



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO

**“Factores de riesgo de recaída en el
Trastorno por Uso de Alcohol”
“Risk factors for relapse in alcohol use
disorder”**

Autor: Dña. Ana Echavarría
Íñiguez

Director/es: D. Javier Vázquez-
Bourgon

Santander, Junio 2017

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. CONCEPTO DE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO	6
1.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA Y CANTABRIA	6
1.3. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL	7
1.4. DIAGNÓSTICO PRECOZ Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL.....	8
1.5. TRATAMIENTO TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL	9
1.6. RECAÍDA EN EL TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL	11
1.7. FACTORES DE RIESGO DE RECAÍDA	13
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	20
2.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	20
2.2. HIPÓTESIS	20
2.3. OBJETIVOS	20
3. MATERIAL Y MÉTODOS	22
3.1. ÁMBITOS DEL ESTUDIO	22
3.2. SUJETOS	22
3.3. EVALUACIÓN CLÍNICA.....	23
3.4. DEFINICIÓN DE RECAÍDA EN EL TRASTORNO DE ALCOHOL	24
3.5. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	24
3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	25
4. RESULTADOS	26
4.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN MUESTRAL	26
4.2. RECAÍDA Y RECAÍDA TEMPRANA	29
4.3. FACTORES DE RIESGO DE RECAÍDA	30
5. DISCUSIÓN.....	34
6. CONCLUSIONES	38
7. ANEXOS	40
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

ABSTRACT:

The present study describes the way in which certain sociodemographic factors, characteristics of the consumption or different treatment modalities influence on relapse in patients with diagnosis of alcohol use disorder following the criteria established in the DSM-V. Data were obtained from a sample population of 110 patients included in the Alcohol Withdrawal Program carried out by the Psychiatric Service of the University Hospital "Marqués de Valdecilla" between February 2001 and February 2008.

It was found that: i) craving is the main predictor of relapse, ii) the baseline score obtained in AUDIT correlates significantly with the risk of relapse, iii) assistance to support groups and socio-family support are protective factors for relapse, iv) there is no relationship between risk of relapse and sociodemographic factors such as sex, marital status or educational level. The results highlight the importance of psychotherapy in the treatment of alcohol-related disorders. Future studies should be directed to develop effective strategies against craving in these patients.

Key words: alcohol, relapse, risk factors, craving

RESUMEN

El presente estudio describe la manera en que determinados factores sociodemográficos, características del consumo o distintas modalidades de tratamiento condicionan la recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de alcohol siguiendo los criterios establecidos en el DSM-V. Para ello se emplean datos obtenidos en una población muestral de 110 pacientes incluidos en el Programa de Deshabitación Alcohólica llevado a cabo por el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" entre Febrero 2001 y Febrero 2008.

Se encontró, entre otros datos que: i) el craving constituye el principal factor predictor de recaída, ii) la puntuación basal obtenida en el AUDIT se correlaciona de manera significativa con el riesgo de recaída, iii) la asistencia a grupos de apoyo y un buen apoyo socio-familiar constituyen factores protectores de recaída, iv) no se encuentra significación estadística entre riesgo de recaída y factores sociodemográficos como sexo, estado civil o nivel educativo. Los resultados ponen en evidencia la importancia de la terapia combinada en el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol. Estudios futuros deberán ir dirigidos a implementar estrategias eficaces para combatir el craving en estos pacientes.

Palabras clave: alcohol, recaída, factores de riesgo, craving

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Concepto de alcohol y alcoholismo

El alcohol es una sustancia psicoactiva, con efecto depresor del sistema nervioso central capaz de generar dependencia; a pesar de las diferencias entre los distintos países, a nivel global se considera la droga cuyo consumo está más ampliamente extendido (Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud, OMS, 2014)

El alcoholismo se define como un trastorno crónico de la conducta que se manifiesta por la existencia de preocupación excesiva por el alcohol, efectos nocivos sobre la salud, pérdida de control y actitud autodestructiva (Edelman et al., 2016).

La vigente quinta edición del DSM elimina las categorías diagnósticas de dependencia y abuso de alcohol empleados con anterioridad, y los integra en un único concepto de trastorno por uso de alcohol (AUD) definido como un patrón problemático de consumo que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo (DSM V, 2013).

La etiopatogenia del trastorno por uso de alcohol es multifactorial: la acción específica del alcohol, las características del individuo consumidor y diversos determinantes ambientales contribuyen al desarrollo del mismo. No existe un único factor de riesgo dominante, cuanto mayor sea el número de factores de riesgo convergentes en una persona, mayor será la posibilidad de que ésta desarrolle problemas derivados del consumo (Rubio, Santo-Domingo, et al. Clínica psiquiátrica del alcoholismo. Tratado SET de trastornos adictivos. Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana 2006; 169-72).

1.2. Epidemiología del consumo de alcohol en España y Cantabria.

El alcohol es la sustancia psicoactiva más generalizada en la población española de 15 a 64 años, en la medida en que el 93,1% ha tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión en la vida. Respecto al consumo en el último año, el 78,3% de los ciudadanos tomó bebidas alcohólicas. La prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días se mantiene entre el 60% y 65%. La ingesta diaria alcanza el mínimo registrado en los últimos años (9,8%) (Informe Alcohol tabaco y drogas ilegales en España, Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2015).

En Cantabria, el 93,3% de la población de 15 a 64 años ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, proporción similar a la media española. Sin embargo, cuando se contemplan tramos temporales más reducidos, se observa que el consumo de alcohol es menos prevalente en la Comunidad Autónoma. Considerando el tramo temporal de los últimos 12 meses, aproximadamente, 3 de cada 4 individuos en la Comunidad tomaron bebidas alcohólicas en el último año (74,8%), porcentaje 3,5 puntos más reducido que el registrado a nivel nacional. Atendiendo al tramo temporal de los últimos 30 días la prevalencia permanece por debajo de la media nacional, aproximadamente la mitad (48,4%) de la población en Cantabria consumió alcohol en el último mes. Por su parte, las personas que realizan una ingesta diaria de alcohol representan el 11,7% de la población en Cantabria, prevalencia que no se aleja sustancialmente de la observada a nivel estatal (9,8%) (Encuesta sobre alcohol y drogas en Cantabria, 2013).

Los cambios sociales y económicos acaecidos en las últimas décadas en nuestro país han repercutido notoriamente en diversos aspectos relacionados con el consumo de alcohol en la población.

En lo referente a la población más susceptible; el modelo tradicional de consumo de drogas dominante en España hasta la década de los setenta caracterizado por el consumo de sustancias como alcohol o tabaco por parte de los varones adultos ha dado paso a una masiva incorporación de adolescentes y mujeres durante las dos últimas décadas, convirtiendo a esta sustancia en la principal droga de abuso de nuestro país.

Hemos asistido a la consolidación de dos patrones de consumo de alcohol bien diferenciados entre adultos y jóvenes. Si bien las relaciones con el alcohol en la población adulta se caracterizan por la regularidad de su uso, la vinculación a la gastronomía y a ciertos acontecimientos sociales o la ingesta de las mismas en el hogar; para los jóvenes el consumo se asocia principalmente con las noches del fin de semana, con la diversión y se realiza con el grupo de iguales en espacios y lugares públicos. Es en este sector de la población donde preocupa especialmente la irrupción de un nuevo patrón de consumo, el llamado “binge drinking” o consumo de grandes cantidades de alcohol en cortos periodos de tiempo (Galán et al., 2014).

En cuanto al tipo de bebidas alcohólicas más consumidas en los últimos años la cerveza ha desplazado al vino como la bebida preferente por parte de la población.

1.3. Consecuencias derivadas del consumo de alcohol

El consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad. En términos de salud, el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en 2014 (Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud, OMS, 2014) revela datos muy significativos acerca de la morbimortalidad generada por la ingesta de esta sustancia. Así, según la OMS, se trata de una de las principales causas prevenibles de muerte, ya que se estima que cada año se producen aproximadamente 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% del total de defunciones. Además, el consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad especialmente a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Por último, la OMS especifica que el alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tráfico.

A estas posibles consecuencias derivadas del consumo se le añade la repercusión en las distintas esferas socio-laborales del individuo, hecho que amplía aún más la magnitud del problema. Así, en el ámbito laboral el número de accidentes y bajas laborales en los trabajadores que sufren problemas relacionados con el consumo de alcohol llega a cuadruplicar el de la población general. En cuanto al absentismo laboral, se observa la misma tendencia, ya que se estima que este es dos veces superior en este grupo de la

población respecto al resto de trabajadores (El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, Mutua de Navarra, 2011)

El ámbito familiar tampoco se ve exento de estos problemas; siendo habituales los comportamientos violentos e inadecuados en estos individuos que terminan originando malas relaciones familiares en un gran porcentaje de los casos.

1.4. Diagnóstico precoz y prevención del trastorno por uso de alcohol

El, aún hoy en día, elevado consumo de riesgo existente en la sociedad, unido a la elevada prevalencia de los problemas relacionados con el uso de alcohol, hacen que resulten fundamentales el mantenimiento y mejoría de las medidas de prevención primaria para lograr reducir la incidencia acumulada de estos trastornos. La prevención primaria requiere una intervención multidisciplinar en la que deben implicarse diferentes pilares de la sociedad como la Educación, la Sanidad, la Justicia o la Hacienda.

En cuanto a la prevención secundaria dirigida a disminuir la prevalencia de estos trastornos, resulta fundamental lograr realizar un diagnóstico precoz de los mismos para establecer las medidas de tratamiento oportunas lo antes posible. Debido a este motivo, numerosos organismos internacionales como los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) recomiendan llevar a cabo screening de rutina en la población adulta dirigidos a detectar los considerados consumos de alto riesgo.

