

Planificación del tratamiento: escenarios terapéuticos

Francisco Pascual Pastor



INTRODUCCIÓN

No es nuevo hablar de problemas relacionados con el alcohol, como apunta ahora el DSM-V. Más bien es algo que se venía ya utilizando desde hace tiempo, más allá de los diagnósticos de abuso o dependencia. Porque a pesar de los criterios diagnósticos, la línea entre ambos era, es, muy fina y además, en muchas ocasiones, no intervenir en algunas situaciones de abuso era casi quedar a la espera de la aparición de la dependencia.

Bajo este concepto más amplio de problemas relacionados con el consumo de alcohol, los escenarios en los que debemos hacer una intervención se amplían

más allá de los centros o unidades especializadas en el tratamiento del alcoholismo.

Como en otras tantas enfermedades, la puerta de entrada de estos pacientes al sistema sanitario será la AP de salud, clave en el diagnóstico e intervención precoz.

Pero incluso servicios no estrictamente sanitarios pueden ser cruciales en distintas fases del proceso terapéutico, en la detección, orientación y en el soporte para cubrir las carencias sociales que presentan este tipo de pacientes y las personas de su entorno.

De ahí la necesidad de definir y situar los recursos específicos necesarios para llevar a cabo una correcta

desintoxicación y deshabitación, recursos en ocasiones en régimen de internamiento o ambulatorio, bien de titularidad pública o privada, pero todos con su idiosincrasia y utilidad para poder actuar en los distintos supuestos que se nos pueden presentar.

Sin olvidar una última fase, necesaria en muchos pacientes y en ocasiones descuidada, pero que podría ser el sostén de la completa recuperación e incluso de la prevención de recaídas. Estamos hablando de la reinserción social, que aunque siempre se coloca como fase final, debe de empezar a trabajarse desde un primer momento.

Todos estos escenarios, sus objetivos y utilidad, el momento en el que es adecuado echar mano de ellos y en que tipo de pacientes, va a ser el hilo conductor del presente tema.

No se tratarán en este capítulo las distintas intervenciones terapéuticas, farmacológicas o psicológicas, pues eso forma parte de otros temas de este curso. Nos conformaremos con delimitar lo que sería útil, necesario y más adecuado para hacer una correcta intervención en cada caso. No olvidemos además que no hay enfermedades, hay enfermos, ya que cada uno presentará unas características, peculiaridades y consecuencias distintas a los demás.

El enfoque personalizado, de acompañamiento y en el que el sujeto vaya tomando sus propias decisiones será el más adecuado. Nosotros le iremos orientando y acompañando a cada paso para que el resultado sea lo más exitoso posible.

SERVICIOS SOCIALES

No son únicamente los bebedores los que presentan problemas. También, y de forma especial, las familias son sensibles a padecer *discomfort*, consecuencias económicas, sociales, o de malos tratos (por ejemplo) y por supuesto el propio paciente que cada vez con más frecuencia es víctima de sus propios consumos, encontrándose en situaciones de precariedad económica, laboral, de vivienda, etc. Y por esos motivos, más que por el consumo de alcohol, acuden a los servicios sociales en demanda de ayuda, sin entender o plantearse, al menos inicialmente la necesidad de dejar de consumir bebidas alcohólicas.

Será parte de los objetivos que debe plantearse el equipo de servicios sociales, además de atender en la medida de lo posible la demanda inicial, trabajar los aspectos motivacionales tanto en la familia como en el propio paciente, para que pueda iniciar un tratamiento o al menos intentar realizar un correcto diagnóstico de su patología. Se tratará pues de, a través de una minuciosa historia social, llegar al núcleo del problema y plantear el paso a la acción por parte de la familia o el sujeto pudiéndose derivar al menos a su médico de familia, donde se completaría el diagnóstico y se podrían iniciar pautas terapéuticas o, incluso en el mejor de los casos, derivarlo a un recurso especializado.

El papel diagnóstico, motivacional y orientador que se puede hacer desde Servicios Sociales es crucial en este tipo de adicción.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Como hemos dicho, la AP es puerta de entrada al sistema sanitario para la mayoría de los pacientes y por lo tanto el lugar ideal para realizar un primer diagnóstico.

