratamiento.

Tabla 45. Comparación de variables sociodemográficas entre pacientes según el número de reingresos

	1 episodio tratamiento (n = 74)		2 episodios tratamiento (n = 34)		3 o más episodios (n = 43)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT	M	DT		
Edad	42,23	11,1	43,28	8,22	41,18	7,43	,459(2)	,633
	n	%	n	%	n	%	X ² (gl)	p
Sexo								
Hombre	54	73,0%	24	70,6%	33	76,7%	0,39(2)	,822
Mujer	20	27,0%	10	29,4%	10	23,3%		
Procedencia								
Pamplona y comarca	53	71,6%	26	76,5%	36	83,7%	2,19(2)	,334
Resto Navarra	21	28,4%	8	23,5%	7	16,3%		
Estado civil								
Solteros	25	34,2%	8	23,5%	15	35,7%	7,63(4)	,106
Casados	31	42,5%	17	50,0%	10	23,8%		
Separados/Divorciados	17	23,3%	9	26,6%	17	40,5%		
Nivel educativo								
Sin Estudios/Primarios/EGB	44	59,5%	19	55,9%	14	32,6%	13(6)	,043
Secundaria/FP1	6	8,1%	5	14,7%	7	16,3%		
Bachillerato/COU/FP2	11	14,9%	6	17,6%	16	37,2%		
Universitarios	13	17,6%	4	11,8%	6	14,0%		
Frecuencia de consumo								
Menos de 3 días/semana	18	24,3%	6	17,6%	8	18,6%	5,3(4)	,257
4-6 días/semana	7	9,5%	0	--	2	4,7%		
Todos los días	49	66,2%	28	82,4%	33	76,7%		

4.1.5.2 Diferencias en las escalas de gravedad de la adicción en pacientes que han recibido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento.

Respecto a la comparación en la necesidad de tratamiento en las diferentes áreas que recoge el EuropASI (tabla 46), aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con uno y dos episodios de tratamiento en las escalas de

empleo y consumo de alcohol. En la comparación entre los grupos con uno y tres ó más episodios de tratamiento, las diferencias estadísticamente significativas se encuentran en las escalas de empleo, consumo de alcohol, consumo de drogas, legal, familiar/social y psiquiátrica. Por último, en la comparación entre los grupos con dos y tres episodios de tratamiento, las diferencias estadísticamente significativas se muestran en las escalas de consumo de drogas y legal.

Tabla 46. Diferencias entre pacientes en las escalas de gravedad de la adicción según el número de reingresos (EuropASI)

EuropASI	Episodios de tratamiento											
	1 (n = 74)		2 (n = 34)		3 o más (n = 43)		F	p	p	p	p	
	M	DT	M	DT	M	DT						
Médica	2,05	1,40	2,68	1,77	2,42	1,90	1,83	,164	,070	,249	,495	
Empleo/Soporte	2,09	1,66	3,06	1,98	3,26	2,09	6,33	,002	,014	,001	,647	
Consumo de alcohol	4,90	1,29	5,59	1,20	5,81	1,65	6,63	,002	,019	,001	,480	
Consumo de otras drogas	1,61	1,44	1,71	1,69	2,77	2,34	5,98	,003	,801	,001	,011	
Legal	1,28	0,83	1,32	1,22	1,91	1,81	3,57	,030	,880	,011	,047	
Familiar/Social	3,42	1,57	3,79	1,73	4,47	2,08	4,76	,010	,307	,002	,100	
Psiquiátrica	3,09	1,68	3,79	1,87	4,16	2,02	5,02	,008	,067	,003	,381	

4.1.5.3 Comparación entre pacientes que han recibido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento en los síntomas psicopatológicos

Por lo que se refiere a las variables psicopatológicas, los resultados del SCL-90-R únicamente muestran diferencias estadísticamente significativas en la escala de depresión (tabla 47). En concreto, el grupo con un solo episodio de tratamiento tiene un menor nivel de depresión que el grupo con 3 o más episodios.

Tabla 47. Comparación entre los pacientes en los síntomas de malestar psicológico según el número de reingresos (SCL-90-R)

SCL-90-R	Episodios de tratamiento						F	p	1-2	1-3	2-3
	1		2		3 o más						
	(n = 74)		(n = 34)		(n = 43)						
M	DT	M	DT	M	DT	p	p	p	p		
Somatización	62,67	31,69	61,23	31,19	59,97	35,54	,09	,910	,832	,667	,868
Obsesión	60,14	31,00	62,47	32,49	63,28	35,04	,14	,866	,729	,615	,914
Sensibilidad interpersonal	62,74	31,54	72,21	30,96	63,98	34,36	1,04	,353	,159	,842	,268
Depresión	60,55	31,70	69,38	32,02	73,02	28,55	2,45	,089	,170	,037	,609
Ansiedad	59,88	33,28	61,41	35,96	65,33	31,84	,36	,697	,825	,398	,611
Hostilidad	51,65	32,98	47,91	36,84	55,09	29,97	,44	,639	,586	,588	,346
Ansiedad fóbica	53,32	36,04	61,38	38,26	55,58	36,15	,56	,569	,289	,748	,491
Ideación paranoide	60,35	30,78	67,71	34,31	66,00	32,09	,78	,459	,269	,358	,816
Psicoticismo	71,57	25,93	75,62	32,01	77,19	30,60	,58	,560	,497	,310	,812
GSI	65,85	29,93	69,21	32,02	70,42	32,81	,32	,721	,605	,447	,866
PSDI	48,92	29,63	51,71	30,94	50,74	29,99	,11	,891	,655	,752	,889
PST	69,65	29,97	73,00	29,23	69,63	32,85	,15	,854	,599	,997	,632

GSI= Índice Global de Gravedad; PSDI= Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST= Total de Sintomatología Positiva.

Respecto al malestar psicológico evaluado con el MCMI-II, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre los grupos con uno y dos episodios de tratamiento en ninguna de las variables estudiadas (tabla 48). Solamente en la escala de abuso de drogas aparecen diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre los grupos con uno y tres o más episodios. En la comparación entre dos y tres o más episodios de tratamiento, sin embargo, las diferencias estadísticamente significativas se muestran en la escala de abuso de drogas e hipomanía.

Tabla 48. Diferencias entre pacientes en síntomas de malestar psicológico según el número de reingresos (MCMI-II)

MCMI-II	Episodios de tratamiento											
	1 (n = 74)		2 (n = 34)		3 o más (n = 43)		F	p	p	p	p	
	M	DT	M	DT	M	DT						
Ansiedad	29,24	30,96	34,76	31,86	40,23	33,45	1,64	,197	,405	,074	,456	
Histeriforme	28,65	25,17	34,85	26,70	36,63	25,12	1,54	,216	,242	,105	,762	
Hipomanía	45,85	19,82	42,26	20,05	51,77	20,86	2,24	,110	,394	,129	,042	
Neurosis depresiva	20,72	24,37	23,0	23,22	27,02	27,05	0,87	,421	,659	,189	,483	
Abuso de alcohol	62,08	19,75	88,74	48,32	74,16	20,87	1,62	,200	,077	,385	,381	
Abuso de drogas	48,89	20,16	45,97	24,99	63,53	21,59	8,09	,000	,517	,001	,001	
Pensamiento psicótico	40,96	27,73	45,70	21,38	48,56	26,57	1,23	,295	,376	,131	,642	
Depresión mayor	25,68	28,90	37,44	27,18	35,14	29,93	0,25	,081	,051	,089	,728	
Delirios psicóticos	59,51	11,94	59,21	10,69	59,95	9,61	0,05	,956	,893	,836	,769	

4.1.5.4 Comparación entre pacientes que han recibido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento en escalas de personalidad.

Respecto a las escalas de personalidad evaluadas mediante el MCMI-II, no aparecen diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre los grupos con uno y dos episodios de tratamiento. En la comparación entre uno y tres ó más episodios de tratamiento las diferencias estadísticamente significativas se encuentran en las escalas antisocial y límite. En la comparación entre dos y tres ó más episodios de tratamiento, las diferencias estadísticamente significativas se muestran en las escalas dependiente, histriónica, narcisista, antisocial y agresivo (sádica) (tabla 49).

Tabla 49. Diferencias en pacientes en las escalas de personalidad según el número de reingresos (MCMI-II)

MCMI-II	Episodios de tratamiento											
	1 (n = 74)		2 (n = 34)		3 o más (n = 43)		F	p	1-2 p	1-3 p	2-3 p	
	M	DT	M	DT	M	DT						
Esquizoide	66,45	34,38	66,03	19,34	57,77	26,73	1,29	,277	,946	,127	,224	
Fóbica	51,96	29,06	58,47	25,29	52,63	26,80	0,69	,506	,257	,900	,358	
Dependiente	62,55	22,78	66,97	20,98	55,28	24,43	2,63	,075	,353	,099	,027	
Histriónica	52,18	18,80	46,35	21,76	58,56	19,33	3,71	,027	,155	,092	,008	
Narcisista	51,01	21,14	45,35	23,72	59,30	24,16	3,77	,025	,229	,058	,008	
Antisocial	50,65	21,92	46,74	25,27	62,72	23,60	5,39	,005	,417	,007	,003	
Agresivo (Sádica)	54,78	23,98	46,56	21,99	59,70	23,53	3,01	,052	,092	,276	,016	
Compulsiva	62,00	19,36	60,41	19,84	55,51	19,78	1,51	,224	,696	,086	,278	
Pasivo/Agresiva	44,34	30,48	41,00	30,59	49,40	30,42	0,76	,471	,598	,338	,232	
Autodestructiva	45,11	26,29	53,50	22,75	53,73	26,12	2,07	,129	,114	,084	,983	
Esquizotípica	42,31	22,85	47,06	21,49	45,42	22,08	0,59	,553	,311	,474	,752	
Límite	33,92	27,78	37,71	26,52	44,47	25,13	2,10	,125	,496	,042	,273	
Paranoide	58,39	14,72	56,97	15,73	59,56	14,04	0,29	,748	,643	,681	,446	

En relación con la tasa de pacientes con puntuaciones superiores a 84 en la tasa-base del MCMI-II, únicamente las escalas narcisista y antisocial cuentan con diferencias estadísticamente significativas (tabla 50). El mayor porcentaje de pacientes en estas escalas se observa en el grupo con tres o más episodios de tratamiento.

Tabla 50. Diferencias en los pacientes en las escalas de personalidad con tasa base con valores superiores a 84 según el número de reingresos (MCMI-II)

MCMI-II	Episodios de tratamiento						χ^2 (gl)	p
	1 (n = 74)		2 (n = 34)		3 o más (n = 43)			
	n	%	n	%	n	%		
Esquizoide	9	12,2%	4	11,8%	4	9,3%	0,23 (2)	,890
Fóbica	5	6,8%	5	14,7%	2	4,7%	2,90 (2)	,234
Dependiente	8	10,8%	6	17,6%	5	11,6%	1,04 (2)	,595
Histriónica	1	1,4%	1	2,9%	1	2,3%	0,33 (2)	,845
Narcisista	1	1,4%	2	5,9%	7	16,3%	9,83 (2)	,007
Antisocial	3	4,1%	2	5,9%	8	18,6%	7,77 (2)	,021
Agresiva (Sádica)	7	9,5%	2	5,9%	8	18,6%	0,35 (2)	,170
Compulsiva	10	13,5%	4	11,8%	2	4,7%	0,23 (2)	,314
Pasivo/Agresiva	6	8,1%	2	5,9%	6	14,0%	1,70 (2)	,427
Autodestructiva	4	5,4%	3	8,8%	3	7,0%	0,45 (2)	,798
Esquizotípica	2	2,7%	1	2,9%	1	2,3%	0,03 (2)	,985
Límite	2	2,7%	0	0,0%	2	4,7%	1,59 (2)	,451
Paranoide	4	4,1%	1	2,9%	0	--	1,74 (2)	,417

4.1.5.5 Comparación en pacientes que han tenido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento en la tasa de conductas violentas.

En la tabla 51 se presentan los datos obtenidos en la comparación de pacientes con uno, dos o más de tres episodios de tratamiento en la tasa de conductas violentas. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas. No obstante, es destacable que el 29,4% de los pacientes que han tenido un único episodio de tratamiento (n = 22), el 41,2% que ha precisado de dos (n = 14) y el 48,8% de los pacientes con tres tratamientos ó más (n= 21) dice haber experimentado problemas para controlar conductas violentas

Tabla 51. Diferencias en pacientes según la presencia de conductas violentas y el número de reingresos

	Episodios de tratamiento						χ^2 (gl)	p
	1 (n = 74)		2 (n = 34)		3 ó más (n = 43)			
	n	%	n	%	n	%		
Con conductas violentas	22	29%	14	41,2%	21	48,8%	4,44(2)	,108

4.1.5.6 Diferencias entre pacientes que han recibido uno, dos, tres o más episodios de tratamiento en la tasa de victimización.

En la tabla 52 se presentan los datos obtenidos en la comparación de pacientes con uno, dos, tres o más episodios de tratamiento y la existencia de abusos sexuales en cualquiera de sus formas. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables.

Tabla 52. Diferencias entre pacientes según la existencia de abusos y el número de reingresos

	Episodios de tratamiento						χ^2 (gl)	p
	1 (n = 74)		2 (n = 34)		3 o más (n = 43)			
	n	%	n	%	n	%		
Abusos emocionales	26	35,6%	15	46,9%	21	48,8%	2,36 (2)	,307
Abusos físicos	17	23,3%	7	22,6%	10	23,3%	0,00 (2)	,997
Abusos sexuales	7	9,6%	5	15,6%	7	16,3%	1,36 (2)	,505
Abusos físicos y sexuales	19	26%	8	25,8%	13	30,2%	0,28 (2)	,869

4.1.5.7. Resultados del análisis Chaid

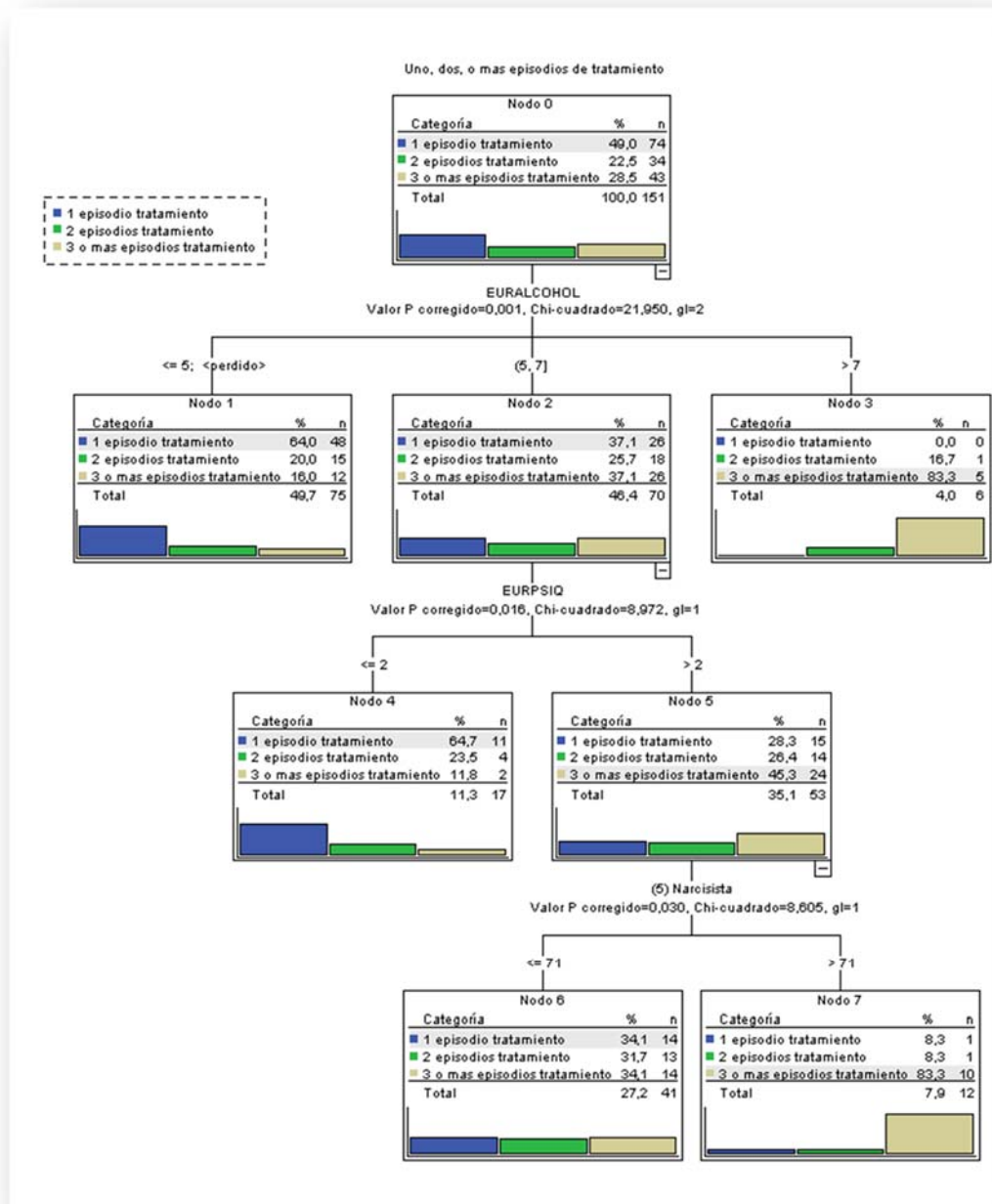
Con el objetivo de identificar las principales variables relacionadas con la pertenencia a alguno de los tres grupos (en este caso, episodios de tratamiento), se ha

llevado a cabo un análisis *Chaid* con todas las variables del pretratamiento. Los resultados obtenidos se presentan en la figura 9.

Todos los episodios de tratamiento recibidos se asocian significativamente a la escala de alcohol de EuropASI. En las puntuaciones inferiores a 5 en dicha escala (nodo 1), el 64,0% (n = 48) de los pacientes solamente ha tenido un episodio de tratamiento, el 20,0% (n = 15) ha tenido dos y el 16,0% tres o más (n = 12). En las puntuaciones intermedias (entre 5 y 7), el 37,1% de la muestra (n = 26) ha tenido un tratamiento, el 25,7% (n = 18) ha tenido dos, mientras que el 37,1% (n = 26) ha tenido tres o más episodios (nodo 2). En las puntuaciones más elevadas, sin embargo (nodo 3), el 83,3% de los pacientes (n = 5) ha tenido que realizar tres tratamientos o más mientras que el 16,7% (n = 1) realizó dos y ningún paciente llevó a cabo sólo uno.

Además, dentro de las puntuaciones intermedias se encuentra una asociación significativa con la escala psiquiátrica del EuropASI. En las puntuaciones inferiores a 4 en esta escala, el 64,7% (n = 11) de la muestra realiza un tratamiento, mientras que el 23,5% (n = 4) lleva a cabo dos y un 11,8% (n = 2) solamente tiene tres o más episodios (nodo 4). En las puntuaciones superiores a 4 (nodo 5), el 28,3% (n = 15) tiene un episodio de tratamiento, el 26,4% (n = 14) dos, y casi la mitad de los pacientes (45,3%; n = 24) tres o más.

A su vez, aquellos casos con puntuaciones superiores a 5 en la escala psiquiátrica presentan una asociación significativa con la escala narcisista del MCMI-II. Así, en las puntuaciones inferiores a 71, el 34,1% (n = 14) presenta un solo episodio de tratamiento, mientras que el 31,7% (13) presenta 2, y el 34,1 % (n = 14) tres o más (nodo 6). Para los casos con puntuaciones superiores a 71 en la misma escala, solamente el 8,3% (n = 1) necesita uno o dos episodios de tratamiento, mientras que el 83,3% (n = 10) lleva a cabo tres o más (nodo 7). Este dato supone que el 23,2% (n = 10) de quienes tienen tres o más tratamientos, presentan una puntuación en la escala de alcohol entre 5 y 7, así como una puntuación mayor a 2 en la escala psiquiátrica y superior a 71 en la escala narcisista (nodo 7).



Observado	Pronosticado			% correcto
	1 episodio	2 episodios	3 ó más episodios	
1 episodio tto	73	0	1	98,6%
2 episodios tto	32	0	2	,0%
3 o más episodios	28	0	15	34,9%
Porcentaje global	88,1%	,0%	11,9%	58,3%

Figura 9. Resultados en el análisis Chaid (episodios de tratamiento)

4.2 EFICACIA DEL TRATAMIENTO

4.2.1 TASA DE ALTAS Y ABANDONOS, Y COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS

Los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento muestran que la tasa de éxito, entendido como la consecución del alta terapéutica por parte del equipo de intervención, asciende al 63,50% (n=96) de la muestra estudiada. Por lo tanto, el 36,42% restante (n = 55) abandona el tratamiento de forma prematura, sin conseguir los objetivos terapéuticos establecidos.

4.2.1.1 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en las características sociodemográficas

En el grupo de las altas terapéuticas el 75,0% de los pacientes eran hombre y el 25% mujeres. En el caso de los abandonos, el 70,9% eran hombres y el 29,1% eran mujeres. No se apreciaban diferencias significativas en esta variable.

Desde la perspectiva de la diferenciación por sexo, el 64,86% de los hombres y el 60,0% de las mujeres obtuvieron el alta mientras que el 35,14% de los hombres abandonaron frente al 40% de las mujeres.

Tabla 53. Comparación de variables sociodemográficas según la finalización de programa

	Altas (n = 96)		Abandonos (n = 55)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Edad media	42,41	10,64	41,73	7,30	,422(149)	,674
	n	%	n	%	X ² (gl)	p
Sexo						
Hombres	72	75%	39	70%	0,30 (1)	,584
Mujeres	24	25%	16	29,1%		
Procedencia						
Pamplona y comarca	72	75%	43	78,3%	0,19 (1)	,659
Resto Navarra	24	25%	12	21,8%		
Estado civil						
Solteros	27	28,4%	21	38,9%	4,46 (2)	,107
Casados	43	45,3%	15	27,8%		
Separados/Divorciados	25	26,3%	18	33,3%		
Nivel educativo						
Sin Estudios/Primarios/EGB	53	55,2%	24	43,6%	2,03 (3)	,565
Secundaria/FP1	10	10,4%	8	14,5%		
Bachillerato/COU/FP2	10	20,8%	13	23,6%		
Universitarios	13	13,5%	10	18,2%		
Frecuencia de consumo						
Menos de 3 días/semana	22	22,9%	10	18,2%	1,79 (2)	,408
4-6 días/semana	4	4,2%	5	9,1%		
Todos los días	70	72,9%	40	72,7%		

4.2.1.2 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en las escalas de gravedad de la adicción

Respecto a la necesidad de tratamiento en las diferentes áreas que recoge el EuropASI, los pacientes que han abandonado el tratamiento presentan mayores puntuaciones en las escalas de empleo, consumo de alcohol, familiar/social y psiquiátrica, sin que existan diferencias estadísticamente significativas en ninguna escala (tabla 54).

Los pacientes que consiguen acabar el tratamiento con éxito sin embargo, obtienen mayores puntuaciones en las escalas médicas, otras drogas y legal sin que se observen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 54. Comparación en las escalas de gravedad de la adicción según la finalización de programa (EuropASI)

EuropASI	Altas terapéuticas (n = 96)		Abandonos (n = 55)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Médica	2,34	1,75	2,22	1,46	0,44 (149)	,365
Empleo/Soporte	2,55	1,89	2,80	2,01	0,75 (149)	,370
Consumo de alcohol	5,26	1,46	5,42	1,39	0,63 (148)	,698
Consumo de otras drogas	2,11	1,88	1,73	1,82	1,19 (147)	,357
Legal	1,50	1,29	1,42	1,28	0,37 (149)	,764
Familiar/Social	3,45	1,76	4,42	1,73	0,32 (149)	,779
Psiquiátrica	3,38	1,85	3,87	1,18	1,57(149)	,557

4.2.1.3 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en los síntomas psicopatológicos

Por lo que se refiere a las variables psicopatológicas, los resultados del SCL-90-R muestran un nivel más alto en las altas terapéuticas en la ideación paranoide y en el PST (tabla 55) y mayores puntuaciones en todas las demás escalas en los abandonos, aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 55. Comparación en los síntomas psicopatológicos según la finalización del programa (SCL-90-R)

SCL-90-R	Altas terapéuticas (n = 96)		Abandonos (n = 55)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Somatización	61,11	30,77	62,41	35,58	0,23 (148)	,814
Obsesión	61,52	31,95	61,62	33,29	0,01 (108,82)	,986
Sensibilidad interpersonal	65,09	32,43	65,45	32,25	0,06 (113,11)	,947
Depresión	63,90	31,79	69,93	30,11	1,16 (117,71)	,248
Ansiedad	61,08	33,54	62,98	33,30	0,33 (113,26)	,737
Hostilidad	50,33	33,51	54,33	32,10	0,72 (116,64)	,471
Ansiedad fóbica	54,38	37,23	58,24	35,31	0,06 (117,57)	,527
Ideación paranoide	62,29	32,89	65,93	30,33	0,68 (120,25)	,493
Psicoticismo	71,31	30,59	78,91	24,45	1,67 (133,31)	,097
GSI	67,16	31,57	69,22	30,50	0,39 (149)	,696
PSDI	49,99	28,35	51,07	32,54	0,31 (149)	,755
PST	70,78	30,96	69,73	29,91	0,20 (149)	,839

GSI= Índice Global de Gravedad; PSDI= Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST= Total de Sintomatología Positiva.

