

Tratamiento del Alcoholismo (*)

Dr. González Menéndez, R.
Profesor Jefe del servicio docente «Rogelio Paredes»
del Hospital Psiquiátrico de La Habana (HPH).

RESUMEN

El autor aborda los principios fundamentales del tratamiento de la más frecuente de las toxicomanías y describe los recursos de mayor trascendencia en su atención específica. Su revisión destaca la significación de la relación equipo médico-paciente alcohólico y valora los más recientes recursos biológicos, psicológicos y sociales, utilizados a nivel internacional para el tratamiento del alcoholismo.

PALABRAS CLAVE: Alcoholismo, tratamiento.

SUMMARY

The author approaches the fundamental principles of the most frequent toxicomania treatment and describes the most transcendent resources in its specific care. His review emphasizes the importance of the alcoholic patient-health team relationship, and assesses the most recent biological, psychological, and social resources used at international level in alcoholism treatment.

KEY WORDS: Alcoholism, treatment.

INTRODUCCION

En este artículo desarrollaremos en forma muy resumida los aspectos que consideramos más relevantes del tratamiento de la toxicomanía que nos ocupa y destacaremos los recursos biológicos, psicológicos y sociales utilizados actualmente con dicho

propósito, una vez que el enfermo se dispone a acudir al médico, pues como señalara **Freixa**: «Tratar a un alcohólico es como seguir una receta culinaria de conejo. El primer paso es cazar al conejo» (1).

A manera de introducción señalaremos algunos principios que deben tenerse en cuenta al enfrentar la significativa respon-

Correspondencia:
Dr. Ricardo González Menéndez.
Rev. Hosp. Psiq. La Habana. Avda. Independencia, 26520. MAZORRA, La Habana (Cuba).

(*) Trabajo publicado originariamente en la Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, vol. XXX (4), 1989. Se publica con la autorización expresa del autor.

sabilidad social implícita en el tratamiento de un alcohólico.

1. Recordar que el alcoholismo es una enfermedad de las que se conjugan con el verbo ser (soy un alcohólico), a diferencia de los cuadros reactivos habitualmente precedidos del verbo estar (estoy deprimido) o de los cuadros exógenos vinculados al verbo tener (tengo una gripe).
2. Es fundamental hacer comprender al paciente que *es un alcohólico* y que dicha situación no desaparecerá mientras viva.
3. La meta fundamental del tratamiento será por tanto la abstinencia total y mantenida, toda vez que siempre que se reincide la ingestión, se reproducirá el mismo cuadro por el que ahora consulta.
4. Una de las características más típicas del alcoholismo es su tendencia a la recaída y por ello el equipo de asistencia debe prepararse para asimilar las frecuentes frustraciones implícitas en nuevos episodios y crear las condiciones que ofrezcan al paciente un margen de comprensión que garantice que dicha incidencia no implique la afectación de la relación médico-paciente.
5. El aspecto más significativo para lograr la adecuada disposición afectiva para una relación de ayuda exitosa con el alcohólico, es la aceptación plena de su condición de enfermo al despojarse de los criterios populares que lo valoran como un vicioso.
6. La genuinidad, la congruencia y la constancia, son junto a la afabilidad y la capacidad empática, los recursos más relevantes para lograr una relación profesional exitosa con el enfermo alcohólico.
7. Debido a las defensas del alcohólico y su consecuente llegada tardía al tratamiento, la gestión terapéutica se imbrica habitualmente con la rehabilitadora.
8. La responsabilidad asistencial en ésta como en otras toxicomanías, debe descansar en un equipo interdisciplinario con unidad de criterio y de acción.
9. Las gestiones terapéuticas deben tener en cuenta que la participación de la familia en el proceso curativo-rehabilitatorio es de alta relevancia.
10. Los recursos aversivos deben ser utilizados en el contexto de un tratamiento integral con objetivos potencializadores, pero nunca como terapéutica única.
11. El seguimiento es un elemento de primer orden para garantizar el éxito de la gestión.
12. Finalmente debe recordarse que la meta será siempre el lograr la abstinencia permanente, ya que pese a los planteamientos de **Davies** (2), los hallazgos de la corporación **RAND** (3) y los criterios de **Sobell** (4,5), la experiencia internacional plantea que son excepcionales los casos que logran este objetivo y sólo en algunas modalidades de alcoholismo de mejor pronóstico (6-10).

La relación del equipo con el paciente alcohólico:

Su desarrollo exitoso implica un notable esfuerzo cognitivo-afectivo-colectivo cuyas menores o mayores posibilidades dependen en gran parte de la aceptación del alcohólico como paciente y del entrenamiento recibido para afrontar exitosamente las especificidades de esta relación (11). Utilizando la relación médico-paciente como paradigma de este importante aspecto de atención del alcohólico, algunos estudios han evidenciado la frecuente actitud de rechazo hacia el paciente por parte del profesional (12-14), actitud frecuentemente determinada por prejuicios ético-morales, condicionamientos fóbicos proyectados al paciente, frustraciones ante las recaídas, sentimientos ambiguos derivados de la identificación del paciente con familiares del terapeuta afectados por el alcoholismo (58) o deficiente entrena-

miento. Estos factores explican en parte que muchos pacientes son más veraces sobre la cuantía de su ingestión etílica al contestar a una computadora que al hacerlo a un médico (15).

Hay se reconoce internacionalmente que uno de los factores más significativos en la evolución de un enfermo alcohólico es el seguimiento por un equipo profesional con quien se hubiese establecido una relación positiva (16-17) donde en lugar de los señalamientos críticos y consejos de amigos y familiares, se encuentre comprensión empática, aceptación y disposición total para combatir y triunfar en la lucha contra el tóxico (18). En los casos que necesitan hospitalización total o parcial, la relación equipo-paciente tendrá como marco la comunidad terapéutica.

RECURSOS BIOLÓGICOS

Los recursos biológicos han sido orientados a:

1. Controlar los síntomas asociados y mejorar el estado general.
2. Superar las manifestaciones de abstinencia.
3. Determinar respuestas aversivas.
4. Reducir la ingesta etílica.

1.1. Los neurolépticos deben utilizarse con preferencia a los tranquilizantes e hipnóticos para evitar la tolerancia cruzada existente entre el alcohol y éstos, así como para evitar el riesgo adictivo de los mismos (20). La trifluoperazina en dosis aproximada a 75 mg. diariamente o la levomeromacina de 25 mg. o 50 mg. —siempre que se utilice una vez superada la presencia del alcohol en sangre— aportan resultados favorables.

