



FACULTAD DE FARMACIA

Grado en Farmacia

ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS Y PSICOTERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Junio 2025

Autor: Alba Fernández Herrera

Modalidad: Revisión bibliográfica

Tutor: Francisco Navarrete Rueda

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL: NEUROBIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y CLÍNICA.....	3
ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL TCA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO	6
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	7
PSICOTERAPIA	9
LIMITACIONES EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON TCA	10
JUSTIFICACIÓN.....	11
OBJETIVOS	12
OBJETIVO GENERAL	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
MATERIALES Y MÉTODOS.....	13
RESULTADOS.....	17
1. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS.....	17
1.1. Reflexión personal y propuestas de mejora.....	19
2. REVISIÓN DE EVIDENCIA FARMACOLÓGICA, PSICOTERAPÉUTICA Y MARCADORES	20
3. NOVEDADES EN FARMACOLOGÍA	23
4. NOVEDADES EN PSICOTERAPIA	26
5. PROGRAMAS INTEGRADOS DE LARGA DURACIÓN	32
5.1. Importancia del seguimiento continuo y la adherencia.....	32
5.2. Participación en grupos de apoyo	33
5.3. Perspectiva del paciente y factores subjetivos	33
5.4. Evaluación y medidas del tratamiento	33
5.5. Atención primaria y prevención.....	34
5.6. Coste-efectividad de los programas a largo plazo	34
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	47

RESUMEN

El trastorno por consumo de alcohol (TCA) afecta aproximadamente al 5 % de la población mundial, lo que supone un importante impacto económico y social en la salud pública. Esta revisión bibliográfica evaluó la eficacia de las estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas más recientes en el tratamiento del TCA, así como el efecto de los enfoques integrados y de larga duración sobre la adherencia y el éxito terapéutico.

Se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos PubMed de ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis publicados entre 2020 y 2025, centrados en adultos con TCA. Se incluyeron un total de 55 artículos. En el ámbito farmacológico, el ibudilast destacó por su capacidad para reducir el deseo de consumo, posiblemente mediante mecanismos antiinflamatorios y neuroinmunes. También se observó una disminución de la reactividad ante estímulos relacionados con el alcohol gracias a los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), así como una mayor tasa de mantenimiento de la abstinencia con el uso de oxibato de sodio. El cannabidiol, aunque aún en fases tempranas de investigación, mostró resultados prometedores en cuanto a seguridad y potencial terapéutico.

En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, se evidenció un avance hacia la digitalización, la individualización y la combinación de terapias, lo cual se tradujo en una reducción significativa del consumo. Finalmente, la implementación de programas de seguimiento continuo más prolongados y multidisciplinarios, junto con la participación en grupos de apoyo, se asoció con una mejora en las tasas de abstinencia y podría representar una estrategia costo-efectiva en el tratamiento integral del TCA.

En conclusión, fármacos como el ibudilast, los agonistas del receptor GLP-1, el oxibato de sodio y el cannabidiol muestran un potencial terapéutico prometedor en el tratamiento del TCA, aunque se requiere mayor evidencia para confirmar su eficacia. La integración de intervenciones sostenidas, individualizadas y comunitarias se presenta como una estrategia clave para mejorar los resultados clínicos en esta población.

INTRODUCCIÓN

EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Según la encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) de 2024 el 63% de la población de 15 a 64 años declara haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, existiendo una diferencia en la prevalencia de consumo entre hombres y mujeres (70,9% frente a 56% respectivamente). Además, se registra una prevalencia diaria del 10,5% en esta misma población, esto convierte al alcohol en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo¹.

El consumo de alcohol supone una carga inaceptable para la salud pública y la sociedad. En 2016, el uso nocivo del alcohol provocó en todo el mundo tres millones de muertes aproximadamente (el 5,3% del total de muertes) y 132,6 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (el 5,1% del total de AVAD). Ese mismo año, la proporción del total de muertes y de AVAD atribuibles al consumo de alcohol fue máxima en la Región de Europa (10,1% del total de muertes y 10,8% del total de AVAD). Estos AVAD se deben principalmente a enfermedades no transmisibles, trastornos mentales y lesiones atribuidas al consumo de alcohol.

En cuanto a número de personas con trastornos por consumo de alcohol, la OMS calcula que 283 millones de personas mayores de 14 años lo padece, lo que representa el 5,1% mundial, y la forma más grave de trastorno por consumo de alcohol, que es la dependencia de este, afecta al 2,6% de los adultos en el mundo².

TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL: NEUROBIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y CLÍNICA

1. NEUROBIOLOGÍA

A nivel neurobiológico, el alcohol actúa sobre el sistema nervioso central potenciando la acción del ácido gamma aminobutírico (GABA) en los receptores GABA-A, lo que inhibe la actividad neuronal. Al mismo tiempo,

bloquea los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA), afectando la memoria y el aprendizaje. También interactúa con sistemas opioide y serotoninérgico, activando los receptores mu en el área tegmental ventral, lo que aumenta la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y refuerza el consumo.