Respecto a la evaluación del malestar psicológico obtenido con el MCMI-II se aprecian puntuaciones más elevadas en las altas terapéuticas que en los abandonos en las escalas de abuso de alcohol, abuso de drogas e hipomanía. En el resto de escalas las puntuaciones altas se observan en los casos de abandono (tabla 56). No obstante, ninguna de las escalas estudiadas muestra diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 56. Diferencias en síntomas de malestar psicológico según la finalización del programa (MCMCI-II)

MCMI-II	Altas terapéuticas (n = 96)		Abandonos (n = 55)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Ansiedad	31,03	32,26	38,13	31,37	1,31 (149)	,191
Histeriforme	30,61	25,76	35,29	25,27	1,08 (149)	,282
Hipomanía	47,70	19,09	45,02	22,48	0,77 (148)	,411
Neurosis depresiva	20,17	23,85	28,02	26,10	1,88 (149)	,062
Abuso de alcohol	74,93	89,59	65,58	21,13	0,76 (149)	,488
Abuso de drogas	52,69	21,06	51,91	25,59	0,20 (149)	,480
Pensamiento psicótico	44,11	25,43	44,36	27,59	0,05 (149)	,955
Depresión mayor	28,58	29,06	35,27	29,00	1,36 (149)	,175
Delirios psicóticos	59,46	9,96	59,76	12,65	0,16 (149)	,870

4.2.1.4 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en las escalas de personalidad

Respecto a las escalas de personalidad evaluadas con el MCMI-II, destacan las puntuaciones más altas en la muestra que ha recibido el alta terapéutica en las escalas histriónica, pasivo/agresiva y paranoide (tabla 57). En el resto de escalas las puntuaciones más altas se observan en los casos de abandono. No aparecen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas estudiadas.

Tabla 57. Diferencias en las escalas de personalidad según la finalización del programa (MCMI-II)

MCMI-II	Alta terapéutica (n = 96)		Abandonos (n = 55)		t (gl)	p
	M	DT	M	DT		
Esquizoide	63,70	31,91	64,20	25,23	0,10 (149)	,920
Fóbica	52,80	27,03	54,96	28,69	0,45 (149)	,651
Dependiente	61,72	24,22	61,05	21,28	0,16 (149)	,866
Histriónica	53,96	18,55	50,45	22,30	0,98 (96,66)	,327
Narcisista	51,99	24,43	52,29	20,58	0,07 (149)	,393
Antisocial	53,75	23,37	52,25	24,87	0,37 (149)	,712
Agresiva (Sádica)	54,31	24,16	54,36	23,20	0,13 (149)	,990
Compulsiva	59,75	20,66	59,87	17,95	0,38 (125,89)	,970
Pasivo/Agresiva	45,94	29,67	43,44	31,95	0,48 (149)	,629
Autodestructiva	47,44	23,91	52,89	28,41	1,25 (149)	,210
Esquizotípica	42,72	22,26	46,96	22,86	1,11 (149)	,266
Límite	36,66	25,93	39,73	28,84	0,67 (149)	,503
Paranoide	59,61	12,69	56,29	17,58	1,34 (149)	,182

En relación con la tasa de pacientes con puntuaciones superiores a 84 en la tasa-base del MCMI-II, las escalas con mayor porcentaje en las altas terapéutica son la dependiente, compulsiva y agresiva (sádica). En el caso de los abandonos, las escalas que mayor porcentaje muestran son la esquizoide, fóbica y antisocial. En ninguna de las escalas se encuentran diferencias estadísticamente significativas (tabla 58).

Tabla 58. Diferencias en las escalas de personalidad con tasa base con valores superiores a 84 según la finalización del programa (MCMI-II)

	Altas terapéuticas (n = 96)		Abandonos (n = 55)		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%		
Esquizoide	8	8,3%	9	16,4%	2,25 (1)	,113
Fóbica	7	7,3%	5	9,1%	0,15 (1)	,694
Dependiente	14	14,6%	5	9,1%	0,95 (1)	,327
Histriónica	1	1,0%	2	3,6%	1,20 (1)	,272
Narcisista	7	7,3%	3	5,5%	0,19 (1)	,663
Antisocial	8	8,3%	5	9,1%	0,02 (1)	,873
Agresiva (Sádica)	12	12,5%	5	9,1%	0,40 (1)	,524
Compulsiva	13	13,5%	3	5,5%	2,41 (1)	,120
Pasivo/Agresiva	9	9,4%	5	9,1%	0,00 (1)	,954
Autodestructiva	4	4,2%	6	10,9%	2,57 (1)	,109
Esquizotípica	2	2,1%	2	3,6%	0,32 (1)	,567
Límite	2	2,1%	2	3,6%	0,31 (1)	,567
Paranoide	3	3,1%	1	1,8%	0,23 (1)	,630

4.2.1.5 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en la tasa de conductas violenta

El 38,5% de los casos que han obtenido el alta (n = 37) y el 36,0% de los pacientes que han abandonado el tratamiento (n = 20) han tenido problemas para controlar conductas violentas. En este caso no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (tabla 59).

Tabla 59. Diferencias según la existencia de conductas violentas y finalización del programa

	Altas terapéuticas (n = 96)		Abandonos (n = 55)		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%		
Sin conductas violentas	59	61,5%	35	63,63%	0,07 (1)	0,79
Con conductas violentas	37	38,5%	20	36,36%		

4.2.1.6 Comparación entre las altas terapéuticas y los abandonos en la tasa de victimización

En los casos de abusos emocionales, el 34,7% de las altas (n = 33) y el 54,7% de los abandonos (n = 29) han sido víctimas de este tipo de abusos. En los abusos físicos, sin embargo, el 19,1% de las altas (n = 18) y el 30,2% de los abandonos (n = 16) reconocen abusos de este tipo. En el caso de los abusos sexuales, el 9,5% de las altas (n = 9) y el 18,9% de los abandonos (n = 10) han sido víctimas de agresión sexual. Por último, el 24,5% de las altas (n = 23) y el 32,1% de los abandonos (n = 17) han padecido abusos físicos y/o sexuales a lo largo de la vida aunque las puntuaciones de abusos recibidos son más altas en todas las escalas en los casos de abandonos. Únicamente la escala de abusos emocionales cuenta con diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 60. Comparación según la existencia de abusos y finalización del programa

	Altas terapéuticas (n = 96)		Abandonos (n = 55)		χ^2 (gl)	p
	n	%	n	%		
Abusos emocionales	33	34,7%	29	54,7%	5,57 (1)	,018
Abusos físicos	18	19,1%	16	30,2%	2,32 (1)	,127
Abusos sexuales	9	9,5%	10	18,9%	2,68 (1)	,101
Abusos físicos y/ o sexuales	23	24,5%	17	32,1%	,99 (1)	,320

4.2.1.7 Regresión logística de pacientes que han obtenido el alta terapéutica o no.

En la tabla 61 se presentan los resultados correspondientes a la regresión logística realizada con todos los sujetos de la muestra, con el objetivo de identificar las principales variables relacionadas con el alta terapéutica y el abandono. Los resultados muestran que sólo una variable se relaciona con el éxito en el tratamiento: la gravedad en el área familiar del EuropASI (OR = 0,739; $p = ,003$). Así, la menor problemática familiar se relacionaba con la mayor probabilidad de alta terapéutica.

Tabla 61. Regresión logística variables predictoras (todos los sujetos)

Variable Dependiente = 0(abandono) 1 (alta terapéutica)				
Modelo: Variables pre-tratamiento				
	Variable	OR	Sig	95% IC
Modelo final	EuropASI Familiar	0,739	,003	(0,605-0,902)
	Constante	5,748	,000	

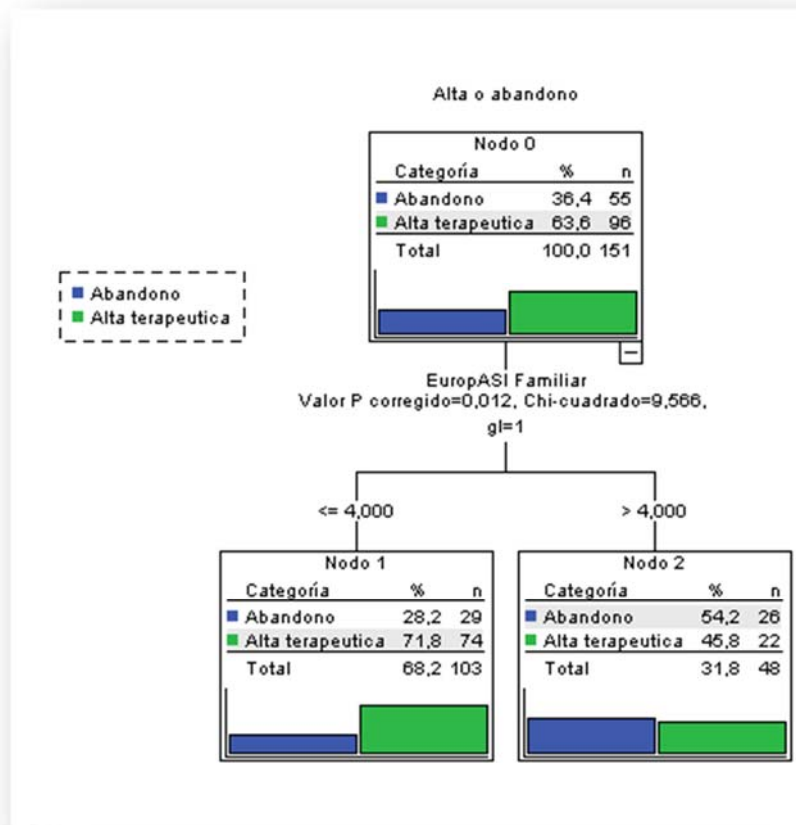
R ² ajustada	,088			
% clasificación correcta	34,6% (abandono)	84,6% (alta terapéutica)		66,4% (total)

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza

4.2.1.8 Resultados del análisis Chaid

Con el objetivo de identificar las principales variables relacionadas con la pertenencia a uno u otro grupo (en este caso, alta o abandono), se ha llevado a cabo un análisis Chaid con todas las variables del pretratamiento. Los resultados obtenidos se presentan en la figura 10.

Los pacientes con una menor problemática en el área familiar del EuropASI (nodo 1) obtienen una mayor tasa de éxito (71,8%) (n = 74), en comparación con aquellas personas que tienen una puntuación superior a 4 en la misma escala (n = 22) (nodo 2; 45,8%). Esto supone que el 77,1% (n = 74) de las altas terapéuticas tiene una puntuación inferior a 4 en la subescala familiar del EuropASI.



Observado	Pronosticado		
	Abandono	Alta terapéutica	% correcto
Abandono	26	29	47,3%
Alta terapéutica	22	74	77,1%
Porcentaje global	31,8%	68,2%	66,2%

Figura 10. Resultados en el análisis Chaid (altas y abandonos)

5. CONCLUSIONES

En este apartado se exponen las principales conclusiones obtenidas en relación con los objetivos e hipótesis anteriormente formulados.

El **primer objetivo** del trabajo consiste en determinar el perfil sociodemográfico, de gravedad de la adicción, psicopatológico y de personalidad de los pacientes alcohólicos de la muestra. Para ello se han establecido siete hipótesis, en las que se afirma que existirán diferencias en el perfil de los pacientes en función del sexo, que habrá una alta prevalencia de conductas violentas en la muestra, que la presencia de historias de maltrato físico y/o sexual será alta, y que los pacientes presentarán numerosa sintomatología asociada. La confirmación de las hipótesis relacionadas con el primer objetivo se presenta en la tabla 62.

Tabla 62. Confirmación de las hipótesis correspondientes al primer objetivo

HIPÓTESIS DEL PRIMER OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
1. El perfil de la persona atendida será el de un varón, de mediana edad, consumidor diario de alcohol y con una gravedad de la adicción moderada.	Sí
2. Las principales características psicopatológicas de la muestra se relacionarán con la sintomatología ansiosa y depresiva, y con unos rasgos de personalidad compulsivos y dependientes.	Parcial*
3. Las mujeres presentarán una mayor gravedad de la adicción, con más problemática psicopatológica y con más rasgos de personalidad fóbicos e histriónicos.	Parcial*
4. La prevalencia de conductas violentas en la muestra estudiada será alta.	Sí
5. Los alcohólicos con conductas violentas asociadas serán principalmente varones , con mayor hostilidad, y mayor prevalencia de alteraciones de personalidad.	Parcial*

6. La prevalencia de historias de abuso físico y/o sexual en la muestra será alta.	Sí
7. Los pacientes víctimas de abuso serán principalmente mujeres, con una problemática moderada de consumo de alcohol, con una mayor afectación en el área familiar , y con más sintomatología ansiosa y/o depresiva, junto con rasgos de personalidad dependiente, agresiva y pasivo-agresiva.	Parcial*

* La parte de la hipótesis que se ha confirmado figura en negrita

La **primera hipótesis** plantea que el perfil de la persona atendida será el de un varón, de mediana edad, consumidor diario de alcohol y con una gravedad de la adicción moderada.

Desde un punto de vista sociodemográfico el “perfil tipo” de un paciente de la muestra es el de un varón, con edad media de 41,7 años, residente en Pamplona y comarca, casado, con estudios primarios y con un patrón de consumo diario. Con respecto a la gravedad de la adicción, tal y como es lógico tratándose de pacientes alcohólicos, la escala que obtiene una mayor puntuación es la de consumo de alcohol, con una puntuación media ($X = 5,32$) superior al punto de corte de la escala (4 puntos). Esto indica un nivel de gravedad de consumo medio-alto.

Por lo tanto, **se confirma la primera hipótesis** del primer objetivo.

La **segunda hipótesis** postula que las principales características psicopatológicas de la muestra se relacionarán con la sintomatología ansiosa y depresiva, y con unos rasgos de personalidad compulsivos y dependientes.

En cuanto a la sintomatología psicopatológica se refiere, a pesar de que el cuestionario aplicado (SCL-90-R) no tiene validez diagnóstica, se puede afirmar que existe una importante prevalencia de sintomatología en la muestra. Las escalas con puntuaciones más elevadas son el psicoticismo ($X = 74,08$) y la PST ($X = 70,40$), que refleja la presencia total de síntomas con puntuación positiva en la muestra. Las puntuaciones medias obtenidas en las dimensiones de ansiedad y depresión son 61,77

y 66,09 respectivamente que, aunque son relevantes desde un punto de vista clínico, no constituyen los principales síntomas observados.

La escala de psicoticismo se compone de síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. La escala PST (que se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva, es decir, mayor que cero) se considera, en el caso de las puntuaciones bajas, como un intento de los pacientes por ofrecer una imagen positiva de sí mismos o, en el caso de las puntuaciones altas, como una tendencia a exagerar sus patologías.

Las puntuaciones obtenidas en la evaluación del malestar psicológico mediante el MCMI-II indican la existencia de puntuaciones elevadas en las escalas de abuso de alcohol ($X = 71,52$), delirios psicóticos ($X = 59,57$) y abuso de drogas ($X = 52,40$). Las puntuaciones elevadas en la escala de alcohol indican que el paciente probablemente tenga una historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos anteriores para superar esta adicción sin éxito y, como consecuencia, experimentando un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral. Por su parte, las puntuaciones en la escala de drogas manifiestan que es probable que estos pacientes hayan tenido una historia reciente o recurrente de abuso de drogas y por consiguiente presentan problemas para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales. Asimismo, muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos. La escala de delirios psicóticos, por su parte, hace alusión a pacientes que dependiendo de la extensión y el curso del problema pueden presentarse como esquizofrénicos, con psicosis reactivas breves o esquizofreniformes. Por ello, pueden mostrar un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, aparecer confusos y desorientados, con pensamiento fragmentado o extraño y, ocasionalmente, mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos.

Con respecto a la sintomatología psicopatológica se puede concluir que, aunque se presentan altas puntuaciones en todas las escalas, no destacan especialmente las relacionadas con la sintomatología ansiosa y depresiva. Por tanto, la hipótesis inicialmente planteada no se cumple a este respecto.

Por lo que respecta a las características de personalidad, los resultados obtenidos en el MCMI-II muestran que las puntuaciones más altas son las correspondientes a las escalas esquizoide, dependiente y compulsiva. Por lo tanto, se cumple esta parte de la hipótesis, aunque se añade también la escala esquizoide.

Así pues, la segunda hipótesis del primer objetivo **se confirma sólo parcialmente**. Por lo que se refiere a la comorbilidad psicopatológica, aunque la media en las escalas de ansiedad y depresión es alta, no son las escalas que más destacan en la muestra. Por otra parte, en cuanto a la comorbilidad con las alteraciones de personalidad, dos de las tres escalas que muestran puntuaciones elevadas son la dependiente y la compulsiva.

La **tercera hipótesis** señala que las mujeres presentarán una mayor gravedad de la adicción, con más problemática psicopatológica y con más rasgos de personalidad fóbicos e histriónicos.

Respecto a las diferencias por sexo en cuanto a gravedad de la adicción, sólo se encuentran dos diferencias significativas. En concreto, las mujeres tienen una mayor puntuación en la escala psiquiátrica y los hombres en la escala legal. Por lo tanto, no se cumple esta parte de la hipótesis.

Con respecto a la sintomatología psicopatológica asociada, la información recogida mediante el SCL-90-R muestra que las mujeres puntúan más elevado en todos los síntomas objeto de estudio, con la excepción de la ansiedad fóbica (en ambos casos igual) depresión y hostilidad. No obstante, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas estudiadas.

En los datos obtenidos mediante el MCMI-II para el malestar psicológico se presentan diferencias estadísticamente significativas en la escala de delirios psicóticos. Aun así, las mujeres presentan respecto a los hombres puntuaciones más elevadas en las dimensiones de hipomanía, depresión mayor y histeriforme, aunque sin diferencias significativas.

Por lo que respecta a las características de personalidad, se presentan diferencias estadísticamente significativas por sexo en las escalas fóbica, narcisista,

antisocial, agresiva y pasivo-agresiva, con puntuaciones mayores en las mujeres. Además, si bien en las puntuaciones por encima de 84 en las tasas base solamente la escala histriónica muestra diferencias estadísticamente significativas, hay un mayor número de mujeres con puntuaciones por encima de 84 en las escalas fóbica, dependiente, histriónica, agresiva, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva.

En consecuencia, **se confirma sólo de forma parcial** la tercera hipótesis del primer objetivo. Aunque en general las mujeres muestran puntuaciones más altas en las escalas de gravedad de la adicción, sintomatología psicopatológica asociada, y alteraciones de personalidad, no se aprecian diferencias significativas en muchas de ellas.

La **cuarta hipótesis** afirma que la prevalencia de conductas violentas en la muestra estudiada será alta. Los resultados encontrados muestran que el 37,7% de los pacientes estudiados ha presentado problemas para el control de las conductas violentas a lo largo de la vida. Ello implica que uno de cada tres pacientes que acuden a consulta por un problema de adicción presenta conductas violentas, con descontrol de impulsos. Por lo tanto, se trata de un problema asociado clínicamente relevante. Así pues, **se confirma** la cuarta hipótesis del primer objetivo.

La **quinta hipótesis** plantea que los alcohólicos con conductas violentas asociadas serán principalmente varones, con mayor hostilidad, y mayor prevalencia de alteraciones de personalidad.

El perfil típico de los pacientes con conductas violentas de la muestra es el de un varón, bebedor habitual, soltero y con estudios primarios cursados. En cuanto a la gravedad de la adicción destacan las puntuaciones elevadas en los pacientes con conductas violentas en todas las áreas, a excepción de la médica en la cual los sujetos no violentos obtienen puntuaciones superiores. Aun así, solamente las escalas de abuso de drogas y legal muestran diferencias estadísticamente significativas. Por ello, se puede concluir que los hombres con conductas violentas muestran más probabilidad de presentar historias de consumo de otras sustancias, además de una mayor impulsividad y una menor capacidad de control.

Respecto a la sintomatología psicopatológica asociada evaluada mediante el SCL-90-R, no aparece ninguna diferencia estadísticamente significativa. Aun así, los pacientes violentos obtienen niveles moderadamente mayores en todos los síntomas objeto de estudio, especialmente en las escalas de psicoticismo, GSI y PST.

En lo referido a la evaluación del malestar psicológico obtenido mediante el MCMI-II, se aprecian puntuaciones superiores en todas las escalas en el caso de los pacientes con conductas violentas, con la excepción de la escala de alcohol. No obstante, se encuentran diferencias estadísticamente significativas sólo en la escala de abuso de drogas, con puntuaciones más altas en los pacientes violentos.

En cuanto a la comorbilidad con los trastornos de personalidad, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las escalas antisocial, agresiva, pasivo-agresiva, esquizoide y límite. Respecto a las puntuaciones superiores a 84 en las tasas base, las escalas con mayor porcentaje son la pasivo-agresiva, agresiva y antisocial, aunque las diferencias estadísticamente significativas se encuentran solamente en las dos primeras. Así pues, se presenta un perfil de paciente con conductas violentas que muestra marcados rasgos de depreciación hacia los demás, comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de uno mismo y periodos recurrentes de estados de ánimo endógenos con experimentación de enfado, inquietud o euforia.

El análisis Chaid presenta que la variable que discrimina entre quienes han ejercido violencia y quienes no es la escala de abuso de drogas del MCMI-II. Así, el 63,6% de quienes puntúan por encima de 62 en dicha escala ha ejercido conductas violentas. A su vez, estos pacientes puntúan por encima de 84 en la escala pasivo-agresiva lo que supone un nivel de funcionamiento crónico con estas características de personalidad.

Por todo ello, se puede concluir que **se confirma sólo parcialmente** la quinta hipótesis del primer objetivo. Los pacientes violentos muestran mayores puntuaciones en casi todas las variables estudiadas, pero no hay diferencias significativas en el grado de hostilidad.

La **sexta hipótesis** afirma que la prevalencia de haber sufrido historias de abuso físico y/o sexual en la muestra será más alta que en la población general. Los

resultados encontrados muestran que el 26,50% de la muestra estudiada ha sufrido a lo largo de la vida algún tipo de maltrato físico y/o abuso sexual. Esta tasa es preocupante ya que uno de cada cuatro pacientes que acuden a consulta por un problema relacionado con el alcohol ha sido víctima de estos tipos de maltrato a lo largo de la vida. Si se tiene en cuenta que el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2011) señala que la tasa de victimización en la población general se sitúa en torno al 5%, se puede concluir que **se confirma** la sexta hipótesis del primer objetivo.

La **séptima hipótesis** señala que los pacientes víctimas de abuso serán principalmente mujeres, con una problemática moderada de consumo de alcohol, con una mayor afectación en el área familiar, y con más sintomatología ansiosa y/o depresiva, junto con rasgos de personalidad dependiente, agresiva y pasivo-agresiva.

El perfil tipo del paciente víctima de abuso en cualquiera de sus formas en la muestra estudiada es el de una mujer, con edad media de 39,3 años, soltera, bebedora a diario y con estudios primarios cursados.

Respecto a la gravedad de la adicción de las diferentes áreas del EuropASI, las víctimas de abuso presentan mayores puntuaciones en todas escalas y muestran diferencias significativas en el área familiar/social y psiquiátrica. Esto indica un mayor deterioro psicológico y más alteraciones familiares.

En lo referido a la sintomatología psicopatológica asociada, los resultados obtenidos mediante el SCL-90-R no presentan diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, los datos muestran niveles moderadamente mayores en todas las escalas en las víctimas de abuso menos en la depresiva. En este caso, al igual que en las conductas violentas, las escalas más puntuadas son la de psicoticismo, seguida por la de PST y GSI. Por ello, se trata de una persona que presenta síntomas relacionados con estados de soledad, estilos de relación esquizoide, alucinaciones y control de pensamiento.

En la evaluación del malestar psicológico mediante el MCMI-II, no se presentan diferencias estadísticamente significativas pero sí se aprecian puntuaciones más elevadas por parte de las víctimas en las escalas histeriforme, hipomanía, abuso de drogas, pensamiento psicótico y depresión mayor. Esto indica una presencia de

dificultades psicológicas expresadas a través de la somatización y de comportamientos incongruentes, excesivo nerviosismo y distraibilidad, impulsividad, irritabilidad, policonsumo, y en ocasiones apatía y tristeza.

En cuanto a la comorbilidad con trastornos de personalidad, las víctimas de maltrato presentan puntuaciones mayores en las escalas fóbica, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva, pasivo-agresiva, autodestructiva, esquizotípica, límite y paranoide. Solamente las escalas antisocial y pasivo-agresiva mostraron diferencias estadísticamente significativas. Si se tienen en cuenta las puntuaciones superiores a 84 en las tasas base, las víctimas obtienen porcentajes más altos en las escalas esquizoide, agresiva y pasivo-agresiva. Sin embargo, las diferencias significativas se encuentran en las escalas autodestructiva e histriónica. El perfil de víctima por tanto está representado mediante conductas agresivas hacia uno mismo y una búsqueda de estimulación y afecto insaciable que en muchos casos puede ser indiscriminado.

Por todo ello, se puede concluir que **se confirma parcialmente la séptima hipótesis** del primer objetivo. Aunque las víctimas muestran puntuaciones superiores en las distintas variables estudiadas, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las escalas de sintomatología psicopatológica y comorbilidad de trastornos de personalidad propuestos en la hipótesis. Las diferencias significativas solamente se observan en las áreas familiar y psiquiátrica.

El **segundo objetivo** plantea estudiar las características de los reingresos terapéuticos en los pacientes de la muestra. Para verificarla se establecen tres hipótesis que por un lado predicen la prevalencia de reingresos, por otro determinan diferencias entre las personas que realizan un solo tratamiento o precisan más y por último presentan las variables asociadas a los reingresos terapéuticos. La confirmación de las hipótesis relacionadas con este objetivo se presenta en la tabla 63.

