

# Formación en drogodependencias.

## Curso de tratamiento de las adicciones

1. Caso clínico de mujer dependiente del alcohol
2. Varón de 45 años, consumidor crónico de cocaína
3. Varón con dependencia a benzodiazepinas
4. Paciente heroínomana tratada en un programa de sustitución con metadona
5. Caso clínico de varón dependiente del alcohol
6. Varón consumidor de heroína y cocaína fumadas, tratado en un centro de día
7. Varón de 20 años con crisis de pánico consumidor de drogas de diseño y cannabis
8. Varón fumador de 40 cigarrillos diarios
9. Mujer drogodependiente tratada en una comunidad terapéutica
10. Paciente consumidor de cannabis
11. Mujer con patología dual: drogodependencia y trastorno mental asociado
12. Drogodependiente con patología orgánica múltiple
13. Paciente drogodependiente tratado en una unidad de desintoxicación hospitalaria (UDH)

## Lección 5

# Caso clínico de varón dependiente del alcohol

M.T. Gómez Talegón

Médico de la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid (AR-VA). Valladolid. España.

### CASO CLÍNICO

Varón de 48 años, casado con 3 hijos, de profesión albañil, con inicio de consumo de alcohol en la adolescencia, ya excesivo en esa época, los fines de semana y con alguna intoxicación de forma esporádica; a los 22 años el consumo era ya diario, y la cantidad y la frecuencia de éste aumentaron con el paso de los años. En el último año venía realizando consumos de 140 g/día de alcohol, que aumentaba a 200 g/día los fines de semana. Desde hace unos años llegaba a casa semiintoxicado diariamente y algún fin de semana francamente embriagado. Su médico de cabecera le había comentado que su analítica refería una hepatitis alcohólica con elevación

de transaminasas y una anemia megaloblástica con aumento del volumen corpuscular medio (VCM) y de la hemoglobina corpuscular media (HCM), por lo que el paciente decide acudir a nuestro centro.

A la exploración presentaba gran hiperactividad autonómica, ansiedad e inquietud psicomotriz, sudoración profusa en las manos y la cara con *flapping tremor*, ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, facies abotargada, labios cianóticos e hipertrofia parotídea. A la palpación, se apreciaba un abdomen globuloso con ligera hepatomegalia de 2-3 cm, pero no se apreció ningún otro tipo de masas o megalias. La auscultación cardiopulmonar fue normal.



El caso es comentado por el médico responsable (M) y el residente de segundo año (R2) que recibió al

paciente.

**R2:** He recibido a un paciente de 48 años que acudió a nuestro centro aconsejado por su médico de familia por su problema de alcohol, y fue derivado al hospital para realizarle una desintoxicación hospitalaria.

**M:** ¿Por qué se tomó la decisión de derivarlo para desintoxicación hospitalaria?

**R2:** El paciente acudió a nuestro centro acompañado de su esposa, aconsejado por su médico de atención primaria. Refirió que hace ya algunos años su médico, al hacerle la historia clínica, le preguntó por su patrón de consumo de alcohol: cantidad, frecuencia, tipos de bebidas consumidas, y aunque el paciente minimizó su consumo, su médico ya le advirtió de que estaba consumiendo alcohol de forma excesiva y que lo mejor era disminuir o evitar la ingesta de alcohol.

**M:** ¿Cómo valoró el médico de familia que el paciente consumía alcohol de forma excesiva?

**R2:** En principio vio que era un consumo diario y superior a 80 g/día. La Organización Mundial de la Salud considera población de riesgo la que consume más de 80 g/día de alcohol.