El haloperidol ha sido utilizado en infusión venosa en casos de delirium tremens, pero sus resultados son superados por el clometiazol (21).

1.2. Los tranquilizantes del tipo del cloro-

diazepóxido, diazepam, alprazolam y buspirone, han sido recomendados en diferentes países, pese a los riesgos antes señalados (8,22-25). Nosotros sólo recomendamos el diazepam parenteral en dosis limitadas ante situaciones de relativa urgencia.

1.3. Los antidepresivos. Preferentemente los tricíclicos de doble acción como amitriptilina donde se aprovecha el efecto hipnótico mediante dosis única de 75 mg. al acostarse (26-82). Debe recordarse la frecuente asociación alcoholismo-depresión (29,30). Otros tricíclicos como la desipramina (petylyl), trimeprimina, imipramina, lofepramina, amineptine, podrían también utilizarse.

1.4. El carbonato de litio. Utilizado inicialmente con el propósito de actuar sobre el substratum afectivo endógeno existente en algunos alcohólicos sintomáticos, demostró también experimentalmente cierto afecto reductor de la

respuesta euforizante del tóxico (38,39). Nosotros lo utilizamos fundamentalmente en el alcoholismo asociado a la psicosis maniacodepresiva y también como recurso de excepción en aquellos casos muy resistentes a la terapia convencional. Las dosis no superan habitualmente los 0'7 mg. por litro.

1.5. Las vitaminas. El aporte esencial de vitaminas B y ácido fólico y nicotínico debe acompañarse de otros elementos del complejo B y se asociará además la vitamina C por su efecto protector vascular y facilitador de los procesos de oxidación. En nuestro servicio seguimos las normas del Hospital Psiquiátrico de La Habana que establecen el siguiente esquema:

- Vit. B1 (100 mg.), Vit. B6 (50 mg.), Vit. B12 (100 mcg.) I.M. durante 15 días.
- Vitaminerales 1 gragea de cada color en D.A. y C.
- Vit. C (500 mg.) 1 tab. en desayuno.

- 2.1. Tiapride. Este fármaco emparentado químicamente con la metoclopramida y el sulpiride es un antidiscinético de efecto neurológico sin repercusión extrapiramidal ni vegetativa; se utiliza exitosamente en el control de los síndromes de abstinencia moderados y para la atenuación de la ansiedad subyacente en el alcohólico. Su efecto más destacado es el antitremulante. Se presenta en tabletas y ampulas de 100 mg. y gotas de 0'5 mg. La dosis diaria es de 150 a 300 mg.
 - 2.2. Clonidina. Este fármaco hipotensor alfa-2 estimulante, utilizado en el control del síndrome de abstinencia a opiáceos ha sido ensayado con iguales objetivos en el alcoholismo. Sus resultados no han sido mejores que el tiapride y son menores que los obtenidos con la distraneurina (53).
 - 2.3. Propanolol. Este beta-bloqueador también ha sido ensayado con resultados similares a la clonidina (54,55).
 - 2.4. Naloxona. Este producto que es un antagonista opiáceo utilizado en el tratamiento de los morfinómanos y heroínómanos tiene posiblemente su indicación fundamental en caso de estados de embriaguez profunda (68,69), pero su uso en el alcoholismo está en fase experimental proponiendo algunos autores que podría ensayarse como recurso para bloquear el efecto euforizante (reforzador) de la ingestión de alcohol (70). Con igual propósito ha sido ensayado el FLA-02, un inhibidor de la dopamina beta hidroxilasa (8). La dosis de la naloxona fluctúa entre 0'4 y 1'2 mg. y su administración es parenteral, aunque existen ya en el mercado presentaciones para vía oral como el naltraxone.
 - 2.5. Clormetiazol (distraneurina). Este producto que es la porción tiazólica de la Vit. B1 se usa específicamente en la profilaxis y tratamiento de urgencia de los cuadros agudos de abstinencia y gracias a su uso la mortalidad en casos de delirium tremens se ha reducido considerablemente (71). Tiene efectos sedantes, antiepilépticos y reduce además la hiperamoniemia presentes en el delirium. Su administración puede ser por venoclisis en solución al 8 por mil o por vía oral, esta última en cápsulas de 192 mg. Su rango posológico varía en 16 cápsulas diarias una a una y su utilización no excederá los 7 días. En casos de delirium tremens puede indicarse inicialmente en venoclisis con 50 a 150 cc a goteo rápido al inicio y después hasta 2.000 cc en el día. Este fármaco debe usarse por tiempo limitado (no más de 10 días), pues tiene importante riesgo adictivo (35).
 - 2.6. Piracetam. Este fármaco cuyo efecto más relevante ha sido reportado en las demencias multinfarto, se recomienda también en las manifestaciones psicorgánicas del alcoholismo y sobre todo cuando existe obnubilación de la conciencia (58).

Es un derivado cíclico del GABA que activa la fosfolipasa A2 neuronal. Su efecto fundamental es antihipoxidótico, al activar y proteger el metabolismo neuronal y mejorar la microcirculación encefálica por acción desagregante plaquetaria (62,63). Se presenta en tabletas de 800 mg. en ampulas de 1 g. y en solución oral de 20 g. por 100 cc. La dosis recomendada es de 2'4 g. diarios.
 - 2.7. Carbamacepina (tegretol). Ha sido utilizado con éxito para controlar los síntomas de abstinencia en general y las manifestaciones disrítmicas en particular. Este fármaco podría ensayarse en pacientes con sustratum afectivo endógeno por su acción eutímica (73,74).
 - 2.8. Sulfato de magnesio. Se administra por vía IV. En casos de delirium, 4 cc. de solución al 25% cada 6 horas, resuelven la deficiencia de este electrolito (23).
- Finalmente, las técnicas de biofeedback y acupuntura han sido ensayadas con éxito

reportándose especial efectividad con los puntos articulares en el síndrome de abstinencia. Mención especial merecen los fármacos disuasivos o interdictores.

Medicamentos interdictores o disuasivos:

Aquí se incluyen el disulfiram, la cianamida (carbamida cálcica), el metronidazol y el nitrefazole, cuyo denominador común es el bloqueo de la acetaldeshidrogenasa con el consecuente acúmulo de acetaldeshidrogena en sangre determinante del conocido síndrome acetaldeshídico.