Tabla 63: Confirmación de las hipótesis correspondientes al segundo objetivo

HIPÓTESIS DEL SEGUNDO OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
8. La prevalencia de reingresos terapéuticos en los pacientes de la muestra será alta.	Sí
9. Los pacientes con reingresos terapéuticos presentarán una mayor gravedad en las variables estudiadas.	Sí
10. Los pacientes con un mayor número de reingresos terapéuticos presentarán una mayor gravedad en las variables estudiadas.	Sí

* La parte de la hipótesis que se ha confirmado figura en negrita

La **octava hipótesis** que se enmarca dentro del segundo objetivo postula que la prevalencia de reingresos de los pacientes será alta.

El 50,4% (n = 76) de los pacientes que han recibido tratamiento han reingresado, mientras que el 49,6% restante (n = 75) no lo han vuelto a hacer. Ello significa que la mitad de los casos que acuden a tratamiento, ya han tenido previamente episodios de tratamiento en el mismo programa.

Por ello, **se confirma la octava hipótesis** enmarcada dentro del segundo objetivo.

La **novena hipótesis** del segundo objetivo plantea que los pacientes con reingresos terapéuticos presentarán una mayor gravedad en las variables estudiadas.

El perfil tipo de la persona que reingresa es el de un varón, soltero, con enseñanza primaria cursada y bebedor diario. Aparecen diferencias estadísticamente significativas en el área de estudios, con mayor número de pacientes con estudios universitarios en los pacientes no reingresados.

Respecto a la gravedad de la adicción se presentan diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas del EuropASI, con la excepción de la

médica y la legal. Los pacientes con reingresos muestran puntuaciones más elevadas, por lo que presentan una mayor gravedad a todas las áreas.

Por lo que respecta a la evaluación de la sintomatología psicopatológica mediante el SCL-90-R solamente se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala de depresión, con puntuaciones más elevadas en el caso de los reingresos. Esto indica que los pacientes que han precisado de más de un tratamiento presentan en mayor medida un estado de ánimo disfórico, falta de motivaciones, escasa energía vital y sentimientos de desesperanza.

Respecto a la evaluación del malestar psicológico mediante el MCMI-II, únicamente se presentan diferencias estadísticamente significativas en la escala de depresión mayor. No obstante, los casos con reingresos presentan puntuaciones superiores en todas las escalas, a excepción de la de delirios psicóticos. Este perfil, por tanto, corresponde al de un sujeto con dificultades para funcionar en ambientes normales, con temor hacia el futuro y con cierto sentimiento de resignación.

En cuanto a las características de personalidad evaluadas con el MCMI-II, solamente la escala autodestructiva cuenta con diferencias estadísticamente significativas. Estos casos se caracterizan por actuar de una manera modesta e intentar pasar desapercibido, relacionándose con los demás de manera autosacrificada y fomentando que los demás se aprovechen de él.

Por todo ello, **se confirma la novena hipótesis** del segundo objetivo. Una de cada dos personas que acude a tratamiento volverá a recibir otro tratamiento en el mismo recurso a lo largo de la vida. Cabe destacar además que el perfil del paciente reingresado presenta mayor gravedad en las áreas de empleo, consumo, familiar/social y psiquiátrica. También se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las escalas relacionadas con los síntomas depresivos y en la esfera autodestructiva.

La décima hipótesis del segundo objetivo plantea que los pacientes con un mayor número de reingresos terapéuticos presentarán una mayor gravedad en las variables estudiadas, en comparación con aquellos que sólo presentan un episodio de tratamiento.

Por lo que se refiere a la necesidad de tratamiento en las diferentes áreas que recoge el EuropASI, aparecen diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre uno y dos tratamientos en las escalas de empleo y consumo de alcohol. En la comparación de entre uno y tres episodios, sin embargo, las diferencias estadísticamente significativas se muestran en las escalas de empleo, consumo de alcohol, consumo de drogas, legal, familiar, social y psiquiátrica. En la comparación de entre dos y tres episodios de tratamiento las diferencias significativas se presentan en las escalas de consumo de drogas y legal. Esto indica una mayor gravedad general a medida que se van necesitando mayor número de episodios de tratamiento.

En lo referido a las variables psicopatológicas los resultados obtenidos mediante el SCL-90-R muestran únicamente diferencias estadísticamente significativas en la escala de depresión entre en los casos que han necesitado uno y tres episodios de tratamiento. Por lo tanto, los pacientes que requieren de más de un tratamiento pueden tener asociados síntomas relacionados con la esfera depresiva.

Respecto a la evaluación del malestar psicológico mediante el MCMI-II no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre uno y dos episodios de tratamiento. Aparece una diferencia estadísticamente significativa en la escala de abuso de drogas en la comparación entre uno y tres episodios, y también diferencias en esta misma escala y la de hipomanía en los pacientes que han precisado de entre dos y tres tratamientos. De ello se puede concluir que a mayor número de tratamientos, mayor probabilidad de tener también problemática con otro tipo de sustancia.

En lo referido a las características de personalidad evaluadas mediante el MCMI-II, no aparecen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de uno y dos episodios de tratamiento. En la comparación entre uno y tres episodios las diferencias estadísticamente significativas se encuentran en las escalas antisocial y límite. En la comparación entre dos y tres tratamientos, las diferencias estadísticamente significativas se muestran en las escalas dependiente, histriónica, narcisista, antisocial y agresivo (sádica). Por ello se puede concluir que a mayor

número de episodios de tratamiento, mayor gravedad en los patrones de personalidad.

En cuanto a los valores superiores a 84 en las tasas base, únicamente se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las escalas antisocial y narcisista.

Los datos obtenidos mediante análisis Chaid indican que todos los tratamientos recibidos se asocian significativamente con las escalas de alcohol del EuropASI, siendo necesarios más episodios de tratamiento en los casos de alcohol más graves. A su vez, los casos de alcohol con gravedad moderada y que presentan puntuaciones superiores a 5 en la escala psiquiátrica del EuropASI son más vulnerables a tener tres o más tratamientos.

Por todo ello se puede concluir que **se confirma la décima hipótesis**. Los datos encontrados avalan una mayor gravedad en la adicción, una mayor sintomatología psicopatológica y una mayor prevalencia de alteraciones de personalidad en los casos que precisan un mayor número de episodios de tratamiento.

El **tercer objetivo** del trabajo consiste en evaluar la eficacia del tratamiento ambulatorio para los problemas de alcohol desarrollado en la Fundación Proyecto Hombre de Navarra. Para ello se cuenta con dos hipótesis que se refieren a la tasa de éxito terapéutico en los pacientes y al perfil diferencial entre los que finalizan con éxito y abandonan el tratamiento e identifican las variables predictoras del éxito y del abandono en el tratamiento. La confirmación de las hipótesis relacionadas con este objetivo se presenta en la tabla 64.

Tabla 64: Confirmación de las hipótesis correspondientes al tercer objetivo

HIPÓTESIS DEL TERCER OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
11. El programa evaluado presentará una tasa de éxito similar a la obtenida en otros programas de tratamiento del alcoholismo	Sí
12. Los pacientes que obtienen el alta terapéutica presentarán una menor problemática en las áreas de consumo y familiar al inicio del tratamiento , así como con menor gravedad psicopatológica y ausencia de trastornos de personalidad.	Parcial*
13. Las principales variables predictoras de alta terapéutica serán la menor problemática en las áreas de consumo y familiar , la menor gravedad psicopatológica y la ausencia de trastornos de personalidad al inicio del tratamiento.	Parcial*

* La parte de la hipótesis que se ha confirmado figura en negrita

La **decimoprimer**a hipótesis señala que el programa evaluado presentará una tasa de éxito similar a la obtenida en otros programas de tratamiento del alcoholismo.

Los datos obtenidos muestran que un 63,5% de los casos obtiene el alta terapéutica mientras que un 36,5% abandonan el tratamiento. La tasa de abandonos terapéuticos en el ámbito de las drogodependencias oscila alrededor del 30% dependiendo de los estudios realizados (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Villa y Hermida, 2000).

Por lo tanto, **se confirma la decimoprimer**a hipótesis enmarcada dentro del tercer objetivo.

La **decimosegunda** hipótesis señala que los pacientes que obtienen el alta terapéutica presentarán una menor problemática en las áreas de consumo y familiar al inicio del tratamiento, así como con menor gravedad psicopatológica y ausencia de

trastornos de personalidad. La **decimotercera hipótesis** indica que estas mismas variables serán predictoras del alta terapéutica.

El perfil tipo del paciente que obtiene el alta es el de un varón, de 41 años, casado con estudios primarios cursados y con un patrón de consumo diario. No hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas.

Respecto a la gravedad de la adicción recogida mediante las diferentes áreas del EuropASI, no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna escala, aunque aquellos que abandonan el tratamiento tienden a puntuar más alto en las escalas de empleo, consumo de alcohol, familiar/social y psiquiátrica. Sin embargo, los resultados tanto de la regresión logística como del análisis Chaid muestran que un mayor grado de apoyo familiar se relaciona con la mayor probabilidad de obtener satisfactoriamente el alta terapéutica.

En lo referido a las variables psicopatológicas evaluadas mediante el SCL-90-R no se aprecian diferencias significativas en ninguna escala. Respecto a la evaluación de malestar psicológico obtenido con el MCMI-II, tampoco se aprecian diferencias estadísticamente significativas, tanto en las puntuaciones medias como en la tasa base superior a 84.

Por lo tanto, **sólo se confirman parcialmente la decimosegunda y decimotercera hipótesis** del tercer objetivo. De todas las variables estudiadas sólo el área familiar constituye una variable relevante en la finalización del tratamiento.

6. DISCUSIÓN

En esta tesis se ha llevado a cabo una evaluación del programa ambulatorio del tratamiento del alcoholismo que se desarrolla en la Fundación Proyecto Hombre Navarra. Los resultados globales obtenidos muestran una tasa de altas terapéuticas del 63,5%. Se trata de pacientes que han conseguido el principal objetivo terapéutico del programa: la abstinencia del alcohol. A continuación se lleva a cabo una discusión de los aspectos más relevantes relacionados con los tres objetivos generales de la investigación.

Por lo que se refiere a las características de la muestra, el perfil sociodemográfico de los pacientes no difiere en exceso con el encontrado en otros estudios de similares características (Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi, y Lorea, 2005). En concreto, se trata mayoritariamente de hombres, con un patrón de consumo diario, casados y con estudios primarios cursados.

El análisis de la gravedad de la adicción muestra una mayor afectación en las áreas relacionadas con el consumo de alcohol, apoyo social/familiar y área psiquiátrica. Estos datos indican la necesidad de desarrollar intervenciones clínicas específicas en estos campos con el objetivo de mejorar los resultados del tratamiento y prevenir futuras recaídas. En este sentido, Proyecto Hombre Navarra cuenta ya con estudios llevados a cabo con diferentes poblaciones de pacientes adictos que han mostrado ser eficaces (López-Goñi et al., 2010; Fernández-Montalvo et al., 2014).

En cuanto a la sintomatología psicopatológica asociada, los resultados obtenidos en esta tesis han mostrado una importante prevalencia de comorbilidad en los pacientes de la muestra. Ello coincide con los resultados obtenidos en otros estudios (Campos et al., 2015; Debell et al., 2014; Falk et al., 2015; Fein, 2015 Grant et al., 2004; Klimkiewicz et al., 2015; Pérez, De Vicente, García, Romero y Oliveras, 2008). Por ejemplo, en nuestro país, en el trabajo de Becoña et al. (2008) el 62,5% de los casos de alcoholismo presentaba a su vez una coexistencia con otro trastorno mental. Ello resulta especialmente importante, ya que algunos estudios han mostrado que los

pacientes con comorbilidad tienen una mayor dificultad para el afrontamiento de determinadas situaciones, por lo que el proceso terapéutico puede verse afectado negativamente (Guardia et al., 2003).

Con respecto a las alteraciones de personalidad, esta investigación presenta en la muestra total altas prevalencias en las escalas dependiente, compulsiva y esquizoide. Estos resultados son similares a los encontrados en otras investigaciones que concluyen que las mayores puntuaciones se muestran en el trastorno antisocial, si bien existen coexistencias con el trastorno histriónico, dependiente, límite, narcisista y paranoide (Grant et al., 2014; Hasin et al., 2011). En las diferencias por sexo, las mujeres de este estudio muestran puntuaciones significativamente más altas en la escala histriónica. Este dato también es semejante al encontrado en otros estudios en los cuales se observan mayores prevalencias de alteraciones de personalidad en las mujeres en las escalas límite, obsesivo-compulsiva, dependiente e histriónica (Bravo de Medina et al., 2008; Grant et al., 2008; Stinson et al., 2008). Todo ello a su vez corrobora los resultados obtenidos en la mayoría de los estudios realizados por la comunidad científica en los cuales se observan elevados porcentajes dentro del grupo B de trastornos de personalidad (Zikos et al., 2010).

Desde otra perspectiva, los datos del presente trabajo presentan una tasa de conductas violentas en el 37,7% de los pacientes estudiados. Este resultado confirma las cifras obtenidas en estudios previos que sitúan la tasa de conductas violentas en población toxicómana entre el 21,5% (Kraanen, Vedel, Scholing y Emmelkamp, 2014) y el 42% (Taft, O'farrell, Doron-LaMarca, Panuzio, Suvak, Gagnon y Murphy, 2010). La prevalencia de conductas violentas entre personas adictas es mayor que en población general (Devries et al., 2013) y por ello es necesario un abordaje específico y temprano en pacientes que están acudiendo a tratamiento para deshabituación.

El perfil del paciente con conductas violentas se asemeja al mostrado en otras publicaciones (Mericle y Havassy, 2008; Fernández-Montalvo et al., 2012). Así, se trata de un varón más joven que el no violento, soltero, bebedor diario, con estudios primarios cursados y mayor gravedad en las áreas de consumo de drogas y alcohol, laboral, familiar/social, legal y psiquiátrica.

Este trabajo pone de manifiesto, y en ello coincide con otros estudios realizados (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Novo, Fariña, Seijo y Arce, 2012), que las personas que han ejercido conductas violentas a su vez presentan un mayor desajuste emocional, con alta sintomatología psicopatológica y más alteraciones de personalidad.

Aunque tradicionalmente se asocia el descontrol de los impulsos y la violencia de género a los hombres (Palmetto, Davidson, Breitbart y Rickert, 2013), hay estudios que indican altas prevalencias también en mujeres. Los resultados de este trabajo coinciden con los encontrados por Arteaga et al., (2015) en los cuales se observó que casi dos de cada tres mujeres que acudían a tratamiento por consumo de sustancias habían ejercido conductas violentas alguna vez en la vida. Estas mujeres mostraban niveles más altos de gravedad en las distintas variables estudiadas. Desde un punto de vista clínico este hallazgo es significativo puesto que la gran mayoría de programas de intervención para el alcoholismo están diseñados más para trabajar con hombres. Así pues, se pone nuevamente de manifiesto la necesidad de adaptar los tratamientos a las características de los pacientes, teniendo en cuenta las diferencias de género (Fernández-Montalvo et al., 2014).

La reducción o eliminación del consumo de alcohol es necesaria pero no suficiente para erradicar las conductas violentas. A día de hoy no existe evidencia sobre una relación causal entre los dos fenómenos objeto de estudio y por lo tanto la intervención exclusiva en el trastorno por consumo de alcohol no es suficiente para intervenir en la violencia contra la pareja (Klostermann et al, 2010). Hay investigaciones esperanzadoras al respecto sobre la eficacia de las intervenciones integradas para el alcoholismo y las conductas violentas (Arteaga et al., 2014; Easton, Mandel, Hunkele, Nich, Rounsaville y Carroll, 2007; Kraanen, Vedel, Scholing y Emmelkamp, 2013). En concreto, estos estudios evidencian reducciones significativas en las conductas violentas, mayores incluso que las observadas cuando se interviene solamente en el alcoholismo.

En definitiva, se puede concluir que los resultados obtenidos sugieren que los individuos con problemas para controlar conductas violentas muestran un perfil más

grave de la adicción, más sintomatología psicopatología asociada y mayores alteraciones de personalidad. Por todo ello, se considera necesaria la detección de conductas violentas en hombres y mujeres con problemas de adicción, ya que se trata de un factor crítico para el tratamiento. En este sentido, se han llevado a cabo distintos intentos de tratamientos combinados para ambas problemáticas, que abordan conjuntamente los problemas de adicción y las dificultades para controlar conductas violentas (Easton et al., 2007; Kraanen et al., 2013).

Desde la perspectiva contraria, la tasa de victimización de la muestra estudiada revela una elevada prevalencia de historia de maltrato entre los pacientes adictos que se han sometido a tratamiento. En particular, el 26,5% de los individuos de este estudio habían experimentado algún tipo de maltrato a lo largo de la vida, principalmente abuso físico y abuso sexual. Estas cifras son muy superiores a las encontradas (alrededor del 5%) en la población general de España (Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2011).

Por otra parte, un número significativo de pacientes que presentaron antecedentes de victimización habían sufrido más de un tipo de maltrato. Por ello, ser víctima de diferentes tipos de abuso parece ser frecuente entre los pacientes alcohólicos. El presente estudio no ha sido el primero en encontrar estos resultados. Un estudio de Sacks et al. (2008) encontró que el 69% de las mujeres que presentaron problemas de adicción habían sido víctimas de algún tipo de abuso en la infancia. Schneider et al., (2008) también demostraron altas tasas de abuso en pacientes adictos.

El programa evaluado ha mostrado diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes adictos que presentaron antecedentes de abuso y los que no en algunas variables relacionadas con la gravedad de la adicción (evaluadas a través del EuropASI). En particular, los pacientes que presentaron antecedentes de abuso mostraron una mayor necesidad de tratamiento en el ámbito familiar/social y psiquiátrico. Estudios anteriores han demostrado que estas áreas están directamente relacionadas con el problema del consumo (Fernández-Montalvo et al., 2014; López-Goñi et al., 2010;).

Las variables psicopatológicas medidas por el SCL-90-R no han mostrado diferencias significativas entre los dos grupos, aunque los pacientes víctimas de abuso presentan puntuaciones superiores en todas las escalas. Estos síntomas parecen estar relacionados con las consecuencias de la adicción en sí y no con la experiencia de abuso. Sin embargo, la bibliografía muestra una mayor presencia de depresión y síntomas postraumáticos, principalmente trastorno de estrés postraumático, entre pacientes adictos que presentan antecedentes de abuso (Danielson et al., 2009; Schneider et al., 2008). No obstante, en este estudio no se ha evaluado específicamente el trastorno de estrés postraumático, por lo que no se pueden extraer conclusiones en este sentido.

Con respecto a los trastornos de la personalidad, sólo se han observado diferencias significativas entre los dos grupos en dos de las escalas estudiadas. Los pacientes que presentan una historia de abuso durante toda su vida tienen más probabilidades de presentar alteraciones de personalidad antisocial y pasivo-agresiva. Desde una perspectiva cuantitativa, los pacientes adictos con una historia de abuso presentan diferencias estadísticamente significativas en las escalas histriónica y autodestructiva. También las víctimas obtienen puntuaciones superiores a los pacientes sin antecedentes de maltrato en las escalas asociadas con el comportamiento violento, incluyendo las escalas pasivo-agresiva y antisocial. Este hallazgo apoya los resultados encontrados en estudios previos que relacionaron comportamientos violentos con situaciones de abuso (Burnette et al., 2008; Chermack et al., 2000; Fernández-Montalvo et al., 2012).

Aunque la prevalencia de victimización en todas sus formas es alta en ambos sexos, el género en este caso también marca claras diferencias. Este estudio, al igual que otros anteriores (Becker y Grillo, 2006; Fernández-Montalvo et al., 2014; Fernández-Montalvo et al., 2015; Sacks et al., 2008) respalda la existencia de mayor presencia de mujeres entre las víctimas de abuso, si bien los datos relativos al respecto no son concluyentes. Algunos estudios han demostrado que la experiencia de un evento traumático aumenta el riesgo de desarrollar una adicción a sustancias entre hombres y mujeres, y de tener un peor pronóstico en el tratamiento (Danielson et al.,

2009: Fernández et al., 2015). Otros estudios han indicado que el abuso sexual y físico infantil eran más comunes entre las mujeres adictas que en los hombres (Burnette et al., 2008; Wilson y Widom, 2009), mientras que el desarrollo del comportamiento violento era más común entre los hombres adictos que en las mujeres (Chermack, Stoltenberg, Fuller y Blow, 2000; Fernández-Montalvo et al., 2011; Fernández-Montalvo et al., 2012). Por lo tanto, son necesarios más estudios que examinen muestras similares de hombres y mujeres para evaluar con mayor precisión el impacto específico del género en la relación entre la adicción y una historia de abuso.

La presencia de maltrato en los pacientes de la muestra también puede influir en la finalización del tratamiento. Sin embargo, aunque otro estudio reciente (Fernández-Montalvo et al., 2017) ha constatado que la presencia de situaciones de abuso interfiere de forma negativa en la evolución terapéutica de los pacientes adictos, los resultados encontrados en esta tesis no muestran diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, en esta tesis se ha analizado la tasa de reingresos en los pacientes alcohólicos en el mismo dispositivo de intervención. En concreto, la tasa de reingresos se sitúa en el 51%. Esta cifra se encuentra por encima de la encontrada en otros estudios similares (López-Goñi, Fernández-Montalvo, Cacho y Arteaga, 2014). Se trata de un hallazgo alarmante ya que implica que la intervención terapéutica se dirige en la mitad de los casos a pacientes con más de un episodio de tratamiento en el mismo centro de tratamiento, es decir, a pacientes que han fracasado en intentos previos de intervención.

Los pacientes con reingreso muestran mayores niveles de gravedad en todas las áreas estudiadas mediante el EuropASI, coincidiendo así con datos de trabajos anteriores (Hussaarts, Roozen, Meyers, Van de Wetering y McCrady 2012; López-Goñi et al., 2014). Desde un punto de vista psicopatológico, los pacientes reingresados presentan sintomatología psicopatológica más severa en casi todas las escalas que los que no han necesitado de un segundo episodio de tratamiento (Fernández-Montalvo et al., 2004; Fernández-Montalvo et al., 2010). En cuanto a las alteraciones de la personalidad, los pacientes del presente estudio, al igual que en estudios anteriores,

presentan una mayor proporción de episodios depresivos (Fernández-Montalvo et al., 2014). Estos datos apoyan la necesidad de realizar abordajes específicos para los síntomas psicopatológicos y las alteraciones de personalidad en población alcohólica.

Los resultados de este estudio muestran al igual que estudios anteriores, una mayor gravedad en la adicción, una mayor sintomatología psicopatológica, mayor probabilidad de padecer alteraciones de personalidad, una alta tasa de incapacidad para controlar conductas violentas y un elevado número de pacientes víctimas de abuso en los pacientes reingresados. Por todo ello, se pueden considerar distintas mejoras en los protocolos de tratamiento. Por un lado, en la evaluación inicial se puede incorporar un análisis de los tratamientos anteriores recibidos y, por otro lado, el programa de tratamiento puede incluir unas citas de seguimiento tras el alta para poder intervenir precozmente en los procesos de recaída. Se trata de posibles vías de mejora futura que deberán ser contrastadas empíricamente.

Con respecto a los casos que ha precisado de más un episodio de tratamiento, se observan diferencias estadísticamente significativas en el perfil de los pacientes que han necesitado dos episodios de tratamiento o más. Estos pacientes han mostrado una mayor gravedad en la adicción, mayor inestabilidad laboral, más problemas con la ley, mayor problemática médica, menor apoyo social y familiar, y mayor inestabilidad emocional (representada mediante síntomas psicopatológicos severos y alteraciones de personalidad). Estos datos coinciden con estudios previos (Cacciola, Legget y Camilleri, 2009; Hser et al., 1999; López-Goñi et al., 2014; Moos, Moos y Finney, 2001). Además, presentan mayor incapacidad para controlar conductas violentas y mayor tasa de victimización (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; López-Goñi, Fernández-Montalvo, Illescas, Landa y Lorea, 2008). Por ello, se concluye que a mayor número de episodios de tratamiento, mayor es la gravedad del cuadro clínico. Por eso, se consideran necesarias intervenciones específicas en las áreas afectadas para cada paciente.

Por lo que se refiere a los resultados del programa evaluado, la tasa de altas terapéuticas obtenida asciende al 63,5% de los casos. Se trata de pacientes que han conseguido el principal objetivo terapéutico del programa: la abstinencia del alcohol.

Estos resultados van en la línea de los obtenidos con otros programas de tratamiento de carácter cognitivo-conductual. De hecho, la terapia cognitivo-conductual ha mostrado ya anteriormente su eficacia en el tratamiento del alcoholismo en distintas investigaciones (Haber et al., 2009; Lefio et al., 2013; Magill y Ray, 2009; Maradona y Rodríguez-Mendez, 2015; NICE, 2011; Ruiz, Diaz y Villalobos, 2011; Secades y Fernández, 2001).

Por lo que se refiere a los abandonos terapéuticos, los resultados encontrados muestran diferencias en función del sexo. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios (Fernández-Montalvo et al., 2014; Storbjörk, 2011). En concreto, las mujeres que acuden a tratamiento muestran por lo general un perfil de adicción más grave y un mayor desajuste en las áreas importantes de la vida y, por consiguiente, presentan más dificultades para completar el tratamiento. En particular, las mujeres de este trabajo presentan mayores tasas de abandono con respecto a los hombres (40% de las mujeres frente al 35,14% de los hombres), lo que coincide con otros resultados publicados anteriormente (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen y Duckert 2013; Fernández-Montalvo et al., 2016). Este hallazgo es importante ya que se ha demostrado que el abandono es un importante predictor de recaída y de peor progreso en el proceso de recuperación (Brorson et al., 2013).