**M:** ¿Cuáles eran las cantidades consumidas por el paciente de forma habitual?

**R2:** Había algunas diferencias entre los días laborables y los fines de semana (sábados y domingos). En días laborables comenzaba tomando 2 chupitos de aguardiente con el café de la mañana; a media mañana, para almorzar, medio litro de vino; antes de comer, 2 o 3 cañas; para comer, otro medio litro de vino; después de comer, 2 copas de coñac con el café; al salir de trabajar, 4-5 cañas



Clasificación de bebedores utilizada en estudios epidemiológicos españoles

Tipo de bebedor	Varones		Mujeres	
	g/día	UBE/día	g/día	UBE/día
Abstemio	0	0	0	0
Bebedor ligero	8-20	1-2	8-20	1-2
Bebedor moderado	21-60	3-6	21-40	3-4
Bebedor alto	61-80	7-8	41-60	5-6
Bebedor excesivo	81-120	9-12	61-80	7-8
Gran riesgo	> 120	> 13	> 80	> 8

Clasificación según los criterios de la Dirección General de Salud Pública, en la que una UBE equivale a 12,5 ml o a 10 g de etanol.

<sup>a</sup>UBE: unidad de bebida estándar considerada en la bibliografía inglesa (*units* o *drink*) y equivale a 100 ml para el vino o cava, 200 ml para la cerveza, 50 ml para el vino generoso o el vermú y 25 ml para los destilados, considerando el contenido alcohólico estándar.

o cervezas, y para cenar, otro medio litro de vino: en total, 280 g/día de etanol. Los fines de semana a estas cantidades añade algún combinado por la tarde y también si sale por la noche, en total aproximadamente consume 360 g/día (cada día del fin de semana).

**M:** El médico de atención primaria actuó correctamente, primero al realizar la historia clínica hizo un *screening* de consumo, indagando sobre la cantidad (unidades de bebida estándar), la frecuencia (diario o semanal) y los tipos de bebidas consumidas (graduación). El interrogatorio se realizó de forma correcta, ya que aunque el paciente ha referido que minimizó el consumo, su médico detectó un consumo excesivo y realizó un “consejo breve” acerca de la disminución o abstinencia total de alcohol.

**R2:** Sí, la intervención breve es aquella realizada en un espacio reducido de tiempo y cuya intensidad y duración son, en cualquier caso, inferiores a las de un programa terapéutico específico, está bien que la realizara el médico de atención primaria para informar al paciente de la relación entre el consumo y sus problemas, y motivarlo para el cambio, es decir, la disminución del consumo o la abstinencia. Posteriormente, cada vez que el paciente acudía a consulta por cualquier motivo el médico de atención primaria aprovechaba para realizar una intervención motivacional breve hasta que el paciente decidió consultar en nuestro centro.

**M:** Efectivamente, el médico de atención primaria ha realizado muy bien las etapas del “Modelo para el cambio de Prochaska y Di Clemente”, ya que se parte de la base de que el único que puede cambiar un hábito de vida es el individuo que lo posee. La decisión de hacerlo no aparece espontáneamente, sino que es fruto de la evolución a través de una serie de etapas que han sido descritas en el “Modelo transteórico de motivación para el cambio de Prochaska y Di Clemente”.

**R2:** El médico de familia también pidió una analítica a nuestro paciente, y le informó de que presentaba una hepatopatía probablemente alcohólica con una aspartato aminotransferasa (AST) de

82 U/l, una alanina aminotransferasa (ALT) de 117 U/l y una gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) de 324 U/l, así como una elevación de triglicéridos de 208 mg/dl, de colesterol de 328mg/dl, de ácido úrico de 7,6 mg/dl, del volumen corpuscular medio (VCM), 105,3 fl, y de la hemoglobina corpuscular media (HCM) de 33,7 pg.

**M:** ¿Qué pasos se dieron cuando el paciente acudió por primera vez a nuestro centro?

**R2:** Se le realizó la historia clínica utilizando diversos instrumentos de diagnóstico. Se inició la historia clínica interrogando a qué edad comenzó a beber, cuándo se embriagó por primera vez, cómo fue evolucionando el patrón de consumo (si se inició en fin de semana y luego pasó a ser diario, etc.), así como el tipo de bebida y las cantidades consumidas durante su evolución. Seguidamente se le interrogó por su consumo un día habitual, a qué hora comienza a beber y la secuencia a lo largo del día (desayuno, almuerzo, aperitivo, la comida, el café de después de comer, por la tarde, en la cena, en las salidas nocturnas), diferenciando muy bien el consumo en días laborables y en fines de semana o fiestas.