Hasta hace poco ha existido un problema, y es que en la entrevista clínica, o bien no se preguntaba por los hábitos tóxicos o se minimizaban las respuestas, en unas ocasiones por el poco tiempo disponible, en otras porque se iba directamente a atender el problema que había llevado al paciente aquel día a la consulta, e incluso porque siempre ha habido una especie de temor, ya que aunque un paciente diga que bebe mucho, ¿cómo se puede afrontar el tema en una consulta de menos de 10 minutos en AP?.

Afortunadamente esto ha ido cambiando, debido en parte al interés de los propios facultativos y personal de enfermería por estos temas y por otro lado debido a la informatización de la historia clínica que obliga a registrar los hábitos tóxicos de los pacientes y a profundizar en ellos en caso de respuestas afirmativas.

Es más, en algunas Comunidades Autónomas, y con el apoyo de las administraciones y de sociedades científicas, se han desarrollado programas específicos para la detección precoz y la atención breve en AP para los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Incluso algunos programas van dirigidos a que la persona disminuya su consumo, que beba menos a fin

de que no aparezcan problemas, siguiendo la filosofía de la OMS, “alcohol cuanto menos mejor”.

Pero es que además de los programas específicos, el MAP suele ser quien mejor conoce a sus pacientes y a sus familiares y por ello la medicina familiar y comunitaria es pilar fundamental en la correcta atención, no solo a los pacientes alcohólicos si no también a los bebedores de riesgo, con el apoyo en intervención y educación sanitaria por parte del personal de enfermería.

Resumiendo, el papel que juega la AP en los problemas relacionados con el alcohol, es el siguiente:

- Diagnóstico precoz.
- Intervención breve.
- Programas de reducción de consumo.
- Educación Sanitaria.
- Derivación y coordinación con los servicios específicos.

Aunque se estudian en otros temas de este curso, hay que insistir en que existen tests diagnósticos que ayudan a definir el problema y que son útiles en AP, entre ellos el *CAGE*, *AUDIT*, *MALT*, etc. y pruebas de laboratorio que complementan el diagnóstico: GOT, GPT, GGT, VCM y CDT, como más específicas. Estas y otras pruebas serán tratadas con mayor detalle en el tema 6, “Instrumentos de evaluación”.

Pero no hay que olvidar que uno de los instrumentos más importantes en medicina para poder diagnosticar correctamente es la anamnesis. La anamnesis y la entrevista clínica son la mejor base para un

correcto diagnóstico de los problemas relacionados con el alcohol.

Si no preguntamos, no podemos saber. Si no sospechamos, no podemos diagnosticar

En el tema 8, "Detección precoz e intervención breve", se profundizará más sobre el papel de la AP en la exploración sistemática del consumo de alcohol.

TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

Para poder iniciar correctamente un tratamiento, el primer paso es hacer un buen diagnóstico tanto del problema relacionado con el alcohol como de la patología concomitante, ya sea esta de tipo físico o psiquiátrico, y esto se puede complementar desde servicios especializados tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, y una vez hecho el diagnóstico.

Valoraremos en primer lugar la gravedad del problema con el alcohol y la motivación de la persona para abandonar el consumo o reducir el mismo, siempre que no haya alteraciones orgánicas graves que así lo desaconsejen. En el caso de requerir un abandono en el consumo de bebidas alcohólicas, la primera intervención consistirá en desintoxicar al paciente.

Desintoxicación

Es el proceso mediante el cual eliminaremos el alcohol del torrente sanguíneo de la persona, evitaremos la aparición del síndrome de abstinencia y en la medida

de lo posible también de complicaciones agudas debidas a la toxicidad directa del alcohol a nivel neurológico o sobre otros órganos.

Hospitalaria

La desintoxicación en este escenario se puede presentar porque el paciente está ya ingresado en un hospital por una patología distinta al problema con el alcohol, pero que finalmente va a requerir la desintoxicación para una correcta intervención, o para evitar o disminuir la aparición de un posible síndrome de abstinencia al alcohol.

La ventaja es que contamos con personal especializado y con un entorno controlado para supervisar la medicación o la aparición de complicaciones.