Un aspecto destacable en los resultados es la importancia que el área familiar/social tiene en la evolución del tratamiento y en la consecución del alta terapéutica. Los análisis de regresión logística y Chaid identifican esta área como la más significativa en la predicción de resultados. En concreto, los pacientes que contaban con un mejor apoyo familiar y social presentaban una mayor probabilidad de conseguir el alta terapéutica. Por lo tanto, se trata de un área importante a tener en cuenta cuando se diseñan los programas de intervención con pacientes alcohólicos.

En este sentido, con respecto al área familiar hay diferentes alternativas terapéuticas que han mostrado su valía en los casos de alcoholismo (Giron et al., 2002; Ozechowski y Liddle, 2000; Stanton y Shadish, 1997). Una revisión sistemática realizada en este sentido por Pereplechikova et al., (2008) concluyó que la

combinación de terapia cognitivo-conductual y terapias centradas en la familia son la mejor alternativa para obtener buenos resultados a largo plazo.

En conclusión, los resultados de este estudio invitan a llevar a cabo más investigaciones. Si bien ha quedado clara la influencia de la gravedad de la adicción en las áreas importantes de la vida, también se ha constatado que la sintomatología psicopatológica asociada, las alteraciones de personalidad, la incapacidad de controlar las conductas violentas, el haber sufrido maltrato a lo largo de la vida y el tener más de un episodio de tratamiento, dificultan las intervenciones en los pacientes alcohólicos estudiados. Asimismo, se debe considerar el género como una variable importante a la hora de diseñar planes y tratamiento individualizados. Los posteriores estudios permitirán una mejor comprensión de los factores que aumentan la resistencia al tratamiento y una adaptación de los programas de intervención que satisfagan las necesidades específicas de hombres y mujeres con problemas de consumo de alcohol.

6.1 LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Se señalan a continuación las limitaciones más relevantes de este estudio, así como las posibles consecuencias derivadas de las mismas.

En primer lugar, han existido limitaciones relacionadas con la muestra utilizada y sus características específicas. Para llevar a cabo este trabajo sólo se ha podido contar con aquellos pacientes cuyos datos estaban disponibles en su totalidad. Ello ha reducido el tamaño muestral a 151 pacientes. Esta muestra, aunque es relevante desde un punto de vista clínico, ha podido limitar el tratamiento estadístico de los datos obtenidos e introducir un sesgo en la muestra seleccionada. Además, este tamaño limitado ha podido enmascarar ciertos resultados al no alcanzarse significación estadística en ciertas diferencias en las comparaciones por grupos. Por otro lado, la muestra pertenece a un contexto y un programa concreto. Al ser todos los participantes usuarios de la Fundación Proyecto Hombre Navarra se deberá tener cautela a la hora de generalizar los resultados a otros colectivos u otros tipos de recursos asistenciales. En cualquier caso, el programa evaluado trata a un número importante de drogodependientes de la Comunidad Foral de Navarra. Probablemente

los datos publicados en este trabajo puedan ayudar en otros contextos y permitirán obtener conclusiones más generalizables.

Por otra parte, en este trabajo se carece de un grupo de control con el que comparar los resultados. Las características específicas del centro de tratamiento (la Fundación Proyecto Hombre Navarra) impiden contar con un grupo de control sin intervención con el que comparar los resultados obtenidos. Por lo tanto, a pesar de los resultados mostrados en este trabajo, no se trata de un estudio controlado que ofrezca datos empíricamente validados sobre la efectividad real del programa. Sin embargo, el estudio presenta una validez ecológica importante, ya que se trata de los pacientes y tratamientos reales que se están aplicando en la actualidad dentro del programa ambulatorio Aldatu.

Desde otra perspectiva, habría sido de utilidad contar con medidas de evaluación a la finalización del tratamiento, que recogieran información sobre la evolución de los pacientes en las variables clínicas asociadas. Por ello, en este estudio el criterio de éxito se ha limitado a la consecución del alta terapéutica una vez conseguida la abstinencia del alcohol.

El presente estudio cuenta también con fortalezas. A continuación se mencionan algunas de ellas.

En primer lugar, se ha contado con un buen conocimiento de los fenómenos abordados. Por un lado, la autora del presente trabajo cuenta con una amplia experiencia en el ámbito de las drogodependencias por lo que se disponía de un adecuado conocimiento del perfil de usuario atendido. La mayor parte de su vida laboral ha estado ligada a este campo, en concreto en la Fundación Proyecto Hombre Navarra, por lo que el conocimiento del programa evaluado es alto. Por otro lado, las personas con las que ha trabajado en su equipo de investigación, son expertas en el campo de las drogodependencias.

En segundo lugar, este trabajo se enmarca en el contexto de otras investigaciones y publicaciones realizadas anteriormente por parte del equipo investigador: el Grupo de Investigación de Psicología Clínica y Psicopatología de la

Universidad Pública de Navarra. Las principales líneas de investigación de este grupo se centran fundamentalmente en las adicciones y las conductas violentas.

En tercer lugar, ha sido fundamental la colaboración de las personas que componen la Fundación Proyecto Hombre Navarra proporcionando los medios necesarios para poder acceder a la información necesaria. En este sentido, existe un convenio de colaboración entre la Universidad Pública de Navarra y dicha Fundación que facilita la relación entre ambas entidades y facilita que se desarrollen diferentes investigaciones relacionadas con las adicciones.

En cuarto lugar, hay que destacar el perfil de las personas evaluadas en este trabajo. Se trata de un colectivo que pese a sus dificultades resulta especialmente “agradecido” con el profesional que le atiende en contra de algunos estereotipos relacionados con la persona dependiente del alcohol. Además, el estudio presenta en este sentido una alta validez ecológica, aspecto ya señalado anteriormente.

En quinto, y último lugar, es destacable la validez ecológica de este estudio, ya que se ha llevado a cabo en el contexto clínico real en el que se desarrolla el tratamiento del programa Aldatu.

6.2 LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACION

A continuación, se explican algunas sugerencias de cara a futuros trabajos e intervenciones que puedan desarrollarse dentro del campo de las adicciones, y en particular del alcoholismo, teniendo en cuenta los resultados y conclusiones de este estudio.

El primer lugar, y teniendo en cuenta las limitaciones de la muestra, sería interesante replicar el diseño de la investigación y aumentar por un lado el tamaño de la muestra y por otro, contar con muestras procedentes de otros dispositivos similares al estudiado.

En segundo lugar, sería necesario profundizar en las diferencias por género a la hora de diseñar los planes de tratamiento tanto individualizados como grupales. Las diferencias encontradas entre hombres y mujeres con problemas de alcohol justifican

la evaluación exhaustiva del perfil diferencial, así como el planteamiento terapéutico teniendo en cuenta las diferencias de género encontradas.

En tercer lugar, la alta prevalencia de conductas violentas encontradas, tanto agresores como víctimas, justifican el estudio de vías específicas de intervención, que tengan en cuenta este tipo de conductas asociadas. En este sentido, sería necesario desarrollar estudios sobre la eficacia de programas de tratamiento combinados que aborden ambos fenómenos de forma conjunta.

En cuarto lugar, sería interesante, realizar evaluaciones y protocolos de intervención más exhaustivos para las áreas que han marcado mayor problemática. Los resultados encontrados en el área familiar y psiquiátrica justifican el abordaje específico de este tipo de problemáticas. Ello podría disminuir el número de abandonos y de recaídas en los pacientes atendidos.

En quinto lugar, los resultados de este estudio han mostrado el papel tan importante que un adecuado apoyo familiar juega en la recuperación del paciente. Por ello, sería interesante llevar a cabo estudios que profundicen en este aspecto y que valoren más específicamente cómo influye dicho apoyo en el proceso terapéutico del paciente.

Por último, sería necesario contar con estudios de seguimiento que valoren la evolución de los pacientes, más allá de la finalización del tratamiento. De esta forma, se contaría con datos más precisos sobre el mantenimiento de la abstinencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, M. W., Brady, K., Brigham, G., Carrol, K. M., Clayton, R. R., Friedman, D. P., . . . Woody, G. (2012). *Principles of drugs addiction treatment. A research-based guide* (3º ed.). U.S: National Institute on Drug Abuse.
- Aharonovich, E., Liu, X. H., Samet, S., Nunes, E., Waxman, R. y Hasin, D. (2005). Postdischarge cannabis use and its relationship to cocaine, alcohol, and heroin use: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *162*(8), 1507-1514. doi:10.1176/appi.ajp.162.8.1507
- Alcazar-Corcoles, M., Verdejo, A. y Bouso-Sáiz, J. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes *Actas Españolas de Psiquiatría*, *43*(5), 161-169.
- Alden, A., Brennan, P., Hodgins, S. y Mednick, S. (2007). Psychotic disorders and sex offending in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *64*(11), 1251-1258. doi:10.1001/archpsyc.64.11.1251
- Aletraris, L., Shelton, J. S. y Roman, P. M. (2015). Counselor Attitudes Toward Contingency Management for Substance Use Disorder: Effectiveness, Acceptability, and Endorsement of Incentives for Treatment Attendance and Abstinence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *57*, 41-48. doi:10.1016/j.jsat.2015.04.012
- Allsop, S., Saunders, B., Phillips, M. y Carr, A. (1997). A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, *92*(1), 61-73.
- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., . . . Invest, E. S. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) Project: Rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *11*(2), 55-67. doi:10.1002/mpr.123
- Alonso-Fernandez, F. (1981). *Alcohol-dependencia*. Madrid: Pirámide.
- Ambrogne, J. A. (2002). Reduced-risk drinking as treatment goal: What clinicians need to know. *Substance Abuse Treatment*, *22*(1), 45-53.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental disorders (DSM-I)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statitical Manual: Mental Disorders (4th Ed. Rev.)*. Washington D.C.: APA.
- American Psychological Association Work Group on Substance Use Disorders. (1995). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *The American Journal of Psychiatry*, *152*(11), 1-59.
- Andrews, D. A. y Bonta, J. (2010). REHABILITATING CRIMINAL JUSTICE POLICY AND PRACTICE. *Psychology Public Policy and Law*, *16*(1), 39-55. doi:10.1037/a0018362

- Andréasson, S. y Öjehagen, A. (2003). Psychosocial treatment for alcohol dependence. In M. Berglund, S. Thelander, y E. Jonsson (Eds.), *Treating alcohol and drug abuse. An evidence based review*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Anguiano, A, Vega, Z., Nava, C. y Soria, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos (AA). *Liber (online)*, 16(1), 17-26.
- Annis, H. (1982). *Inventory of Drinking Situations (IDS-100)*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. y Graham, J. (1988). *Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39): User's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H. M. y Peachey, J. E. (1992). The use of calcium carbimide in relapse prevention counseling - results of a randomized controlled trial. *British Journal of Addiction*, 87(1), 63-72.
- Anton, R., Moak, D. y Latham, P. (1995). The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(1), 92-99.
- Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., . . . Grp, C. S. R. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence - The COMBINE study: A randomized controlled trial. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 295(17), 2003-2017. doi:10.1001/jama.295.17.2003
- Anzieu, D. (1998). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid: Ediciones Akal.
- Arana, A., Ardanaz, U., Aristu, M., Arteaga, A., López-Goñi, J. J., Lorea, I. y Terradillos, J. (2002). *Fundación Proyecto Hombre Navarra, memoria 2001*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Arias Z, F. J. y Correa Uribe, J. E. (2016). Hacia una perspectiva clínica psicodinámica de la intervención de las adicciones. [Toward a psycho-dynamic clinical perspective of addiction intervention]. *El Ágora U.S.B.*, 16(1), 231-254.
- Olleta, A. (2014). Evaluación de la eficacia de un programa de intervención para la violencia contra la pareja en pacientes adictos en tratamiento (Tesis doctoral inédita). Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España.
- Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J. y López-Goñi, J. J. (2012). Diferencias en variables de personalidad en sujetos adictos a drogas con y sin conductas violentas contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 19-32.
- Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J. y López-Goñi, J. J. (2015). Prevalence and differential profile of patients with drug addiction problems who commit intimate partner violence. *The American Journal on Addictions*, 24(8), 756-764.
- Arunogiri, S. y Lubman, D. I. (2015). Anxiety and substance use disorders: A worrying combination. *Australasian Psychiatry*, 23(4), 382-387. doi:10.1177/1039856215590053

- Ayesta, F. J. (2002). Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Adicciones*, 14, 63-78.
- Azpilicueta, L. y Domench, J. M. (1992). *Memoria 1991. Proyecto Hombre Navarra. Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339-348.
- Azrin, N. H., Sisson, W., Meyers, R. y Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by Disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
- Babor, T. F., Hofmann, M., Del Boca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S. y Rousanville, B. (1992). Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.
- Baker, A., Boggs, T. G. y Lewin, T. J. (2001). Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96(9), 1279-1287. doi:10.1046/j.1360-0443.2001.96912797.x
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S., . . . Carr, V. J. (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100(3), 367-378. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.001002.x
- Baker, A. L., Thornton, L. K., Hiles, S., Hides, L. y Lubman, D. I. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 217-229. doi:10.1016/j.jad.2011.08.004
- Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., Shadish, W. R. y Bean, R. (2012). The Effects of Family Therapies for Adolescent Delinquency and Substance Abuse: A Meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281-304. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x
- Bandura, A., Blanchar, E. B. y Ritter, B. (1969). Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13(3), 173-180. doi:10.1037/h0028276
- Barkin, S., Smith, K. y DuRant, R. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *The Journal of Adolescent Health* 30, 448-454.
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M. y Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivoconductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28, 61-71.

- Beck, A., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *Beck depression inventory-II*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (2000). *Beck Hopelessness Scale (BHS). Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (2001). *Beliefs About Substance Abuse. In cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Wrigth, F., Newman, C. y Bruce, S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Becker, D. F. y Grilo, C. M. (2006). Prediction of drug and alcohol abuse in hospitalized adolescents: Comparisons by gender and substance type. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1431-1440.
- Becoña, E., Cortes, M., Fernandez-Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R. y Tomas, V. (2008). *Guía clínica de intervención en adicciones*. Barcelona: Sociodrogalcohol.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Behar, R. (2004). Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicaciones. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 42(3), 183-194.
- Bendimerad, P. y Blecha, L. (2014). Benefits in reducing alcohol consumption: How nalmefene can help. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique*, 40(6), 495-500. doi:10.1016/j.encep.2014.10.012
- Berenzon, S., Alanís, S. y Saavedra, N. (2009). El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la Ciudad de México. [The use of alternative and complementary therapies on the Mexican population with depressive and anxiety disorders: results of a survey in Mexico City]. *Salud Mental*, 32(2), 107-115.
- Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., Franck, J., Andreasson, S. y Ojehagen, A. (2003). Treatment of alcohol abuse: An evidence-based review. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 27(10), 1645-1656. doi:10.1097/01.alc.0000090144.99832.191
- Bien, T. H., Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol-problems: A review. *Addiction*, 88(3), 315-336. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x
- Blow, F. (1991). *Michigan alcoholism screening test-geriatric version (MAST-G)*. Ann Arbor: University of Michigan Alcohol Research Center.

- Blow, F. C., Brower, K. J., Schulenberg, J. E., Demo-Dananberg, L. M., Young, J. P. y Beresford, T. P. (1992). The Michigan alcoholism screening test-geriatric version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(2), 372.
- Bobes, C. y Casas, M. (2009). *Manejo clínico del paciente con patología dual. Recomendaciones a expertos*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Bobes, J., Gutierrez, M., Palao, D., Ferrando, L., Gibert-Rahola, J. y Lecrubier, Y. (1997). Validez del MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) en tres centros de AP en España. *Psiquiatría Biológica*, 4(2), 79.
- Bobes, M., Díaz, E., Casares, M., Bascarán, M. y García-Portilla, M. (2012). *Diagnóstico y evaluación del alcoholismo*. In P. Pastor y J. Guardia (Eds.), *Monografía sobre alcoholismo*. Barcelona: Sociodrogalcohol.
- Booth, P. G., Dale, B. y Ansari, J. (1984). Problem drinkers goal choice and treatment outcome: A preliminary study. *Addictive Behaviors*, 9(4), 357-364.
- Booth, P. G., Dale, B., Slade, P. D. y Dewey, M. E. (1992). A follow-up study of problem drinkers offered a goal choice option. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 594-600.
- Bordnick, P. S., Traylor, A., Copp, H. L., Graap, K. M., Carter, B., Ferrer, M. y Walton, A. P. (2008). Assessing reactivity to virtual reality alcohol based cues. *Addictive Behaviors*, 33(6), 743-756.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M. y García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*.
- Bottlender, M., Kohler, J. y Soyka, M. (2006). The effectiveness of psychosocial treatment approaches for alcohol dependence a review. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 74(1), 19-31.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., . . . Larimer, M. E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders. *Jama Psychiatry*, 71(5), 547-556. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4546
- Brambilla, R., Vigna-Taglianti, F., Avanzi, G., Faggiano, F. y Leone, M. (2012). Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for mid/long term treatment of alcohol dependence: A systematic review. *Rivista Di Psichiatria*, 47(4), 269-280.
- Bravo de Medina, R., Echeburua, E. y Aizpiri, J. (2008). Gender differences in alcohol dependence: personality variables, psychopathological profile and personality disorders. [Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad.]. *Psicothema*, 20(2), 218-223.
- Broome, K. M., Simpson, D. D. y Joe, G. W. (2002). The role of social support following short-term inpatient treatment. *American Journal on Addictions*, 11, 57-65.

- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K. y Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical psychology review, 33*(8), 1010-1024.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. y Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(5), 843-861. doi:10.1037/0022-006x.71.5.843
- Burleson, J. A., Kaminer, Y. y Burke, R. H. (2012). Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*(1), 78-86. doi:10.1016/j.jsat.2011.07.001
- Burnette, M. L., Ilgen, M., Frayne, S. M., Lucas, E., Mayo, J. y Weitlauf, J. C. (2008). Violence perpetration and childhood abuse among men and women in substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment, 35*(2), 217-222.
- Burns, E., Gray, R., & Smith, L. A. (2010). Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction, 105*(4), 601-614. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02842.x
- Burtscheidt, W., Schwarz, R., Wolwer, W. y Gaebel, W. (2001). Outpatient behavioural treatment in alcoholism: Alcohol consumption and sociodemographic factors. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie, 69*(11), 526-531. doi:10.1055/s-2001-18382
- Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., Strauss, W. y Gaebel, W. (2002). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*(3), 227-232. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.02332.x
- Butler, C. C., Rollnick, S., Cohen, D., Bachmann, M., Russel, I. y Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trial. *British Journal of general practice, 49*(445), 611--616.
- Caballo, V. (1997). Cuestionario Exploratorio de Personalidad. *CEPER Revista Conductual, 9*(3), 560-562.
- Cacciola, J. S., Dugosh, K. L. y Camilleri, A. C. (2009). Treatment history: Relationship to treatment outcomes. *Substance use & misuse, 44*(3), 305-321.
- Calvo Estopinán, P., Pérez Poza, A., Sacristán Martín, P. y Paricio, C. (2009). Group psychotherapy for prevention of relapses in alcoholism compared to standard outpatient follow-up. [Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual.]. *Adicciones, 21*(1), 15-19.
- Campbell, A. N. C., Nunes, E. V., Matthews, A. G., Stitzer, M., Miele, G. M., Polsky, D., . . . Ghitza, U. E. (2014). Internet-Delivered Treatment for Substance Abuse: A Multisite Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry, 171*(6), 683-690. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13081055

- Campos, L. M., Yoshimi, N. T., Simao, M. O., Torresan, R. C. y Torres, A. R. (2015). Obsessive-compulsive symptoms among alcoholics in outpatient treatment: Prevalence, severity and correlates. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 401-409. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.111
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. y Perugini, M. (1993). THE BIG 5 Questionnaire: A new questionnaire to assess the 5 factor model. *Personality and Individual Differences*, 15(3), 281-288. doi:10.1016/0191-8869(93)90218-r
- Carballo, J. L., Fernandez-Hermida, J. R., Secades-Villa, R. y Garcia-Rodriguez, O. (2008). Determinants of recovery from alcohol problems in treated and untreated individuals in a Spanish sample. *Adicciones*, 20(1), 49-58.
- Carpentier, D., Romo, L., Bouthillon-Heitzmann, P. y Limosin, F. (2015). Mindfulness-based-relapse prevention (MBRP): Evaluation of the impact of a group of Mindfulness Therapy in alcohol relapse prevention for alcohol use disorders. [Resultats preliminaires d'un groupe de pleine conscience (Mindfulness) chez des patients alcoolo-dependants.]. *L'Encephale*, 41(6), 521-526. doi:10.1016/j.encep.2015.05.003
- Carrol, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Carroll, K. M., Fenton, L. R., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., Shi, J. y Rounsaville, B. J. (2004). Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients - A randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 61(3), 264-272. doi:10.1001/archpsyc.61.3.264
- Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E. y Rounsaville, B. J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93(5), 713-727. doi:10.1046/j.1360-0443.1998.9357137.x
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W. y Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence - delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51(12), 989-997.
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, 195-219.
- Catala-Minana, A., Lila, M. y Oliver, A. (2013). Alcohol consumption in men punished for intimate partner violence: individual and contextual factors. *Adicciones*, 25(1), 19-28.
- Catalano, R. y Hawkins, J. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. In *Delinquency and Crime Current Theories* (pp. 149-197). New York: Cambridge University Press.
- Caton, C. L. M., Xie, H. Y., Drake, R. E. y McHugo, G. (2014). Psychotherapy & Psychosocial issues. *Journal of Dual Diagnosis*, 10(4), 177-186. doi:10.1080/15504263.2014.961882

- Cañuelo, B. (2002). Alcohol y exclusion social. *Adicciones*, 14, 251-260.
- Chaney, E. F. (1989). *Social skills training*. New York: Pergamon.
- Chermack, S. T., Stoltenberg, S. F., Fuller, B. E. y Blow, F. C. (2000). Gender differences in the development of substance-related problems: the impact of family history of alcoholism, family history of violence and childhood conduct problems. *Journal of studies on alcohol*, 61(6), 845-852.
- Cherpitel, C. (1995). Screening for alcohol problems in the emergency room: A rapid alcohol problems screen. *Drug and Alcohol Dependence*, 40(2), 133-137.
- Cherpitel, C. y Rodriguez-Martos, A. (2005). Cribado de problemas de alcohol e intervención breve en urgencias: una oportunidad para la prevención. *Adicciones*, 17(3), 181-192.
- Cherrez-Bermejo, C. y Alas-Brun, R. (2014). A descriptive study of substance abuse and mental health disorders in intimate partner violence abusers in prison. [Consumo de sustancias y trastornos de salud mental en agresores de violencia de genero ingresados en prison: un estudio descriptivo.]. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 16(2), 29-37. doi:10.4321/s1575-06202014000200002
- Chick, J. (1999). Estudios naturalísticos versus estudios controlados en las recientes investigaciones sobre tratamiento de la dependencia del alcohol. *Adicciones*, 11(3), 257-260.
- Childress, A. R., Hole, A. V., Ehrman, R. N., Robbins, S. J., Mc Lellan, A. T. y O'Brien, C. P. (1993). Cue reactivity and cue reactivity interventions in drug dependence. *NIDA Reserch Monograph*, 137, 73-95.
- Clark, D. B. (2004). The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*, 99(2), 5-22.
- Claus, R., Orwin, R., Kissin, W., Krupski, A., Campbell, K. y Stark, K. (2007). Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 27-39.
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N. y Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), 131. doi:10.1002/14651858.CD001088.pub2
- Cloninger, C. (1999). *The Temperament and Character Inventory–Revised*. St Louis, MO: *Center for Psychobiology of Personality, Washington University*.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptative mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cobain, K., Owens, L., Kolamunnage-Dona, R., Fitzgerald, R., Gilmore, I. y Pirmohamed, M. (2011). Brief Interventions in Dependent Drinkers: A Comparative Prospective Analysis in Two Hospitals. *Alcohol and Alcoholism*, 46(4), 434-440. doi:10.1093/alcalc/agr044
- Coduras, P. (1990). *La toxicomanía*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

- Conde, F. y Herranz, D. (2004). *Los procesos de integración de los inmigrantes. Pautas de consumo de alcohol y modelos culturales de referencia*. Madrid: Fundación CREFAT.
- Conklin, C. y Tiffany, S. (2002). Applying extinction research and theory to cue exposure addiction treatment. *Addiction*, *97*, 155-167.
- Cooney, N. L., Litt, M. D., Kadden, R. M. y Getter, H. (1991). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies - 2-year follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(4), 598-601. doi:10.1037//0022-006x.59.4.598
- Cooper, E. y Vernon, J. (2013). The effectiveness of pharmacological approaches in the treatment of alcohol withdrawal syndrome (AWS): a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *20*(7), 601-612. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01958.x
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G., Barrett, C. y Team, U. R. (2002). Social behaviour and network therapy - Basic principles and early experiences. *Addictive Behaviors*, *27*(3), 345-366. doi:10.1016/s0306-4603(01)00176-9
- Copello, A. G., Velleman, R. D. B. y Templenton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drugs problems. *Drugs and Alcohol Review*, *24*, 369-385.
- Cortes, M., Muñoz, S., Orueta, J., Vicens, S., Del Pino, M., Trinidad, C. y Sancho, C. (2009). *Guía de Buenas Practicas de FARE: Plan Nacional Sobre Drogas*.
- Corulla, W. (1987). A psychometric investigation of the Eysenck Personality Questionnaire (Revised) and its relationship to the I. 7 Impulsiveness Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, *8*(5), 651-558.
- Costa, M. y López, E. (2008). *La perspectiva de la potenciación en la intervención psicológica* (2 ed.). Sevilla: Desclée de Brouwer.
- Craig, R., Bivens, A. y Olson, R. (1997). MCMI-III-derived typological analysis of cocaine and heroin addicts *Journal of Personality Assessment*, *69*(3), 583-595.
- Cruz-Saez, M. S., Pascual, A., Etxebarria, I. y Echeburua, E. (2013). Risk of eating disorders, consumption of addictive substances and emotional difficulties in adolescent girls. *Anales De Psicología*, *29*(3), 724-733. doi:10.6018/analesps.29.3.151041
- Cunningham, R. M., Chermack, S. T., Ehrlich, P. F., Carter, P. M., Booth, B. M., Blow, F. C., . . . Walton, M. A. (2015). Alcohol Interventions Among Underage Drinkers in the ED: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, *136*(4), E783-E793. doi:10.1542/peds.2015-1260
- Cuzen, N. L., Stein, D. J., Lochner, C. y Fineberg, N. A. (2014). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and substance use disorder: A new heuristic. *Human Psychopharmacology-Clinical and Experimental*, *29*(1), 89-93. doi:10.1002/hup.2373