Con el uso crónico, el sistema nervioso central se adapta reduciendo los receptores GABA y aumentando los NMDA y los canales de calcio, lo que genera un estado de hiperexcitabilidad al cesar el consumo. Esto provoca síntomas de abstinencia como convulsiones, hiperactividad y un fuerte deseo de beber, debido a la disminución de la actividad dopaminérgica.

A largo plazo, las alteraciones cerebrales pueden persistir incluso después de la desintoxicación, facilitando recaídas y reforzando el deseo de consumo ante estímulos asociados al alcohol³.

2. DIAGNÓSTICO

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) establece que el trastorno por consumo de alcohol (TCA) se diagnostica cuando una persona cumple al menos 2 de los criterios incluidos en la Tabla 1 en un período de 12 meses. La gravedad varía según el número de síntomas: leve (2-3), moderado (4-5) o grave (6 o más).

El diagnóstico también debe indicar si el paciente está en "remisión inicial" (sin síntomas por más de 3 meses, pero menos de 12, excepto el deseo de consumir) o en "remisión continuada" (sin síntomas por al menos 12 meses, salvo el deseo de beber). Asimismo, se especifica si la persona está en un entorno controlado con acceso restringido al alcohol.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TCA según el DSM-V⁴.

GRUPO	CRITERIOS
CONTROL DEFICITARIO	1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto. 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol. 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos. 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
DETERIORO SOCIAL	5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar. 6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol. 7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
CONSUMO DE RIESGO	8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico. 9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
CRITERIOS FARMACOLÓGICOS	10. Tolerancia. 11. Abstinencia.

Además, existen algunos cuestionarios que ayudan a identificar y clasificar el consumo problemático de alcohol, entre los que se incluyen el AUDIT, con 10 preguntas sobre consumo, dependencia y consecuencias; el CAGE, un test breve de 4 preguntas sobre la necesidad de reducir el consumo y sus efectos emocionales; el MAST, más extenso, que evalúa el abuso a lo largo del tiempo; el TWEAK, diseñado para mujeres embarazadas; y el basado en los criterios del DSM-5, que mide la gravedad del trastorno según síntomas específicos.

3. CLÍNICA

Las consecuencias funcionales del TCA incluyen deterioro en varios aspectos de la vida diaria como pueden ser la conducción, el manejo de maquinaria, el trabajo, los estudios, las relaciones interpersonales, la comunicación y la salud. Por este motivo, se asocia con un aumento en el riesgo de accidentes, violencia y suicidio.

Por otra parte, la ingesta de alcohol puede afectar a casi todos los sistemas, especialmente el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso, además de actuar como inmunosupresor aumentando el riesgo de enfermedades transmisibles, incluida la tuberculosis y el VIH. Entre estas afecciones se encuentran la gastritis, las úlceras en el estómago y duodeno, además de cirrosis hepática, pancreatitis y cáncer del tracto gastrointestinal en los casos más graves. Además, la hipertensión de bajo grado, las miopatías y el aumento en los niveles de triglicéridos y de colesterol LDL producida por este trastorno puede aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca, y el sistema nervioso se puede ver afectado por neuropatía periférica, déficits cognitivos, amnesia grave y cambios degenerativos en el cerebelo, algunos de ellos producidos por traumatismos y déficit en vitaminas del grupo B. Por último, debemos destacar el síndrome de Wernicke-Korsakoff que consiste en un trastorno amnésico persistente inducido por la deficiencia de vitamina B1, producida por el consumo de alcohol, en el que se daña la capacidad de codificar nueva información⁴.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL TCA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO

La OMS ha determinado que las políticas públicas más eficientes para reducir el consumo nocivo de alcohol son el aumento de los impuestos en las bebidas alcohólicas, la restricción en su publicidad y en la restricción de su presencia en comercios minoristas. También incluye las medidas que evitan la conducción bajo los efectos del alcohol y la garantía de acceso a pruebas de detección, intervenciones breves y tratamiento⁵.

Un programa general de tratamiento del trastorno por consumo de alcohol podría incluir las siguientes fases:

1. Toma de contacto: el profesional de salud prepara al paciente y a la familia para que sea más fácil la aceptación del diagnóstico y del tratamiento. Aquí se resuelven las dudas y preocupaciones del paciente y se puede empezar la desintoxicación y tratar las complicaciones.