3. Disulfiram (antabuse)

Originalmente utilizado con el propósito de establecer condicionamientos aversivos de mayor consistencia por basarse en reforzadores cardiovasculares (palpitaciones, ansiedad) de efectos más relevantes que los digestivos (vómitos). Actualmente se tiende a nivel internacional a utilizar el fármaco con el objetivo fundamental de apoyar la decisión del enfermo de mantenerse en abstinencia (33). Se aconseja comenzar con una tableta de 500 mg. en desayuno diariamente y 3 días después bajar a media tableta. Su utilización está limitada a enfermos cooperadores de cierto nivel cultural, y múltiples estudios han demostrado que sus resultados son mejores si se logra la supervisión familiar de su ingestión mediante el control hogareño que debe continuar con igual técnica el establecido en el servicio especializado donde en forma rutinaria se pide al paciente que luego de ingerir el fármaco, abra la boca y lleve la lengua a la región palatina. En los casos donde no se ha logrado aún la cooperación del paciente, se manifiestan conductas orientadas a neutralizar los efectos del fármaco y las más frecuentes son:

- Ocultación del fármaco, vomitarlo después de ingerido o tomar Vit. C, antihistamínicos, clorpromacina o anticonvulsivantes, fármacos que inhiben su efecto (41).

- En algunos servicios se administra en forma de jarabes para evitar la ocultación de la tableta; una variante de esta técnica es indicar la tableta triturada en agua (42).

En nuestro criterio, el obstáculo más serio al uso del disulfiram son sus contraindicaciones y también la variabilidad de respuestas de unos pacientes a otros, ya que alrededor de un 50 % necesitan dosis mayores 2 o 3 tabletas diarias, y otros sin embargo, con la dosis convencional son capaces de reaccionar intensamente ante la aplicación de una loción después de afeitarse (43). Una modalidad de utilización que puede arrojar relevantes resultados (44), porque muchas veces se basa fundamentalmente en el efecto placebo (45), es la implantación de tabletas especiales para absorción cutánea con 6 meses a 1 año de duración. Algunos autores recomiendan la administración simultánea del producto en forma de gotas insípidas sin comunicarlo al paciente, recurso orientado a «fortalecer» la respuesta determinada por el producto «injertado» (46, 47)

3.2. Carbamida cálcica

Este fármaco con presentaciones en forma de tabletas 300 mg. (ABSTEM) y también en forma de gotas (Colme) 1 gota = 3 mg. presenta efectos algo más atenuados que el disulfiram (33, 49), pero lo aventaja en sus efectos más rápidos, ausencia del bloqueo de la dopamina B hidroxilasa (50, 51) y menores efectos colaterales (50, 51). Sin embargo, la dosis que fluctúa entre 50 y 150 mg. diarios debe fraccionarse en dos tomas por su breve tiempo de acción.

3.3. Metronidazol

En pacientes donde existen contraindicaciones relevantes para otros disuasivos más potentes, podría indicarse este fármaco que además del efecto bloqueador de la acetaldeshidrogenasa produce también una distorsión del sabor del alcohol

actuando en forma parecida al fenómeno descrito con el tabaco en los pacientes con hepatitis. Se ha planteado además que en algunos pacientes disminuye la apetencia por el alcohol y se dice que sus efectos son más significativos en los enfermos de más larga evolución (52). Su dosis sería de 750 mg. diariamente por 30 días y después podría bajarse a 500 o 250 mg.

3.4. Nitrefazole.

Este fármaco cuya fórmula química es: 2 metil, 4 nitro, 1-(4-nitrofenil imidasole) fue originalmente usado como tricomicida. Se dice menos riesgoso y de acción más prolongada que el disulfiram, aunque algunos estudios refutan que sus efectos sensibilizantes se instalan a la hora de haberse ingerido, y que no bloquea la dopamina B Hidroxidasa, por lo que resulta menos riesgoso como activador potencial de psicosis.

Finalmente comentaremos algunos fármacos que se han reportado como atenuadores del deseo de beber.

4.1. Apomorfina.

Este agonista dopaminérgico habitualmente usado como reforzador emético en tratamientos aversivos, ha sido también indicado por **Beil** para contrarrestar los efectos de la ingestión crónica de alcohol y otras drogas, reportando también significativa reducción del deseo imperioso de beber y recuperación del deterioro alcohólico (56). La técnica preconizada por este autor es como sigue: 10 mg. de apomorfina subcutánea a las 7:00 am, 1:00 pm y antes de ir a dormir en la noche (la dosis se reduce a la mitad en el paciente hipotenso). Cada dosis será seguida de 2 horas de reposo en cama y la duración total del tratamiento es de 4 semanas, con la posibilidad de efectuarlo domiciliarmente.

4.2. La bromocriptina.

También ha sido ensayada con resultados favorables (57), así como:

4.3. Fenfluramina.

Anorexizante no adictivo (64).

4.4. Zimelidina.

Inhibidor de la reabsorción serotoninica

eliminado del mercado con efectos tóxicos (65).

4.5. Homotuarina.

Agonista del GABA (66).

4.6. Carbonato de litio (55, 67).

RECURSOS PSICOLOGICOS

Destacamos ya la relevancia de una relación equipo-paciente positiva, éste es en nuestro criterio el factor que posibilitará los efectos terapéuticos de otros recursos psicológicos que se planifican durante la gestión psicoterapéutica según las necesidades específicas de cada enfermo. Abordaremos pues, en forma sintética, algunos aspectos de los recursos más utilizados en la psicoterapia del alcohólico; luego de señalar que la profunda y polifacética problemática psicológica de estos enfermos demanda el aprovechamiento máximo de las herramientas terapéuticas aportadas por las diferentes escuelas, y que han sido comentadas en otros trabajos (77, 78).

Utilizaremos como allí, la sistemática de **Karazu** (79) con algunas modificaciones, para valorar los aportes de las principales corrientes psicoterapéuticas que se basan fundamentalmente en:

- A. Exploración del inconsciente con el psicoanálisis como modelo.
- B. Resultados de la experimentación psicológica, cuyo prototipo es la terapia y modificación de conducta.
- C. Efecto de la palabra con la psicoterapia racional como paradigma.
- D. Exploración y orientación existencial con el daseinánalisis como técnica más relevante.
- E. Análisis de la comunicación con la psicoterapia sistémica como pauta.