- Dakof, A., Henderson, E., Rowe, L., Boustani, M., Greenbaum, E., Wang, W., . . . Liddle, H. A. (2015). A Randomized Clinical Trial of Family Therapy in Juvenile Drug Court. *Journal of Family Psychology, 29*(2), 232-241. doi:10.1037/fam0000053
- Danielson, C. K., Amstadter, A. B., Dangelmaier, R. E., Resnick, H. S., Saunders, B. E. y Kilpatrick, D. G. (2009). Trauma-related risk factors for substance abuse among male versus female young adults. *Addictive behaviors, 34*(4), 395-399.
- Dawe, S., Rees, V. W., Mattick, R., Sitharthan, T. y Heather, N. (2002). Efficacy of moderation oriented cue exposure for problem drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(4), 1045-1050.
- De Leon, G. (1997). *Tratamiento de los trastornos por uso de sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona: Masson S.A.
- De Leon, G. (2004). *La comunidad terapeutica y las adicciones. Teoría, modelo y metodo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- De Sousa, A., De Sousa, A. y Kapoor, H. (2008). An open randomized trial comparing disulfiram and topiramate in the treatment of alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(4), 460-463. doi:10.1016/j.jsat.2007.05.012
- Debell, F., Fear, N. T., Head, M., Batt-Rawden, S., Greenberg, N., Wessely, S. y Goodwin, L. (2014). A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(9), 1401-1425. doi:10.1007/s00127-014-0855-7
- DeMartini, K. S., Devine, E. G., DiClemente, C. C., Martin, D. J., Ray, L. A. y O'Malley, S. S. (2014). Predictors of Pretreatment Commitment to Abstinence: Results from the COMBINE Study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 75*(3), 438-446.
- De Medina, R. B., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema, 20*(2), 218-223.
- Derogatis, L. y Lipman, R. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series* Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Deutsch, J. A. (1997). Diazepam maintenance of alcohol preference during alcohol withdrawal. *Science, 198*, 307-309.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., ... y Pallitto, C. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science, 340*(6140), 1527-1528.
- Di Florio, A., Craddock, N. y Van Den Bree, M. (2014). Alcohol misuse in bipolar disorder. A systematic review and meta-analysis of comorbidity rates. *European Psychiatry, 29*(3), 117-124. doi:10.1016/j.eurpsy.2013.07.004

- Díaz-Martínez, A., Díaz-Martínez, L. R., Rodríguez-Machain, A. C., Díaz-Anzaldúa, A., Varela, H. F. y Hernández-Avila, C. A. (2011). Efficacy of a therapeutic intervention program among Mexican college students diagnosed with alcohol dependence. *Salud Mental*, 34(3), 185-194.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J., Zweben, A., Morrel, T. y Lee, R. E. (2001). Project MATCH: A priori matching hypotheses, results, and mediating mechanisms. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Project MATCH Monograph series*, 8, 206-222.
- Donnovan, D. M. y Marlatt, G. A. (2005). *Assessment of Addictive Behaviours* (2 ed.). New York: The Guilford Press.
- Donoghue, K., Elzerbi, C., Saunders, R., Whittington, C., Pilling, S. y Drummond, C. (2015). The efficacy of acamprosate and naltrexone in the treatment of alcohol dependence, Europe versus the rest of the world: a meta-analysis. *Addiction*, 110(6), 920-930. doi:10.1111/add.12875
- Dowling, N. A., Cowlshaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L. y Christensen, D. R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(6), 519-539. doi:10.1177/0004867415575774
- Drake, R. E. y Mueser, K. T. (2002). Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 99-102.
- Drummond, D. C. (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*, 85, 357-366.
- Duarte, C., Varela, M. T., Salazar, I. C., Lema, L. y Tamayo, J. A. (2012). Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. [Motivations and resources for the consumption of psychoactive substances by university students. Motivaciones e recursos para o consumo de substancias psicoativo nos universitarios]. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(1), 92-104.
- Dunn, C., Deroo, L. y Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96(12), 1725-1742. doi:10.1046/j.1360-0443.2001.961217253.x
- Díaz, M. E., García-Portilla, P., Saiz, P. A., Bobes, B. T., Casares, M. J., Fonseca, E. y Pereiro, C. (2010). Psychometric performance of the 6th version of the Addiction Severity Index in Spanish (ASI-6). *Psicothema*, 22(3), 513-519.
- Díaz, R., Castro-Fornieles, J., Serrano, L., González, L., Calvo, R., Goti, J. y Gual, A. (2008). Clinical and research utility of spanish teen-addiction severity index (T-ASI) *Addictive behaviors*, 33(1), 188-195.
- Easton, C. J., Mandel, D. L., Hunkele, K. A., Nich, C., Rounsaville, B. J. y Carroll, K. M. (2007). A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: An integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *American Journal on Addictions*, 16(1), 24-31.

- Echeburua, E., De Medina, R. B. y Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: A comparative study. *Alcohol and Alcoholism*, 42(6), 618-622. doi:10.1093/alcalc/agn050
- Echeburua, E., de Medina, R. B. y Aizpiri, J. (2008). Personality variables, psychopathological alterations and personality disorders in alcohol-dependent patients according to Cloninger's typology of alcohol abuse. *Psicothema*, 20(4), 525-530.
- Echeburua, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9.
- Echeburua, E. (1996). *El alcoholismo*. Madrid: Aguilar.
- Echeburua, E. (2001). *Abuso de alcohol*. Madrid: Síntesis.
- Echeburua, E. y Fernández-Montalvo, J. Hombres maltratadores. In: Echeburua, E., Corral, P. eds. *Manual de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo XXI;1998. 73-175.
- Edwards, G. (1986). The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. *Journal of Addiction*, 81, 171-183.
- Edwards, G., Arif, A. y Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum. *Bulletin of World Health Organization*, 59, 225-242.
- Edwards, G., Marshall, E. J. y Cook, C. C. H. (2003). *The treatment of drinking problems: A guide for the helping professions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Epstein, D. H., Hawkins, W. E., Covi, L., Umbricht, A. y Preston, K. L. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: Findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 73-82. doi:10.1037/0893-164x.17.1.73
- Falk, D., Yi, H. Y. y Hiller-Sturmhofel, S. (2008). An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and drug, use and disorders. Findings from the National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Alcohol Research & Health*, 31(2), 100-110.
- Fariña Ruiz, G., Marrero Marrero, J. M., Cardenas Tutora, L. F., Hernandez Garcia, D. y Tenerife, H. U. N. S. d. I. C. (2009). *Manual del residente en psiquiatría* (Vol. 1). Madrid: Grupo Ene Life.
- Fein, G. (2015). Psychiatric Comorbidity in Alcohol Dependence. *Neuropsychology Review*, 25(4), 456-475. doi:10.1007/s11065-015-9304-y
- Fernandez-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J. J., Gunnard, K., Soto, A., Kalapanidas, E. y Konstantas, D. (2012). Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: PlayMancer, a European multicentre study *Journal of Mental Health*, 21(4), 364-374.
- Fernandez Montalvo, J. y Echeburua, E. (2006). Pathological gambling and personality disorders: a pilot-study with the MCMI-II. [Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio piloto con el MCMI-II.]. *Psicothema*, 18(3), 453-458.

- Fernández-Montalvo, J. y Echeburua, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 500-505. doi:10.1521/pedi.18.5.500.51326
- Fernandez-Montalvo, J., Arteaga, A., y Goñi, J. J. (2014). Efectividad del tratamiento de la violencia contra la pareja en pacientes drogodependientes. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 199-210.
- Fernandez-Montalvo, J., Landa, N., Lopez-Goñi, J. J. y Lorea, I. (2006). Personality disorders in alcoholics: A comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II. *Addictive Behaviors*, 31(8), 1442-1448. doi:10.1016/j.addbeh.2005.09.014
- Fernandez- Montalvo, J., Lopez-Goñi, J.J., Illescas,C., Landa,N., y Lorea, I. (2008). Relapse precipitants in addictions: Results in a therapeutic community. *Jornal of Addictive Diseases*, 26, 55-61.
- Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Goni, J. J. y Arteaga, A. (2011). Tratamiento de agresores contra la pareja en programas de atención a drogodependientes: Un reto de futuro. *Adicciones*,23,5-9.
- Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Goni, J. J. y Arteaga, A. (2012). Prevalence of pathological gambling in treatment-seeking addicted patients: An exploratory study with the South Oaks Gambling Screen. *Anales De Psicología*, 28(2), 344-349. doi:10.6018/analesps.28.2.147611
- Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Goñi, J. J., Azanza, P. y Cacho, R. (2014). Gender differences in drug-addicted patients in a clinical treatment center of Spain. *The American Journal on Addictions*, 23(4), 399-406.
- Fernandez-Montalvo, J. y Lopez-Goñi, J. J. (2010). Comparisons of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research & Theory*, 18, 433-441.
- Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Goñi, J. J. y Arteaga, A. (2015). Psychological, physical, and sexual abuse in addicted patients who undergo treatment. *Journal of interpersonal violence*, 30(8), 1279-1298.
- Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Goñi, J. J., Arteaga, A., Cacho, R. y Azanza, P. (2017). Therapeutic progression in abused women following a drug-addiction treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*.Doi: 0886260515591980
- Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Goñi, J. J., Azanza, P., Arteaga, A. y Cacho, R. (2016). Gender differences in treatment progress of drug-addicted patients. *Women & health*, 1-19.
- Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Góñi, J.J., y Arteaga, A. (2012). Violent Behaviors in Drug Addiction: Differential profiles of drug-addicted patients with and without violence problems. *Journal of Interpersonal Violence*, 27 ,142-147.

- Ferrando, L., Gibert, J., Bobes, J. y Lecrubier, Y. (1999). *Estudio comparativo de validez de la MINI versión CIE10 frente a dos criterios externos (CIDI y Entrevista Clínica)*. Paper presented at the IV Congreso Nacional de Psiquiatría, Oviedo.
- Ferrell, W. L. y Galassi, J. P. (1981). Assertion training and human relations training in the treatment of chronic alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 16(5), 959-968.
- Feuerlein, W. (1976). Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA). eine empirische analyse. *Archive of Psychiatric*, 222, 139-152.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C. y Antons, K. (1977). Diagnose des alkoholismus. Der Müncher Alkoholismus Test (MALT). *München Med Woschenchr*, 119, 1275-1282.
- Finney, J. W. y Monohan, S. C. (1996). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57(3), 229-243.
- Finney, J. W. y Monohan, S. C. (2007). The Cost-effectiveness of Treatment for Alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57(3), 229-243.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. y Williams, J. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)*. New York: Biometrics Research.
- Fitzsimons, H., Tuten, M., Borsuk, C., Lookatch, S. y Hanks, L. (2015). Clinician-delivered contingency management increases engagement and attendance in drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 62-67. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.04.021
- Flannery, B., Volpicelli, J. y Pettinati, H. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(8), 1289-1295.
- Florez, L. y Gantiva, C. (2009). Terapias motivaciones breves: diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 13-26.
- Fonagy, P., Roth, A. y Higgitt, A. (2005). The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4(5-6), 367-377. doi:10.1016/j.cnr.2005.03.005
- Franklin, J. E. y Frances, R. J. (2000). *Trastornos por consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas* (3 ed.). Barcelona: Masson S.A.
- Frias Navarro, M. D. y Llobet, P. (2003). Psicología clinica basada en las pruebas: efecto del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 85, 11-18.
- Friedman, A. y Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument) (ADAD). *Journal of Drug Education*, 19(4), 285-312.

- Friexa, F. y Santfeliu, I. (1988). Clínica psicosocial de la enfermedad. . In Soler,A., Freixa, F., I. Santfeliu. y Reina, F. (Eds.), *Trastorno por dependencia de alcohol. Conceptos actuales* (pp. 137-159). Madrid: Laboratorios Delangrange.
- Fuertes, J. C. y Cabrera, J. (1996). *Locura o normalidad. ¿Una frontera fácil de traspasar?* Madrid: FEALES.
- Fuller, R. K., Branchey, L., Brightwell, D. R., Derman, R. M., Emrick, C. D., Iber, F. L., . . . Shaw, S. (1986). Disulfiram treatment of alcoholism. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 256(11), 1449-1455. doi:10.1001/jama.256.11.1449
- Fumero, A., Santamaria, C. y Navarrete, G. (2009). Predisposition to alcohol and drug consumption in schizophrenia-vulnerable people. *Revista De Neurologia*, 49(1), 8-12.
- Galanter, M. y Brook, D. (2001). Network therapy for addiction: Bringing family and peer support into office practice. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1), 101-122. doi:10.1521/ijgp.51.1.101.49734
- García, H., Sahagun, J. E., Ruiz, A., Sanchez, G. M., Tirado, J. C. y Gonzalez, J. G. (2010). Comparing high- and low-lethality factors regarding attempted suicide-associated risk factors. [Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad.]. *Revista de salud publica (Bogota, Colombia)*, 12(5), 713-721.
- García-Campado, J. y Sanz, C. (2001). Epidemiología de la comorbilidad entre abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos. In G. Rubio, F. Lopez-Muñoz, C. Alamo, & J. Santo-Domingo (Eds.), *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias* (pp. 136-154). Madrid: Panamericana.
- García-Gonzales, R. y Alonso-Suarez, M. (2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol *Adicciones*, 14, 455-463.
- García, M.A., Novalbos, J.P., Robles, M., Jordán, M.A. y O´Ferrall, C. (2017). Perfil psicopatológico y prevalencia de patología dual de los pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio. *Actas Españolas de Psiquiatria*,45 (1),1-11.
- Garlow, S. J., Purselle, D. y D’Orio, B. (2003). Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(1), 101-104. doi:10.1016/s0376-8716(02)00337-x
- Gebara, C. F. D., Bhona, F. M. D., Ronzani, T. M., Lourenco, L. M. y Noto, A. R. (2013). Brief intervention and decrease of alcohol consumption among women: a systematic review. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 8, 8. doi:10.1186/1747-597x-8-31
- Gerhardt, A. N. y Corbin, W. R. (2009). Body mass index and alcohol consumption. Family history of alcoholism as a moderator. *Psychology Addictive Behaviour*, 23, 216-225.

- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P. y Hearon, B. (2008). The empirical status of psychodynamic therapies. In *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 4, pp. 93-108). Palo Alto: Annual Reviews.
- Giron, S., Martínez-Delgado, J. M. y González-Saiz, F. (2002). Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos*, 4, 161-170.
- Glenn, S. W. y Nixon, S. J. (1991). Applications of cloningers subtypes in a female alcoholic sample. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 15(5), 851-857. doi:10.1111/j.1530-0277.1991.tb00612.x
- Goldbeck-Wood, S. y Fonagy, P. (2004). The future of psychotherapy in the NHS - More evidence based services are taking shape to meet growing demand. *British Medical Journal*, 329(7460), 245-246B. doi:10.1136/bmj.329.7460.245
- González Menéndez, R. (2011). *Taxonomic criterium for the alcohol consumption patterns- Revista Cubana de Salud Publica*, 37(1)132-143.
- González, V., Climent, B., García, D., Pérez-Silvestre, J., Herrera, P., Guijarro, M. y Ballester, A. (2008). Estudio descriptivo de las desintoxicaciones de alcohol en un Servicio de Medicina Interna *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 20(4), 377-385.
- Goodman, W., Rasmussen, S., Price, L., Mazure, L., Heninger, G. y Charney, D. (1991). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) . 1(226-233).
- Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E. y Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal*, 39(3), 189-202. doi:10.1023/a:1023371705506
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., . . . Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H. T., . . . Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *Jama Psychiatry*, 72(8), 757-766. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0584
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., Stinson, F. S. y Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States - Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1107-1115. doi:10.1001/archpsyc.61.11.1107
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. y Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 39(1), 1-9. doi:10.1016/j.jpsychires.2004.05.004

- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., . . . Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders - Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, *61*(8), 807-816. doi:10.1001/archpsyc.61.8.807
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, J. y Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the united states - Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, *61*(4), 361-368. doi:10.1001/archpsyc.61.4.361
- Grant, J. E. y Chamberlain, S. R. (2015). Gambling Disorder and Its Relationship with Substance Use Disorders: Implications for Nosological Revisions and Treatment. *American Journal on Addictions*, *24*(2), 126-131. doi:10.1111/ajad.12112
- Grant, J. E., Kushner, M. G. y Kim, S. W. (2002). Patological gambling and alcohol use disorders. *Alcohol Research & Health*, *26*, 143-150.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M. F., . . . Miele, G. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, *86*, 1-21.
- Greenfield, S. F., Cummings, A. M., Kuper, L. E., Wigderson, S. B. y Koro-Ljungberg, M. (2013). A Qualitative Analysis of Women's Experiences in Single-Gender Versus Mixed-Gender Substance Abuse Group Therapy. *Substance Use & Misuse*, *48*(9), 750-760. doi:10.3109/10826084.2013.787100
- Greenwood, G. L., Woods, W. J., Guydish, J. y Bein, E. (2001). Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *20*(1), 15-23. doi:10.1016/s0740-5472(00)00147-1
- Gregorowski, C., Seedat, S. y Jordaan, G. P. (2013). A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. *Bmc Psychiatry*, *13*, 12. doi:10.1186/1471-244x-13-289
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits - A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 35-43. doi:10.1016/s0022-3999(03)00573-7
- Gruzca, R. A., Krueger, R. F., Racette, S. B., Norberg, K. E., Hipp, P. R. y Bierut, L. J. (2010). The emerging link between alcoholism risk and obesity in de United States. *Archive General of Psychiatry*, *67*, 1301-1308.
- Gual, A., Contel, M., Segura, L., Ribas, A. y Colom, J. (2001). The ISCA (Systematic Interview of Alcohol Consumption), a new instrument to detect risky drinking *Medicina clínica*, *117*(18), 685-689.

- Gual, A., He, Y., Torup, L., van den Brink, W., Mann, K. y Grp, E. S. (2013). A randomised, double-blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1432-1442. doi:10.1016/j.euroneuro.2013.02.006
- Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N. y Colom, J. (2002). AUDIT-3 and AUDIT-4: Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol*, 37(6), 591-596.
- Guardia, J., Estorch, M., Surkov, S., Camacho, M. y Garcia-Ribas, G. (2011). La Escala Multidimensional de Craving de Alcohol y el SPECT con yodobenzamida [I123] como predictores de recaída precoz en pacientes que presentan dependencia del alcohol *Adicciones: Revista de soci drog alcohol*, 23(2), 157-164.
- Guardia, J., Iglesias, L., Segura, L. y Gonzalvo, B. (2003). *Manejo del paciente con patología dual*. In Garcia, E., Mendieta, S., Cervera, G., y Fernandez, J.R. (Eds.), *Manual SET de alcoholismo* (pp. 494-509). Madrid: Panamericana.
- Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Iglesias, L. y Roncero, C. (2001). Neuroimagen y alteraciones del funcionamiento cerebral, asociadas al consumo de cocaína. *Adicciones*, 13, 415-431.
- Guardia, J., Surkov, S. I. y Cardus, M. (2011). Bases neurobiológicas de la adicción. In *Manual de trastornos adictivos* (pp. 27-37).
- Guardia, J., Trujols, J., Burguete, T., Luquero, E. y Cardus, M. (2007). Impaired Response Inhibition Scale for Alcoholism (IRISA): Development and Psychometric Properties of a New Scale for Abstinence-Oriented Treatment of Alcoholism *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(2), 269-275.
- Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Trujols, J., Tejero, A., Suarez, A. y Marti, A. (2004). Validation study of the Multidimensional Alcohol Craving Scale (MACS). [Estudio de validacion de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol.]. *Medicina clinica*, 123(6), 211-216. doi:10.1157/13064414
- Gustafson, D. H., Boyle, M. G., Shaw, B. R., Isham, A., McTavish, F., Richards, S., . . . Johnson, K. (2011). AN E-HEALTH SOLUTION FOR PEOPLE WITH ALCOHOL PROBLEMS. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 327-337.
- Gustafson, D. H., McTavish, F. M., Chih, M. Y., Atwood, A. K., Johnson, R. A., Boyle, M. G., . . . Shah, D. (2014). A Smartphone Application to Support Recovery From Alcoholism A Randomized Clinical Trial. *Jama Psychiatry*, 71(5), 566-572. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4642
- Haber, P., Lintzeris, N., Proude, E. y Lopatko, O. (2009). 2009 Edition of the national alcohol treatment guidelines: An overview. *Drug and Alcohol Review*, 28.
- Hall, K. L. y Rossi, J. S. (2008). Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors. *Preventive Medicine*, 46(3), 266-274. doi:10.1016/j.ypmed.2007.11.006

- Hall, R. (1995). Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267-275.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating *British journal of medical psychology*, 32(1), 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*.
- Harrell, A. y Wirtz, P. W. (1989). *Adolescent Drinking Index: Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Hasin, D., Fenton, M. C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., . . . Grant, B. (2011). Personality Disorders and the 3-Year Course of Alcohol, Drug, and Nicotine Use Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1158-1167.
- Hasin, D. S. (2012). Introduction to DSM-5 criteria linked papers in drug and alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1-2), 20-21.
- Hasin, D. S., Beseler, C., Park, J. Y. y Wall, M. M. (2012). Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders:2. Proposed DSM-5 criteria for alcohol,cannabis,cocaine and heroin disorders in 663 substance abuse patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1-2), 28-37.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S. y Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder - Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1097-1106. doi:10.1001/archpsyc.62.10.1097
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E. y Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States - Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830-842. doi:10.1001/archpsyc.64.7.830
- Hasin, D. S., Trautman, K. D., Miele, G. M., Samet, S., Smith, M. y Endicott, J. (1996). Psychiatric research interview for substance and mental disorders (PRISM): Reability for substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 153(9), 1195-1201.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Haynes, S., Yoshioka, D., Pinson, C. y Kloezeman, K. (2005). El papel de la psicología en el desarrollo de tratamientos apoyados empíricamente para los trastornos conductuales en adultos. *Papeles del Psicólogo*, 26, 47-49.
- Heather, N., Herter, R., Miller, W.R. (1995). Brief Intervention strategies.(Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. Boston: Allyn and Bacon.
- Heather, N., Brodie, J., Wale, S., Wilkinson, G., Luce, A., Webb, E. y McCarthy, S. (2000). A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4), 561-570.

- Heather, N. y Stockwell, T. (2004). *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems*. London: John Wiley & Sons.
- Helzer, J. E. y Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric-disorders in the general-population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(3), 219-224.
- Hester, R. K. (1995). Behavioral self-control training. In R. Hester y W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches* (2 ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Hettema, J., Steele, J. y Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. In *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 1, pp. 91-111). Palo Alto: Annual Reviews.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. y Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD Report: Substance use among students in 36 European countries*. Lisboa: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
- Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. y Fenwick, J. W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Higgins, S. T. y Petra, N. M. (1999). Contingency Management: Incentives for society. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 122-127.
- Hodgins, D. C., El-Guebaly, N. y Addington, J. (1997). Treatment of substance abusers: Single or mixed gender programs? *Addiction*, 92, 805-812.
- Hodgson, R., Alwyn, T., John, B., Thom, B. y Smith, A. (2002). The FAST alcohol screening test. *Alcohol and Alcoholism*, 37(1), 61-66.
- Holbrook, A. M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C. C. y King, D. (1999). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *Canadian Medical Association Journal*, 160(5), 649-655.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. y Rubonis, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-525.
- Holder, H. D., Cisler, R. A., Longabaugh, R., Stout, R. L., Treno, A. J. y Zweben, A. (2000). Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction*, 95(7), 999-1013. doi:10.1046/j.1360-0443.2000.9579993.x
- Horn, J., Wanberg, K. y Foster, F. (1987). *Guide to the Alcohol Use Inventory (AUI)*. Minneapolis: MN.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Hsieh, S. C., Anglin, M. D. y Brown, B. S. (1999). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 137-150.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B. S. y Anglin, M. D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 689-695.

- Hulse, G. K. y Tait, R. J. (2002). Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Drug and Alcohol Review*, 21(2), 105-112. doi:10.1080/09595230220138993
- Hunt, G. M. y Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Hussaarts, P., Roozen, H.G., Meyers, R.J., Van de Wetering, B.J y McCrady, B.S., 2012. Problem áreas reported by substance abusing individuals and their concerned significant others. *American Journal Adiccttion*.21, 38-46.
- Iovieno, N., Tedeschini, E., Bentley, K. H., Evins, A. E. y Papakostas, G. I. (2011). Antidepressants for Major Depressive Disorder and Dysthymic Disorder in Patients With Comorbid Alcohol Use Disorders: A Meta-Analysis of Placebo-Controlled Randomized Trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(8), 1144-1151. doi:10.4088/JCP.10m06217
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E. y Wang, M. C. (1999). Efficacy of Relapse Prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Jaffe, J. H. y Anthony, J. C. (2005). Substance-related disorders. In K. Sadock's (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatric* (8 ed., Vol. 1, pp. 1137-1168). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jauregui, I., Santiago, M. J. y Estebanez, S. (2009). Eating behaviour disorders and personality. A study using MCMI-II. [Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II.]. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*, 41(4), 201-206. doi:10.1016/j.aprim.2008.06.002
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease of concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. In. New York: Academic Press.
- John, U., Veltrup, C., Driessen, M., Wetterling, T. y Dilling, H. (2003). Motivational intervention: An individual counselling vs a group treatment approach for alcohol-dependent in-patients. *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), 263-269. doi:10.1093/alcalc/agg063
- Jordaan, G. P. y Emsley, R. (2014). Alcohol-induced psychotic disorder: a review. *Metabolic Brain Disease*, 29(2), 231-243. doi:10.1007/s11011-013-9457-4
- Kabatzzinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., . . . Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kadden, R. M. (1994). Cognitive-behavioral approaches to alcoholism-treatment. *Alcohol Health & Research World*, 18(4), 279-286.