**M:** La obtención de información acerca de la cantidad que beben o las consecuencias de la bebida no es fácil ya que la negación, la minimización y la ocultación de datos es habitual. De ahí que con estos pacientes deba utilizarse un tipo de entrevista empática que facilite la confianza y la fidelidad de los datos. ¿Qué otros instrumentos diagnósticos se utilizaron?

**R2:** Aprovechando que el paciente acudió a consulta acompañado de su esposa, se realizó un interrogatorio familiar de las alteraciones psicosociales que le haya podido producir su dependencia: conflictividad conyugal, familiar, social; problemas laborales; traumatismos y accidentes (laborales, domésticos o de tráfico); impotencia sexual; merma cognitiva, etc.

**M:** La información familiar respecto a la conducta del paciente puede ser de gran utilidad, aunque tiene la limitación de la subjetividad del informante, pero es interesante para conocer datos que el paciente a menudo minimiza o niega.

**R2:** Después se efectuó un diagnóstico de dependencia del alcohol según los criterios del Manual Diagnóstico de la American Psychiatric Association (DSM-IV) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

**M:** Está bien, pero estos criterios tienden a ser reduccionistas y poco útiles para el clínico, pues personas alcohólicas muy distintas pueden aparecer con los mismos criterios diagnósticos y es necesario hacer un diagnóstico más específico.

**R2:** Para ello se utilizaron varios instrumentos para la evaluación de los problemas relacionados con el alcohol. No se utilizó ningún instrumento más de detección o diagnóstico, ya que el paciente había sido derivado desde atención primaria a nuestro centro debido a su diagnóstico.



#### Signos y síntomas en el alcoholismo crónico

##### Signos relacionados con el alcoholismo crónico

Facies pleórica  
Hipertrofia parotídea  
Desnutrición  
Subictericia o ictericia  
Eritema palmar  
Ginecomastia  
Obesidad  
Inyección conjuntival  
Arañas vasculares  
Factor alcohólico

##### Síntomas relacionados con el alcoholismo crónico

Pituitas matutinas  
Anorexia  
Pirosis retroesternal  
Diarrea  
Hiporreflexia  
Cefaleas  
Ansiedad y depresión  
Trastornos de la memoria  
Temblor distal  
Insomnio



#### Instrumentos de detección más útiles en atención primaria

Test	N.º de ítems	Sensibilidad (S) y especificidad (E)	Diagnóstico de dependencia	Características
CAGE <sup>a</sup>	4	S: 65-95%; E: 40-95%	≥ 2	No incluye cantidad, frecuencia ni tiempo. Diseñado para detección de alcoholismo
AUDIT <sup>a</sup>	10	S: 80%; E: 90%	≥ 20	Se refiere al consumo en el pasado año. Detecta consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia
MALT <sup>a</sup>	33	S: 100%; E: 82%	≥ 11	MALT-O y MALT-S. Capta problemas de alcoholismo en pacientes con alto grado de negación
MAST	25	S: 86-99%; E: 85-95%	≥ 5	No se refiere a ningún tiempo concreto. Tiene una versión corta y otra geriátrica
CBA <sup>a</sup>	22		≥ 5	Diseñado para la detección precoz de la dependencia ya que capta situaciones incipientes

<sup>a</sup>Validados en España.



Características de diferentes instrumentos de detección útiles en atención primaria

	Pruebas/instrumentos					
	CAGE	AUDIT	MAST	GGT	VCM	Alcoholemia
Método	Cuestionario	Cuestionario	Cuestionario	Prueba biológica	Prueba biológica	Prueba biológica
Tiempo	1 min	1-2 min	5-10 min	Hasta entrega de resultados	Hasta entrega de resultados	1 min
Coste	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo
Grado de dificultad en la administración y para su interpretación	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Bajo
Área que evalúa	Problemas por el alcohol a lo largo de la vida	Problemas por el alcohol en el último año	Problemas por el alcohol a lo largo de la vida	Consumo excesivo reciente	Consumo excesivo prolongado	Consumo excesivo actual
Valor predictivo	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Bajo
Problema que puede invalidar el resultado	La negación del problema	La negación del problema	La negación del problema	Enfermedad orgánica	Enfermedad orgánica	Intoxicación idiosincrásica

Tomada de Rubio G, Santo-Domingo J. Guía Práctica de Intervención en Alcoholismo. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, 2000.