En nuestro criterio, los recursos más aplicables en la atención del alcohólico según procedencia de las escuelas referidas son:

A. Exploración del inconsciente:

Pese a que clásicamente se ha excluido a los toxicómanos de la atención psicoanalítica ortodoxa por la necesidad de incrementar la participación directiva del terapeuta, existen actualmente técnicas orientadas en tal sentido donde la psicoterapia breve de *Sifneos* ocupa un lugar destacado (80). De todas formas, algunos recursos como la confrontación, la interpretación, la clarificación, la catarsis y la valoración biográfica son de utilización muy frecuentes, en tanto que otros como el análisis de la transferencia se utiliza ocasionalmente (81).

B. Resultados de la experimentación psicológica:

De esta escuela se derivan en nuestro criterio los más significativos recursos utilizados actualmente en el tratamiento de las toxicomanías (82), aunque los mismos deben necesariamente considerarse solamente como elementos integrantes de un programa psicoterapéutico más amplio. Con esta concepción hemos utilizado exitosamente recursos como el *token economy* orientado en esencia a estimular la participación de los pacientes en las diferentes actividades programadas en el seno de una comunidad terapéutica (83, 84).

También consideramos valiosos los recursos aversivos basados en reforzadores cardiovasculares (disulfiram) (43), digestivos (emetina, apomorfina) (33), somatosensoriales (estímulo eléctrico) (49), orientados indistintamente a lograr aprendizajes condicionados o instrumentales. Asimismo se utiliza la gratificación y sanción con énfasis en la primera, la inducción recíproca, el modelaje, el moldeamiento y los recursos aversivos, así como las escenificaciones donde se transmitan «tácticas» para rechazar cortésmente las frecuentes invitaciones (85-87).

C. Efecto de la palabra:

La psicoterapia racional basada en esencia en la persuasión, la información, la sugestión y la exteriorización de intereses constituye en nuestro criterio una de las técnicas más valiosas, asimismo consideramos también de utilidad los ejercicios de nivel inferior del método de *Schultz* (88) a los que se añaden frases autosugestivas como: «El alcohol es mi principal enemigo y por eso debo rechazarlo...».

La terapia de actitudes (89) y la hipnosis (90) son también en nuestro criterio recursos valiosos y recomendamos la primera específicamente en los alcohólicos evasivos y la segunda en casos de pacientes con alta sugestibilidad, orientándola a lograr sugestiones poshipnóticas de rechazo mediante el énfasis en la vinculación del tóxico a situaciones desagradables. El apoyo, la orientación (91), la exhortación, la guía de acción y la biblioterapia son también recursos muy valiosos.

D. Exploración y orientación existencial:

Con significativos matices inherentes a la fundamentación filosófica del terapeuta en la relación con el paciente alcohólico se produce necesariamente la ósmosis bienhechora de que habló *Biswanger* y se manejan situaciones con la proyección de aquí y ahora; por otra parte como decíamos antes, es conveniente explorar el significado del «ser un alcohólico». Consideramos también como aportes de esta escuela la recomendación de ponerse en lugar del enfermo, sentir como él y disponerse a ayudarlo (92), así como el proponer la utilización de recursos inspirativos y el destacar los aspectos positivos en la conducta del paciente con lo que en definitiva no hacemos otra cosa que aplicar el principio pigmalión de tanta efectividad psicoterapéutica (93) precisamente por contraponerse a la habitual actitud de los familiares, amigos y médicos no especializados con que se relaciona el alcohólico, ya que éstos

en algún grado reflejan su errónea apreciación de que éste es un vicioso (94).

En nuestro criterio esta situación es una de las razones por la que el alcohólico se siente solamente bien en su grupo de homólogos y no en otras relaciones. Finalmente, pensamos que otros recursos de esta línea psicoterapéutica como los somatosensoriales y los mediativos son de menor utilidad.

E. Análisis de la comunicación:

Los aportes de esta escuela son en nuestro criterio de primer orden cuando afrontamos el imprescindible abordaje familiar del alcohólico, quien frecuentemente deviene chivo expiatorio en su grupo hogareño. En esta corriente que presenta algunos puntos de contacto con las cognitivas conductuales incluimos nosotros, el análisis transaccional de **Berne** y los aportes humanistas de **Bateson** y **Haley** (95). En la terapia del alcohólico es importante proponerse el lograr lo que esta escuela denomina «el segundo salto» reflejado en la situación del alcohólico, porque éste no sólo deje de beber, sino que logre también nuevos sistemas de interacciones. No coincidimos con esta línea, sin embargo en lo relativo al planteamiento de que mediante el cambio del guión original de la vida trazada por el paciente, puede lograrse que éste se convierta en «bebedor controlado» como plantean **Berne** y **Steiner** (96, 97).

Criterios organizativos de la psicoterapia.

Pensamos que la psicoterapia de alcohólicos debe imbricar las técnicas individuales con las colectivas, pese a enfatizar las segundas y que deben programarse grupos con técnicas didácticas y otros basados en el intercambio de experiencias e interacciones terapéuticas colectivas facilitadoras de nuevos vínculos interpersonales que sustituyen y amplían los remanentes en el enfermo al acudir a nosotros. Los grupos didácticos serán abiertos y sin límites de

participantes, los restantes, semiabiertos deben llevar implícito la presentación de los nuevos incorporados y su límite será de 20 pacientes: una modalidad de notable utilidad es el cine-debate terapéutico (98).

Los grupos de seguimiento de carácter abierto se orientan a reforzar la cohesión del colectivo, a gratificar las experiencias positivas derivadas de la abstinencia y a desarrollar el nuevo estilo de vida. Estos grupos serán sucedidos por las actividades colectivas de autoayuda en los casos de evolución favorable. Finalmente es recomendable que en los casos de recaídas, el paciente reincidirá el proceso psicoterapéutico.

Bogani destaca la importancia de tener siempre en cuenta los siguientes factores:

1. La tendencia del alcohólico a justificarse.
2. La significación de la cohesión y presión del grupo.
3. La acción en espejo de otros pacientes.
4. El énfasis de la abstinencia como única vía de curación.

Y expresa la relevancia de equilibrar el balance motivacional en cada sesión, y la utilización de ejemplos generalizados (94).