- Kadden, R. M., Getter, H., Cooney, N. L. y Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies - posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6), 698-704. doi:10.1037//0022-006x.57.6.698
- Kaminer, Y., Bukstein, O. y Tarter, R. E. (1991). The teen-addiction severity index: Rationale and reliability. *Substance Use & Misuse*, 26(2), 219-226.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. 190(4217), 912-914.
- Kaner, E. F. S., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., . . . Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 28(3), 301-323. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x
- Karger, A. (2014). Gender differences in depression. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 57(9), 1092-1098. doi:10.1007/s00103-014-2019-z
- Karno, M. P. y Longabaugh, R. (2003). Patient depressive symptoms and therapist focus on emotional material: A new look at project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5), 607-615.
- Kauffmann, E., Dore, M. M. y Nelsonzlupko, L. (1995). The role of womens therapy groups in the treatment of chemical-dependence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(3), 355-363. doi:10.1037/h0079657
- Kavanagh, D. J., Sitharthan, G., Young, R. M., Sitharthan, T., Saunders, J. B., Shockley, N., . . . Flor, H. (2006). Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: Effects on drinking outcome craving and self-efficacy. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 515-529.
- Kavanagh, D. J., Waghorn, G., Jenner, L., Chant, D. C., Carr, V., Evans, M., . . . McGrath, J. J. (2004). Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophrenia Research*, 66(2-3), 115-124. doi:10.1016/s0920-9964(03)00130-0
- Kay, S., Fiszbein, A. y Opfer, L. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261.
- Keller, M. B., Klerman, G. L., Lavori, P. W., Coryell, W., Endicott, J. y Taylor, J. (1984). long-term outcome of episodes of major depression clinical and public-health significance. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 252(6), 788-792. doi:10.1001/jama.252.6.788
- Kenna, G. A., Lomastro, T. L., Schiesl, A., Leggio, L. y Swift, R. M. (2009). Review of topiramate: An antiepileptic for the treatment of alcohol dependence. *Current drug abuse reviews*, 2(2), 135-142.
- Kennedy, J. L., Altar, C. A., Taylor, D. L., Degtiar, I. y Hornberger, J. C. (2014). The social and economic burden of treatment-resistant schizophrenia: a systematic literature review. *International Clinical Psychopharmacology*, 29(2), 63-76. doi:10.1097/YIC.0b013e32836508e6

- Kennedy, W. K., Leloux, M., Kutscher, E. C., Price, P. L., Morstad, A. E. y Carnahan, R. M. (2010). Acamprosate. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 6(3), 363-380. doi:10.1517/17425251003641975
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S. Y., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., . . . Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., George, T. P., Greenfield, S. F. y Kosten, T. R. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders* (2 ed. Vol. 163). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Klimkiewicz, A., Klimkiewicz, J., Jakubczyk, A., Kieres-Salomonski, I. y Wojnar, M. (2015). Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis. *Psychiatria Polska*, 49(2), 265-275.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. y Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Kokkevi, A. y Hartger, H. *European Addiction Research*, 1, 208-210. <class="EndNoteBibliography" style="margin-top:9.0pt, margin-right:0cm, margin-bottom:0cm, margin-left:36.0pt, margin-bottom:.0001pt, & text-indent:-36.0pt">. (1995).
- Klostermann, K., Kelley, M.L., Mignone, T., Pusateri, L. y Fals-Stewart, W. (2010). Partner violence and substance abuse: Treatment interventions. *Aggression and Violent Behaviours*, 15, 162-166.
- Koski, A., Ojanpera, I. y Vuori, E. (2002). Alcohol and benzodiazepines in fatal poisonings. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 26(7), 956-959. doi:10.1097/01.alc.0000021337.78063.67
- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. (2014). Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 46(4), 532-539.
- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. (2013). The comparative effectiveness of integrated treatment for substance abuse and partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 13(1), 189.
- Krupitsky, E. M., Rudenko, A. A., Burakov, A. M., Slavina, T. Y., Grinenko, A. A., Pittman, B., . . . Krystal, J. H. (2007). Antiglutamatergic strategies for ethanol detoxification: Comparison with placebo and diazepam. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 31(4), 604-611. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00344.x
- Kunzke, D., Strauss, B. y Burtscheidt, W. (2002). The significance of trauma and attachment disorders for development and psychotherapy of alcoholism: A literature review. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie Psychiatrie Und Psychotherapie*, 50(2), 173-194.

- Laaksonen, E., Koski-Jannes, A., Salaspuro, M., Ahtinen, H. y Alho, H. (2008). A randomized, multicentre, open-label, comparative trial of disulfiram, naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism*, 43(1), 53-61. doi:10.1093/alcalc/agm136
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T. y Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1-13. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031
- Landa, N. (2004). Psicopatología, trastornos de personalidad y déficit neuropsicológicos en el alcoholismo [tesis doctoral]. Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. L. y Lorea, I. (2005). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio con el IPDE. *Psicología Conductual*, 13(2), 275-287.
- Landa, N., Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Goñi, J.J., y Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: Un estudio descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2), 253-269. Recuperado de researchgate.net
- Lapham, S. C., Stout, R., Laxton, G. y Skipper, B. J. (2011). Persistence of Addictive Disorders in a First-Offender Driving While Impaired Population. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1151-1157. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.78
- Laramee, P., Brodtkorb, T.-H., Rahhali, N., Knight, C., Barbosa, C., Francois, C., . . . Rehm, J. (2014). The cost-effectiveness and public health benefit of nalmefene added to psychosocial support for the reduction of alcohol consumption in alcohol-dependent patients with high/very high drinking risk levels: a Markov model. *Bmj Open*, 4(9). doi:10.1136/bmjopen-2014-005376
- Laursen, T. M., Nordentoft, M. y Mortensen, P. B. (2014). Excess Early Mortality in Schizophrenia. In T. D. Cannon & T. Widiger (Eds.), *Annual Review of Clinical Psychology*, Vol 10 (Vol. 10, pp. 425-448). Palo Alto: Annual Reviews.
- Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A. y Johnson, S. M. (2012). Research on the Treatment of Couple Distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 145-168. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00249.x
- Ledgerwood, D. M., Steinberg, M. A., Wu, R. y Potenza, M. N. (2005). Self-reported gambling-related suicidality among gambling helpline callers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 175-183. doi:10.1037/0893-164x.19.2.175
- Lee, J. H. y Dunner, D. L. (2008). The effect of anxiety disorder comorbidity on treatment resistant bipolar disorders. *Depression and Anxiety*, 25(2), 91-97. doi:10.1002/da.20279
- Lee, N. K., Cameron, J. y Jenner, L. (2015). A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and alcohol review*, 34(6), 663-672. doi:10.1111/dar.12267

- Lefio, L. A., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P. y Rivas, K. (2013). Effective interventions in the problematic use of alcohol and other drugs. *Revista Panamericana De Salud Publica-Pan American Journal of Public Health*, 34(4), 257-266.
- Lehert, P. y Mason, B. (2011). Acamprosate for improving controlled drinking: Impact of treatment duration on therapy success. *Alcohol and Alcoholism*, 46, 31-31.
- Levander, E., Frye, M. A., McElroy, S., Suppes, T., Grunze, H., Nolen, W. A., . . . Post, R. M. (2007). Alcoholism and anxiety in bipolar illness: Differential lifetime anxiety comorbidity in bipolar I women with and without alcoholism. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 211-217. doi:10.1016/j.jad.2006.11.023
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, 99, 76-92. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00856.x
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A. y Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 49-63.
- Likhitsathian, S., Uttawichai, K., Booncharoen, H., Wittayanookulluk, A., Angkurawaranon, C. y Srisurapanont, M. (2013). Topiramate treatment for alcoholic outpatients recently receiving residential treatment programs: A 12-week, randomized, placebo-controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 440-446. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.06.032
- Litman, G., Stapleton, J., Oppenheim, A. y Peleg, B. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment *British Journal of Addiction*, 78(3), 269-276.
- Litman, G., Stapleton, J., Oppenheim, A., Peleg, M. y Jackson, P. (1983). Situations related to alcoholism relapse *British Journal of Addiction*, 78(4), 381-389.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M. y Jackson, P. (1984). The relationship between coping behaviors, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *British Journal of Addiction*, 79(3), 283-291.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Comier, E. y Petry, N. M. (2007). Changing network support drinking: Initial findings from the network support projects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 229-242.
- Littell, J. H., Popa, M. y Forsythe, B. (2005). Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4), 42. doi:10.1002/14651858.CD004797.pub4
- Litten, R. Z., Castle, I. J. P., Falk, D., Ryan, M., Fertig, J., Chen, C. M. y Yi, H. Y. (2013). The Placebo Effect in Clinical Trials for Alcohol Dependence: An Exploratory Analysis of 51 Naltrexone and Acamprosate Studies. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 37(12), 2128-2137. doi:10.1111/acer.12197

- Littleton, J., Qatari, M. y Little, H. (1996). *The neurobiology of craving: Potencial mechanisms for cam-prostate*. Berlin: Springer.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological medicine*, 16(1), 135-140.
- Loeber, S., Croissant, B., Heinz, A., Mann, K. y Flor, H. (2006). Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: Effects on drinking outcome, craving and self-efficacy. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 515-529. doi:10.1348/014466505x82586
- Loinaz, I. y Echeburua, E. (2010). Necesidades terapéuticas en agresores de pareja según su perfil diferencial. *Clínica Contemporánea*, 1(2).
- Loinaz, I., Torrubia, R., Echeburúa, E., Navarro, J. C. y Fernandez, L. (2009). Implicaciones de las tipológicas de agresores de pareja para el tratamiento en prisión *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 91.
- Londoño, C. (2007). Modelo cognitivo-social integrado para la prevención del abuso en el consumo del alcohol. In: *Típica*, Boletín Electrónico de Salud Escolar. Recuperado el 2 de febrero de 2010 de http://www.tipica.org/pdf/N2V3_Londono_modelo_cognitivo_social_integrado_prevenccion.pdf.
- Londoño, C. y Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso del consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos *Psicología y Salud*, 15(241-249).
- Longabaugh, R. y Morgenstern, J. (1999). Cognitive-behavioral coping-skills therapy alcohol dependence. Current status and future directions. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 78-85.
- Lopes, C. S. y Sichieri, R. (2002). A case-control study on alcohol and psychiatric disorders as risk factors for drug abuse pattern. *Cadernos de saude publica*, 18(6), 1571-1575. doi:10.1590/s0102-311x2002000600010
- Lopez-Goñi, J. J. (2005). Evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España.
- Lopez-Goni, J. J., Fernandez-Montalvo, J. y Arteaga, A. (2015). Differences between Alcoholics and Cocaine Addicts Seeking Treatment. *Spanish Journal of Psychology*, 18, 10. doi:10.1017/sjp.2015.3
- Lopez-Goni, J. J., Fernandez-Montalvo, J., Cacho, R. y Arteaga, A. (2014). Profile of Addicted Patients Who Reenter Treatment Programs. *Substance Abuse*, 35(2), 176-183. doi:10.1080/08897077.2013.826614
- Lopez-Goñi, J.J., Fernandez-Montalvo, J., y Arteaga, A. (2012). Predictive validity of the EuropASI: Clinical diagnosis or composite scoring? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42, 392-399. doi: 10.1016/j.jsat.2011.09.011

- Lopez-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Menéndez, J. C., Yudego, F., García, A. R., y Esarte, S. (2010). Group and individual change in the treatment of drug addictions: A follow-up study in therapeutic communities. *The Spanish journal of psychology*, 13(02), 906-913.
- Lopez-Nuñez, C., Fernandez-Artamendi, S., Hermida, J., Alvarez, A. y Villa, R. (2012). Spanish adaptation and validation of the Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI) *International Journal of Clinical and Health Psychology* 12(2), 251-264.
- Loranger, A., Janca, A. y Sartorius, N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Love, A., James, D. y Willner, P. (1998). A comparison of two alcohol craving questionnaires *Addiction*, 93(7), 1091-1102.
- Lucht, M., Kuehn, K. U., Armbruster, J., Abraham, G., Gaensicke, M., Barnow, S., . . . Freyberger, H. J. (2003). Alcohol withdrawal treatment in intoxicated vs non-intoxicated patients: A controlled open-label study with tiapride/carbamazepine, clomethiazole and diazepam. *Alcohol and Alcoholism*, 38(2), 168-175. doi:10.1093/alcalc/agg050
- Lázaro, S., Del Campo, A., Carpintero, E. y Soriano, S. (2009). Promoción de recursos personales para la prevención del consumo abusivo de alcohol *Papeles del Psicólogo*, 50, 117-124.
- Magill, M., Gaume, J., Apocada, T. R., Walthers, J., Mastroleo, N. R., Borsari, B. y Longabaugh, R. (2014). The technical hypothesis of motivational interviewing: A meta analysis of MI's key causal model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(6), 973.
- Magill, M. y Ray, L. A. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516-527.
- Magura, S. y Rosenblum, A. (2000). Modulating effect of alcohol use on cocaine use. *Addictive Behaviors*, 25(1), 117-122. doi:10.1016/s0306-4603(98)00128-2
- Mann, K., Bladstrom, A., Torup, L., Gual, A. y Van Den Brink, W. (2013). Extending the Treatment Options in Alcohol Dependence: A Randomized Controlled Study of As-Needed Nalmefene. *Biological Psychiatry*, 73(8), 706-713. doi:10.1016/j.biopsych.2012.10.020
- Mann, K., Kiefer, F., Smolka, M., Gann, H., Wellek, S. y Heinz, A. (2009). Searching for Responders to Acamprosate and Naltrexone in Alcoholism Treatment: Rationale and Design of the Predict Study. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 33(4), 674-683. doi:10.1111/j.1530-0277.2008.00884.x
- Manzanares, J., Ortiz, S., Oliva, J. M., Perez-Rial, S. y Palomo, T. (2005). Interactions between cannabinoid and opioid receptor systems in the mediation of ethanol effects. *Alcohol and Alcoholism*, 40(1), 25-34. doi:10.1093/alcalc/agh112

- Maradona, J. y Rodriguez-Mendez, L. (2015). Alternativas psicoterapéuticas efectivas en el tratamiento del paciente alcohólico. [Effective psychotherapy alternatives in the treatment of the alcoholic patient]. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(2), 107-119.
- Marcus, M. T. y Zgierska, A. (2009). Mindfulness-Based Therapies for Substance Use Disorders: Part 1. *Substance Abuse*, 30(4), 263-265. doi:10.1080/08897070903250027
- Marlatt, G. A. (1976). The drinking profile: A questionnaire for the behavioural assessment of alcoholism. In E. Mash & L. Terdal (Eds.), *Behavioral Therapy Assesment*. New York: Springer.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.
- Marlowe, D., Festinger, D., Kirby, K., Rubenstein, D. y Platt, J. (1998). Congruence of the MCMI-II and MCMI-III in Cocaine Dependence *Journal of Personality Assessment*, 71(1), 15-28.
- Marques, A. y Furtado, E. F. (2004). Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. [Brief interventions for alcohol telated problems]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 28-32. doi:10.1590/s1516-44462004000500008
- Marques, A. C. y Formigoni, M. L. (2001). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependence patients. *Addiction*, 96, 835-846.
- Marquez, M., Segui, J., Canet, J., Garcia, L. y Ortiz, M. (2003). Alcoholism in 274 patients with panic disorder in Spain, one of the main producers of wine worldwide. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 237-245. doi:10.1016/s0165-0327(02)00054-x
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P. y Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome *Addiction*, 93(12), 1857-1867.
- Martens, M. P., Smith, A. E. y Murphy, J. G. (2013). The Efficacy of Single-Component Brief Motivational Interventions Among at-Risk College Drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 691-701. doi:10.1037/a0032235
- Martinez, J. M., Grana, J. L. y Trujillo, H. (2010). Quality of life in patients with alcohol dependence disorder with personality disorders: Relation to psychological adjustment and craving. [La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la personalidad: relacion con el ajuste psicologico y craving.]. *Psicothema*, 22(4), 562-567.
- Martinez-Gonzalez, J. M., Gomez, J. y Mendoza, H. (2009). Influence of personality disorders and consumption patterns on the efficacy of a relapse-prevention program for the treatment of alcoholism. *Adicciones*, 21(2), 105-112.

- Martinez-Gonzalez, J. M., Graña, J. L. y Trujillo, H. M. (2009). Influencia de los trastornos de personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21, 105-112.
- Martini, J., Wittchen, H., Soares, C., Rieder, A. y Steiner, M. (2009). New women-specific diagnostic modules: The Composite International Diagnostic Interview for Women (CIDI-VENUS) *Archives of women's mental health*, 12(5), 281-289.
- Martínez, N., Medina-Mora, M. y Berenzon, S. (2010). La búsqueda de moderación en el consumo de alcohol: adaptación de los conocimientos a la práctica. [Searching moderation in alcohol consumption adjusting knowledge to practice]. *Salud mental*, 33(2), 161-167.
- Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. Project MATCH Research Group. (1998). *Journal of studies on alcohol*, 59(6), 631-639.
- Mayer, J. y Filstead, W. J. (1979). The Adolescent Alcohol Involvement Scale: An instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. *Journal of studies on alcohol*, 40(3), 291-230.
- Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131(10), 1121-1123.
- Mayo-Smith, M. F. (1997). Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 278(2), 144-151. doi:10.1001/jama.278.2.144
- McCarty, C. A., Kosterman, R., Mason, W. A., McCauley, E., Hawkins, J. D., Herrenkohl, T. I. y Lengua, L. J. (2009). Longitudinal associations among depression, obesity and alcohol use disorders in young adulthood. *General Hospital Psychiatry*, 31(5), 442-450. doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.05.013
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy - measurement and sample profiles. *Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 20(3), 368-375. doi:10.1037/h0090198
- McCrary, B., Longabaugh, R., Fink, E., Stout, R., Beattie, M. y Ruggieriathélet, A. (1986). Cost-effectiveness of alcoholism-treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment - 12-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 708-713. doi:10.1037/0022-006x.54.5.708
- McCrary, B. y Zitter, R. (1979). *The Drinking Patterns Questionnaire Unpublished manuscript*.
- McCrary, B. S. y Epstein, E. E. (2008). *Overcoming alcohol problems: A couples-focused program therapist guide*. New York: Oxford University Press.

- McCrary, B. S., Noel, N. E., Abrams, D. B., Stout, R. L., Nelson, H. F. y Hay, W. M. (1986). Comparative effectiveness of 3 types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism-treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(6), 459-467.
- McCrary, B. S., Stout, R., Noel, N. E., Abrams, D. B. y Nelson, H. F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment British Journal of Addictions, 86, 1415-1424.
- McCrae, R. y Costa, P. (1992). Discriminant validity of NEO-PIR facet scales *Educational and Psychological Measurement*, 52(1), 229-237.
- McDonough, M., Kennedy, N., Glasper, A. y Bearn, J. (2004). Clinical features and management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 75(1), 3-9. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.01.012
- McKay, J. R. y Hiller-Sturmhofel, S. (2011). Treating Alcoholism As a Chronic Disease Approaches to Long-Term Continuing Care. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 356-+.
- McKay, J. R., Van Horn, D., Oslin, D. W., Ivey, M., Drapkin, M. L., Coviello, D. M., . . . Lynch, K. G. (2011). Extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: 24-month outcomes and subgroup analyses. *Addiction*, 106(10), 1760-1769. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03483.x
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. y O'Brien, C. P. (1980). Improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients - addiction severity index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33. doi:10.1097/00005053-198001000-00006
- McMillan, K. A., Sareen, J. y Asmundson, G. J. G. (2014). Social Anxiety Disorder Is Associated With PTSD Symptom Presentation: An Exploratory Study Within A Nationally Representative Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 27(5), 602-609. doi:10.1002/jts.21952
- Medina, E., Molina, H. y Sanchez, S. E. (2008). Efecto del consumo de alcohol en la evolución del paciente bipolar. [Effect of alcohol consumption in the evolution of bipolar patients]. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 25(3), 279-284.
- Meis, L. A., Griffin, J. M., Greer, N., Jensen, A. C., MacDonald, R., Carlyle, M., . . . Wilt, T. J. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 275-286. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.003
- Mericle, A. A. y Havassy, B. E. (2008). Characteristics of recent violence among entrants to acute mental health and substance abuse services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(5), 392-402.
- Merikangas, K. R., Herrell, R., Swendsen, J., Rossler, W., Ajdacic-Gross, V. y Angst, J. (2008). Specificity of bipolar spectrum conditions in the Comorbidity of mood and substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 47-52. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.18

- Meyers, R. J., & Miller, W. R. (2000). *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment* Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E. y Tonigan, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1182-1185.
- Miller, N. S. y Gold, M. S. (1993). *Alcohol*. Barcelona: Ediciones en neurociencias, Citran, FISP.
- Miller, P. M. (1975). Behavioral intervention program for chronic public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry, 32*(7), 915-918.
- Miller, P. M., Book, S. W. y Stewart, S. H. (2011). Medical treatment of alcohol dependence: A systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 42*(3), 227-266. doi:10.2190/PM.42.3.b
- Miller, W. y Tonigan, J. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) *Psychology of Addictive Behaviors, 10*(2), 81.
- Miller, W. R., Andrews, N. R., Wilbourne, P. y Bennett, M. E. (1998). A wealth of alternatives: Effective treatments for alcohol problems. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors* (2 ed.). New York: Plenum.
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., . . . Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment out-come literature In Hester, R.K y Miller, W.R. (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches*. Boston: Allyn & Bacon.
- Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D. y Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of controlled drinking therapies. *Journal of Studies on Alcohol, 53*, 249-261.
- Miller, W. R. y Marlatt, G. A. (1984). *Manual for the comprehensive drinker profile*. Odessa-Florida: Psychological Assessment Resources.
- Miller, W. R. y Marlatt, G. A. (1987). *Brief Drinker Profile*. Odessa-Florida: Psychological Assessment Resources.
- Miller, W. R., Meyers, R. J. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The Community-Reinforcement Approach *Alcohol Research and Health, 23*, 116-119.
- Miller, W. R. y Meyers, R. J. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 688-697.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (2 ed.). New York: Guilford.
- Miller, W. R. y Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Adicción, 97*(3), 265-277.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*, 3ª ed. In. Minneapolis: National ComputerSystems.

- Ministero de Sanidad (2015). *Encuesta Sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Modell, J., Glaser, F., Cyr, L. y Mountz, J. (1992). Obsessive and compulsive characteristics of craving for alcohol in alcohol abuse and dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(2), 272-274.
- Monras, M., Aparicio, A., Lopez, J. A. y Pons, I. (2011). Prevalencia de trastornos relacionados con el consumo del alcohol en población penitenciaria condenada por delitos contra la seguridad vial. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 163-167.
- Monras, M., Freixa, N., Mondon, S., Lligona, A. y Gual, A. (2006). Group psychotherapy with young alcoholics: specialization or integration? *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 34(1), 28-35.
- Monras, M., Freixa, N., Ortega, L., Lligona, A., Mondon, S. y Gual, A. (2000). Efficacy of group therapy in the treatment of alcoholics. Results of a controlled trial. *Medicina Clinica*, 115(4), 126-131.
- Monras, M., Freixa, N., Ortega, L., Pineda, P., Gonzalez, A. y Gual, A. (2006). Alcoholism and immigration. Adherence of immigrant patients to group therapy. *Medicina Clinica*, 126(7), 250-252. doi:10.1157/13085284
- Monras, M., Mondon, S. y Jou, J. (2008). Alcohol-dependent patients with benzodiazepine abuse: its relation to personality disorders and neuropsychological impairment. *Medicina Clinica*, 130(18), 693-695. doi:10.1157/13120771
- Monras, M., Mondon, S. y Jou, J. (2010). Assessing coping strategies in alcoholics: Comparison while controlling for Personality disorders, Cognitive impairment and Benzodiazepine misuse. *Adicciones*, 22(3), 191-197.
- Montanet, A., Bravo, M. C., Díaz, M. M. y Pérez, M. (2015). Seguimiento ambulatorio de pacientes alcohólicos. [Ambulatory follow-up to the alcoholic patients]. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(2), 244-252.
- Montes, V., Urosa, B., Rubio, G. y Poyo, F. (2006). Validación de la Escala sobre el Deseo de Beber (EDB) *Clínica y Salud*, 17(2), 203-223.
- Montgomery, S. y Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389.
- Monti, P. M., Gulliver, S. y Myers, M. (2002). Social skills training for alcoholism: Assessment and treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 29(6), 949-964.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. R., Colby, S. M. y Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Massachusetts: Needham Heights.
- Moore, A., Beck, J., Babor, T., Hays, R. y Reuben, D. (2002). Beyond alcoholism: Identifying older, at-risk drinkers in primary care. *Journal of studies on alcohol*, 63(3), 316-324.