Además de la anamnesis e historia clínica adecuada, otra herramienta para el diagnóstico precoz son los marcadores bioquímicos que podemos detectar mediante pruebas de laboratorio. Los marcadores fundamentales que pueden verse alterados como consecuencia de un consumo excesivo de alcohol son:

- Volumen corpuscular medio; aparece elevado en el 60% de los casos dando lugar a anemia macrocítica.
- Gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) aumentada en aproximadamente un 80% de los casos.
- Transaminasas AST/ALT cociente superior a 1.50
- Transferrina deficitaria

Diagnóstico precoz (screening) por cuestionarios y tests

Los diversos cuestionarios y test validados constituyen un recurso diagnóstico de suma utilidad para la detección de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

La Prueba de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol (AUDIT) (Babor et al. 2001), la versión abreviada del mismo, el AUDIT C (Bush et al. 1998) y otros como el FAST y CAGE son a día de hoy los más empleados en la práctica clínica con el objeto de identificar consumos perjudiciales y de riesgo en la población de manera precoz.

Del mismo modo, existe una gran variedad de cuestionarios cuyo fin es la identificación y en algunos casos cuantificación de la severidad de la dependencia. Algunos de los más destacados son: Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ), la Escala de intensidad de la dependencia alcohólica (EIDA) o la Addiction Severity Index (ASI).

1.5. Tratamiento trastorno por uso de alcohol

El tratamiento de la dependencia al alcohol debe consistir en un plan terapéutico que incluya desde la desintoxicación, supresión total y programada del consumo de alcohol mediante el empleo de estrategias y fármacos para hacerlo de la forma más cómoda posible y evitar las complicaciones, potencialmente graves, inherentes a la abstinencia; hasta la deshabitación, pasando por la prevención de recaídas y la reducción de riesgos. Debe ser un abordaje multimodal y contemplar las características individuales y de vulnerabilidad de cada paciente.

A nivel de enfoque terapéutico en la fase de deshabitación, el conocimiento y comprensión de los mecanismos neurofisiológicos que subyacen a los procesos de dependencia ha permitido durante la última década el desarrollo de nuevos fármacos eficaces para algunos fenómenos de la dependencia alcohólica, como el ansia por el consumo (*craving*), o la pérdida de control ante la bebida (*priming*), y han permitido reforzar cada vez más el abordaje médico del alcoholismo, como complemento inseparable de los abordajes psicosociales de la conducta alcohólica y de las aportaciones que otros fármacos, principalmente los aversivos también llamados interdictores, realizaban previamente. La utilización de estos nuevos fármacos ha incrementado de forma significativa los éxitos terapéuticos, y ha proporcionado un profundo conocimiento de los procesos adictivos y un enfoque terapéutico más causal.

Las principales actuaciones terapéuticas están dirigidas a: provocar aversión al consumo de alcohol, utilizando fármacos antidipsotrópicos o interdictores, que actúan inhibiendo la metabolización del acetaldehído (disulfiram, cianamida cálcica); disminuir el refuerzo asociado al consumo alcohólico, bloqueando las acciones opioidérgicas del etanol (naltrexona) y los receptores dopaminérgicos (tiapride); minimizar la intensidad de los síntomas de abstinencia condicionados a las situaciones de consumo y que incrementan el deseo de beber (acamprosato); aumentar la capacidad de control (naltrexona, serotoninérgicos, antipsicóticos) y disminuir la sintomatología depresiva, que puede preceder a la recaída (antidepresivos).

A pesar de que excepcionalmente se acepte la disminución o control del consumo de alcohol como objetivo terapéutico, con el fin de minimizar daños en casos graves (Paille et al., 2014), hoy en día está ampliamente aceptado (NICE guideline) que el objetivo terapéutico en el Trastorno por Uso de Alcohol debe ser la abstinencia completa de alcohol, junto con la prevención de recaídas.

Tabla 1. Principales fármacos empleados, mecanismos y efectos clínicos de los mismos en el tratamiento del trastorno por uso de alcohol.

Adaptada de: Ponce et al. Tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica. Trastornos adictivos 2003; 5(1):27-32.

Mecanismo	Neurotransmisor	Tratamiento	Efecto clínico
Agonista	Endorfinas	Antagonista opiáceo: Naltrexona y Nalmefene	Disminución de efectos reforzantes del alcohol y el deseo de consumir
Bloqueo de neurotransmisores	Glutamato	Antagonismo de receptor NMDA: Acamprosato	Disminuye el deseo de beber y los efectos displacenteros condicionados al consumo
Disminuye la función serotoninérgica	Serotonina	Inhibidores de la recaptación de serotonina	Disminuye la sintomatología depresiva y ansiosa. También disminuyen la ingesta etílica durante las primeras semanas.
Disminuye la función dopaminérgica	Dopamina	Tiapride Risperidona, olanzapina	Disminuye los efectos reforzantes del alcohol y la ansiedad Disminuye los efectos reforzantes y las conductas agresivas
Estimulación de segundos mensajeros	---	Inhibición enzimática de la síntesis de segundos mensajeros: litio	Disminuye el riesgo de repetición de fases depresivo-maniacas
Producción de metabolitos en su proceso de degradación	Acetaldehído	Inhibidor de la aldehídoeshidrogenasa	Aversivo
Efecto kindling de los episodios de intoxicación-abstinencia	GABA NMDA	Anticomiciales: carbamazepina, ácido valproico, topiramato, gabapentina	Disminuyen la sintomatología ansiosa, la impulsiva y posiblemente también el deseo de beber

1.6. Recaída en el trastorno por uso de alcohol

El trastorno por uso de alcohol y su posterior recuperación constituyen un proceso complejo y dinámico en el cual, desafortunadamente, las recaídas que sufren estos sujetos juegan un papel fundamental.

La prevención de las recaídas constituye un objetivo primordial del tratamiento de los trastornos por uso de alcohol. Esto se explica fácilmente si tenemos en cuenta que la recaída se trata de un problema muy prevalente y significativo entre los sujetos que reciben tratamiento para lograr superar su adicción.

El riesgo de recaída es especialmente notorio durante el primer año posterior al tratamiento, de tal forma que aproximadamente un 50% de los pacientes recaen al menos en 1 ocasión en los 3 primeros meses de tratamiento, elevándose este porcentaje de pacientes que recaen hasta el 90% si evaluamos los primeros 4 años desde el inicio de la abstinencia (Korlakunta et al., 2012; Brown et al., 2001). Además, en la mayor parte de los sujetos la recaída no suele ser un hecho aislado sino que estas suelen ser recurrentes a lo largo del tiempo.

Definición de recaída

A pesar de la importancia del estudio de las recaídas, se objetiva en la literatura una falta de consenso a la hora de establecer una definición operativa y homogénea del término recaída. Esta controversia se explica atendiendo a la complejidad del proceso unida a la falta de consenso en lo referente a los factores que contribuyen a su génesis y la naturaleza multidimensional del término (Witkiewitz y Marlatt, 2007).

No obstante, la conveniencia de establecer una definición unívoca resulta evidente teniendo en cuenta la repercusión de la misma. En primer lugar, considerando la utilidad de la detección de la recaída como señal precoz de alarma que nos indica que se ha producido un fallo en el mantenimiento del nuevo y deseado cambio de comportamiento por parte del paciente (Dimeff y Marlatt, 1998). También hay que señalar la utilidad de evaluar la existencia de recaídas en la toma de decisiones clínicas en relación con la duración o prolongación del tratamiento y su papel como parámetro cuantificable cuya evaluación contribuye a la determinación de la eficacia y efectividad de las diversas opciones de tratamiento. Por último, el uso de diferentes definiciones de recaída en el ámbito de la investigación clínica, puede suponer una limitación para la comparabilidad de los datos, y podrá influir en la asociación estadística en función del empleo de definiciones más o menos restrictivas.

Una de las definiciones de recaída más ampliamente utilizadas es la de “discontinuación de la abstinencia”. Se trata de una definición sencilla y poco restrictiva, derivada del énfasis de los clínicos a la hora de establecer que el principal objetivo del tratamiento del AUD es la abstinencia completa. En este caso la abstinencia se considera una variable categórica y no una variable continua; este hecho hace que sea una definición muy operativa, aunque conlleva algunas limitaciones como la pérdida de información relevante acerca de la intensidad, gravedad y duración de la recaída.

Para solventar este inconveniente se han propuesto definiciones más complejas en las que se incluyen las variables “frecuencia” e “intensidad” del consumo durante la recaída (Fuller, 1997). Estas definiciones son cualitativamente más completas y aportan más información sobre el proceso de recaída. Sin embargo, presentan también limitaciones relevantes como la falta de un punto de corte objetivo que establezca los límites a partir de los que se considera recaída.

Así mismo, varios autores (Casas, 1995; Chiauuzzi, 1993; Brown et al. 1989; García y Graña, 1987; Marlatt y Gordon, 1985;) introducen la perspectiva conductual en la definición de recaída, señalando que la recaída debe comprender el restablecimiento de la conducta adictiva previa, pensamientos y sentimientos asociados a la conducta adictiva (Marlatt y Gordon, 1985), o incluso del estilo de vida anterior (García y Graña, 1987), pudiendo conllevar incluso el abandono terapéutico (Casas, 1995). Este modelo de recaídas permite distinguir entre *lapse* (desliz o caída) y *relapse* (recaída) como dos fenómenos diferentes dentro de un mismo proceso, que implican diferentes niveles de gravedad. La caída o desliz es un consumo puntual que no supone el retroceso a la conducta adictiva previa al establecimiento de la abstinencia. La recaída, por su parte, implica una vuelta al patrón de consumo mórbido, acompañado además de las repercusiones conductuales, relacionales, emocionales y/o cognitivas del mismo. Habitualmente las recaídas se inician como un *lapse* que no ha sido frenado y por lo tanto progresa pudiendo llegar a suponer el fin del cambio conductual que había conseguido el paciente.