También se puede dar el caso de que el ingreso se requiera específicamente ante la imposibilidad de realizar la desintoxicación de forma ambulatoria, bien por la gravedad de la patología orgánica o psiquiátrica, por la falta de apoyo o recursos del paciente o ante la posibilidad de presentar un cuadro grave de síndrome de abstinencia, que puede poner en riesgo la vida del paciente y que podemos medir con el *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA)*.

Esta desintoxicación se puede hacer en un hospital general, con la falta de especificidad del recurso o en una unidad de desintoxicación hospitalaria (UDH), preparada para este tipo de pacientes.

En cualquier caso, el entorno favorece un mejor pronóstico ante la aparición de complicaciones, pero



con la necesidad de contar con un equipo profesional completo: médicos, enfermeros, auxiliares, celadores, etc. y con la posibilidad de realizar interconsultas con otras especialidades médicas, y en casos más graves, poder contar con la unidad de cuidados intensivos (UCI) o sala de reanimación si fuese necesario.

Ambulatoria

La desintoxicación ambulatoria se puede y se debe realizar en casos menos graves e incluso puede iniciarse por parte del médico de familia. No obstante, es conveniente que un médico especializado en estos temas lo supervise. En España, y dependiendo de cada Comunidad Autónoma, será un psiquiatra o un médico con formación específica en conductas adictivas y apoyado, a ser posible, por personal de enfermería y familiares encargados de supervisar la medicación.

Como ya hemos comentado, los fármacos y pautas farmacológicas se verán en mayor detalle en el tema 10. Pero es conveniente saber que aunque el metabolismo del etanol es bastante rápido, la desintoxicación estará encaminada a evitar la aparición del síndrome de abstinencia, y en ese sentido habrá que utilizar fármacos ansiolíticos, tranquilizantes que minimicen la ausencia de etanol, por ejemplo el clometiazol o las BZD, acompañados en ocasiones de anticonvulsivantes para evitar la aparición de cuadros epilépticos e incluso por su efecto eutimizante y ligeramente anti-*craving*, a veces acompañado todo ello de vitaminoterapia (especialmente la vitamina B) y una correcta alimentación y reposo. En cualquier caso, la duración de la desintoxicación será de 7-10 días y nunca más allá de un mes por

la capacidad adictiva de algunos fármacos tranquilizantes que solemos utilizar.

Deshabitación

Es el siguiente paso dentro del proceso terapéutico. No obstante, son distintos los escenarios donde se puede realizar. Se trata de, una vez realizada la desintoxicación, intentar realizar una intervención terapéutica encaminada a mantener e incrementar la motivación que permita consolidar la abstinencia y evitar la aparición de recaídas. La intervención terapéutica en determinados pacientes puede perseguir el objetivo de la reducción del consumo de alcohol ya que puede ser un paso intermedio hacia la abstinencia en casos de gravedad psíquica o somática o un objetivo en sí mismo cuando estamos ante consumos problemáticos sin complicaciones bio-psico-sociales graves, o bien para aquellos pacientes que fracasan con la abstinencia o para quienes aún siendo aconsejable, no aceptan la abstinencia desde el inicio.

Por ello, además de algunos fármacos anti-*craving*, antidipsotrópicos, eutimizantes o los adecuados para la patología concomitante que presente el paciente, el tratamiento se basará en la intervención psicosocial, en la psicoterapia individual, de grupo, de pareja, familiar, sistémica, etc.

Se sabe que el enfoque cognitivo-conductual y la entrevista motivacional son las que han demostrado mayor efectividad en este campo y por lo tanto cuentan con un nivel de evidencia I y grado de recomendación A.