RECURSOS SOCIALES

En esta categoría incluiremos la comunidad terapéutica, la terapia ocupacional, las gestaciones familiares y laborales desarrolladas en el nivel intra o extrainstitucional, y finalmente, las organizaciones de apoyo integradas por alcohólicos rehabilitados o sus familiares.

La comunidad terapéutica:

Que en nuestro criterio no es más que el fruto de la aplicación institucional de principios sociales, psicoterapéuticos y administrativos orientados a lograr la estructuración intramuros de un micromedio

donde se aprovechen al máximo las potencialidades terapéuticas y rehabilitadoras de los recursos materiales y humanos disponibles (99-101), garantiza a nuestro modo de ver las relaciones de ayuda en los niveles técnicos y no técnicos necesarios para facilitar la progresión del proceso terapéutico (102) y la incorporación de nuevos modelos de interacción al modificar en forma sustancial el estatus y roles del enfermo.

Por otra parte, verbaliza constantes experiencias emocionales correctivas y experiencias en espejo, que condicionan el incremento de la crítica; permite la gratificación dirigida de las conductas deseables con el consecuente reentrenamiento de hábitos y evidencia al enfermo en la práctica que es capaz de adaptarse creadoramente a un medio que en mucho reproduce las condiciones ambientales habituales (10, 104).

La terapia ocupacional:

En nuestro medio el término terapia ocupacional, abarca la ergoterapia y la terapia por el deporte, el arte, la recreación y la educación especializada, y consideramos que la misma juega un papel de primer orden en el desarrollo de las potencialidades adaptativas del enfermo y en el moldeamiento de un nuevo estilo de vida, ya que estas actividades se programarán con criterios de continuidad después del alta (105). Este recurso terapéutico-social debe orientarse a superar precisamente las serias dificultades del paciente en la organización de su tiempo productivo y el llamado «síndrome amotivacional», presente también en el alcohólico aunque en menor grado que en otros toxicómanos. Como recurso auxiliar, nosotros hemos obtenido resultados favorables con la aplicación de una variante de la economía por fichas (token economy), orientada a estimular la participación de los pacientes en las actividades comunitarias (83, 84).

También resulta muy conveniente el establecimiento de un programa concreto de actividades que destaque en cada día de la semana las opciones para ocupar el tiempo libre, y que debe ser expuesto en los muros del servicio.

Las gestiones de trabajo social:

Muchas veces la rehabilitación de un alcohólico dependerá de la solución de una problemática laboral o del logro de un cambio de actitudes familiares, y ambas gestiones habitualmente se desarrollan tanto en el medio institucional, como mediante visitas de terreno, resultando lo más frecuente la imbricación de ambas variantes.

La escuela de familiares:

Constituye habitualmente el eslabón de enlace entre la psicoterapia familiar y las organizaciones paramédicas de ayuda a familiares de rehabilitados (108). Como puede inferirse, será esta escuela, dirigida por psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras en el marco institucional, la gestión asistencial viabilizadora de la cohesión de grupo necesaria para que, posteriormente los participantes puedan organizarse en colectivos como Al-Anon y similares.

Las temáticas a desarrollar en estos grupos donde se imbrican proyecciones didácticas y racionales, serán esencialmente relacionadas con las características del alcoholismo como enfermedad y las más frecuentes actitudes determinantes de conflictos familiares, así como las recomendaciones para el manejo adecuado de la problemática hogareña inherente a esta toxicomanía.

Las asociaciones de alcohólicos:

Estos grupos, desarrollados con diferentes fundamentaciones teóricas, dan continuidad a la gestión institucional en las pri-

meras etapas y permiten el aprovechamiento extramuros de los vínculos positivos establecidos entre personas que afrontan una problemática de salud común. La más antigua y conocida de estas asociaciones es la llamada Alcohólicos Anónimos, que fue fundada por dos alcohólicos rehabilitados y surgió en 1935 en Ayrton, Ohio.

A partir de la experiencia de Alcohólicos Anónimos, surgieron asociaciones de esposas de alcohólicos que agrupan también a otros familiares, y cuya designación es Al-Anon y finalmente una asociación integrada por hijos de alcohólicos llamada Al-Ateen (23). Esta organización de reconocido prestigio internacional y valiosa utilidad terapéutica, cuenta entre sus limitantes más relevantes, según nuestro criterio, la exclusión de orientaciones profesionales y técnicas, así como el recurrir en esencia a recursos de orientaciones psicagógicas; existen otras asociaciones como las llamadas de Alcohólicos Rehabilitados (Avex), cuyo modelo es la creada en Valencia por iniciativa del profesor **Bogani** y en que las limitantes valoradas han sido resueltas (107).

La fases del tratamiento del alcohólico:

En esencia, las etapas más relevantes en la gestión que nos ocupa, serían las siguientes:

- a) Estudio y contrato.
 - b) Desintoxicación.
 1. Temprana.
 2. Tardía.
 - c) Deshabitación y readaptación.
 - d) Seguimiento.
 - e) Fase de ayuda mutua.
- a) **La fase de estudio y contrato.** Habitualmente poco enfatizada, pese a su alta relevancia se extiende a partir del contacto inicial con el paciente y durante ella se dan los primeros pasos en el establecimiento de una relación profesional positiva; se valora al enfermo mediante estudio interdisciplinario y concluye con el establecimiento

del «contrato» donde se definen «las reglas del juego», y se obtiene por escrito o verbalmente el compromiso del paciente a participar activamente en el tratamiento, haciéndole ver que la esencia del mismo está en su decisión de alejarse del tóxico.

b) **La fase de desintoxicación.** Integrada por dos etapas: la primera: desintoxicación temprana, tiene como objetivo eliminar los síntomas de abstinencia (dependencia funcional) (108); dura aproximadamente 7 días, durante los cuales las gestiones psicoterapéuticas serán limitadas y tendrán fundamentalmente objetivos de apoyo y de gratificar la decisión de abstenerse del alcohol.