Este amplio abanico de definiciones de recaída, ha motivado la elaboración de diversos estudios con el objeto de comparar la validez de las mismas a la hora de predecir el curso de la enfermedad. Así, Maisto y colaboradores (2003) compararon la capacidad de predicción de evolución clínica (consumo de alcohol en los 6 meses siguientes tras 6 meses de abstinencia) de 4 definiciones diferentes de recaída en pacientes diagnosticados de dependencia al alcohol según criterios DSM-IV. Las cuatro definiciones empleadas fueron las siguientes: [1] cualquier consumo, [2] consumo intensivo (5 o más bebidas en un día), [3] cualquier consumo asociado a presencia de una consecuencia relacionada con el alcohol, [4] consumo intensivo y una consecuencia del mismo. El estudio muestra que la definición menos restrictiva, “cualquier consumo”, obtuvo la tasa más alta (74%) y el menor tiempo de aparición de recaída (mediana de 26 días), mientras que la tasa más baja (50%) y el tiempo más largo hasta la recaída (mediana de 90 días) se observó en el caso de la definición más restrictiva (“consumo intensivo asociado a una consecuencia del mismo”). Además la validez predictiva (es decir, el resultado a los meses 7-12) de una recaída durante la fase inicial (meses 1-6) dependió de la definición empleada. Así, las definiciones de recaída de “consumo intensivo”, pronosticaron la frecuencia del consumo de alcohol en los meses 7-12, mientras que las definiciones de “cualquier consumo”, pronosticaron el estado de dependencia durante los meses 7-12, apoyando así el uso y validez de una definición más amplia de recaída (cualquier consumo).

1.7. Factores de riesgo de recaída

A lo largo de la literatura se objetiva que la recaída es un fenómeno multifactorial; diversas características individuales así como aquellas propias del entorno del paciente parecen ser especialmente relevantes (Korlakunta et al., 2012).

El importante papel que juega la prevención de recaídas en el tratamiento del alcoholismo, ha llevado a la realización de importantes esfuerzos por parte de los investigadores para tratar de esclarecer con certeza qué factores y en qué grado son realmente determinantes en la génesis de la recaída.

Los diversos factores de riesgo de recaída pueden ser englobados en las siguientes categorías: *i)* factores sociodemográficos; *ii)* factores de personalidad; *iii)* antecedentes familiares; *iv)* comorbilidad; *v)* factores relacionados con las características de consumo; y *vi)* factores relacionados con el tratamiento.

1.7.1. Factores Sociodemográficos

Sexo

Numerosos estudios apoyan la hipótesis de que las recaídas son más frecuentes en el sexo masculino que en el sexo femenino. (Glenn y Parsons, 1991; Saunders et al., 1993; Jarvis et al., 1992; Toneatto et al., 1992; Graham et al., 1998). Sin embargo, se objetiva de igual manera en la literatura, la existencia de estudios cuyos resultados muestran una ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros (Greenfield et al., 2000; Pickens et al., 1985; Walitzer y Dearing, 2006).

Edad

Los resultados de los estudios llevados a cabo por investigadores como Hamdan-Mansour y colaboradores (2016) o Domino y colaboradores (2007) avalan la hipótesis de que las recaídas son más frecuentes en pacientes jóvenes con edades en torno a los 30-35 años frente a pacientes de más edad.

Por otra parte, algunos trabajos señalan la influencia de la edad sobre otros factores clásicamente asociados a un mayor riesgo de recaída como el craving el cual, según algunos estudios, aparece con mayor intensidad en pacientes con edades entre los 31 y los 45 años (Korlakunta et al., 2012).

Nivel económico

En cuanto al nivel socioeconómico, se observa que entre la población con menor estatus socio-económico, los individuos que consumen alcohol lo hacen en mayor cantidad y presentan también mayores tasas de recaída (Galán et al., 2014; Grittner et al., 2012).

Nivel educativo

En el estudio llevado a cabo por Korlakunta et al. (2012) sobre una muestra de pacientes con dependencia al alcohol, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el número de recaídas.

Apoyo social y entorno familiar

El entorno familiar y apoyo social de los pacientes resulta influyente en la evolución de los trastornos adictivos tanto en la toma de decisión para iniciar tratamiento, como en la desintoxicación y en el mantenimiento de la abstinencia o recaída (Domino et al., 2007; Thoits, 1986). Así, Arbex y colaboradores (1995) proponen una serie de estilos educativos inadecuados que pueden ser calificados como de riesgo: la ambigüedad en las normas, reglas y habilidades parentales, la sobreprotección, la falta de refuerzos positivos por parte de los padres y la falta de rigidez en las estructuras familiares. Existen otras conductas o dinámicas familiares que se han descrito pueden poner en riesgo la recuperación del individuo (Martínez et al., 2000), entre las que podemos señalar: la negación del problema, una exigencia desproporcionada por parte de los padres, o la falta de implicación o apoyo familiar.

Estado civil

La mayor parte de los estudios apoyan la hipótesis de que las recaídas son más frecuentes en individuos solteros que en aquellos casados o con pareja (Flannery et al., 2001; Walton et al., 2003). No obstante, en el estudio llevado a cabo por Walitzer y Dearing (2006) se analiza el modo en que el estado civil incrementa el riesgo de recaída en cada uno de los sexos llegándose a la conclusión de que en el caso del sexo femenino el matrimonio supone un factor de riesgo de recaída, mientras que en el sexo masculino el matrimonio constituye un factor protector.

Ocupación laboral

No existe consenso en la literatura a cerca del modo en que la ocupación laboral o la ausencia de la misma constituyen o no un factor de riesgo de recaída; ciertos estudios como el elaborado por Luszczynska y colaboradores (2005) concluyen que el desempleo incrementa este riesgo. Mientras que en el estudio elaborado por Korlakunta y colaboradores (2012) se afirma que las recaídas son más frecuentes en pacientes con ocupación laboral en activo, explicándose este hecho por la mayor disponibilidad de dinero e independencia que se observa en estos en comparación con los pacientes desempleados.

Los estudios llevados a cabo por investigadores como Ochoa y Madoz (2008) vinculan algunas características propias de ciertas ocupaciones laborales con una mayor incidencia de recaídas en el trastorno por uso de alcohol, algunas de las cuales son: trabajos de alto rendimiento; tareas rutinarias y monótonas; insatisfacción en el trabajo; jornadas de trabajo prolongadas; compañeros consumidores; trabajos dependientes de la relación social; o disponibilidad de alcohol en el medio laboral.

Sociedad

La sociedad, como entramado de relaciones personales y normativas en el que se manejan los pacientes, está constituida por una diversidad de factores de riesgo para recaer en el consumo. La alta presión publicitaria o la cultura hedonista del bienestar, que se basa en la ausencia de negación de los impulsos y en la extracción del máximo placer posible en cada instante, suponen elementos de riesgo para el mantenimiento de la abstinencia. De la misma manera, en nuestra sociedad está aceptado el consumo de alcohol como elemento socializador lo cual puede entrañar grandes dificultades en los

pacientes a la hora de evitar las recaídas teniendo en cuenta el gran abanico de lugares y situaciones en las que el alcohol está presente (Becoña y Cortés, 2008).

1.7.2. Factores de Personalidad

Rasgos de personalidad:

Está ampliamente avalada en la literatura referente a las recaídas la hipótesis de que la presencia de rasgos de personalidad como ansiedad, impulsividad, nerviosismo, irritabilidad, desorden, optimismo desinhibido, baja evitación de peligros, o búsqueda de la novedad se asocia con mayor dificultad para superar el trastorno y una mayor probabilidad de recaer en la adicción (Willinger et al., 2002; Kushner et al., 2000; Kravitz et al., 1999).

Estados emocionales negativos y positivos

El IDTS (Inventory of Drug Taking Situation, 1997), desarrollado en su origen para ayudar a los pacientes con adicciones a identificar sus propias situaciones de alto riesgo para el consumo, contiene en su versión relativa a consumo de alcohol, una serie de categorías “de alto riesgo” referentes a estados emocionales.

Esta misma idea de la existencia de estados de ánimo negativos y situaciones de conflicto que predisponen a una nueva recaída debido a la dificultad de su manejo por parte de los pacientes alcohólicos, es sostenida por otros autores. Así, Marlatt y Gordon (1996) señalan como situaciones de riesgo de recaída aquellas en las que existen estados emocionales negativos (consistentes en experiencias de frustración, ira, ansiedad, depresión o tedio) y/o conflictos interpersonales. Por su parte, Luz (1986) incluye entre las situaciones de riesgo de recaer en el consumo de alcohol las siguientes emociones: ansiedad, preocupación, tedio, soledad, ira, tristeza, timidez, miedo, celos, culpa, alegría o confusión.

1.7.3. Antecedentes Familiares

Estudios como el llevado a cabo por Mattoo et al. (2009) ponen de manifiesto la existencia de una mayor tasa de recaídas en pacientes que poseen historia familiar de abuso de sustancias, aceptándose este hecho como factor de riesgo que condiciona una mayor probabilidad de recaída.

1.7.4. Comorbilidad

Los pacientes alcohólicos a menudo presentan otros síndromes psiquiátricos asociados, especialmente ansiedad y depresión, que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de alcohol y que tienden a mejorar en pocas semanas, cuando el paciente ha efectuado un tratamiento de desintoxicación y consigue mantenerse en remisión de su alcoholismo. Sin embargo, en ocasiones se trata de trastornos psiquiátricos independientes, que además del tratamiento del alcoholismo requieren un tratamiento específico.

El paciente alcohólico que presenta una patología psiquiátrica severa tiene un mayor riesgo de problemas psico-sociales, recaída y suicidio. Su tratamiento, cuya complejidad es mayor comparado al realizado cuando se presenta alguno de los trastornos de forma aislada, puede ser decisivo para evitar la agravación progresiva y un posible fatal desenlace (Casas y Guardia, 2002).

1.7.5. Factores relacionados con las características del consumo

Duración de la abstinencia

Los estudios demuestran que el riesgo de recaída es especialmente notorio durante el primer año de duración de la abstinencia. Se estima que aproximadamente un 50% de los pacientes recaen al menos en 1 ocasión en los 3 meses siguientes al inicio del tratamiento. Y este porcentaje se eleva hasta alcanzar el 90% si ampliamos el tiempo de estudio hasta los 4 años después de iniciarse la abstinencia (Korlakunta et al., 2012; Brown et al., 2001).

Craving

Se define como deseo intenso (Robinson y Berridge, 1993) o ganas compulsivas e irrefrenables de consumir (Wray, 2012). El craving es considerado por algunos investigadores como el factor más importante de abandono terapéutico y es el causante de la mayoría de las recaídas que se producen tras periodos de abstinencia (Allen et al., 2008; Oslin et al., 2009; Shiffman et al., 2002). En la literatura se hace referencia al hecho de que existen situaciones que aumentan exponencialmente este ansia de consumo entre las cuales cabe destacar el consumo de pequeñas cantidades de alcohol y la exposición del individuo a señales relacionadas con el alcohol (Heinz et al., 2016). Debido a su importancia como factor de riesgo de recaída, los programas de tratamiento cuentan con diferentes estrategias para conseguir un adecuado manejo del mismo.