Test de GAGE

- ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
- ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?
- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
- ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?

Puntuación: 1 punto por cada respuesta afirmativa.

Corrección: 1 punto o más indica problemas con el alcohol; 2 puntos se considera dependencia.

Versión original: Mayfield D (1974).

Versión española: Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R (1986).

**M:** Si hubiera sido necesario, ¿qué instrumentos de detección hubieras utilizado?

**R2:** En principio, utilizaría el CAGE ya que es sencillo de administrar y de corta duración; consta sólo de 4 ítems, se aconseja que se incluyan en una encuesta más extensa pues el tipo de preguntas puede inducir al encuestado a no responder o cambiar las respuestas. Una respuesta positiva alertará de la posibilidad de estar ante un problema por el alcohol y nos obligará a investigar. Dos o más respuestas positivas nos darán una alta probabilidad de alcoholismo. El AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) es un cuestionario para la detección temprana de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, consta de 10 ítems y se cumplimenta con gran brevedad, es un instrumento muy útil para atención primaria.

**M:** Esos instrumentos son muy útiles para atención primaria pero en nuestro centro, ¿cuál has utilizado para valorar la gravedad de la dependencia alcohólica?

**R2:** El MALT (Müncher Alkoholismus Test) es uno de los cuestionarios más interesantes para investigar el alcoholismo; consta de 2 partes, una objetiva y otra subjetiva. El MALT-S consta de 27 preguntas (versión española) autoadministradas y cada respuesta afirmativa representa un punto, y el MALT-O consta de 7 preguntas valoradas por el médico mediante la anamnesis, las pruebas biológicas y la exploración física, cada respuesta positiva contabiliza 4 puntos. Una puntuación de 11 o más nos orientará hacia la existencia de dependencia, y entre 6 y 10 puntos indicará una alta sospecha. En nuestro caso el paciente presentó una puntuación de 23 puntos en el MALT-S y de 8 puntos en el MALT-O.

**M:** ¿Se podría utilizar algún cuestionario para determinar la intensidad de la dependencia?

**R2:** En este caso utilicé la EIDA (Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica), que consta de 30 ítems que hacen referencia al consumo ocurrido en los 6 meses previos a la entrevista y valora: los síntomas físicos de abstinencia, los síntomas afectivos de abstinencia, las conductas para aliviar los síntomas de abstinencia, el consumo habitual de alcohol, la reinstauración de la sintomatología tras la recaída y las preguntas relacionadas con el control.

**M:** ¿Utilizaste algún cuestionario para valorar alguna cosa más?

**R2:** Cuando el paciente llegó a nuestra consulta presentaba síntomas de gran hiperactividad autonómica compatible con un síndrome de abstinencia.

**M:** ¿Qué síntomas presentaba?

**R2:** Temblor distal de manos, taquicardia, sudoración intensa, agitación psicomotriz, ansiedad, nerviosismo.

**M:** Ante esta situación, ¿qué decisión tomaste?

**R2:** En principio realicé una evaluación de la gravedad del síndrome de abstinencia para orientarme en cuanto a los riesgos del cuadro, así como a descartar y evitar posibles complicaciones. Se puede utilizar alguna de las escalas diseñadas para valorar la intensidad del síndrome de abstinencia como la de Soler-Insa o la CIWA-r (Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale), que permite valorar la intensidad del síndrome de abstinencia según la puntuación: inferior a 10, leve; entre 10-20, moderado; superior a 20, grave, y es la que se utilizó en este caso.

**M:** ¿Qué puntuación presentaba el paciente?

**R2:** Tenía 16 puntos, por eso decidí que acudiera a una unidad de desintoxicación hospitalaria para que el tratamiento del síndrome de abstinencia fuera el adecuado intentando evitar la progresión a un *delirium tremens* y la gravedad de sus complicaciones.