Posteriormente se pasa a la segunda etapa de desintoxicación tardía, durante la que se persigue la eliminación total de la dependencia biológica. En efecto, estudios neurofisiológicos e histoquímicos han permitido establecer que, luego de 21 días de abstinencia alcohólica, se restablece el substratum fisiopatológico implícito en la adaptación metabólica celular y la tolerancia tisular aumentada (dependencia metabólica), aunque los mismos se reinstalarán con rapidez sorprendente si el enfermo reinicia el consumo (109). Esta fase, que se extiende desde el séptimo al veintiuno día aproximadamente es aprovechable para incrementar progresivamente las influencias psicoterapéuticas individuales y de grupo, y para iniciar la terapia aversiva cuando ésta se programe. Es por esta razón que cuando el paciente recibe tratamiento hospitalario, no deben autorizarse pases hasta después de veintiún días.

c) **Fase de deshabitación y readaptación.** Esta es en nuestro criterio, la etapa más importante en el tratamiento, pues enmarca los objetivos más trascendentes en la atención de un paciente alcohólico. En forma muy esquemática, diríamos que comprende la mayor parte del esfuerzo psicoterapéutico y de las gestiones del equipo de terapia ocupacional y trabajo social.

Como puede inferirse, esta fase también podría denominarse readaptativa y tendrá como fruto el establecimiento de las fases para un nuevo estilo de vida. Su duración promedio es de un año y teóricamente sus resultados se valorarán como excelentes cuando reduce en un 80 % la significación para el paciente de los factores psicosociales que incidieron y desgraciadamente incidirán siempre sobre él. De ahí la importancia de las fases subsiguientes.

d) **Fase de seguimiento.** Concluida la fase precedente, el paciente es tácitamente dado de alta y comienza un proceso de independización de la tutela profesional. En esta fase, que implica la programación inicial de consulta psiquiátrica mensual, se crearán las condiciones para que las mismas se espacien coincidiendo con la vinculación del alcohólico a una asociación de alcohólicos rehabilitados, con lo que se inicia:

e) la **fase de ayuda mutua**, donde mediante la inversión progresiva del rol, habrá pasado de receptor de ayuda a ofertador de ayuda en materia de alcoholismo, situación que refuerza notablemente su decisión de abstinencia.

BIBLIOGRAFIA

1. FREIXA, F.; SOLER, P. A. y Cols. (1981): *Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario*. Fontanella. Barcelona.
2. DAVIES, D. L. (1962): *Normal drinking in recovered alcohol addicts*. Q. J. Studies on alcohol.
3. POLICH, J.; ARMOR, D.; BRAIKER, H. (1976): *Alcoholism and treatment: Rand report*. Niaaa, Santa Mónica.
4. SOBELL, M. B.; SOBEL, L. C. (1973): *Individualized behavior therapy for alcoholics*. Behavior Therapy, 6. (1).
5. SOBELL, M.; SOBEL, L. C. (1975): *Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results*. Behavior Therapy, 8. (1).
6. EDWARDS, G. (1985): *A latter follow up of a classic series D. L. Davies 1962. Reports and its significance for the present*. Journal of studies on alcohol, 46. (3).
7. EWING, J. A.; ROUSE, D. A. (1976): *Failure of an experimental treatment program to inculcate controlled drinking in alcoholics*. British Journal of addiction, 7. (2).
8. FEURELEIN, W. (1982): *Alcoholismo: Abuso y dependencia*. Salvat. Barcelona.
9. SONDHEIMER, G. (1978): *Consumation controlée d'alcool une alternative a l'abstinence totale*. 2. Drogalcohol. Vol. 1 (1). Instituto Suizo de Profilaxis del Alcoholismo.
10. PENDERI, M. L.; MALTZMAN, D.; WEST, L. (1982): *Controlled drinking by alcoholics. New findings and a reevaluation of a mayor affirmative study*. Science, 217.
11. GONZALEZ, R. (1979): *¿Son nuestras relaciones médicopaciente exitosas?* Rev. Cub. de Med, 18. (2).
12. EWAN, C.; WHAITE, A. (1982): *Training Health Professionals in substance abuse: A review*. The International Journal of Addictions, 17. (7).
13. DAVIES, P. (1979): *Motivation, Responsibility and Sickness in the psychiatric treatment of alcoholism*. British Journal Psychiatry, 134.
14. GONZALEZ, R.; DONAIRE, I.; GONZALEZ, H. (1984): *La relación médicopaciente alcohólico: Apreciaciones de los participantes*. Rev. Hosp. Psiqu. Hab. Vol. XXV. (4).
15. LUCAS, R. W. y Cols. (1977): *Psychiatrists and a computer as interrogators of patients with alcohol related illnesses. A comparison*. British Journal Psychiatry, 131.