Presencia de síntomas de privación alcohólica

El abandono o reducción brusca del consumo de alcohol en una situación de dependencia alcohólica suele conllevar la aparición de signos y síntomas físicos característicos (Becker 2000: Hall y Zador 1997; Saitz 1998), acompañados de una constelación de síntomas psicológicos que contribuyen a un estado de angustia y malestar que puede llegar a constituir un síndrome de abstinencia (Anton y Becker, 1995; Schuckit et al., 1998). Estos síntomas psicológicos incluyen cambios emocionales tales como irritabilidad, agitación, ansiedad y disforia, así como trastornos del sueño, anhedonia, y quejas frecuentes sobre "dolor", que posiblemente puede reflejar un umbral reducido para la sensibilidad al dolor.

Aunque muchos signos físicos y síntomas de abstinencia suelen disminuir en pocos días, los síntomas asociados con la angustia psicológica y la disforia pueden persistir durante períodos prolongados de tiempo. La persistencia de estos síntomas puede constituir un factor motivacional significativo que conduce a la recaída al consumo intensivo de alcohol (Antonotta et al., 1985; Martinotti et al., 2008).

Patrón de consumo (intensidad y frecuencia)

Numerosos estudios relacionan los niveles de consumo de alcohol previos con la probabilidad de que se produzca una recaída en pacientes alcohólicos. Un ejemplo lo constituye el estudio elaborado por Trim et al. (2013) en el que se realiza un seguimiento de varones alcohólicos durante 30 años y se concluye que entre aquellos que consumían mayores cantidades de alcohol se produce un mayor porcentaje de recaídas. Similares resultados se observan en el estudio llevado a cabo por Tuithof y colaboradores (2014) el cual se realiza sobre una población muestral de 506 pacientes diagnosticados de trastorno de uso de alcohol siguiendo los criterios descritos en el DSM-V.

1.7.6. Factores relacionados con el tratamiento***Modalidad de tratamiento***

Se objetiva en la literatura un mayor porcentaje de éxitos y menor tasa de recaídas en aquellos pacientes que reciben terapia combinada basada en la asociación de psicoterapia y tratamiento farmacológico (Ruiz-Sánchez et al., 2011; Casa y Gossop, 1993) La adición de la psicoterapia resulta fundamental en la planificación terapéutica ya que puede contribuir a dar solución a la problemática familiar que se genera en torno a la adicción, a la reinserción laboral, a la identificación y evitación de situaciones de alto riesgo de recaída, etc.

Está ampliamente descrito que el uso de terapia farmacológica anti-craving está asociada a una disminución del riesgo de recaídas y, de producirse, a recaídas más cortas y menos intensas en cantidad de alcohol consumido (Vázquez-Bourgon, Ramírez Bonilla et al. Programa de Intervención Síndrome Dependencia Alcohólica Grave. Unidad de Psiquiatría Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" 2013).

Respecto al uso de tratamiento aversivo existen datos contradictorios, entrando artículos que aportan datos sobre su eficacia en la reducción del riesgo de recaer. (Vázquez-Bourgon, Ramírez Bonilla et al. Programa de Intervención Síndrome Dependencia Alcohólica Grave. Unidad de Psiquiatría Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla 2013).

Grado de motivación y percepción de eficacia del tratamiento:

El riesgo de recaída será menor cuanto mayor sea el grado de motivación e implicación por parte del paciente. La motivación es considerada uno de los factores principales que marcarán la evolución clínica, de tal forma que la perspectiva terapéutica preponderante hoy en día se estructura sobre la entrevista motivacional. En la medida de lo posible hemos de tratar de eliminar pensamientos como considerar el camino para la recuperación demasiado largo, creer que progresa poco, que va a ser incapaz de vivir sin consumir alcohol o que la terapia no está resultando de ayuda, ya que pueden contribuir a la instauración de una nueva recaída (Marlatt y Witkiewitz, 2005; Secades et al., 2000).

De forma general, todos estos factores pueden clasificarse en virtud de su relación cronológica con la aparición de recaídas (Shiffman, 1989; Donovan, 1996), diferenciándose: 1) factores de riesgo distales: aquellos que identifican quién tiene más posibilidades de recaer pero no determinan el momento exacto en el que se va a producir la recaída (antecedentes familiares de alcoholismo, naturaleza y severidad del trastorno, presencia de comorbilidad psiquiátrica); 2) factores de riesgo proximales: guardan relación con el momento en el que se va a producir la recaída (craving, estados emocionales, acontecimientos negativos, stress, apoyo social).

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. Justificación del estudio

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas, y las negativas repercusiones médicas y sociales que conlleva, constituyen uno de los problemas socio-sanitarios actuales más graves y prevalentes a los que se enfrentan las sociedades occidentales. La consecución de la abstinencia total junto a la prevención de recaídas en los individuos afectados por problemas relacionados con el consumo de alcohol, se consideran objetivos principales del tratamiento. Por ello, el esclarecimiento de los factores que contribuyen a la aparición de recaídas resulta fundamental para el diseño de estrategias terapéuticas con mayor efectividad en el abordaje de estos trastornos.

2.2. Hipótesis

La existencia de una serie de características en pacientes diagnosticados de trastorno por uso de alcohol que les van a hacer más propensos a sufrir recaídas:

- Sexo masculino
- Estado civil: soltería
- Falta de apoyo socio-familiar
- Mayores niveles de consumo de alcohol previos
- Presencia de craving

2.3. Objetivos

Objetivo principal

EL objetivo principal es el estudio de las recaídas en una muestra de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Dependencia Alcohólica Grave procedentes de la comunidad de Cantabria.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos del mismo abarcan:

- Estudio de factores sociodemográficos (sexo, estado civil, residencia, actividad laboral) y su relación con la recaída en el TUA.
- Estudio de las características del consumo de alcohol (consumo semanal previo, edad de inicio del consumo, craving) como factor de riesgo de recaída.
- Estudio de los principales fármacos y de la psicoterapia como factores protectores de recaída.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Ámbito del estudio

El estudio se ha llevado a cabo en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Dependencia Alcohólica Grave (SDAG) incluidos en el Programa de Deshabituación Alcohólica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Población de referencia

Áreas de Salud I y II (Santander y Laredo respectivamente) sumando un total de 420.000 habitantes.

Población diana

Aquellos pacientes que presenten un Síndrome de Dependencia Alcohólica Grave y que están siendo tratados por:

1. Servicios Médicos y Quirúrgicos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
2. Unidades de Salud Mental de las Áreas de Salud I y II (Santander y Laredo) del Servicio Cántabro de Salud.
3. Unidades de Atención Ambulatoria de Drogodependencia de las Áreas de Salud I y II (Santander y Laredo).

3.2. Sujetos

Un total de 110 pacientes fueron incluidos en el Programa de Deshabituación Alcohólica entre febrero 2014 y febrero 2016.

3.2.1. Criterios de Inclusión

Los pacientes han de cumplir los siguientes criterios de inclusión:

1. Presentar un Síndrome de Dependencia Alcohólica Grave (SDAG), que presentan una demanda de tratamiento de deshabituación alcohólica y por consiguiente de desintoxicación y/o de resolución de un síndrome de abstinencia alcohólica aguda (si no están ya desintoxicados).
2. Disponer de un adecuado nivel de apoyo e implicación socio-familiar, así como de la suficiente capacidad de autonomía, que permitan seguir el plan terapéutico en régimen mixto de hospitalización total y parcial, y posteriormente ambulatorio.
3. Aceptar el tratamiento, presentando un “suficiente” grado de motivación.

3.2.2. Criterios de Exclusión

La presencia de alguno de los siguientes criterios de exclusión determinará la no admisión del paciente al Programa de tratamiento:

1. No voluntariedad en la aceptación del tratamiento.
2. Marcado deterioro orgánico cerebral que haga inviable la inclusión en el programa terapéutico.
3. Alcoholismo secundario o co-mórbido con patología psíquica grave no susceptible de ser tratada en régimen de hospitalización parcial.
4. Trastorno de la Personalidad con marcadas alteraciones conductuales.
5. Co-morbilidad con un Trastorno por adicción a sustancias ilegales.
6. Marcado déficit intelectual.

3.3. Evaluación Clínica

Todos los pacientes referidos fueron sometidos a una evaluación inicial llevada a cabo por los psiquiatras del programa, y evaluaciones periódicas a lo largo de 1 año de seguimiento.

Los objetivos principales de la evaluación clínica son los siguientes:

- Establecer la presencia de un Síndrome de Dependencia Grave al Alcohol.
- Establecer la presencia de criterios de inclusión y/o exclusión del programa.
- Realizar la historia clínica del consumo de alcohol incluyendo exploración de posibles repercusiones físicas, psíquicas y sociales del consumo de alcohol.
- Determinar las variables sociodemográficas (sexo, edad y estado civil) de cada uno de los pacientes participantes en el estudio.
- Explorar antecedentes de tratamiento previos y sus resultados.
- Identificar el grado de apoyo familiar así como el nivel de autonomía del paciente.
- Establecer el nivel de motivación del paciente y la aceptación del tratamiento.
- Realizar una exploración del estado mental y descartar patología mental co-mórbida.
- Establecer la predisposición hacia la adherencia a futuras evaluaciones y al plan terapéutico.
- Descartar la presencia consumo de sustancias tóxicas.

Se llevaron a cabo sucesivas evaluaciones de la evolución de los pacientes incluidos en el estudio a los 6 y 12 meses tras el inicio del mismo; en ellas se valorará:

- Si se han producido o no nuevas recaídas
- En caso de haberse producido, se evalúan las características y factores precipitantes de las mismas.