Servicios específicos

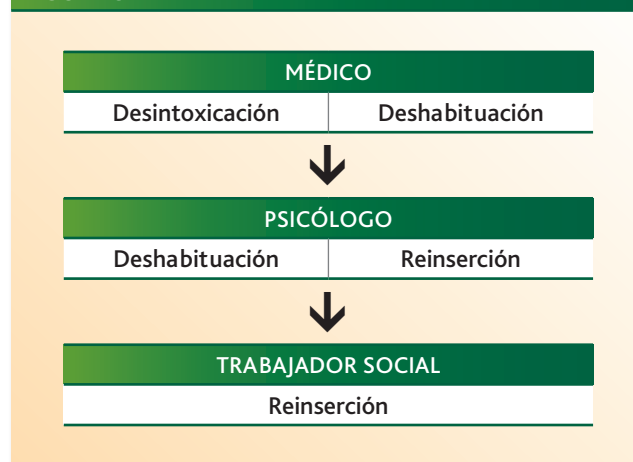
Son aquellos que se dedican al tratamiento de las adicciones. Según cada Comunidad Autónoma tendrán una denominación: CAT, UCA, CAS, etc., incluso en algunos puntos de nuestra geografía se han especializado solo en el tratamiento de los problemas derivados del consumo de alcohol y han constituido las denominadas unidades de alcoholología.

Los objetivos ya los hemos descrito, pero la composición del equipo puede variar: en principio estarían coordinados por un psiquiatra o un médico con formación en conductas adictivas, psicólogos y un trabajador social. Este sería el equipo mínimo recomendable, pero estaría bien contar en algún caso con personal de enfermería, además de personal administrativo o de recepción (**FIGURA 5-1**).

La forma de trabajo consiste en realizar una completa historia clínica, valoración de la patología orgánica y psiquiátrica acompañante y apoyo farmacológico dirigido a mejorar el estado clínico, reducir el consumo o mantener la abstinencia. Se realiza una valoración social y se intentan mejorar las condiciones sociosanitarias de la persona y, al mismo tiempo, se inicia el proceso psicoterapéutico y el apoyo familiar adecuado para reestructurar el *modus vivendi* y mantener la abstinencia a largo plazo trabajando en especial la prevención de recaídas cuando el paciente acepta y está indicado. En otros casos, la reducción del consumo puede ser una primera medida para alcanzar la abstinencia posterior.

Hay que tener en cuenta que el perfil de consumidor actual incluye los policonsumos de otras sustancias,

FIGURA 5-1



especialmente cocaína y cannabis, sin descartar el poder hacer un abordaje del hábito tabáquico, así como tampoco es infrecuente encontrarnos adicciones al juego, por lo que se debe favorecer el tratamiento a estas otras adicciones.

Según la formación del equipo se profundiza en aspectos de dinámica familiar o incluso se hace apoyo a los hijos como parte del programa.

Unidades de Salud Mental

El hecho de que los problemas derivados del consumo excesivo de bebidas alcohólicas sean atendidos en las unidades de salud mental, deriva fundamentalmente del origen de las redes asistenciales y de su ubicación dentro del organigrama de la sanidad autonómica. Definir los problemas del alcohol como un problema estrictamente psiquiátrico es quedarnos cortos en el planteamiento. Las consecuencias son bio-psico-sociales, al igual que la etiopatogenia de las mismas.



Si la atención, el personal y los objetivos son idénticos a los planteados hasta el momento, estas unidades son adecuadas, pero probablemente esto no ha sido así en muchas Comunidades Autónomas, lo que ha propiciado la aparición de redes asistenciales paralelas.

Si esta fuese la situación, se debe definir donde deben ser tratadas estas personas o al menos establecer una coordinación estrecha y fluida entre los profesionales de ambas redes, para mejorar la atención a los pacientes, más allá de otros intereses espurios.

Las Unidades de Salud Mental son un buen catalizador de la asistencia a los problemas derivados del consumo de alcohol, siempre y cuando cuenten con personal y tiempo suficiente.

Grupos de Ayuda Mutua y de autoayuda. (Alcohólicos Rehabilitados - Alcohólicos Anónimos.)

Durante las primeras décadas del siglo XX y con reminiscencias del XIX, hubo una serie de personas que se constituyeron, en grupos, asociaciones o simplemente colectivos para intentar ayudarse en el complejo tema de abandonar una adicción.

Mención especial tienen las primeras sociedades de templanza, alcohólicos anónimos, colectivos de familiares y pacientes contra las drogas y las asociaciones de alcohólicos rehabilitados.

El resultado ha sido considerar al fenómeno social de la autoayuda como el más importante de los últimos años, que surgió como respuesta a la despersonalización de las instituciones y de la sociedad.