16. MARTINEZ, M. (1981): *El tratamiento del alcoholismo. Estudio comparativo de tres métodos*. Tesis de grado. C. Habana.
17. GERALT, M. (1961): *Treatment results in an English Mental Hospital Alcoholic Unite*. Acta Psiquiátrica Escandinávica. Vol. XXXVII, 134.
18. BOGANI, E. (1976): *El alcoholismo, enfermedad social*. Plaza & Janés. Barcelona.
19. GONZALEZ, R.; DONAIRE, I. (1971): *Psicoterapia de grupo en una comunidad terapéutica*. Rev. Hosp. Psiq. Hab., 7. (3).
20. BAUER, M. y Cols. (1985): *Psiquiatría*. Salvat. Barcelona.
21. KAPLAN, H.; SADOCK, B. (1985): *Modern Synopsis of Comprehensive text book of Psychiatry*. IV Edition. William and Wilkins. Baltimore.
22. PAULA, S. (1987): *Alcoholismo Hoje*. Artes Médicas. Porto Alegre.
23. GLATT, M. (1982): *Alcoholism*. Hodder and Stoughton. London.
24. PERRY, P. y Cols. (1987): *Absortion of Oral and Intramuscular Clorodiazepoxido by Alcoholics*. Clinical. Pharmacology Therapeutics, 23. (5).
25. MEYER, R. (1986): *Anxiolytics and the alcoholic patients*. J. M. Studies on Alcohol, 47. (4).
26. KISSIN, B. (1977): *Theory and practice in the treatment of alcoholism in Biology of alcoholism* Kissing and Beigleiter H. Plenum. New York.
27. WISEMAN, S. M.; SPENCER, J. (1985): *Prescribing for alcoholics: A survey of drinks taken prior to admission to an alcoholism unit*. The practitioner, 229. 1399.
28. LARRAGOITI, R. (1980): *Bioquímica y terapéutica de los trastornos afectivos*. Hosp. Psiq. Hab. C. Habana.
29. PITTS, F.; WINOKUR, G. (1966): *Alcoholism and affective disorders*. J. Psychiatry Residence, 1. (4).
30. BECK, A. (1976): *Alcoholism Hopelessness and Suicidal behavior*. J. Studies on alcohol, 37. (1).
31. FREIXA, F.; SOLER, P. y Cols. (1981): *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario*. Fontanella. Barcelona.
32. KESSEL, N.; WALTON, H. (1965): *Alcoholism*. Pinguin Books.
33. RENTE, S. (1987): *La Ipecuana y el disulfiram como recursos aversivos antialcohólicos*. Tesis de grado. C. Habana.
34. CENNANE, K. J. (1986): *Management of moderate to severe alcohol related brain damage (Korszkoff's Syndrome)*. M. J. Aust., 145. (34).
35. BENKERT, O.; HIPPIUS, H. (1982): *Farmacoterapia psiquiátrica*. Universidad de Navarra, S.A. Navarra.
36. MINSAP (1981): *Guía Terapéutica*. Orbe. C. Habana.
37. MINSAP (1979): *Normas para el tratamiento del alcoholismo*. Hosp. Psiq. Hab.
38. JUDD, L.; HUEY, L. (1984): *Lithium Antagonizes Ethanol Intoxication in Alcoholics*. Am. J. Psychiatry, 141. (12).
39. JUDD, L.; HUBBARD, R.; HUEY, L. (1977): *Lithium Carbonate and Ethanol induced highs in normal subjects*. Arch. Gen. Psychiatry, 141. (12).
40. FAWCETT, J.; PISANI, V. (1985): *Explanatory Trial of Lithium Therapy for Alcoholism*. 31 st. International Institute on the prevention and treatment of alcoholism. Roma.
41. SWENGER, A.; CONSTANTINE, L. L. (1985): *Drogas y Terapia*. Alhambra. Madrid.
42. BOGANI, E. (1987): *Comunicación personal*. Valencia.
43. MENDOZA, L. (1983): *El Disulfiram y el estímulo eléctrico aversivo: Su valoración como recursos terapéuticos en el alcoholismo*. Tesis de grado. C. Habana.

44. WILSON, A. (1975): *Disulfiram Implantation in alcoholism treatment*. J. Stud on alcohol 3b. (4).
45. KITSON, T. (1987): *On the probability of implanted Disulfiram causing a reaction to Ethanol*. J. Stud on alcohol, 39. (183-186).
46. PETNEHAZY, I. (1978): *Analyze des resultats relatifs aux examens psychologiques d'alcoholiques chroniques soumis a l'implantation d'Esperal compares a un groupe de controle en considerant tout particulierement l'allure de l'abstinence*. Proceedings of the 32nd. International Congress on alcoholism and drug dependence. Warsaw.
47. WIERCIOCH, L. R. (1978): *Disulfiram implantations: The problem of implant rejection*. Proceedings of the 32nd. International Congress on alcoholism and drug dependence. Warsaw.
48. BROWN, Z.; AMIT, Z.; SUTHERLAND, E.; SELVAGGI, W. (1983): *Alcohol induced by Disulfiram and Calcium Carbimide alcoholism*. Clinical and experimental research, 7. (3).
49. GOICOLEA, S. (1987): *La Ipecacuana y el estímulo eléctrico: su valor como recurso aversivo condicionado*. Tesis de grado. C. Habana.
50. PEACHEY, J. y Cols. (1981): *The calcium cyanamide-ethanol interaction in man effects of repeated ethanol administration*. J. Stud. alcohol, 42. (20).
51. PEACHEY, J.; NARANJO, C. (1984): *The role of drugs in the treatment of alcoholism*. Drugs, 27. (2).
52. ORLANDINI, A. (1971): *Psicofarmacología Clínica*. Inst. Cubano del Libro. La Habana.
53. AGREW, H. (1987): *Clonidine Treatment of the epiate withdrawal syndrome*. A Review. Act. Psy. Scand. 73. (327).
54. SINGH, A. M. y Cols. (1975): *Combined therapy of Ketazolam and Propanolol in the management of alcoholic withdrawal Syndrome*. 33rd International Congress on alcoholism and drug dependence. Bangkok.
55. LISKOW, B.; GOODWIN, D. (1987): *Pharmacological Treatment of alcohol intoxication, withdrawal and Dependence: A critical review*. Journal of Studies on Alcohol, 48. (4).
56. BELL, H.; MEYERS, R. (1985): *Out-patients treatment for alcoholics with Apomorphine*. 31st International Institute on the prevention and treatment of alcoholism. Roma.
57. BORG, V. (1983): *Bromocriptine in the prevention of alcohol abuse*. Act. Psych. Scand, 68. (1).
58. FREIXA, F.; MASFERRER, J.; SALAS, L. L. (1986): *Urgencias en Drogo-dependencias*. Sándoz. Barcelona.
59. SEYFRIED, C.; SPICHALSKI, H. (1981): *A new alcohol aversive drug: Effects on Acetaldehidrogenasa (ALDH) and biogenic amino metabolism in rats*. Eighth International Congress of Pharmacology. Tokio, Japan.
60. WOUKASIA, y Cols. (1985): *The Nitrefazoleethanol interaction in man. Cardiovascular responses and the accumulation of acetaldheyde and catecholamines*. Alcsm. Clinc. Exp. Res, 9. (3).
61. STOCKWELL, T.; SUTHERLAND, G.; EDWARDS, G. (1984): *The impact of a new alcohol sensitizing agent (Nitrefazole) on craving in severely dependent alcoholics*. British Journal of addiction, 79. (4).
62. WOELK, H. (1983): *Investigaciones bioquímicas respecto al mecanismo de acción del Piracetam en Plat D. Piracetam en geriatría*. Ancora. Barcelona.
63. HOYER, S. (1983): *Influencia del Piracetam sobre la circulación y el metabolismo cerebral en Plat D. Piracetam en geriatría*. Ancora. Barcelona.
64. KRASNER, M. y Cols. (1984): *A trial of Fenfluramina in the treatment of the cronic alcoholic patient*. Clin. Pharmacol. Ther, 35. (4).