- Moore, A., Hays, R., Reuben, D. y Beck, J. (2000). Using a criterion standard to validate the Alcohol-Related Problems Survey (ARPS): A screening measure to identify harmful and hazardous drinking in older persons. *Clinical and Experimental Research*, 12(3), 221-227.
- Moos, R. H., Moos, B. S. y Finney, J. W. (2001). Predictors of deterioration among patients with substance-use disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1403-1419.
- Morales, C. y Herzog, B. (2009). *Debate en drogodependencias. Inmigración y drogas*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Morejon, A., Garcia-Boveda, R. y Jimenez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Morey, L. C. y Skinner, H. A. (1986). Empirically derived classifications of alcohol-related problems. *Recent Developments in Alcoholism*, 4, 145-168.
- Moyer, A., Finney, J., Swearington, C. y Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatments seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.
- Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Skidmore, J. R., Borsari, B., Barnett, N. P., Colby, S. M. y Martens, M. P. (2012). A Randomized Controlled Trial of a Behavioral Economic Supplement to Brief Motivational Interventions for College Drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 876-886. doi:10.1037/a0028763
- Muñiz, J. y Fernandez-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del psicólogo*, 31, 108-121.
- Muñoz, M. J., Bernal, P. y Poyo, F. (2015). Detección de trastornos de la conducta alimentaria en una unidad de alcoholismo. [Detection of eating behavior disorders in an alcoholism unit]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 817-828.
- Nadeau, L., Landry, M. y Racine, S. (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 592-596.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Alcohol Use Disorders. Guideline for the diagnosis and treatment of adult patients with an alcohol use disorders*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- National Collaborating Centre of Mental Health. (2011). *Alcohol-use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence. National Clinical Practice Guideline*. London: National Institute of Clinical Excellence.
- Nava, C. y Vega, Z. (2006). Estructura y calidad de red de Alcohólicos Anónimos. *Anales de Psicoogía*, 22(212-216).

- Nelson, E. L. y Duncan, A. B. (2015). Cognitive Behavioral Therapy Using Televideo. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 269-280.
- Noronha, A., Eckardt, M. y Warren, K. (2000). *Review of NIAAA's neuroscience and behavioral research portfolio: NIAAA research monograph No.34*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Ntais, C., Pakos, E., Kyzas, P. y Ioannidis, J. P. A. (2005). Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), CD005063.
- Novo, M., Fariña, F., Seijo, M. D. y Arce, R. (2012). Assessment of a community rehabilitation programme in convicted male intimate-partner violence offenders1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 219.
- Observatorio Español sobre Drogas. (2013). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A. y Cutter, H. S. G. (1998). Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: Outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(4), 357-370.
- O'Farrell, T. J. y Clements, K. (2012). Review of Outcome Research on Marital and Family Therapy in Treatment for Alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 122-144. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x
- O'farrell, T. J., Cutter, H. S y Floyd, F. J. (1985). Evaluating behavioral marital-therapy for male alcoholics effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy*, 16(2), 147-167. doi:10.1016/s0005-7894(85)80042-3
- Olivares, J. M., Alptekin, K., Azorin, J. M., Canas, F., Dubois, V., Emsley, R., . . . Schreiner, A. (2013). Psychiatrists' awareness of adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: Results from a survey conducted across Europe, the Middle East, and Africa. *Patient Preference and Adherence*, 7, 121-132. doi:10.2147/ppa.537534
- Ontiveros Sanchez de la Barquera, J. A. (2008). Estudio controlado doble-ciego con clonazepam y placebo en pacientes con trastorno de ansiedad social. [Double-blind controlled study with clonazepam and placebo in social anxiety disorder]. *Salud mental*, 31(4), 299-306.
- Oquendo, M., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V. y Mann, J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ostacher, M. J., Perlis, R. H., Nierenberg, A. A., Calabrese, J., Stange, J. P., Salloum, I., . . . Investigators, S.-B. (2010). Impact of Substance Use Disorders on Recovery From Episodes of Depression in Bipolar Disorder Patients: Prospective Data From the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 289-297. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09020299
- Overall, J. y Gorham, D. (1962). The brief psychiatric rating scale *Psychological reports*, 10(3), 799-812.
- Ozechowski, T. J. y Liddle, H. A. (2000). Family-based treatments for adolescent substance abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 269-298.
- O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G., Schottenfeld, R. S., Meyer, R. E. y Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 881-887.
- O'Farrel, T. J. (1995). *Marital and family therapy. Hanbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*: Need ham Height, MS: Allyn and Bacon.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S., Floyd, F. J., Bayog, R., Brown, E. D., . . . Deneault, P. (1996). Cost-benefitand cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addiction to outpatient alcoholism treatment *Journal of Substance Abuse*, 8, 145-166.
- Palmetto, N., Davidson, L. L., Breitbart, V. y Rickert, V. I. (2013). Predictors of physical intimate partner violence in the lives of young women: Victimization, perpetration, and bidirectional violence. *Violence and Victims*, 28(1), 103-121.
- Paredes, N. P., Miasso, A. I. y Tirapelli, C. R. (2008). Consumption of benzodiazepines without prescription among first-year nursing students at the University of Guayaquil, school of nursing, Ecuador. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 16, 634-639.
- Pascual, F. (2000). *Perspectivas históricas del consumo de alcohol*. Madrid: NILO industrias gráficas.
- Pascual, F. y Guardia, J. (2012). *Monografía sobre el alcoholismo*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Pascual Llobet, J., Frias Navarro, M. D. y Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y practica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*.
- Pascual, F., Guardia, J., Pereiro, C. y Bobes, J. (2013). *Alcoholismo: Guia de intervención en el trastorno por consumo de alcohol*. Madrid: Sanidad y Ediciones, S.L.
- Patton, J. y Stanford, M. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774.

- Peachey, J. E., Annis, H. M., Bornstein, E. R., Maglana, S. M. y Sykora, K. (1989). Calcium carbimide in alcoholism-treatment .2. medical findings of a short-term, placebo-controlled, double-blind clinical-trial. *British Journal of Addiction*, 84(11), 1359-1366.
- Pedrero, E. y Segura, I. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico *Trastornos adictivos*, 5(3), 229-240.
- Peele St. Alexander, B. K. (1987). *Theories of Addiction. The Meaning of Addiction*. Lexington: Lexington Books. D.C. Health and Company.
- Pereira, M. O., Anginoni, B., Ferreira, N., De Oliveira, M., De Vargas, D. y Colvero, L. (2013). Effectiveness of the brief intervention for the use of abusive alcohol in primary care: Systematic review. [Efetividade da intervencao breve para o uso abusivo de alcool na atencao primaria: revisao sistematica.]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 420-428.
- Pereplechikova, F., Krystal, J. H. y Kaufman, J. (2008). Practitioner review: Adolescent alcohol use disorders: Assessment and treatment issues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1131-1154.
- Perez de los Cobos, J. C., Valderrama, J. C., Cervera, G. y Rubio, G. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Perez, E. (2009). TCI-R-67: versión abreviada del TCI-R de Cloninger. Proceso de creación y administración a una muestra de adictos a sustancias en tratamiento *Trastornos adictivos*, 11(1), 12-23.
- Pérez, V. J., Gutiérrez, M. J., García, A., y Gómez, J. (2010). *Procesos psicológicos básicos: Un análisis funcional*.
- Pérez, B., De Vicente, M., García, L., Romero, C. y Oliveras, M. A. (2008). Prevalencia de psicopatología en dependientes al alcohol en tratamiento ambulatorio. *Trastornos adictivos*, 10(1), 42-48.
- Petry, N. M. (2002). Contingency Management in Addiction Treatment. *Psychiatric Times*, 19(2).
- Petry, N. M. (2006). Contingency Management in Treatment. *British Journal of Psychiatry*, 189.
- Petry, N. M., Martin, B., Cooney, J. L. y Kranzler, H. R. (2000). Give them prizes, and they will come: Contingency management for treatment of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 250-257.
- Petry, N. M., Stinson, F. S. y Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 564-574.

- Pettinati, H. M., O'Brien, C. P., Rabinowitz, A. R., Wortman, S. M., Oslin, D. W., Kampman, K. M. y Dackis, C. A. (2006). The status of naltrexone in the treatment of alcohol dependence - Specific effects on heavy drinking. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(6), 610-625. doi:10.1097/01.jcp.0000245566.52401.20
- Peñate, M. (2001). *Alcoholismo*. (Vol. IV). Hojas Informativas de los Psicólogos de las Palmas
- Pichardo, M., García, T., Justicia, F. y Llanos, C. (2008). Efectos de un programa de intervención para la mejora de la competencia social en niños de educación primaria en Bolivia *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 441-452.
- Pickering, R. P., Goldstein, R. B., Hasin, D. S., Blanco, C., Smith, S. M., Huang, B. J., . . . Grant, B. F. (2011). Temporal relationships between overweight and obesity and DSM-IV substance use, mood, and anxiety disorders: Results from a prospective study, the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(11), 1494-1502. doi:10.4088/JCP.10m06077gry
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2011). *Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ponizovskiy, P. A. y Gofman, A. G. (2015). Depression in alcohol addicted patients. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova / Ministerstvo zdravookhraneniia i meditsinskoi promyshlennosti Rossiiskoi Federatsii, Vserossiiskoe obshchestvo nevrologov [i] Vserossiiskoe obshchestvo psikiatrov*, 115(7), 146-150.
- Potash, J. B., Kane, H. S., Chiu, Y. F., Simpson, S. G., MacKinnon, D. F., McInnis, M. G., . . . DePaulo, J. R. (2000). Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: Clinical and familial relationships. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2048-2050. doi:10.1176/appi.ajp.157.12.2048
- Powers, M. B., Vedel, E. y Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drugs use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 952-962.
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L. y Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*, 101, 1546-1560.
- Prochaska, J. C., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

- Quanbeck, A., Chih, M. Y., Isham, A., Johnson, R. y Gustafson, D. (2014). Mobile Delivery of Treatment for Alcohol Use Disorders A Review of the Literature. *Alcohol Research-Current Reviews*, 36(1), 111-122.
- Raistrick, D., Dunbar, G. y Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence *British Journal of Addiction*, 78(1), 89-95.
- Raistrick, D., Heather, N. y Godfrey, C. (2006). *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. London, UK: National Treatment agency for Drug Abuse.
- Ramos, J., Gutiérrez-Zotes, A. y Saiz, J. (2002). Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal (ECIRyC). Desarrollo, validación y baremación *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(3), 160-174.
- Rask, M. B., Jorgensen, T., Jensen, J. P., Jorgensen, K. B., Madsen, M., Nielsen, B., . . . Gronbaek, M. (2006). Influence of pretreatment coping strategies on the outcome of outpatient treatment of Danish alcohol abusers. *European Addiction Research*, 12(2), 83-90. doi:10.1159/000090427
- Redden, S. A., Leppink, E. W. y Grant, J. E. (2015). Clinical and cognitive correlates of young adult at-risk gamblers with and without depression. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 27(4), 261-266.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511-2518.
- Reoux, J. P., Saxon, A. J., Malte, C. A., Baer, J. S. y Sloan, K. L. (2001). Divalproex sodium in alcohol withdrawal: A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 25(9), 1324-1329. doi:10.1111/j.1530-0277.2001.tb02354.x
- Robins, L. N. y Cottler, L. B. H., J.E. (1989). The reliability of the CIDI-SAM: A comprehensive substance abuse interview. *British Journal of Addiction*, 84(7), 801-814.
- Rodriguez-Martos, A., Rubio, G., Auba, J., Santo-Domingo, J., Torralba, L. y Campillo, M. (2000). Readiness to change questionnaire: Reliability study of its Spanish version *Alcohol and Alcoholism*, 35(3), 270-275.
- Rodriguez-Martos, A. y Santamaria, E. (2007). Does the short form of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) work at trauma emergency departament? *Substance Use Misuse*, 42(6), 923-932.
- Rodriguez-Martos, A. y Suarez, R. M. (1984). MALT (Müncher Alkoholismus Test). Validación de la versión española para este test para diagnostico de alcoholismo. *Revista de Psiquiatría y Psicología*, 6, 421-432.
- Rodriguez-Martos Dauer, A., Navarro, R. M., Vecino, C. y Perez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 4(132-139).

- Rodríguez-Martos, A. (1995). Transición del consumo de riesgo al síndrome de dependencia del alcohol. *Adicciones*, 7, 179-210.
- Rogers, R., Salekin, R. y Sewell, K. (1999). Validation of the Millon Clinical Multiaxial Inventory for Axis II disorders: Does it meet the Daubert standard?. *Law and Human Behavior*, 23(4), 425.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. y Hall, W. (1992). Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers *British Journal of Addiction*, 87(5), 743-754.
- Romero, M.K., Viera, A. W., Hernández, C. V., Gonzalez, R., Sarracent, A. y Correa, M. (2012). Relación de la evolución preingreso e iniciación del consumo en adictos al alcohol y cocaína. [Relation of the evolution before entering the hospital and starting consumption in alcohol and cocaine addicts]. *Revista Médica Electrónica*, 34(3), 321-333.
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., Van Tulder, M. W., Van den, B. W., De Jong, C. A. y Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(1), 1-13.
- Roozen, H. G., De Waart, R. y Van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105(10), 1729-1738.
- Rose, G. L., Skelly, J. M., Badger, G. J., Naylor, M. R. y Helzer, J. E. (2012). Interactive voice response for repulse prevention following cognitive-behavioral therapy for alcohol use disorders: A pilot study. *Psychological Services*, 9(2).
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas *Desacatos*, 29, 13-30.
- Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T. y Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.
- Rubio, G. y López, M. (1999). Validación del cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivo de bebida en alcohólicos españoles *Adicciones*, 11(1), 7-15.
- Rubio, G., Manzanares, J., Jimenez, M., Rodriguez-Jimenez, R., Martinez, I., Iribarren, M. M., . . . Palomo, T. (2008). Use of cocaine by heavy drinkers increases vulnerability to developing alcohol dependence: A 4-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 563-570.
- Rubio, G., Martinez-Gras, I., Ponce, G., Quinto, R., Jurado, R. y Jimenez-Arriero, M. A. (2013). Integration of self-guidance groups for relatives in a public program of alcoholism treatment. *Adicciones*, 25(1), 37-44.
- Rubio, G., Urosa, B., Rubio, M. C., Ulibarri, S. y Mata, F. (1996). Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia alcohólica en población española. *Anales de Psiquiatría*, 12, 285-289.

- Rubio, G., Urosa, B. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA) *Psiquiatría Biológica*, 5(1), 44-47.
- Ruiz, M. G., Diaz, M. y Villalobos, A. (2011). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: Descleé.
- Ruiz Pérez, J. I. (2014). Juego patológico y dependencia del alcohol en una muestra de trabajadores y estudiantes universitarios: prevalencias, interrelaciones y diferencias de género. [Pathological gambling and alcohol dependence in a sample of workers and university students: prevalences, relationships and gender differences]. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 8(1), 33-42.
- Ruiz-Arellano, M. A., Guillen-Grima, F., Aguinaga-Ontoso, I., Arbonies-Ortiz, J. C., Gonzalez-SantoTomas, R. y Annan, J. W. (2005). Meta-analysis of motivational interviewing effectiveness for smoking cessation in primary health care. *European Journal of Public Health*, 15, 136-136.
- Russell, M., Martier, S., Sokol, R., Mudar, P., Bottoms, S. y Jacobson, S. (1994). Screening for Pregnancy Risk-Drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(5), 1156-1161.
- Russell, M., Cubero, N., Cattell, R. y Karol, D. (1995). *16 PF-5: manual.*: TEA Ediciones.
- Rychtarik, R. G., Connors, G. J., Whitney, R. B., McGillicuddy, N. B., Fitterling, J. M. y Wirtz, P. W. (2000). Treatment settings for persons with alcoholism: Evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 277-289. doi:10.1037//0022-006x.68.2.277
- Saadon, M., Scuvee-Moreau, J. y Seutin, V. (2013). Principles of the pharmacological treatment of drug addiction. [Principes du traitement pharmacologique de l'addiction.]. *Revue medicale de Liege*, 68(5-6), 245-251.
- Sacks, J. Y., McKendrick, K. y Banks, S. (2008). The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. *Journal of substance abuse treatment*, 34(1), 90-100.
- Salazar, I., Varela, M., Tovar, J. y Cáceres, D. (2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 19-30.
- San Molina, L., Dueñas, R. M. y Arranz, B. (2004). *Aspectos generales de la patología dual* (Vol. 16): Monografías de psiquiatría.
- Sandahl, C., Herlitz, K., Ahlin, G. y Ronnberg, S. (1998). Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 8(4), 361-378. doi:10.1080/10503309812331332467
- Santamaria, J. J., Soto, A., Fernandez-Aranda, F., Krug, I., Forcano, L., Gunnard, K. y Menchón, J. M. (2011). Serious games as additional psychological support: A review of the literature. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation (JCR)*, 4(4).
- Santibáñez, P., Román, M., C., L., Espinoza, A., Iribarra, D. y Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26, 189-198.

- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A., & Szapocznik, J. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology, 17*(1), 121-133. doi:10.1037/0893-3200.17.1.121
- Santisteban, D. A., Suarez-Morales, L., Robbins, M. S. y Szapocznik, J. (2006). Brief strategic family therapy: Lessons learned in efficacy research and challenges to blending research and practice. *Family Process, 45*(2), 259-271. doi:10.1111/j.1545-5300.2006.00094.x
- Santo-Domingo, J. (2000). *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Dependencias*. Madrid: Aúla Médica.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F. y De la Fuente, J. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Who collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction, 88*(6), 791-804.
- Schaffer, A. y Naranjo, C. A. (1998). Recommended drug treatment strategies for the alcoholic patient. *Drugs, 56*(4), 571-585. doi:10.2165/00003495-199856040-00005
- Schneider, R., Cronkite, R. y Timko, C. (2008). Lifetime physical and sexual abuse and substance use treatment outcomes in men. *Journal of substance abuse treatment, 35*(4), 353-361.
- Schmidt, L. G., Dufeu, P., Kuhn, S., Smolka, M. y Rommelspacher, H. (2000). Transition to alcohol dependence: Clinical and neurobiological considerations. *Comprehensive Psychiatry, 41*(2), 90-94. doi:10.1016/s0010-440x(00)80014-0
- Schuckit, M. A. (1985). The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Archives of General Psychiatry, 42*, 1043-1049.
- Secades, R. y Fernandez, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema, 13*(3), 365-380.
- Secades, R. y Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema, 13*(3), 365-380.
- Segan, C. J., Borland, R. y Greenwood, K. M. (2006). Can transtheoretical model measures predict relapse from the action stage of change among ex-smokers who quit after calling a quitline? *Addictive Behaviors, 31*(3), 414-428. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.023
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry, 127*(2), 1653-1658.
- Seppa, K., Lepisto, J. y Sillanaukee, P. (1998). Five-shot questionnaire on heavy drinking. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research, 22*(8), 1788-1791. doi:10.1097/00000374-199811000-00024

- Serrani Azcurra, D. (2013). Personality pathological traits and brain metabolites as predictors of non-abstinence in addicts with personality disorders. [Rasgos patológicos de personalidad y metabolitos cerebrales como predictores de no abstinencia en adictos con trastornos de personalidad.]. *Adicciones*, 25(3), 208-219.
- Shand, F., Gates, J. y Fawcett, J. (2003). *The treatment of alcohol problems: A review of the evidence*. Canberra: Australian Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59, 22-33., 59, 22-33.
- Siegel, S. (1986). Alcohol and opiate dependence. Reevaluation of the victorian perspective. *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, 9, 279-314.
- Sinha, R. y O'Malley, S. (1999). Craving for alcohol: Findings from the clinic and the laboratory *Alcohol and Alcoholism*, 34(2), 223-230.
- Sisson, R. W. y Azrin, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 15-21.
- Sisson, R. W. y Azrin, N. H. (1989). The community reinforcement approach. In Hester, R.K y Miller, W.R (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches* (Vol. 157). New York: Pergamon Press.
- Sitharthan, T., Sitharthan, G., Hough, M. J. y Kavanagh, D. J. (1997). Cue exposure in moderation drinking: A comparison with cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 878-882. doi:10.1037/0022-006x.65.5.878
- Siñol, N., Luquero, E., Cadus, M., Burguete, T. y Guardia, J. (2006). Utilidad de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) en la práctica clínica *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 18(3), 265-273.
- Skinner, H. A. y Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS) user's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sklar, S., Annis, H. y Turner, N. (1997a). Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive behaviors*, 22(5), 655-670.
- Sklar, S., Annis, H. y Turner, N. (1997b). Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: A measure of coping self-efficacy *Addictive behaviors*, 22(5), 655-670.
- Slattery, J., Chick, J., Crochrane, M., Craig, J., Godfrey, C., Kohli, H., . . . Watson, H. (2003). *Prevention of relapse in alcohol dependence. Health Technology Board for Scotland* (Vol. 3). Glasgow: Health Technology Board for Scotland.

- Slesnick, N., Guo, X. M. y Feng, X. (2013). Change in Parent- and Child-Reported Internalizing and Externalizing Behaviors Among Substance Abusing Runaways: The Effects of Family and Individual Treatments. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(7), 980-993. doi:10.1007/s10964-012-9826-z
- Smith, J. E., Meyers, R. J. y Delaney, H. D. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 541-548.
- Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1992). Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In J. Allen (Ed.), *Measuring alcohol consumption* (pp. 41-72). New Jersey: Humana Press.
- Sokol, R. J., Martier, S. S. y Ager, J. W. (1989). The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking *American journal of obstetrics and gynecology*, 160(4), 863-870.
- Soler, C., López, H. y Gual, A. (2014). Suicidio y Alcohol. In *Aspectos socioculturales del suicidio: medidas preventivas y crisis económica*. Madrid: Enfoque Editorial S.C.
- Soler, P. A. y Gascón, J. (1999). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 2ª edición* (2 ed.). Barcelona: Masson.
- Solis, R. y Guizar, F. (1999). Modelo de intervención del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus familiares. *Salud Mental*, 19(1).
- Sournia, J. C. (1986). *Histoire de L'alcoolisme*. Paris: Flammarion.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1971). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. y First, M. B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID-I): History, rationale and description. *Archive General of Psychiatry*, 49(8), 624-629.
- Stanton, M. D. y Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drugs abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Stapinski, L. A., Rapee, R. M., Sannibale, C., Teesson, M., Haber, P. S. y Baillie, A. J. (2015). The Clinical and Theoretical Basis for Integrated Cognitive Behavioral Treatment of Comorbid Social Anxiety and Alcohol Use Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 504-521.
- Steinglass, P. (1976). Experimenting with family treatment approaches to alcoholism, 1950-1975 - REVIEW. *Family Process*, 15(1), 97-123. doi:10.1111/j.1545-5300.1976.00097.x
- Stevenson, M., Pandor, A., Stevens, J. W., Rawdin, A., Rice, P., Thompson, J. y Morgan, M. Y. (2015). Nalmefene for reducing alcohol consumption in people with alcohol dependence: An evidence review group perspective of a NICE single technology appraisal. *Pharmacoeconomics*, 33(8), 833-847. doi:10.1007/s40273-015-0272-0

- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M., . . . Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(7), 1033-1045.
- Stinson, F. S., Grant, B. E., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B. y Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Dependence, 80*(1), 105-116. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.03.009
- Stitzer, M. L. y Chutuape, M. A. (1999). Other substance use disorders in methadone treatment. Prevalence, consequences, detection and management. *Methadone Treatment for Opioid Dependence, 86*-117.
- Stitzer, M. L., Iguchi, M. Y. y Felch, L. J. (1992). Contingent take-home incentive: Effects on drug use of methadone maintenance patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 927-934.
- Stockwell, T., Sitharthan, T., McGrath, D. y Lang, E. (1994). The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. *Addiction, 89*(2), 167-184.
- Stoner, S. y Hendershot, C. (2012). A randomized trial evaluating an mHealth system to monitor and enhance adherence to pharmacotherapy for alcohol use disorders. *Addiction Science Clinical Practice, 7*(1).
- Storbjörk, J. (2011). Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 28*(3), 185-209.
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A. y Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal. The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-AR). *British Journal of Addiction, 84*(11), 1353-1357.
- Swift, R. (1995). Effect of naltrexone on human alcohol-consumption. *Journal of Clinical Psychiatry, 56*, 24-29.
- Szapocznik, J., Lopez, B., Prado, G., Schwartz, S. J. y Pantin, H. (2006). Outpatient drug abuse treatment for Hispanic adolescents. *Drug and Alcohol Dependence, 84*, S54-S63. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.05.007
- Sanchez, E., Gradolí, V., Molina, N., Del Olmo, R. y Morales, E. (2012). Procesos de cambio en las conductas adictivas: influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones, 14*(337-344).
- Taft, C., O'farrell, T., Doron-LaMarca, S., Panuzio, J., Suvak, M., Gagnon, D. y Murphy, C. (2010). Longitudinal risk factors for intimate partner violence among men in treatment for alcohol use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(6), 924.

- Tardiff, K., Mazurk, P. M., Lowell, K., Portera, L. y Leon, A. C. (2002). A study of drug abuse and other causes of homicide in New York. *Journal of Criminal Justice*, 30, 317-325.
- Tavares, H., Lobo, D, Fuentes, D. y Black, D. W. (2008). Compulsive buying disorder: A review and a case Vignette. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 30, S16-S23. doi:10.1590/s1516-44462008005000002
- Tiet, Q. y Mausbach, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: A review. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 31(4), 513-536. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00336.x
- Tiffany, S. y Conklin, C. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*, 95(8s2), 145-153.
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G. y McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 441-452.
- Toro, A. C., Agudelo, A. M., Gallo, M. A., Restrepo, T. P., Soto, M., Tamayo, A. y Lopez Jaramillo, C. A. (2012). Polaridad predominante en pacientes bipolares tipo I. Estudio en una población aislada con alta prevalencia de trastornos de ánimo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(4), 842-852.
- Torres-Fernandez, M. y Fernandez-Gomez, C. (2004). Validación Española del Maudsley Addiction Profile (MAP). *Adicciones*, 16(4).
- Tortajada, S., Valderrama, J. C., Castellano, M., Llorens, N., Agullo, V., Herzog, B. y Aleixandre, V. (2008). Drug consumption and perception among Latin American immigrants. [Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos.]. *Psicothema*, 20(3), 403-407.
- Toussaint-Samat, M. (1987). *Histoire naturelle et morale de la nourriture*. París: Bordas.
- Tripodi, S. J., Bender, K., Litschge, C. y Vaughn, M. G. (2010). Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: A meta-analytic review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(1), 85-9186.
- UK Alcohol Treatment Trial Research Team. (2005). Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*, 331, 541-544.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). *Informe mundial sobre las drogas*. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Van den Brink, W., Sorensen, P., Torup, L., Mann, K. y Gual, A. (2014). Long-term efficacy, tolerability and safety of nalmefene as-needed in patients with alcohol dependence: A 1-year, randomised controlled study. *Journal of Psychopharmacology*, 28(8), 733-744. doi:10.1177/0269881114527362
- Vazquez-Barquero, J. L. (1993). *Cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría: SCAN/adaptación al español*. Madrid: Meditor.