**M:** ¿De qué forma fue tratado en la unidad de desintoxicación?

**R2:** Ha estado ingresado 15 días y se le ha puesto tratamiento con clometiazol en pauta decreciente, y vitaminoterapia; al alta viene con un complejo vitamínico B (1-1-1).

**M:** ¿Qué marcadores biológicos presentaba al ingreso?

**R2:** Se le practicó un análisis sistemático de sangre con los siguientes valores alterados: triglicéridos, 178 mg/dl; colesterol, 324 mg/dl; ácido úrico, 7,5 mg/dl; AST, 100 U/l; ALT, 118 U/l; GGT, 438 U/l; VCM, 109,8 fl; HCM, 34,7 pg; concentración de HCM 31,6%, y bilirrubina total, 2,6 mg/l. El análisis sistemático de orina no presentó datos de interés; el electrocardiograma mostró un ritmo sinusal normal. Se le derivó a medicina interna para valoración hepática (pendiente de informe).



## Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
  - (1) Nunca
  - (2) Menos de una vez al mes
  - (3) 2 o 3 veces a la semana
  - (4) 4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de "bebidas alcohólicas" sueles realizar en un día normal?
  - (0) 1 o 2
  - (1) 3 o 4
  - (2) 5 o 6
  - (3) 7 a 9
  - (4) 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más "bebidas" en una ocasión?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Una vez al mes
  - (3) Una vez a la semana
  - (4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de beber una vez que había empezado?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Una vez al mes
  - (3) Una vez a la semana
  - (4) A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Una vez al mes
  - (3) Una vez a la semana
  - (4) A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Una vez al mes
  - (3) Una vez a la semana
  - (4) A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Una vez al mes
  - (3) Una vez a la semana
  - (4) A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos de 1 vez al mes
  - (2) Una vez al mes
  - (3) Una vez a la semana
  - (4) A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridas porque usted había bebido?
  - (0) No
  - (2) Sí, pero no en el último año
  - (4) Sí, en el último año
10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?
  - (1) No
  - (3) Sí, pero no en el último año
  - (5) Sí, en el último año

Puntuación:

Se suman los resultados de cada respuesta que están entre paréntesis delante de la misma.

Puntuación  $\geq 6$  (en mujeres) u 8 (en varones): bebedor de riesgo (de presentar problemas derivados del consumo de alcohol o desarrollar una dependencia)

Puntuación total  $\geq 13$  (ambos sexos): problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica



Test de MALT (Müncher Alkoholismus Test)

MALT-O	Sí	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico: p. ej., consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos un valor de laboratorio patológico: p. ej., GOT, GPT o GGT). (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues, hepatitis viral, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc.)</li> <li>Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p. ej., diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)</li> <li><i>Delirium tremens</i> (actual o en la anamnesis)</li> <li>Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses</li> <li>Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer, 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes</li> <li>Fetor alcohólico (en el momento de la exploración médica)</li> <li>Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (del médico, trabajador social o instituciones pertinentes)</li> </ol>		
MALT-S	Sí	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos</li> <li>A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar</li> <li>Alguna vez he intentado calmar " la resaca", el temblor o la náusea matutina con...</li> <li>Actualmente, me siento amargado/a por mis problemas y dificultades</li> <li>No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo</li> <li>Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo</li> <li>A menudo pienso en el alcohol</li> <li>A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo había prohibido</li> <li>En las temporadas en que bebo más, como menos</li> <li>En el trabajo, me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera</li> <li>Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean)</li> <li>Bebo de un trago y más deprisa que los demás</li> <li>Desde que bebo más, soy menos activo/a</li> <li>A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido</li> <li>He ensayado un sistema para beber (p. ej., no beber antes de determinadas horas)</li> <li>Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol</li> <li>Sin alcohol, no tendría tantos problemas</li> <li>Cuando estoy excitado/a, bebo alcohol para calmarme</li> <li>Creo que el alcohol está destruyendo mi vida</li> <li>Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no</li> <li>Otras personas no pueden comprender por qué bebo</li> <li>Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa o pareja</li> <li>Ya he probado pasar temporadas sin alcohol</li> <li>Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo/a</li> <li>Repetidamente me han mencionado mi "aliento alcohólico"</li> <li>Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo</li> <li>A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera</li> </ol>		
Puntuación: MALT-O: 4 puntos por cada respuesta afirmativa MALT-S: 1 punto por cada respuesta afirmativa ≥ 11 puntos: diagnóstico de alcoholismo; entre 6-10 puntos: sospecha de alcoholismo o de riesgo alcohólico		