Evaluación de la dependencia alcohólica mediante escalas psicométricas:

La evaluación inicial del paciente a través de entrevista clínica será apoyada por el uso de escalas y cuestionarios específicos y ampliamente validados. Las escalas utilizadas en el Programa son las descritas a continuación:

- AUDIT, en su versión en lengua española – Se trata de un instrumento autoaplicado de cribado de la adicción alcohólica y de la evaluación de la severidad del problema elaborado por la OMS.
- The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) – Evalúa la presencia y la gravedad de la dependencia al alcohol. Está formado por 33 ítems repartidos en cinco subescalas que se corresponden con cinco dimensiones del síndrome de dependencia alcohólica: a) síntomas físicos, b) psicológicos relacionados con la abstinencia, c) las conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, d) datos sobre consumo y e) la rapidez con que se reinstauran los síntomas tras la recaída.
- SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) – Se trata de un cuestionario que consta de 40 preguntas a través de las cuales se evalúa el grado de motivación de los pacientes incluidos en el estudio.
- TCI-R – Evalúa la personalidad, se trata de una prueba de autoinforme que se compone de 235 ítems más 5 de validez, que se responden en una escala Likert de 5 opciones (1: muy en desacuerdo; 2: moderadamente en desacuerdo; 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: moderadamente de acuerdo; 5: muy de acuerdo). Mide cuatro dimensiones temperamentales: Búsqueda de Novedad (NS), Evitación del Daño (HA), Dependencia de Recompensa (RD) y Persistencia (PE), y tres caracteriales: Autodirección (SD), Cooperatividad (CO) y Autotrascendencia (ST).
- Evaluación cognitiva

3.4. Definición de recaída en el consumo de alcohol

La definición de recaída empleada es la de “discontinuación de la abstinencia”. La selección de la misma se sustenta en su sencillez, operatividad y en el hecho de ser la más frecuentemente empleada en estudios previos.

3.5. Variables socio-demográficas

La información sociodemográfica se recogió tanto de los pacientes como de sus familiares a través de diferentes entrevistas realizadas por el equipo médico del programa de Deshabitación de Alcohol. La edad, el sexo, el nivel educativo, situación laboral, así como los datos de convivencia y apoyo familiar se recogieron en el momento de la admisión al programa.

3.6. Análisis Estadístico

El análisis estadístico de los datos previamente recogidos se lleva a cabo mediante el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences; SPSS Inc, Chicago, Illinois).

4. RESULTADOS

4.1. Descripción de la población muestral:

La muestra sobre la que se basa el estudio se compone de un total de 110 pacientes procedentes del Programa de Deshabitación Alcohólica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla con diagnóstico de Síndrome de Dependencia Alcohólica Grave.

A continuación describimos las características sociodemográficas y de consumo más relevantes de la muestra en su conjunto.

4.1.1. Características sociodemográficas:

Tabla 2: Características sociodemográficas principales

		N	%
Estado Civil	Casado/Vive en Pareja	48	43,6
	Soltero	22	20,0
	Separado/Divorciado	37	33,6
	Viudo	2	1,8
Residencia	Solo	23	20,9
	Familia	77	70,0
	Pensión	1	0,9
	Otros	5	4,5
Estudios	Primaria	45	40,9
	Secundaria-FP1	17	15,5
	Bachiller-FP2	17	15,5
	Universitarios	9	8,2
Ocupación	Trabajo activo	17	15,5
	Tareas del hogar	1	0,9
	Desempleado	38	34,5
	Pensionado	29	26,4
	IT	22	20,0
Apoyo socio-familiar	Si	64	58,2
	No	11	10,0
	Parcial	25	22,7
Familiares primer grado con PRA	Si	61	55,5
	No	46	41,8

La *Tabla 2* resume de forma numérica las principales características sociodemográficas de la muestra estudiada. Se observa un predominio de varones (72,7%), con nivel educativo bajo, buen apoyo socio-familiar pero en situación laboral precaria.

4.1.2. Características del consumo:

La mayor parte de los pacientes realizaba un consumo previo de manera diaria (78,2%), teniendo lugar el mismo mayormente en bares y en compañía. El vino y la cerveza individualmente se muestran como el tipo de alcohol más consumido. No obstante, aproximadamente la mitad de pacientes (48,2%) refiere consumir diversos tipos de bebidas alcohólicas no limitándose el consumo a una determinada bebida (ver *Tabla 3*).

Tabla 3: Características de consumo

		N	%
Tipo de alcohol principal consumido	Vino	20	18,2
	Cerveza	26	23,6
	Licor	2	1,8
	Espirituosas	2	1,8
	Varios	53	48,2
Patrón de frecuencia de consumo	Diario	86	78,2
	Fines de semana	5	4,5
	Días alternos	10	9,1
Lugar principal de consumo	Casa	22	20,0
	Bar	42	38,2
	Ambos	16	14,5
Patrón de consumo	A solas	28	25,5
	Social	43	39,1
	Ambos	12	10,9

A continuación se muestra en las Tablas 4a y 4b las puntuaciones basales registradas en los cuestionarios y escalas realizados a los pacientes (AUDIT, SADQ y SOCRATES).

Tabla 4a: Puntuaciones obtenidas en cuestionarios AUDIT y SADQ

	Media	Mediana	Mínimo	Máximo
AUDIT	22,8	23,0	5	35
SADQ	32,8	31,0	2	84

Tabla 4b. Puntuaciones obtenidas cuestionario SOCRATES en sus tres dimensiones

	Media	Mediana	Mínimo	Máximo
SOCRATES reconocimiento	32,4	34,0	22	39
SOCRATES ambivalencia	17,1	18,0	7	20
SOCRATES haciendo cambios	35,6	38,0	3	40

4.1.3. Características de gravedad de la dependencia:

Tabla 5: Características de gravedad de dependencia:

		N	%
Síntomas de privación	Si	58	52,7
	No	41	37,3
Tolerancia	Si	6	10,9
	No	12	5,5
Tolerancia invertida	Si	28	25,5
	No	21	19,1
Intentos previos de deshabitación	Sí, con ayuda médica	72	65,5
	Sí, sin ayuda médica	4	3,6
	No	28	25,5

El análisis estadístico llevado a cabo sobre los datos de consumo alcohol previo expresado en gramos de alcohol refleja una media de 219,08 gramos registrándose valores mínimos y máximos de 30 y 1200 gramos respectivamente.

Los resultados revelan que aproximadamente la mitad de los pacientes presentó síntomas de privación alcohólica. Así mismo, para la mayoría de ellos, este no constituía el primer intento de abandono del hábito enólico, habiendo tenido lugar las tentativas previas con ayuda médica en su mayoría (65,5%).

4.1.4. Frecuencia de problemas relacionados con el alcohol:

Como se muestra en la *Tabla 6* casi la mitad (44,5%) de los pacientes incluidos en el estudio presentan problemas relacionados con el alcohol (PRAs) en al menos tres de los siguientes ámbitos: familiares, legales, laborales, sociales, económicos y orgánicos y/o psicológicos.

Tabla 6: Problemas Relacionados con el Alcohol (PRAs)

	N	%
<i>No PRAs</i>	7	6,4
<i>PRA 1 ámbito</i>	19	17,3
<i>PRA 2 ámbitos</i>	31	28,2
<i>PRA 3 o + ámbitos</i>	49	44,5

4.2. Recaída y recaída temprana

La frecuencia de recaídas de los pacientes incluidos en el estudio se evaluó a los 6 y a los 12 meses. Un 58,2% de pacientes mantuvieron la abstinencia transcurridos 6 meses, el 31,8% presentó recaídas y un 9,1% abandonaron el estudio. Tras 12 meses, el porcentaje de recaída se elevó al 40%, continuando con la abstinencia un 38,2% de pacientes de la muestra.

4.3. Factores de riesgo de recaídas:

4.3.1. Factores predictores de recaída:

Tabla 7: Factores sociodemográficos predictores de recaída a los 12 meses

		Abstinencia N (%)	Recaída N (%)	Estadística χ^2 ; p
Sexo	varón	30 (46,2)	35 (53,8)	0,767; 0,266
	mujer	12 (57,1)	9 (42,9)	
Estado Civil	casado / en pareja	20 (52,6)	18 (47,4)	0,285; 0,376
	resto	22 (46,8)	25 (53,2)	
Actividad laboral	activo	8 (53,3)	7 (46,7)	0,112; 0,480
	inactivo (IT, desempleo, pensionado)	34 (48,6)	36 (51,4)	
Nivel de estudios	secundaria o superiores	16 (48,5)	17 (51,5)	0,056; 0,500
	primaria	20 (51,3)	19 (48,7)	
Residencia	familia	29 (46,8)	33 (53,2)	0,068; 0,495
	otros	11 (50,0)	11 (50,0)	
Apoyo socio-familiar	sí	38 (79,2)	10 (20,8)	9,789; 0,003
	no o parcia	7 (38,9)	11 (61,1)	

Los resultados revelan un mayor riesgo de recaída en los 12 meses siguientes al abandono del consumo, en aquellos pacientes que carecen de apoyo socio-familiar (61,1% vs 20,8%; $\chi^2= 9,789$ p=0,003). En contraposición, no se evidencia asociación estadísticamente significativa entre otras variables sociodemográficas como el sexo, estado civil, actividad laboral o nivel de estudios y mayor riesgo de recaída (ver *Tabla 7*).

Tabla 8: Pruebas psicométricas como factor predictor de recaída a los 12 meses

	Abstinencia: media	Recaída: media	Estadística F; p
AUDIT	20,96	24,95	5,917; 0,019
SADQ	31,36	35,60	0,584; 0,449
SOCRATES Reconocimiento	32,71	33,00	0,081; 0,777
SOCRATES Ambivalencia	17,71	16,70	1,526; 0,223
SOCRATES Haciendo cambios	37,21	34,29	3,010; 0,089

El principal factor predictor de recaída fue la puntuación basal de AUDIT (recaída a los 6 meses: $F=7,955$, $p=0,007$; recaída a los 12 meses: $F=5,917$, $p=0,019$). La puntuación basal obtenida en otros cuestionarios como SADQ y SOCRATES no predice un mayor riesgo de recaída en los pacientes de la muestra (ver *Tabla 8*).