Un ejemplo, alcohólicos anónimos (AA.AA.), fue fundado en Estados Unidos por dos alcohólicos, Bill y Bob, que dedujeron que la mejor manera de enfrentar la abstinencia era con la premisa de que solo un alcohólico podía ayudar y comprender a otro alcohólico. Con esta premisa fundaron AA.AA. y más tarde, Alanon y Aleteen para cónyuges e hijos de alcohólicos respectivamente.

Este ideario basado en los doce pasos se ha propuesto para tratar otro tipo de adicciones, a otras drogas, al sexo o a las ludopatía, por ejemplo.

En España se mantiene el modelo de AA.AA. en muchas ciudades, incorporando en otras una reconversión de este modelo, sin la espiritualidad del mismo y con la participación de profesionales, lo que originó el movimiento de Alcohólicos Rehabilitados, desde la fundación de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE) en 1976, hasta la actualidad, en que el modelo se ha consolidado y perfeccionado, lo que permite ofrecer soporte a los alcohólicos que quieran rehabilitarse en prácticamente la totalidad de la geografía española.

Estas entidades nacieron por necesidad y con unos objetivos muy claros, ya que la propia administración primó la atención a otro tipo de adicciones, como la heroína, dando lugar en 1985 a la creación del Plan Nacional sobre Drogas, las ONGs dieron en principio una respuesta para atajar un problema que ya sobrepasaba lo personal, para invadir el terreno familiar y sobre todo el social, teniendo en cuenta que posteriormente las propias administraciones fueron dando respuesta a los problemas derivados del consumo de alcohol.

Adictos a opiáceos, cocaína pero sobre todo al alcohol, tuvieron que buscar apoyo unos con otros para afrontar el camino de salida, el de entrada se lo había labrado cada uno.

A la larga, una vez establecida la atención sanitaria, este modelo siguió funcionando como complemento a la misma. La idea era la de conseguir reunir personas con la misma problemática y apoyarse unos a otros; yo te ayudo a ti al igual que tú me ayudas a mí, de aquí el concepto de "autoayuda" o, mejor dicho, de "ayuda mutua", ya que este último define mucho mejor el objetivo final.

Este sistema sirve para analizar déficits, buscar soluciones, compartir vivencias, penas, alegrías y compromiso y afianzar la abstinencia de unos con la de los otros, y además para reivindicar soluciones a la administración, apoyos oficiales, tratamientos dignos, estructuras para poder realizarlos y sobre todo para normalizar una situación: el adicto es un enfermo, no un vicioso.

Cuando al fin se crearon las unidades específicas, el hueco que habían rellenado estos grupos quedaba ya solucionado, pero el tratamiento de la dependencia al alcohol se basa no solo en la farmacología, la cual puede servir para aliviar síntomas de deprivación o control de la ansiedad, por ejemplo. Además se utilizan tratamientos con intervenciones no farmacológicas, solos o combinados: esta combinación en la que se incluyen tanto la psicoterapia como los grupos de autoayuda, incrementa el éxito terapéutico.

Se sabe que los resultados del tratamiento del uso de sustancias mejora cuando se participa en los grupos de autoayuda o ayuda mutua. No obstante, son pocos los estudios que se han hecho al respecto y la mayoría lo son en combinación con fármacos u otro tipo de intervenciones psicológicas. Faltaría definir cuál es la actuación más adecuada y los recursos necesarios para recopilar y difundir datos.

Volviendo a AA.AA, la participación en los doce pasos también ha demostrado ser un medio eficaz en individuos con dependencia al alcohol para conseguir la abstinencia. En muchos casos, esta participación complementa la tarea de los profesionales, especialmente médicos dedicados a las adicciones.

En este sentido, ocho ensayos que incluían a 3.417 personas, ya concluían, dos años antes, que este método de AA.AA. puede ayudar a los pacientes a aceptar tratamiento y mantenerlos en el mismo durante más tiempo, por lo que reduce la dependencia al alcohol y mejora la problemática consecuente con la misma.

Los resultados del proyecto Mach presentaban pruebas concluyentes de que los alcohólicos que participaban en la autoayuda mantenían la abstinencia durante más tiempo y que los propios médicos deberían de alentar a los pacientes que consiguen estar sobrios para que ayuden a recuperar a otros dependientes al alcohol.