**M:** Es necesario recordar que los marcadores biológicos pueden no estar alterados en pacientes con un grado de dependencia severa y nunca deberán reemplazar el juicio clínico en el diagnóstico del consumo perjudicial y alcoholismo.

En resumen, ¿cuáles son los pasos que debería seguir un médico de atención primaria para la detección y el diagnóstico de los problemas de consumo excesivo de alcohol en su consulta, teniendo en cuenta que en atención primaria la detección, es decir, la identificación de un caso, es la función más importante de la evaluación, no sólo por iniciar una correcta derivación, sino como parte de la asistencia de atención primaria?

**R2:** En el momento actual no existen pruebas específicas para la detección o el diagnóstico del alcoholismo, de modo que serán necesarios:

1. Adecuada historia clínica en la que conste:

- Cantidad, frecuencia y tipo de bebida.
- Consecuencias del consumo, tanto físicas, psíquicas, sociales, laborales, etc.
- Relación entre consumo y consecuencias.
- Tiempo de evolución del consumo.

2. Exploración física. La ingesta regular y excesiva de alcohol ocasiona una serie de signos físicos y psíquicos, así como síntomas relacionados con el alcoholismo crónico que pueden ayudar al diagnóstico a través de la exploración.

3. Exploración analítica (bioquímica sanguínea). Los marcadores biológicos más significativos son la elevación de la GGT, la AST, la ALT, los lípidos plasmáticos y el VCM.

4. Cuestionarios o escalas para la detección del consumo de riesgo, consumo perjudicial o alcoholismo.

Por su validez, brevedad y sencillez las pruebas de CAGE, CBA y AUDIT podrían considerarse como los cuestionarios de detección más útiles en atención primaria.

Una vez realizada la desintoxicación, el paciente fue derivado desde la unidad de desintoxicación para continuar el tratamiento de rehabilitación en nuestro centro de tratamiento del alcoholismo.

Se completó la historia clínica valorando las consecuencias somáticas, familiares y sociales derivadas del excesivo consumo de alcohol en este paciente, con ayuda de la familia durante la entrevista.

**M:** ¿Qué consecuencias se habían derivado de su consumo excesivo de alcohol?



**Figura 1** Modelo transteórico de motivación para el cambio de Prochaska y Di Clemente.

**R2:** El paciente tenía problemas en su familia; la presión de la esposa y los hijos ha sido determinante para que acudiera en demanda tratamiento. En la familia había un alto grado de conflictividad, sobre todo con los hijos, un bajo grado de cohesión y diálogo y frecuentes discusiones, tanto con la esposa como con los demás miembros de la familia. En cuanto a los problemas laborales, el paciente había faltado al trabajo algún día por lo mal que se encontraba debido al consumo del día anterior; en su empresa ya le habían llamado la atención alguna vez porque sabían que bebía y tenía miedo de que si seguía así le despidieran. Había tenido 2 alcoholemias positivas en 8 años, y una multa, una retirada de carnet y un accidente de tráfico hace 15 años, en el que se salió de la carretera y dio varias vueltas de campana. En cuanto a problemas legales, una vez su esposa puso una demanda de separación pero luego la retiró.