65. NARANJO, C. y Cols. (1984): *Zimeldine induced variations in alcohol intake by nondepressed heavy drinkers*. Clin. Pharmacol. Ther, 35. (4).
66. LHUINTRE, J. y Cols. (1985): *Ability of Calcium bis acetyl homotaurine, a Gaba agonist, to prevent relapse in weaned alcoholics*. Lancet, 1.
67. FAWCETT, J. y Cols. (1987): *A Doubleblind, Placebocontrolled trial of lithium carbonate therapy for alcoholism*. Arch. Gen. Psych, 44. (3).
68. JEFFERY, D. B. y Cols. (1980): *Reversal of ethanol induced coma with Naloxone*. Lancet, 1. (8163).
69. MACKENZIE, A. I. (1979): *Naloxone in alcohol intoxication*. The Lancet I. (8118).
70. ALONSO, F. (1979): *Bases psicossociales del alcoholismo*. Trabajo de inscripción en la Real Academia Nal. de Medicina. Madrid.
71. OGREN, S. O. (1987): *Clormethiazole: Mode of action*. Act. Psiq. 13 C 73. (329).
72. GONZALEZ, R. (1984): *Recursos terapéuticos psiquiátricos para el médico general*. Rev. Hosp. Psiq. Hab.
73. VIDAL ALARCON (1986): *Psiquiatría*. Panamericana. Buenos Aires.
74. LOPEZ IBOR, J.; RUIZ, C.; BARCIA, D. (1982): *Psiquiatría*. Tomo II. Toray. Barcelona.
75. SMITH, M. y Cols. (1982): *Use of acupuncture in the dexintoxification of drug addicts. In traditional treatment*. Methods Conference. 33rd International Congress on alcoholism and drug dependence. Tanager, Oct.
76. BOURNE, P. G. (1975): *Acupuncture in the treatment of narcotic addiction*. 31st International Congress on alcoholism and drug dependence. Bangkok, Feb.
77. GONZALEZ, R. (1984): *Recursos terapéuticos psiquiátricos para el médico general*. Rev. Hosp. Psiq. Hab. C. Habana.
78. GONZALEZ, R. (1985): *Psicología para médicos generales*. CientíficoTécnica, 2.^a edición. C. Habana.
79. KARAZAU, T. (1977): *Psychotherapies an averview*. The Am J. of Psychiatry. Vol. 134. (8).
80. FREEDMAN, A.; KAPLAN, N.; SADOCK, B. (1982): *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Revolucionaria. C. Habana.
81. GONZALEZ, R. (1984): *La psicoterapia en nuestro medio: un criterio y algunas experiencias*. Rev. HPH XXIV. (2).
82. SORIN, M. (1982): *Terapia conductual y rehabilitación en psiquiatría*. Rev. HPH, 23. (3).
83. GONZALEZ, R. (1982): *El Token Economy. Resultados de su utilización institucional. Estudio en una comunidad terapéutica*. Vol. XXIII. (3).
84. GONZALEZ, R.; DONAIRE, I. (1985): *El Token Economy en la apreciación del enfermo y el equipo institucional: Estudio en la comunidad terapéutica*. Rev. HPH, 26. (2).
85. FREEDMAN, E. M.; ROY, R. G. (1985): *Treatment strategies for adolescent drinking problems*. 3st International Institute on the prevention and treatment of alcoholism. Roma, Jun.
86. YATES, A. (1980): *Terapia del comportamiento*. Wiley and sens. New York.
87. RIM, D.; MASTERS, J. (1980): *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. Trillas. México D.F.
88. SCHULTZ, J. (1969): *El entrenamiento autógeno*. Ed. Científico Médico, 82. Barcelona.
89. CASTRO, H. (1982): *Algunas manifestaciones de los set inconscientes. Consideraciones sobre su relación con los síntomas neuróticos*. Rev. HPH, 23. (1).
90. PLATONOV, K. (1958): *La palabra como factor psicológico y terapéutico*. Ediciones en lengua extranjera. Moscú.

91. ARES, O. (1988): *Psicoterapia remedial en psicoterapia.*, Ed. Ciencias Médicas. C. Habana.
92. ENTRALGO, I. L. (1964): *Relación médico-enfermo.* Revista de Occidente. Madrid.
93. GODDARD, R. (1985): *The Pygmalion efect.* Personnal J., 64-1.
94. BOGANI, E. (1976): *El alcoholismo, enfermedad social.* Plaza & Janés. Barcelona.
95. VIDAL ALARCON (1986): *Psiquiatría.* Ed. Panamericana. Buenos Aires.
96. BERNE; GAMES, E. (1964): *People Play.* Grove Press. New York.
97. STEINER, C. (1975): *Games Alcoholics Play.* Ballantine Books. New York.
98. ACOSTA, C. (1985): *El cinedebate terapéutico.* Rev. HPH, 26.
99. AMARO, G. (1980): *Valoración de un modelo de comunidad terapéutica. Criterio de los pacientes y familiares.* Tesis de grado. La Habana.
100. GONZALEZ, R. (1978): *La comunidad terapéutica en la apreciación del paciente psiquiátrico.* Rev. Cubana de Medicina, 17. (3).
101. GONZALEZ, R. (1976): *Las relaciones interpersonales en el micromedio comunitario.* Rev. HPH, 17. (3).
102. GONZALEZ, R.; DONAIRE, I.; AMARO, G. (1983): *Terapia por el medio y psicoterapia en nuestras instituciones de rehabilitación.* HPH, 24. (3).
103. BARRIENTOS, G. (1977): *Comunidad terapéutica y hospital psiquiátrico. Un criterio.* Rev. HPH, 18. (4).
104. ORDAZ, E. B. (1983): *La rehabilitación del enfermo mental crónico en Cuba.* Rev. HPH.
105. VALIENTE, G. (1984): *La escuela de familiares en una comunidad terapéutica.* Rev. HPH, 25. (2).
106. ALFONSO, M.; IBÁÑEZ, R. (1983): *Alcohol y alcoholismo.* Mezquita. Madrid.
107. BOGANI, E. (1973): *Reglamento de la asociación de alcohólicos rehabilitados valencianos.* Boletín Investigativo. Valencia.
108. TOPEI, H. (1985): *Tolerance Dependence and disease concept of alcoholism.* 31st International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism. Roma, Jun.
109. EDWARDS, G.; GROSS, M. (1983): *Alcohol dependence. Provisional Description of a Clinical Syndrome.* British Med. J., 1.