La autoayuda puede ofrecer respuesta inmediata, actividades lúdicas, recreativas, ocupacionales y terapéuticas que pueden suplir el papel del centro de día.



No puede dar respuesta al ingreso hospitalario, pero sí sustento en tanto en cuanto este se produce. Se llega a poblaciones pequeñas y la autoayuda persiste ofreciendo apoyo, incluso cuando el tratamiento termina, al paciente y a su familia, siendo uno de los mejores sistemas de prevención de recaídas.

Para la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA, 2006), la participación de grupos de autoayuda en el tratamiento del alcoholismo se sitúa en un primer nivel de recomendación, y en un tercer nivel para la cocaína o los opiáceos, lo cual indica la vigencia de esta intervención.

Reinserción Social

Jaume Funes, en su ya clásico libro *La drogadicció, on som?* (Funes, 1987), plantea que la reinserción social es fundamental que se dé cuando comienza el tratamiento, mientras sigue y cuando se termina. Replantear la reinserción es replantear el proceso de recuperación de abajo a arriba, y no tan solo de una supuesta etapa final.

Reinsertar supone reconstruir totalmente, hasta los más pequeños detalles, una vida que durante mucho tiempo se ha desarrollado en condiciones totalmente al margen de la normalidad social.

Esta meta final, en un proceso largo y con retrocesos, conllevaría aspectos, que en su lucha por vencer el alcoholismo, debe ir logrando:

- Reorganización de su vida personal, familiar, laboral, social, etc.

- Recuperación de su autoestima.
- Asumir responsabilidades que había rehuido o era incapaz de asumir.
- La integración social en el medio donde vive y de donde se excluyó o le excluyeron.

Esta tarea se puede completar en tres escenarios distintos:

Servicios Sociales

Se encargarían de la valoración, orientación coordinación y seguimiento del paciente y de su familia, con la finalidad de que pudiese tener cubiertas sus necesidades básicas y ayudar a conseguir y mantener la abstinencia. Correría a cargo del equipo social de base de su municipio.

Centros de día

Se trata de recursos especializados en tareas de motivación, sociabilización, habilidades manuales, habilidades sociales. Son un complemento terapéutico especialmente dirigido a aquellas personas con pocos recursos sociales o con una escasa red personal de contactos.

Estos equipos multidisciplinares suelen contar con la figura del trabajador social, psicólogo y monitores ocupacionales y deben estar siempre coordinados con el equipo especializado que esté tratando al paciente.

Con un calendario de actividades semanales, o incluso diarias, se va inculcando a la persona la importancia de cosas tan básicas como la puntualidad, la higiene o el compartir y se les instruye en habilidades

encaminadas a una mejora de la calidad de vida y a que puedan generar recursos sin depender de otras personas o instituciones. Son claves también en la ayuda de la manutención de la abstinencia y en prevenir las recaídas. Además pueden ser los encargados de tutelar a medicación o de generar una nueva red de amistades.

Grupos de ayuda mutua

También en la faceta de reinserción tienen su importante papel los grupos de ayuda mutua. Como en el caso de los centros de día, ayudan a sociabilizar a la persona y ofrecen el complemento de actividades lúdicas, recreativas y sociales que devuelva al sujeto al entorno social.

La tarea de estos grupos no está solamente encaminada a lo terapéutico en el sentido estricto, aunque esta faceta rehabilitadora social también es componente importante del proceso de recuperación.

Ayudan pues a la persona a:

- Despertar el sentimiento de integración.
- Recuperar la confianza en sí mismo, autoestima.
- Recuperación el rol social.
- Adquirir habilidades y conocimiento de la enfermedad.
- Adquirir responsabilidades y mejora de las relaciones sociales.

Y a nivel grupal, o como colectivo tienen un papel crucial en:

- Adquirir un compromiso frente a la comunidad.
- Aprender a convivir con su enfermedad.

- Favorecer y potenciar la participación de los miembros del grupo.
- Luchar contra la marginalidad del alcoholismo.