Tabla 9: Problemas relacionados con alcohol como factor predictor de recaída a los 12 meses

		Abstinencia N (%)	Recaída N (%)	Estadística χ^2; p
PRA familiares	No	13 (43,3)	17 (56,7)	0,830; 0,247
	Sí	29 (53,7)	25 (46,3)	
PRA laborales	No	23 (46,0)	27 (54,0)	0,565; 0,298
	Sí	19 (54,3)	16 (45,7)	
PRA sociales	No	33 (51,6)	31 (48,4)	0,263; 0,399
	Sí	9 (45,0)	11 (55,0)	
PRA económicos	No	25 (46,3)	29 (53,7)	0,575; 0,297
	Sí	17 (54,8)	14 (45,2)	
PRA legales	No	30 (57,7)	22 (42,3)	3,674; 0,045
	Sí	12 (36,4)	21 (63,6)	
PRA orgánicos y/o psicológicos	No	18 (51,4)	17 (48,6)	0,049; 0,500
	Sí	24 (49,0)	25 (51,0)	

Los pacientes presentaron un mayor riesgo de recaída si habían tenido problemas legales relacionados con el consumo de alcohol (63,6% vs 42,3%; $\chi^2= 3,674$, $p=0,045$) (ver *Tabla 9*).

4.3.2. Factores protectores o de riesgo:

Tabla 10: Modalidades de tratamiento como factor protector de recaída a los 12 meses.

		Abstinencia N (%)	Recaída N (%)	Estadística χ^2 ; p
Tratamiento Interdictor	Sí	34 (49,3)	34 (50,7)	0,074; 0,533
	No	4 (44,4)	5 (55,6)	
Tratamiento anti-craving	Sí	26 (51,0)	25 (49,0)	0,015; 0,558
	No	10 (52,6)	9 (47,4)	
Terapia de grupo	Sí	32 (69,6)	14 (30,4)	13,403; <0,000
	No	8 (26,7)	22 (73,3)	

La asistencia a grupos psicoterapéuticos de recuerdo constituye un factor protector de recaída (73,3% vs 30,4; $\chi^2= 13,403$, $p<0,000$). Este resultado contrasta con el obtenido en el caso del tratamiento farmacológico (interdictor o anti-craving) que no muestran reducir significativamente el riesgo de recaída (ver *Tabla 10*).

Tabla 11a: Características del consumo como factor riesgo recaída a los 12 meses

	Abstinencia: Media (DE)	Recaída: Media (DE)	Estadística F; p
Consumo semanal previo (gr OH)	202,0 (203,7)	225,3 (123,5)	0,365; 0,548
Edad inicio consumo alcohol	18,9 (10,1)	17,6 (6,1)	0,430; 0,514
Periodo máximo de abstinencia (meses)	13,2 (28,2)	13,1 (16,6)	0,000; 0,982

Tabla 11b: Características consumo como factor riesgo recaída a los 12 meses

		Abstinencia N (%)	Recaída N (%)	Estadística χ^2 ; p
Intentos previos	Sí	31 (50,0)	31 (50,0)	0,000; 0,601
	No	10 (50,0)	10 (50,0)	
Tolerancia	Sí	4 (80,0)	1 (20,0)	0,837; 0,378
	No	5 (55,4)	4 (44,4)	
Síntomas deprivación	Sí	20 (48,8)	21 (51,2)	0,352; 0,358
	No	20 (55,6)	16 (44,4)	
Craving	Sí	1 (7,7)	12 (92,3)	18,419; <0,000
	No	34 (73,9)	12 (26,1)	

La presencia de craving incrementa el riesgo de recaída (92,3% vs 26,1%; $\chi^2= 18,419$, $p<0,000$). Otras características de consumo como la edad de inicio, periodo máximo de abstinencia, consumo previo o la presencia de síntomas de deprivación no se asocian de manera significativa con mayor riesgo de recaída (ver *Tablas 11a y 11b*).

5. DISCUSIÓN

En este estudio, se han analizado los factores precipitantes, protectores y de riesgo de recaída en pacientes con Trastorno por Uso de Alcohol (TUA) que acuden a tratamiento. Según los resultados obtenidos, la mayor parte de las recaídas se producen en torno a los 6 primeros meses después de terminar el tratamiento. Estos datos coinciden con los obtenidos por Marlatt y Gordon (1985), tanto en lo que se refiere al TUA como al resto de las conductas adictivas. Por lo tanto, los primeros meses de seguimiento, una vez terminada la intervención terapéutica propiamente dicha, constituyen un momento crítico para el mantenimiento del cambio conductual deseado.

En lo referente a los factores de riesgo, los resultados confirman la hipótesis previa de considerar el craving como uno de los principales factores de riesgo de recaída. Este mismo resultado aparece en múltiples estudios previos como los llevados a cabo por Allen et al. (2008), Oslin et al. (2009) o Shiffman et al. (2002).

Por otro lado, las terapias farmacológicas (fármacos anti-craving e interdictores) no muestran disminuir la tasa de recaídas de manera significativa. Este resultado contrasta fuertemente con los hallados en el estudio llevado a cabo por Vázquez-Bourgon et al. (2012) en el cual se pone en manifiesto el carácter protector de estos fármacos en las recaídas. Resulta especialmente llamativa la ausencia de significación estadística entre la recaída y los fármacos anti-craving teniendo en cuenta la fuerte asociación previamente mencionada entre la presencia de craving y la recaída. Consideramos como posibles explicaciones a esta controversia una hipotética falta de adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes, la posible ineficacia de los fármacos empleados, la ausencia de estratificación en el desarrollo del estudio o el empleo de un pequeño tamaño muestral.

En contraste a lo expuesto en el caso de la farmacoterapia, la asistencia a grupos de psicoterapia sí constituye un importante factor protector de recaídas. Este resultado respalda la importancia de las terapias combinadas como ya señalaron previamente otros autores (Ruiz-Sánchez et al., 2011, Casa et al., 1993). Una posible explicación a este hecho es que los pacientes que acuden a grupos de apoyo reciben un tratamiento más intensivo que aquellos que reciben únicamente tratamiento farmacológico. Además, la psicoterapia podría contribuir a la detección de situaciones de alto riesgo de recaída y a la adquisición de habilidades para enfrentarse a las mismas. El incremento del grado de motivación de los pacientes para superar su adicción, así como la facilitación de la reintegración de los mismos a nivel laboral y social, constituyen potenciales beneficios de estas terapias.

Por otra parte, en virtud de lo observado en los resultados del estudio, la disposición de un adecuado apoyo socio-familiar por parte de estos pacientes constituye otro importante factor protector de recaída que debe tenerse en consideración. Un entorno estructurado, puede contribuir a evitar el abandono del tratamiento y al correcto seguimiento del mismo. Además, puede resultar beneficioso para incrementar el grado de motivación de los pacientes, facilitar la adquisición de nuevos hábitos y aficiones y evitar sentimientos de desesperanza, soledad y abandono que pueden conducir a un retorno al consumo previo.

La presencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol (PRAs) en el ámbito legal incrementa el riesgo de recaída de manera significativa. Esta asociación no se muestra cuando evaluamos PRAs en otros ámbitos (social, familiar, laboral u orgánico y/o psicológico). Consideramos que este hallazgo podría ser debido al azar, siendo el resultado de haber buscado asociaciones entre un elevado número de variables y el riesgo de recaída en una población con pequeño tamaño muestral. La escasa fuerza de asociación registrada ($p=0,045$) va en favor de esta posible explicación.

En lo referente a las pruebas paramétricas realizadas y su relación con el riesgo de recaída, los resultados señalan que la puntuación basal del AUDIT constituye un factor predictor de recaída. Sin embargo, no encontramos relación entre las puntuaciones registradas en otros cuestionarios como el SADQ y el SOCRATES en sus tres dimensiones y el riesgo de recaída. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Conor et al. (2014) en los que se muestra relación significativa entre las puntuaciones basales del AUDIT y la recaída a los 3 y 6 meses, lo que sugiere que el AUDIT constituye una medida de considerable utilidad. En este mismo estudio otros marcadores de gravedad de la dependencia del alcohol no influyeron en la respuesta al tratamiento y no hubo diferencias entre los abstinentes y aquellos que presentaron recaídas.

Otros factores sociodemográficos señalados comúnmente en la literatura como de riesgo carecen de asociación significativa en nuestro estudio. En el caso del sexo al que pertenecen los pacientes, autores como Glenn y Parsons (1991), Saunders et al. (1993) o Korlakunta et al. (2012) afirman que el sexo masculino posee un mayor riesgo de recaída. Los resultados de nuestro estudio contradicen esta teoría, no mostrándose diferencias significativas entre el sexo masculino y el femenino y el riesgo de recaída. En este aspecto, consideramos que las tradicionales diferencias descritas podrían guardar mayor relación con el entorno que con características biológicas intrínsecas propias de cada sexo.

Características como el estado civil, la actividad laboral, el nivel de estudios o el lugar de residencia no constituyen factores predictores de recaída. Esta ausencia de diferencias reseñables puede deberse al pequeño tamaño muestral empleado que no nos permite detectarlas o a que estos aspectos no son realmente determinantes. En este sentido, la literatura previa resulta un tanto ambigua. En el caso del estado civil, autores como Flannery et al. (2001) o Walton et al. (2003) señalan la existencia de un mayor riesgo de recaída en pacientes solteros respecto a aquellos que están casados. No obstante, otros estudios como el elaborado por Korlakunta et al. (2012) concluye justamente lo opuesto, que son los pacientes casados los que presentan mayor riesgo de recaída.

En lo referente a las características del consumo y su relación con el riesgo de recaída; no se muestra relación significativa entre consumo previo, edad de inicio del mismo, presencia de tolerancia o de síntomas de abstinencia y mayor riesgo de recaída. En el caso de la edad de inicio del consumo, nuestro resultado contrasta fuertemente con el obtenido en trabajos previos como los llevado a cabo por Glenn y Parsons (1991) o Korlakunta et al. (2012) en los que se afirma existe una importante relación entre una edad de inicio precoz en el consumo y el riesgo de padecer problemas de dependencia. De igual manera, se establece relación significativa entre este inicio precoz y la insurgencia de mayor número de recaídas en estos pacientes, tras haber recibido tratamiento para superar su adicción.