**M:** ¿Qué tratamiento se le indicó?

**R2:** Tratamiento médico para aumentar la autoeficacia del paciente en cuanto a la abstinencia, un aversivo utilizando un inhibidor de la metabolización del acetaldehído (cianamida), con pauta de 15 gotas por la mañana y 15 gotas en la comida; también le hemos puesto un anti *craving* (naltrexona) para disminuir su impulso/deseo (*craving*) por el alcohol. Se le ha recomendado seguir con el complejo vitamínico B<sub>1</sub>-B<sub>6</sub>-B<sub>12</sub> prescrito en el hospital, a dosis de 1 comprimido cada 8 h.

**M:** ¿Está siguiendo algún tratamiento psicoterapéutico?

**R2:** Se le ha incluido en el grupo terapéutico de motivación que consta de 12 sesiones dirigidas por un terapeuta (médico o psicólogo); en este grupo se pretende motivar al paciente, intentando trabajar su ambivalencia (acudir o no al tratamiento) para conseguir que avance en la consecución de los objetivos propuestos.

**M:** ¿Continuará posteriormente con más ayuda psicoterapéutica?

**R2:** Cuando acabe la fase de motivación pasará a formar parte de los grupos de autoayuda integrados por alcohólicos en abstinencia.

Estos grupos están dirigidos por un moderador (alcohólico rehabilitado), ayudado a veces por un técnico (médico o psicólogo), e intenta que surjan los problemas que cada integrante pueda tener para mantener su abstinencia. Se resaltan las consecuencias positivas de la abstinencia y las negativas del consumo.

**M:** Estos grupos intentan ayudar al paciente en: a) la búsqueda de estrategias de afrontamiento para romper la relación del alcohol con el ejercicio de cierta actividad (relacionarse socialmente, comer, etc.); b) la búsqueda de otras fuentes de refuerzo para llenar su ocio, ya que algunos pacientes al dejar de beber pueden sentir que no existe ninguna fuente de placer, lo que suele ser vivenciado como la existencia de un “vacío” en su vida, con manifestaciones de ansiedad o retraimiento social que pueden ser causa de recaídas; c) el control de los sentimientos desagradables, una de las causas de recaída es la dificultad para manejar los sentimientos de agresividad, tristeza y ansiedad, de ahí que se ayude a los pacientes a identificar y tolerar estos estados afectivos, con la finalidad de procurar una reacción apropiada a los mismos; d) la mejora de las relaciones interpersonales y del apoyo social, y e) la mejora del cumplimiento terapéutico.

**R2:** Le ayudamos al mejor cumplimiento terapéutico con controles hematológicos periódicos, tanto para verificar su abstinencia como para reforzarle, mostrándole su grado de mejoría con la normalización progresiva de los marcadores biológicos; también con una frecuencia adecuada de consultas, así como buscando el apoyo familiar.

**M:** ¿El paciente cuenta con apoyo social?

**R2:** Sí, tanto su esposa como sus hijos le están apoyando. La esposa acudirá a los grupos de terapia para familiares; en estos grupos el cónyuge encuentra apoyo a su situación familiar deteriorada por el consumo de alcohol de la pareja, se intenta ayudar en la situación personal que pasan después del desgaste que supone afrontar durante años esta situación familiar, que les ha producido problemas de ansiedad, miedos e incluso, en algunos momentos, sentimientos de culpabilidad por no haber sido una buena esposa o, para el marido, por no haber actuado antes. También pueden servir como modelo para aprender a mantenerse abstinentes y para comprobar cómo se pueden afrontar los problemas sin beber.

### Bibliografía general

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: APA, 1994.
- Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias. Barcelona: Ars Medica; 2002.
- Clasificación de bebedores utilizada en estudios epidemiológicos españoles. En: Rubio G, Santo-Domingo J, editores. Guía Práctica de Intervención en Alcoholismo. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000; p. 49-62.
- Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Drogodependencias. Madrid: Aula Médica Ediciones, 2000.
- Gual A. Monografía alcohol. Adicciones 2002;14 (Supl 1).
- OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (10.ª revisión). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
- Rodríguez-Martos A. La intervención en el campo del alcohol en Atención Primaria de salud. Jano 1998;1241:47-52.
- Rubio G, Santo-Domingo J. Guía Práctica de Intervención en Alcoholismo. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, 2000.