Recursos especiales

Para determinados pacientes (o en determinadas circunstancias) precisamos recursos de alta especialización con objetivos muy concretos. Algunos pacientes, por sus características, no pueden realizar un tratamiento en régimen ambulatorio y no estamos hablando ya de la propia desintoxicación sino de ingresos más largos o con una finalidad distinta que permita a la persona salir del círculo donde se encuentra metida.

Ingresos psiquiátricos

Algunos pacientes con comorbilidad psiquiátrica van a requerir, al inicio del tratamiento o bien durante el mismo, algún ingreso en la unidad de agudos de psiquiatría porque no es infrecuente que los cuadros comórbidos, denominados también patología dual, les impidan avanzar en el proceso terapéutico. En aquellos departamentos de salud donde la atención a las adicciones las lleven unidades distintas a las psiquiátricas es imprescindible la correcta coordinación, ya que una vez resultado el cuadro psicótico, depresivo, etc. el paciente será seguido por su unidad de referencia y sabemos, además, que estos cuadros se cronifican y que mantener la abstinencia es más difícil y en ocasiones se deben plantear programas de reducción de daños, para disminuir consumos o distanciar las recaídas, que además pueden actuar de disparadores de la patología psiquiátrica de base.



Comunidades terapéuticas

Un último escenario puede ser requerido por algunas personas que necesitan alejarse al menos temporalmente de su medio habitual para consolidar cambios después de conseguida la abstinencia.

Se trata de personas que tienen difícil mantener su evolución en un ambiente familiar o social poco propicio, o bien cuando sus características personales son tendentes a la dependencia, la impulsividad y otro tipo de desequilibrios.


En estos casos, hacer un tratamiento en régimen de internamiento para trabajar aspectos más ligados a la conducta, al carácter, a la personalidad y a los hábitos, en un entorno tranquilo pero controlado, exigente pero facilitador, puede ser el complemento ideal para iniciar o reiniciar un nuevo estilo de vida, alejado del alcohol y de los malos hábitos adquiridos.

En este entorno se trabaja la asertividad, la autoestima, el control de impulsos, las relaciones personales, el conocimiento de las sustancias y de los hábitos y, en especial, se aprende a convivir y a respetar.

Estos centros, normalmente de titularidad privada suelen contar con médico, psicólogos, trabajador social, personal de enfermería, monitores de tiempo libre y voluntarios.

El ingreso suele establecerse para una duración de entre 6 y 8 meses y con posibilidad de prórroga, con salidas intermedias, programas de apoyo para familiares y seguimiento al alta para la fase de reinserción y readaptación al medio.

Los objetivos terapéuticos, pasan por consolidar la abstinencia, trabajar la asertividad, los roles sociales y familiares, mejorar la convivencia, aprender normas, respeto a las personas y a las cosas, aprender a vivir sin tener la necesidad de ingerir bebidas alcohólicas, etc.

Los enfoques que nos podemos encontrar son distintos existiendo algunos con unas características muy espirituales y otros estrictamente profesionales, aunque a veces el modelo mixto es el más extendido. Sea como fuere, la perspectiva actual exige una profesionalización debido a la patología que presentan los pacientes. 

BIBLIOGRAFÍA

- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas; 2007.
- Guinot C, coord. Métodos, Técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social. Bilbao: Deusto publicaciones; 2009.
- Llorente del Pozo JM, Fernández Gómez C. Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. Adicciones. 1999; 11 (4): 329-36.
- Pascual Pastor F. Guía de Buenas Prácticas FARE. Valencia: FARE; 2009.
- Pascual Pastor F, Velasco Rey A. Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo. Valencia: FARE; 2012.
- Pascual-Pastor F, Guardia-Serecigni J, coords. Monografía sobre alcohol. Barcelona: Socidrogalcohol; 2012.
- Varios autores. Comunidades Terapéuticas Nuevos Enfoques. II Jornadas adicciones. Madrid: Madrid Salud; 2006.

ENLACES WEB DE INTERÉS

- Programa *beveu menys* (Generalitat de Catalunya)
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.41e04b39494f1be3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=e0684fb23d564310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=e0684fb23d564310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD>
- <http://www.socidrogalcohol.org/> (SOCIDROGALCOHOL)
- http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/ (OMS)
- <http://www.niaaa.nih.gov/> (NIAAA)
- <http://fare.es/> (FARE).