Finalmente, para concluir queremos señalar algunas de las principales virtudes del estudio que hemos llevado a cabo. En primer lugar, el carácter longitudinal prospectivo del mismo. Por otro lado, la selección de la muestra de pacientes se llevó a cabo en virtud de los criterios establecidos. Los pacientes incluidos fueron valorados en los periodos de tiempo predeterminados, por profesionales médicos con amplia experiencia en el manejo de este tipo de trastornos. En la evaluación de los mismos, se emplearon pruebas paramétricas validadas como el AUDIT, SADQ, SOCRATES o el TCI-R con el fin de determinar las características basales del consumo.

No obstante, cuenta con algunas limitaciones entre las que destacamos el pequeño tamaño muestral empleado, que unido a la grave severidad del alcoholismo que padecen los pacientes, hace que los resultados sean difícilmente extrapolables a la población general. Por otro lado, se trata de un estudio observacional naturalista en el que no se ha llevado a cabo estratificación ni aleatorización. Adicionalmente, los criterios de inclusión y exclusión empleados podrían considerarse poco restrictivos. Finalmente, queremos señalar que el hecho de que encontremos asociación estadística entre ciertas variables y el riesgo de recaída, no confirma que exista una relación causal entre las mismas.

6. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio señalan al craving como principal factor de riesgo de recaída. Los esfuerzos futuros deberán ir dirigidos en esta dirección, tratando de desarrollar estrategias más eficaces para combatirlo.

La puntuación basal obtenida en el AUDIT constituye un factor predictor de recaída. No siendo significativa la relación entre la puntuación de otros cuestionarios como SADQ o SOCRATES y la misma.

La asistencia a grupos de apoyo constituye uno de los principales factores protectores de recaídas. Los resultados avalan la importancia de la terapia combinada en el tratamiento de los trastornos derivados del uso de alcohol.

Por último, se evidencia que aquellos pacientes que disponen de un entorno socio-familiar adecuado son menos propensos a presentar recaídas.

7. ANEXOS

Cuestionario CAGE

Adaptación de: Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P. *The Cage questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry, 1973; Vol 131 (10): 1121-1123.*

¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	Sí (1) No (0)
¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?	Sí (1) No (0)
¿Se ha sentido alguna vez culpable por su costumbre de beber?	Sí (1) No (0)
¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?	Sí (1) No (0)
Valoración: 1 punto indica problemas con el alcohol 2 puntos o más se considera dependencia	

Cuestionario AUDIT

Adaptación de: National Institute on Alcohol and Alcoholism. *NIH Publication, 2004..*

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	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?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remor dimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	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?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año

Certificado asistencia Congreso Socidrogalcohol 11, 12 y 13 de mayo de 2017, Oviedo.



OVIEDO
12 Y 13 DE MAYO
2017

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



CERTIFICADO

Ana Echavarría Íñiguez

ha **asistido** a las

XLIV Jornadas Nacionales Socidrogalcohol

celebradas en Oviedo los días 11, 12 y 13 de mayo de 2017.

Y para que así conste a los efectos oportunos,
los Presidentes de los Comités Científico y Organizador,
firmamos el presente en Oviedo, a 13 de mayo de 2017

A blue ink signature of Francisco Pascual Pastor, written in a cursive style.

Francisco Pascual Pastor

A blue ink signature of Julio Bobes García, written in a cursive style.

Julio Bobes García

Póster participación "XLIV Jornadas Nacionales SOCIDROGALCOHOL", Oviedo

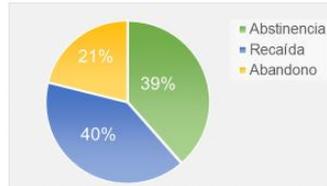


"FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE RECAÍDA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN CON SÍNDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA GRAVE"

Echavarría Íñiguez, A. Vázquez Bourgon, J.; Cortázar López, E.; Gómez Ruiz, E.; Agüeros Pérez, B.; Hoyuela Zatón, F., Crespo Facorro, B.



Gráfico 1. Resultados a los 12 meses



Introducción

El Trastorno por Uso de Alcohol (TUA) y las repercusiones médicas y sociales que conlleva, constituyen uno de los problemas socio-sanitarios actuales más graves y prevalentes en la población española

La abstinencia total es el objetivo terapéutico de elección en el tratamiento del TUA grave.

La identificación de factores predictores y protectores de recaída permitiría implementar estrategias terapéuticas más efectivas de prevención de recaídas, y mejorar así el pronóstico. Este estudio tiene como objetivo identificar factores predictores y protectores de recaída en una muestra de pacientes con TUA grave.

Métodos

El estudio fue realizado en el Programa de Deshabitación Alcohólica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Cantabria), entre febrero 2013 y febrero 2016. Los pacientes fueron incluidos en el programa si presentaban un diagnóstico de dependencia alcohólica grave, y fueron evaluados al inicio, y tras 6 y 12 meses de iniciar el tratamiento. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS.

Resultados

El análisis retrospectivo de la muestra estudiada refleja un perfil de paciente mayoritariamente hombre, con nivel educativo bajo, buen apoyo socio-familiar pero en situación laboral precaria (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características socio demográficas

Características	Porcentajes y Medias	
Número de pacientes	119	
Sexo	73% hombres 27% mujeres	
Consumo semanal previo en gramos alcohol	219,08 (30-1200)	
	N	%
Estado civil		
Casado	48	43,6
Soltero	22	20,0
Separado/divor.	37	33,6
Viudo	2	1,8
Situación laboral		
Trabajo activo	18	16,8
Desempleado	38	35,5
Pensionista	29	27,1
IT	22	20,6
Apoyo socio-familiar		
Sí	64	64,0
No	11	11,0
Parcial	25	25,0

El estudio muestra como tras 12 meses de seguimiento, cerca del 40% de los pacientes se mantiene en abstinencia frente a un 21% de abandono y a un 39% de recaída (ver Gráfico 1).

El principal factor predictor de recaída fue la puntuación basal de AUDIT. Además, los pacientes presentaron un mayor riesgo de recaída si habían tenido problemas legales relacionados con el consumo de alcohol o no disponían de buen apoyo socio-familiar inicial.

Como factores de protección observamos: acudir a grupos psicoterapéuticos de recuerdo, mantener buen apoyo socio-familiar y la ausencia de craving (ver tabla 2).

Tabla 2: Factores de riesgo y protección de recaída

	Abstinencia	Recaída	F; p
AUDIT	20,96	24,95	5,917; 0,019
	Abstinencia	Recaída	X ² ; p
Craving			
No	34	12	36,475; 0,000
Sí	1	12	
Apoyo socio-familiar			
Sí	43	18	3,185; 0,061
No	16	15	
Grupo Psicoterapia			
Sí	32	14	8,336 ; 0,004
No	14	22	

Otros factores clásicamente relacionados con las recaídas como las características del consumo, el sexo y la edad, la puntuación obtenida en el SADQ o el tratamiento interdictor y anticraving carecen de asociación estadísticamente significativa.

Discusión y Conclusiones

Los resultados de este estudio confirman los estudios previos que identifican el AUDIT como un buen predictor de mantenimiento de abstinencia.

También en línea con estudios previos, encontramos que la presencia de craving (independientemente de estar en tratamiento o no con fármacos anticraving) es un predictor importante de recaída.

Otro hallazgo de interés es el efecto protector que ejerce la asistencia a grupos de terapia, lo cual apoya la idea de que pacientes con cuadros graves de TUA deben recibir tratamientos más intensivos, siendo de crucial importancia el componente psicoterapéutico del mismo.

Bibliografía

NICE clinical guideline 115. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. 2011.

Oslin DW, et al. Daily ratings measures of alcohol craving during an inpatient stay define subtypes of alcohol addiction that predict subsequent risk for resumption of drinking. Drug Alcohol Depend. 2009;103(3):131-6.

Global status report on alcohol and health. World Health Organization, Genève 2014.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Abulseoud, O.A., Karpyak, V.M., Schneekloth, T., Hall-Flavin, D.K., Loukianova, L.L., Geske, J.R., Biernacka, J.M., Mrazek, D.A., Frye, M.A. A retrospective study of gender differences in depressive symptoms and risk of relapse in patients with alcohol dependence. *Am J Addict.* 2013 Sep-Oct; Vol 22(5):437-42.

Al Abeiat, D.D., Hamdan-Mansour, A.M., Hanouneh, S.I., Ghannam, B.M. Psychosocial Predictors of Relapse Among Patients with Alcohol Problems. *Curr Drug Abuse Rev.* 2016; Vol 9(1): 19-25.

Arbex, C., Porras, J., Carrón, J., Comas, D. *Materiales de formación en prevención de drogodependencias. Módulo I: Contenidos generales.* Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Comunidad de Madrid 1995.

Asli, F., Ceylan-Isik, Shawna M. McBride, Jun Ren. Sex difference in alcoholism: Who is at a greater risk for development of alcoholic complication? *Life Sciences* 2010; Vol 87: 133–138.

Babor, T.F., et al. *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care.* Geneva: World Health Organization, 2001.

Becoña, E. y Cortés, M. *Guía de intervención psicológica en adicciones. Guías Clínicas de Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica.* Valencia: Sociodrogalcohol 2008.

Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.B., et al. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Jama internal medicine,* 1998.

Casa, M., Gossop, M. *Recaídas y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias.* Neurociencias: Barcelona 1993.

Casas, M. *Avances en drogodependencias,* Barcelona: Neurociencias 1995.

Casas, M. y Guardia, J. *Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Monografía alcohol. Adicciones* 2002; Vol 14 (1): 197-221.

Chiauzzi, E.J. y Liljegren, S. Taboo topics in addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment* 1993; Vol 10 (3): 303-316.

Chung, T., Maisto, S.A. Relapse to alcohol and other drug use in treated adolescents: review and reconsideration of relapse as a change point in clinical course. *Clin Psychol Rev.* 2006 Mar; Vol 26(2):149-61.

Conor, K., Farren, P., McElroy, S. Predictive Factors for Relapse after an Integrated Inpatient Treatment Programme for Unipolar Depressed and Bipolar Alcoholics. *Alcohol* 2010; Vol 45 (6): 527-533.