- Verdejo-García, A., Lozano, O., Moya, M., Alcazar, M. y Perez-García, M. (2010). Psychometric properties of a Spanish version of the UPPS–P impulsive behavior scale: Reliability, validity and association with trait and cognitive impulsivity *Journal of personality assessment*, 92(1), 70-77.
- Verduin, M. L., LaRowe, S. D., Myrick, H., Cannon-Bowers, J. y Bowers, C. (2013). Computer simulation games as an adjunct for treatment in male veterans with alcohol use disorder *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(3), 316-322.
- Vielva, I., Llorente, J. y Annis, H. (1997). ACQ: Un instrumento que permite conocer la autoconfianza para resistir el deseo de beber en situaciones de riesgo *Adicciones*, 9(2), 209-221.
- Villa, R. y Hermida, J. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), 353-363.
- Volpicelli, J. R., Rhines, K. C., Rhines, J. S., Volpicelli, L. A., Alterman, A. I. y O'Brien, C. P. (1997). Naltrexone and alcohol dependence - Role of subject compliance. *Archives of General Psychiatry*, 54(8), 737-742.
- Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W. y Schweitzer, J. (2013). The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders: A Systematic Review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576-618. doi:10.1111/famp.12047
- Vuoristo-Myllys, S., Lipsanen, J., Lahti, J., Kalska, H. y Alho, H. (2014). Outcome predictors for problem drinkers treated with combined cognitive behavioral therapy and naltrexone. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(2), 103-110. doi:10.3109/00952990.2013.853074
- Walter, K. N. y Petry, N. M. (2015). Patients with diabetes respond well to contingency management treatment targeting alcohol and substance use. *Psychology Health & Medicine*, 20(8), 916-926. doi:10.1080/13548506.2014.991334
- Walters, G. D. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior-Therapy*, 31(1), 135-149.
- Weingardt, K. y Marlatt, G. (1998). Sustaining change: Helping those who are still using. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors* (2 ed.). New York: Plenum.
- Weiss, R. D., Jaffee, W. B., Menil, V. P. y Cogley, C. B. (2004). Group Therapy for Substance Use Disorders: What Do We Know. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 339-350.
- Wetterling, T., Veltrup, C. y Junghanns, K. (1996). Mögliche Indikationen zur Behandlung mit «Anticraving» Medikamenten. *Sucht*, 42, 323-330.
- White, H. y Labouvie, E. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking *Journal of studies on alcohol*, 50(1), 30-37.
- Whiteside, S., Lynam, D., Miller, J. y Reynolds, S. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: A four-factor model of impulsivity *European Journal of Personality*, 19(7), 559-574.

- Wilk, A. I., Jensen, N. M. y Havighurst, T. C. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12(5), 274-283.
- Williams, B. y Drummond, D. (1994). The alcohol problems questionnaire: Reliability and validity *Drug and alcohol dependence*, 35(3), 239-243.
- Wilson, H. W. y Widom, C. S. (2009). A prospective examination of the path from child abuse and neglect to illicit drug use in middle adulthood: The potential mediating role of four risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(3), 340-354.
- Windle, M. (1994). Characteristics of alcoholics who attempted-suicide - cooccurring disorders and personality-differences with a sample of male vietnam era veterans. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(5), 571-577.
- Wing, J. K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J. E., Giel, R. y Sartorius, N. (1990). SCAN: Schedules four Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of general psychiatry*, 47(6), 589-593., 47(6), 589-593.
- Wing, J. K., Cooper, J. E. y Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms: An introduction manual for the PSE and CATEGO program*. London: Cambridge University Press.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. y Walter, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Cognitive Psychother*, 19(3), 211-228.
- Wittchen, H., Robins, L., Semler, W. y Cottler, L. (1993). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI): Interviewer's Manual*: World Health Organization.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. y O'Brien, C. P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: A validation-study. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1302-1308.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P., Blaine, J., Fox, S., . . . Beck, A. T. (1984). Severity of psychiatric-symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy. The veterans administration penn study. *American Journal of Psychiatry*, 141(10), 1172-1177.
- Worden, B. L., Epstein, E. E. y McCrady, B. S. (2015). Pretreatment Assessment-Related Reductions in Drinking Among Women With Alcohol Use Disorders. *Substance Use & Misuse*, 50(2), 215-225. doi:10.3109/10826084.2014.962662
- World Health Organization. (2010). *Manual for WHO disability assessment schedule.WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: World Health Organization.

- Wrzesien, M., Breton-Lopez, J., Botella, C., Burkhardt, J. M., Alcañiz, M., Perez-Ara, M. A y Del Amo, A. R. (2013). How technology influences the therapeutic process: Evaluation of the patient-therapist relationship in augmented reality exposure therapy and in vivo exposure therapy *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(4), 505-509.
- Yoshimura, A., Higuchi, S., Kimura, M., Roh, S. y Sahashi, Y. (2014). Efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol dependence assessed with a multi-center randomized controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 49, 1.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E. y Meyer, D. A. (1978). rating-scale for mania - reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133(NOV), 429-435. doi:10.1192/bjp.133.5.429
- Yumoto, Y. y Higuchi, S. (2015). Pharmacological therapies for alcohol use disorder in Japan. *Japanese Journal of Clinical Medicine*, 73(9), 1536-1539.
- Zajac, K., Randall, J. y Swenson, C. C. (2015). Multisystemic Therapy for Externalizing Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 601-+. doi:10.1016/j.chc.2015.02.007
- Zikos, E., Gill, K. J. y Charney, D. A. (2010). Personality Disorders Among Alcoholic Outpatients: Prevalence and Course in Treatment. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 55(2), 65-73.
- Zimmerman, M. y Mattia, J. (2001). The psychiatric diagnostic screening questionnaire: Development, reliability and validity *Comprehensive psychiatry*, 42(3), 175-189.
- Zucker, R. A. (1987). The four alcoholisms: A developmental account of the etiologic process. *Alcohol and Addictive Behaviors*, 34, 27-83.

ANEXOS

EuropASI

(Kokkevy y Hartgers, 1995)

Descripción

El EuropASI es la versión europea del «Índice de gravedad de la adicción» (Addiction Severity Index, ASI; McLellan, Luborsky, O’Brein y Woody, 1980). Se trata de una entrevista clínica que valora la necesidad de tratamiento en 7 áreas diferentes:

- a) estado médico general,
- b) situación laboral y financiera;
- c) consumo de alcohol;
- d) consumo de otras drogas;
- e) problemas legales;
- f) relaciones familiares y sociales; y
- g) estado psicológico.

Cada escala está basada en la historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de las necesidades de tratamiento en cada área.

El rango de las escalas oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Esto es, a mayor puntuación, mayor gravedad de la adicción. A partir de 4 puntos se considera que el paciente necesita más ayuda en esa área concreta.

Además de esta valoración general recoge información relevante sobre cada una de las áreas anteriores.

EUROPASI

Adaptación Europea del Addiction Severity Index

INSTRUCCIONES

- Cumplimentar totalmente. Cuando sea preciso utilizar:
X = pregunta no contestada.
N = pregunta no aplicable.
Use un solo carácter por ítem.
- Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas y deberían ser reformuladas para el seguimiento.
- Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales.

ESCALAS DE SEVERIDAD

Las escalas de severidad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital).

Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de esta severidad consultar el manual.

SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE

- Ninguna
- Leve
- Moderado
- Considerable
- Extrema

A.- Nº de Identificación

- B.- TIPO DE TRATAMIENTO:
- Desintoxicación ambulatoria
 - Desintoxicación hospitalaria
 - Tratamiento sustitutivo ambulatorio
 - Tratamiento libre de drogas ambulatoria
 - Tratamiento libre de drogas hospitalario
 - Centro de día
 - Hospital psiquiátrico
 - Otro hospital/servicio
 - Otro: _____
 - Sin tratamiento

C.- FECHA DE ADMISION:

D.- FECHA DE LA ENTREVISTA:

*E.- Hora de inicio:

*F.- Hora de fin:

- G.- TIPO:
- Ingreso
 - Seguimiento

H.- CODIGO DE CONTACTO:

- Personal
- Telefónico

- I.- SEXO:
- Varón
 - Mujer

J.- CODIGO DEL ENTREVISTADOR:

- K.- ESPECIAL:
- Paciente finalizó la entrevista
 - Paciente rehusó
 - Paciente incapaz de responder

INFORMACION GENERAL

1. LUGAR DE RESIDENCIAL ACTUAL:

- Ciudad Grande (>100.000)
- Mediana (10.000 - 100.000)
- Pequeña (rural) (<10.000)

2. CODIGO DE LA CIUDAD:

*3. Desde cuándo vive Ud. En esa dirección: años meses

*4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de Ud. o de su familia?

0 = No 1 = Sí

5. EDAD:

6. NACIONALIDAD:

7. PAIS DE NACIMIENTO DEL:

Entrevistado

Padre

Madre

8. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo?

- No
- Cárol
- Tratamiento de alcohol o drogas
- Tratamiento médico
- Tratamiento psiquiátrico
- Únicamente desintoxicación
- Otro: _____

9. ¿Cuántos días?

RESULTADOS DE LOS TESTS ADICIONALES

* Puntuación total del BDI:

* Puntuación total del SCL-90:

PERFIL DE SEVERIDAD

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
0									
	PROBLEMAS	MEDICO	EMPLEO/SOPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLOGICO	

SITUACION MÉDICA

1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (Incluir sobredosis, delirium tremens, excluir desintoxicaciones)
2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos? años meses
3. ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo con su vida?
0. No
1. Sí: _____
4. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis?
0. No
1. Sí
2. No lo sé
3. Rehusa contestar
5. ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH?
0. No
1. Sí
2. No lo sé
3. Rehusa contestar

6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses?
 7. ¿Cuál fue el último resultado del test?
0. VIH - negativo
1. VIH - positivo
2. No lo sé
3. Rehusa contestar
 8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico?
0. No 1. Sí
 9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (Excluir invalidez psiquiátrica)
0. No 1. Sí
 10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses?
0. No 1. Sí
 11. ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes?
- PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE

- UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION
12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes?
 13. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamientos de estos problemas médicos?
- ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR**
14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico?
- PUNTUACIONES DE VALIDEZ**
- La información anterior está significativamente distorsionada por:
15. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí
 16. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí
- Comentarios

EMPLEO / SOPORTES

1. Años de educación básica:
2. Años de educación superior (Universidad/Técnicos):
3. Grado académico superior obtenido:
4. ¿Tiene carnet de conducir en vigor?
0. No 1. Sí
5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular? años meses
(Ver el manual para definición)
6. ¿Cuánto duró el periodo más largo de desempleo? años meses
7. Ocupación habitual (o última):
(Especificar detalladamente)
8. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años:
1. Tiempo completo
2. Tiempo parcial (horario regular)
3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal)
4. Estudiante
5. Servicio militar
6. Retirado / invalidez
7. Desempleado (Incluir ama de casa)
8. En ambiente protegido
9. ¿Cuántos días trabajó durante el último mes?
(Excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales)

- ¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de la siguientes fuentes durante el último mes?
10. ¿Empleo?
0. No 1. Sí
 11. ¿Paro?
0. No 1. Sí
 12. ¿Ayuda social?
0. No 1. Sí
 13. ¿Pensión o seguridad social?
0. No 1. Sí
 14. ¿Compañeros, familiares o amigos?
0. No 1. Sí
 15. ¿Ilegal?
0. No 1. Sí
 16. ¿Prostitución?
0. No 1. Sí
 17. ¿Otras fuentes?
0. No 1. Sí
 18. ¿Cuál ha sido la principal fuente de ingresos este último mes? (Utilice los códigos 10-17)
 19. ¿Tienes deudas?
0. No
1. Sí: _____ (cantidad)
 20. ¿Cuántas personas dependen de Ud. para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.?
 21. ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo /desempleo en el último mes?

- PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION
22. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes?
 23. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento de estos problemas de empleo?
- ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR**
24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo?
- PUNTUACIONES DE VALIDEZ**
- La información anterior está significativamente distorsionada por:
25. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí
 26. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí
- Comentarios

USO DE ALCOHOL Y DROGAS

	Edad (Inicio)	A lo largo de la vida	Ultimo mes	*Vía admon.
1. Alcohol - cualquier dosis				
2. Alcohol - grandes cantidades				
3. Heroína				
4. Metadona / LAAM				
5. Otros opiáceos / analgésicos				
6. BDZ/Barbitur/sedantes/hipnóticos				
7. Cocaína				
8. Anfetaminas				
9. Cannabis				
10. Alucinógenos				
11. Inhalantes				
12. Otros				
13. Más de 1 sustancia/día (tems 2 a 12)				

Nota: consulte el manual para los ejemplos representativos de cada clase de drogas.

*Vía de administración: 1=oral; 2=nasal; 3=fumada; 4=inyección no IV; 5=inyección IV.

14. ¿Alguna vez se ha inyectado?
0. No 1. Sí

14A Edad en que se inyectó por primera vez: (años)
Se inyectó:

- A lo largo de la vida (años):
- En los últimos 6 meses (meses):
- En el último mes (días):

14B Si se inyectó en los últimos 6 meses:

1. No compartió jeringuilla
2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros
3. A menudo compartió jeringuilla

15. ¿Cuántas veces ha tenido:
Delirium Tremens:
Sobredosis por drogas:

16. Tipo de servicios y número de veces que ha recibido tratamiento en:

	Alcohol	Drogas
1. Desintoxicación ambulatoria		
2. Desintoxicación residencial		
3. Tto. sustitutivo ambulatorio		
4. Tto. libre de drogas ambulatorio		
5. Tto. libre de drogas residencial		
6. Centro de día		
7. Hospital psiquiátrico		
8. Otro hospital/servicio		
9. Otro tratamiento		

17. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinentemente como consecuencia de uno de estos tratamientos?

Alcohol: (meses)
Drogas: (meses)

18. ¿Qué sustancia es el principal problema?

POR FAVOR UTILICE LOS CÓDIGOS anteriores ó: 00=no problemas; 15=Alcohol y otras drogas (adicción doble); 16=Politoxicómano. Cuando tenga dudas, pregunte al paciente.

19. ¿Cuánto tiempo duró el último periodo de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese consecuencia de tratamiento?: (meses, 00=nunca abstinentemente)

20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia?: (00=todavía abstinentemente) (meses)

21. ¿Cuánto dinero diría Ud. que ha gastado en el último mes en:
Alcohol (€uros) _____
Drogas (€uros) _____

22. ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para alcohol o drogas en el último mes? (Incluye grupos de autoayuda del tipo AA: Alcohólicos Anónimos, NA: Narcóticos Anónimos)

23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado Ud.:

problemas relacionados con el alcohol? (días)

problemas con otras drogas? (días)

PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos

problemas relacionados con el alcohol?

problemas con otras drogas?

25. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamientos para estos problemas

relacionados con el alcohol?

problemas con otras drogas?

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para:

abuso de alcohol?

Abuso de otras drogas?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

27. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí

28. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí

Comentarios

SITUACION LEGAL		
<p>1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.) 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Está en libertad condicional? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>3. Posesión y tráfico de drogas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Delitos contra la propiedad?: (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Delitos violentos?: (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Otros delitos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Cuántos de estos cargos resultaron en condenas?: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. Prostitución?: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10. Conducir embriagado?: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11. Delitos de tráfico?: (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel?: (meses) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Cuánto tiempo duró su último período en la cárcel?: (meses) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>14. ¿Cuál fue la causa? (Use los códigos 03-06, 08-11. Si ha habido múltiples cargos, codifique el más severo) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Por qué? (Si hay múltiples cargos codifique el más severo) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado?: (días) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio?: (días) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION</p> <p>19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (Excluir problemas civiles) <input type="checkbox"/></p>	<p>20. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento para esos problemas legales? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>22. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>23. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Comentarios</p>

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de sus familiares ha tenido lo que Ud. llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o psiquiátrico, que le llevó o hubiera debido llevarle a recibir tratamiento?

RAMA MATERNA	RAMA PATERNA	HERMANOS									
Alcohol	Drogas	Psq	Alcohol	Drogas	Psq	Alcohol	Drogas	Psq			
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermana 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermana 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermanastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Instrucciones: Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente "no para todos los familiares de la categoría", "1" cuando la respuesta es claramente "sí para algún familiar dentro de esa categoría", "X" cuando la respuesta no esté del todo clara o sea no sé, y "N" cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría. En caso de que existan más de 2 hermanos por categoría, codifique los más problemáticos.

RELACIONES FAMILIARES / SOCIALES																																												
<p>1. Estado civil: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Casado 4. Separado 2. Casado en 2ª nupcias 5. Divorciado 3. Viudo 6. Soltero</p> <p>2. ¿Hace cuánto tiempo tiene este estado civil?: <input type="text"/> años <input type="text"/> meses</p> <p>3. ¿Está satisfecho con esta situación? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Indiferente 2. Sí</p> <p>4. Convivencia habitual (En los últimos 3 años) <input type="checkbox"/></p> <p>1. Pareja e hijos 2. Pareja 3. Hijos 4. Padres 5. Familia 6. Amigos 7. Solo 8. Medio protegido 9. No estable</p> <p>5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación? <input type="text"/> años <input type="text"/> meses</p> <p><i>(Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)</i></p> <p>6. ¿Está satisfecho con esa convivencia? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Indiferente 2. Sí</p> <p>¿Vive con alguien que: 0. No 1. Sí</p> <p>6A Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol? <input type="checkbox"/></p> <p>6B Usa drogas psicoactivas? <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas 2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas 3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas 4. Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas 5. Solo</p> <p>8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Indiferente 2. Sí</p> <p>9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene? <input type="checkbox"/></p>	<p>Instrucciones para 9A a 18 : Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente no para todos los familiares de la categoría, "1" cuando la respuesta es claramente sí para algún familiar dentro de esa categoría, "X" cuando la respuesta no esté del todo clara o sea "no sé", y "N" cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría.</p> <p>9A ¿Diría Ud. que a tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?</p> <p>Madre: <input type="checkbox"/></p> <p>Padre: <input type="checkbox"/></p> <p>Hermanos/as: <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja sexual/esposo/a: <input type="checkbox"/></p> <p>Hijos/as: <input type="checkbox"/></p> <p>Amigos/as: <input type="checkbox"/></p> <p>Ha tenido períodos en que ha Experimentado problemas serios con: 0. No 1. Sí</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ultimo mes</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">A lo largo de la vida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10. Madre</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. Padre</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12. Hermanos/as</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13. Pareja sexual/esposo/a</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>14. Hijos/as</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>15. Otro/a familiar</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16. Amigos/as íntimos/as</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>17. Vecinos/as</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>18. Compañeros de trabajo / estudio</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>¿Algunas de estas personas (10-18) ha abusado de Ud.: 0. No 1. Sí</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ultimo mes</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">A lo largo de la vida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>18A. Emocionalmente? (Insultándole, etc)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>18B. Físicamente? Produciéndole daños físicos)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios</p> <p>A. Con su familia? <input type="text"/></p> <p>B. Con otra gente? (Excluir familiares) <input type="text"/></p>		Ultimo mes	A lo largo de la vida	10. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Hermanos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Pareja sexual/esposo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Hijos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Otro/a familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Amigos/as íntimos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Vecinos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Compañeros de trabajo / estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ultimo mes	A lo largo de la vida	18A. Emocionalmente? (Insultándole, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18B. Físicamente? Produciéndole daños físicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION</p> <p>¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus</p> <p>20. problemas familiares? <input type="checkbox"/></p> <p>21. problemas sociales? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento para esos:</p> <p>22. problemas familiares? <input type="checkbox"/></p> <p>23. problemas sociales? <input type="checkbox"/></p> <p>ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social? <input type="checkbox"/></p> <p>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>25. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Comentarios</p>
	Ultimo mes	A lo largo de la vida																																										
10. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
11. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
12. Hermanos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
13. Pareja sexual/esposo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
14. Hijos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
15. Otro/a familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
16. Amigos/as íntimos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
17. Vecinos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
18. Compañeros de trabajo / estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
	Ultimo mes	A lo largo de la vida																																										
18A. Emocionalmente? (Insultándole, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
18B. Físicamente? Produciéndole daños físicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										

ESTADO PSIQUIATRICO	
<p>1. ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?</p> <p style="margin-left: 20px;">Tratamiento hospitalario: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Tratamiento ambulatorio: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Ha pasado un periodo de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual Ud. (consulte el manual para definiciones): 0. No 1. Sí</p> <p>3. Experimentó depresión severa? <small>Ultimo mes</small> <input type="checkbox"/> <small>A lo largo de la vida</small> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Experimentó ansiedad o tensión severa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Experimentó alucinaciones? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. Experimentó problemas para controlar conductas violentas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. Experimentó ideación suicida severa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10. Realizó intentos suicidas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10A ¿Cuántas veces intentó suicidarse? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>11. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/emocionales? PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION</p> <p>12. ¿Cómo le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales? <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamiento para esos problemas psicológicos? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">LOS SIGUIENTES ITEMS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS POR EL ENTREVISTADOR</p>	<p>Durante la entrevista, el paciente se presentaba: 0. No 1. Sí</p> <p>14. Francamente deprimido/retraído <input type="checkbox"/></p> <p>15. Francamente hostil <input type="checkbox"/></p> <p>16. Francamente ansioso/nervioso <input type="checkbox"/></p> <p>17. Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide <input type="checkbox"/></p> <p>18. Con problemas de comprensión, Concentración o recuerdo <input type="checkbox"/></p> <p>19. Con ideación suicida <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>21. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>22. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Comentarios</p>

SCL-90-R
(Derogatis, 1975)

Descripción

El *Listado de Síntomas (SCL-90-R)* (Derogatis, 1975) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: Índice Global de Gravedad (GSI), Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST).

Puntuación

Puntuación de cada dimensión: Se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes a la dimensión y se divide por el número de ítems que comprende. El resultado debe incluir dos cifras decimales. En este apartado no se tienen en cuenta los ítems adicionales (síntomas discretos que no pertenecen a ninguna dimensión en concreto). Los ítems que corresponden a cada dimensión aparecen marcados con la siguiente clave:

- (S) Somatización
- (O) Obsesión-compulsión
- (SI) Sensibilidad interpersonal
- (D) Depresión
- (A) Ansiedad
- (H) Hostilidad
- (AF) Ansiedad fóbica
- (I) Ideación paranoide
- (P) Psicoticismo

Los 7 ítems que no tienen letra pertenecen a los síntomas discretos.

Puntuación de los índices globales:

- GSI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems de la escala (incluidos los ítems adicionales) y se divide entre 90.
- PSDI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems (incluidos los adicionales) y se divide entre la puntuación obtenida en el PST.
- PST:** Se suma el número de ítems que han sido contestados con respuestas distintas de cero.

Tipificación:

Una vez obtenidos los índices de la escala (dimensionales y globales), han de transformarse en puntuaciones típicas (T), según la tabla correspondiente, en función del grupo normativo al que pertenezca el sujeto.

Omisión de respuestas y puntuación:

En el caso de que el sujeto haya omitido ítems al contestar la prueba, esta no se invalida necesariamente, sino que:

- a) la escala en su globalidad se invalida cuando el sujeto ha omitido más del 20% de los ítems (>18).
- b) una dimensión particular se invalidará cuando el sujeto haya omitido más del 40% de los ítems de aquella dimensión.

En caso de no quedar invalidada la escala, habrá que realizar una serie de ajustes. Para hallar la puntuación de cada dimensión habrá que descontar del denominador el número de ítems omitidos en esa dimensión. Para hallar el índice GSI habrá que descontar del denominador el número total de ítems omitidos en la escala. El PTS y el PSDI no se ven directamente afectados por la omisión de respuestas.

Definición operacional de caso psiquiátrico

Un sujeto se define en el *SCL-90-R* como caso positivo (con trastorno psiquiátrico) en los siguientes casos:

- a) si el sujeto obtiene una puntuación GSI (según la tabla de "no pacientes") mayor o igual a una puntuación T de 63.

- b) si el sujeto obtiene una puntuación T mayor o igual a 63 en dos dimensiones sintomatológicas.

Copyright © de la edición española 1988, 2000, 2002 Leonard R.

Derogatis Ph. D.

Publicado por TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMII-II)

(Millon, 2004; versión española de Cardenal y Sánchez, 2007)

Descripción

El *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-III)* (Millon, 2004; versión española de Cardenal y Sánchez, 2007). Se trata de un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporcionan información sobre 11 escalas básicas de personalidad (esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizoide, límite y paranoide) y 10 síndromes clínicos (ansiedad, somatomorfo, bipolar, distimia, abuso de alcohol, abuso de drogas, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante).

Copyright de la edición española © 2 by TEA Ediciones, S.A.,

Madrid, España.