Delker, E., Brown, Q., Deborah S. Alcohol Consumption in Demographic Subpopulations: An Epidemiologic Overview. *Alcohol Research: Current Reviews* 2012; Vol 38(1): 7-15.

Dimeff, L. A., Marlatt, G. A. Preventing Relapse and Maintaining Change in Addictive Behaviors. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1998; Vol 5: 513–525.

Dixon, M.A., Chartier, K.G. Alcohol Use Patterns Among Urban and Rural Residents: Demographic and Social Influences. *Alcohol Research: Current Reviews* 2012; Vol 38(1): 69-77.

El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Una realidad que afrontar. Mutua de Navarra, 2011.

Encuesta sobre alcohol y drogas en Cantabria. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública. Cantabria, 2013

Flannery, B. A., Roberts, A. J., Cooney, N., Swift, R. M., Anton, R. F., Rohsenow, D. J. The Role of Craving in Alcohol Use, Dependence, and Treatment. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2001; Vol 25: 299–308.

Fuller, R.K. Definition and Diagnosis of Relapse to Drinking. Liver Transplantation and Surgery 1997; Vol 3(3):258-262.

Galán, I., González, M.J., Valencia-Martín, J.L. Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. Rev Esp Salud Pública 2014; Vol 88: 529-540.

García, A., Graña, J.L. Prevención de recaídas: una perspectiva comunitaria 1997.

Glenn, S.W. y Parsons, O.A. Prediction of resumption of drinking in posttreatment alcoholics. International Journal of the Addictions 1991; Vol 26 (2): 237-254.

Global status report on alcohol and health. World Health Organization, Genève 2014.

Graham, K., Wilsnack, R., Dawson, D. and Vogeltanz, N. Should alcohol consumption measures be adjusted for gender differences? Addiction 1998; Vol 93: 1137–1147.

Greenfield, S.F., Hufford, M.R., Vagge, L.M., Muenz, L.R., Costello, M.E., Weiss, R.D. The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. Journal of Studies on Alcohol 2000; Vol 61(2): 345–351.

Grittner, U., Kuntsche, S., Graham, K., Bloomfield, K. Social Inequalities and Gender Differences in the Experience of Alcohol-Related Problems. Alcohol 2012; Vol 47 (5): 597-605.

Hall, W., Zador, D. The alcohol withdrawal syndrome. Lancet 1997; Vol 349: 1897-1900.

Heather, N. The efficacy-effectiveness distinction in trials of alcohol brief intervention. Addiction Science & Clinical Practice 2014; Vol 1:1-9.

Heinz, A., et al., Targeted intervention: Computational approaches to elucidate and predict relapse in alcoholism, NeuroImage 2016.

Howard, C., Becker. Alcohol Dependence, Withdrawal, and Relapse. NIAAA 2013; Vol 1: 1-9.

Informe Alcohol tabaco y drogas ilegales en España, Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, Madrid 2015.

Jarvis, T. J. Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. British Journal of Addiction 1992, Vol 87:1249–1261.

Jennifer, E., Fiellin, D.A. Alcohol use in the clinic. Ann Intern Med. 2016; Vol 164(1): 1–16.

Korlakunta, A., Chary, R.S.S., Reddy, C.M.P. Reasons for relapse in patients with alcohol dependence. AP J Psychol Med 2012; 13(2): 108-4.

Kravitz, H. M., Fawcett, J., McGuire, M., Kravitz, G. S., & Whitney, M. Treatment attrition among alcohol-dependent men: is it related to novelty seeking personality traits? Journal of clinical psychopharmacology 1999; Vol 19(1): 51-56.

Kushner, M.G., Abrams, K., Borchardt, C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. Clin Psychol Rev. 2000; Vol 20(2): 149-71.

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., Schwarzer, R. General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology* 2005, Vol 40(2): 80-89.

National Institute on Alcohol and Alcoholism. NIH Publication, 2004.

Maisto, S.A., Pollock, N.K., Cornelius, J.R., Lynch, K.G., Martin, C.S. Alcohol relapse as a function of relapse definition in a clinical sample of adolescents. *Addict Behav.* 2003 Apr; Vol 28(3):449-59.

Marlatt, G.A., Gordon, J.R. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours.* New York: Guildford Press 1985.

Martínez, K.I. y Pedroza Cabrera, F.J. Factores asociados al proceso de recaída en adolescentes consumidores de alcohol. *INFAD* 2011; Vol 2(1): 215-224.

Martinotti, G., Di Nicola, M., Reina, D., Andreoli, S., Focà, F., Cunniff, A., Tonioni, F., Bria, P., Janiri, L. Alcohol Protracted Withdrawal Syndrome: The Role of Anhedonia. *Substance Use & Misuse* 2008; Vol. 43(3).

Mattoo, S.K., Chakrabarti, S., Anjaiah, M. Psychosocial factors associated with relapse in men with alcohol or opioid dependence. *Indian J Med Res* 2009; Vol 130: 702-708.

Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P. The Cage questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1973; Vol 131 (10): 1121-1123.

NICE clinical guideline 115. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence 2011.

Nolen-Hoeksema, S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review* 2004; Vol 24: 981-1010.

Ochoa, E., Madoz, A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Med segur trab.* 2008; Vol 54 (213): 25-32.

Oslin, D.W., et al. Daily ratings measures of alcohol craving during an inpatient stay define subtypes of alcohol addiction that predict subsequent risk for resumption of drinking. *Drug Alcohol Depend.* 2009; Vol 103(3): 131-6.

Paille, F., Martini, H. Nalmefene: a new approach to the treatment of alcohol dependence. *Substance Abuse and Rehabilitation* 2014; Vol 5: 87-94.

Pickens, R.W., Hatsukami, D.K., Spicer, J.W., Svikis, D.S. Relapse by alcohol abusers. *Alcohol Clin Exp Res.* 1985; Vol 9(3):244-7.

Ponce, G., et al. Tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica. *Trastornos Adictivos* 2003; Vol 5(1):27-32.

Robinson, T.E., Berridge, K.C. The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews* 1993; Vol 18 (3): 247-291.

Rubio, G., Santo-Domingo, J. Clínica psiquiátrica del alcoholismo. *Tratado SET de trastornos adictivos.* Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana 2006; 169-72.

Ruiz-Sánchez de León, J.M., Pedrero-Pérez, E.J., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., Puerta-García, C. Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Rev Neurol* 2011; Vol 52 (3): 163-172.

- Saitz, R. *Introduction to alcohol withdrawal. Alcohol Health Res World. 1998; Vol 22(1): 5-12.*
- Sánchez Pardo, L. *Consumo alcohólico en la población española. Consejo Asesor del Observatorio Español sobre Drogas 2002; Vol 14(1): 79-97.*
- Saunders, B., Baily, S., Phillips, M., Allsop, S. *Women with alcohol problems: so they relapse for reasons different to their male counterparts? Addiction 1993; Vol 88 (10): 1413-1422.*
- Schuckit, M.A., Raimo, E.B. *Alcohol dependence and mood disorders. Addictive Behaviors 1998; Vol 23(6): 933-946.*
- Secades Villa, R., Benavente, M. *Predictores de la Retención en una Comunidad Terapéutica para Drogodependientes. Adicciones, 2000; Vol 12 (3): 365-371.*
- Sudhinaraset, M., Wigglesworth, C., Takeuchi, D. *Social and Cultural Contexts of Alcohol Use: Influences in a Social-Ecological Framework. Alcohol Research: Current Reviews 2012; Vol 38(1): 35-45.*
- The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.); American Psychiatric Association, 2013.*
- Thoits, P.A. *Social support as coping assistance. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1986; Vol 54(4): 416-423.*
- Tonda L. Hughes, Ph.D., R.N., F.A.A.N., Sharon C. Wilsnack, Ph.D., and Lori Wolfgang Kantor, M.A. *The Influence of Gender and Sexual Orientation on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems: Toward a Global Perspective Alcohol Research: Current Reviews 2012; Vol 38(1): 121-132.*
- Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Leo, G.I., Johnson, L. *Alcohol abusers' perceptions of the accuracy of their self-reports of drinking: implications for treatment. Addict Behav 1992 Sep-Oct; Vol 17(5): 507-11.*
- Trim, R. S., Schuckit, M. A., Smith, T. L. *Predictors of Initial and Sustained Remission from Alcohol Use Disorders: Findings from the 30-Year Follow-Up of the San Diego Prospective Study. Alcohol Clin Exp Res 2013; Vol 37: 1424-143.*
- Tuithof, M., ten Have, M., van den Brink, W., Vollebergh W, de Graaf, R. *Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder. Drug Alcohol Depend 2014 Jul 1; Vol 140:85-91.*
- Vázquez Bourgon, J., Ramírez Bonilla, M.L., et al. *Programa de Intervención Síndrome Dependencia Alcohólica Grave. Unidad de Psiquiatría Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" 2013.*
- Vega, O.J., Juárez, F. *Relación entre alcoholismo y rasgos clínicos de personalidad en grupos de alcohólicos anónimos de las principales ciudades de Boyacá (Colombia). Salud Soc Uptc. 2014; Vol 1(2): 40-45.*
- Walitzer, K.S., Dearing, R.L. *Gender differences in alcohol and substance use relapse. Clinical Psychology Review. 2006; Vol26: 128-148.*
- Walton, M.A., Blow, F.C., Bingham, C.R., Chermack, S.T. *Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. Addictive Behaviors 2003; Vol 28 (4): 627-642.*
- Willinger, U., Lenzinger, E., Hornik, K., Fischer, G., Schönbeck, G., Aschauer, H.N., Meszaros, K. *Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. Alcohol and Alcoholism 2002 Nov-Dec; Vol 37(6):609-612.*

Witkiewitz, K., Marlatt, G.A. *Modeling the Complexity of Post-Treatment Drinking: It's a Rocky Road to Relapse. Clin Psychol Rev.* 2007 Jul; Vol 27(6): 724–738.

Wray, J.M., Tiffany, S.T. *The clinical significance of drug craving. Ann N Y Acad Sci.* 2012; Vol 2: 1-17.