2. Fase de estabilización: incluye la desintoxicación si no se había realizado antes, el manejo del síndrome de abstinencia que puede ser potencialmente mortal, especialmente en pacientes consumidores crónicos y de elevadas cantidades de alcohol, y el comienzo de la deshabitación.
3. Fase de paciente deshabitado: en esta fase son necesarias revisiones periódicas con intervenciones psicológicas y se puede añadir la integración del paciente en asociaciones antialcohólicas con el objetivo de mantener la abstinencia y evitar recaídas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Según el estado en el que llegue el paciente se seguirá un protocolo de actuación dirigido a tratar los síntomas que presente. En la intoxicación aguda el tratamiento tiene como objetivo recuperar el nivel de conciencia y calmar la agitación. Además, hay que tener en cuenta la posible asociación con medicamentos depresores del sistema nervioso central, que podría empeorar la situación causando una depresión respiratoria. También forma parte de esta intervención descartar patología neurológica y traumatismos, vigilar hipoglucemia, depresión respiratoria, aspiración, hipotensión, hipotermia, acidosis e hiperpotasemia.

Las principales medidas que debemos tomar en la fase de intoxicación alcohólica aguda son administración de tiamina (100-300 mg vía intravenosa o intramuscular) para evitar la aparición del síndrome de Wernicke-Korsakoff y administrar glucosa para evitar hipoglucemia. Como tratamiento farmacológico, en el caso de que se sospeche intoxicación por opiáceos o benzodiazepinas utilizar naltrexona y flumazenilo, y si el paciente presenta agitación psicomotriz administrar haloperidol 5 mg o diazepam 5 mg vía intravenosa o intramuscular.

Una vez tratada la intoxicación aguda se debe prevenir el desarrollo del síndrome de abstinencia y facilitar el paso a la deshabitación. La desintoxicación se realizará en un periodo de entre 7 y 20 días y se basará principalmente en una combinación de distintas dosis de clometiazol, diazepam y tiaprizal, aunque dependerá de los síntomas y la gravedad.

Finalmente, tras haber tratado los síndromes de intoxicación y abstinencia comienza la deshabitación alcohólica. En ella, debe existir un apoyo psicológico y un seguimiento del paciente durante un largo periodo ya que son frecuentes las recaídas en esta fase. También se puede valorar la introducción de fármacos interdictores y antideseo.

Los fármacos interdictores como el disulfiram o la cianamida cálcica inhiben la aldehído deshidrogenasa de forma irreversible o reversible respectivamente, produciendo la acumulación de acetaldehído que produce un síndrome conocido como efecto Antabus, caracterizado por vasodilatación cutánea con rubefacción facial, sudoración, sed, cefalea pulsátil intensa, disnea, náuseas, vértigo, visión borrosa y confusión mental entre otros síntomas. Estos medicamentos interaccionan con el metabolismo hepático de otros fármacos como difenilhidantohína, isoniazida, metronidazol y perfenazina por lo que no se deben combinar con estos. Además, están contraindicados para su empleo en personas con cardiopatía moderada-grave, embarazo, enfermedad pulmonar severa, cirrosis hepática, diabetes mellitus, hipotiroidismo, epilepsia y psicosis agudas.

Los fármacos antideseo se usan cuando hay un estado motivacional intenso en el que el paciente tiene un gran deseo de beber, que puede acabar en una recaída. Entre ellos encontramos la naltrexona, que es un antagonista opiáceo que desplaza de manera competitiva las moléculas agonistas de los receptores opioides eliminando la conducta de refuerzo, ya que los opioides endógenos parecen modular la conducta de ingesta de alcohol que se asocia a la actividad de los sistemas endorfinérgicos. La naltrexona está contraindicada en embarazo, lactancia, dependencia activa a opiáceos y hepatopatía moderada-grave. Por otro lado, el nalmefeno es el fármaco más reciente en el tratamiento de la dependencia al alcohol y su mecanismo de acción se basa en la modulación del sistema opioide actuando como antagonista de los receptores μ , δ y como agonista parcial del receptor κ . También se emplea el acamprosato como otro fármaco antideseo que actúa antagonizando los receptores NMDA. El acamprosato posee una actividad estimulante del neurotransmisor inhibitor de la transmisión GABA, así como una acción antagonista de los aminoácidos excitatorios, particularmente el glutamato.

Otro grupo de fármacos empleados en el abordaje del TCA son los denominados anti-impulsivos, como sería el caso del topiramato, que en combinación con la naltrexona consigue reducir significativamente el número de consumiciones por día y el deseo de consumirlo. Además, hay otros fármacos relacionados menos potentes como la oxcarbacepina, la gabapentina, y la lamotrigina, todos ellos pertenecientes al grupo farmacológico de los antiepilépticos.

Finalmente, se pueden usar los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), pero no tienen tanta evidencia. Podrían ser de primera elección cuando existe sintomatología depresiva asociada al alcoholismo.

Tabla 2. Fármacos usados en el TCA.

FASE	TRATAMIENTO
FASE DE INTOXICACIÓN AGUDA	<ul style="list-style-type: none"> Tiamina 100-200 mg/día (puede llegar hasta 1.000 mg en caso de urgencia en síndrome de Wernicke-Korsakoff). Glucosa 5% intravenosa para evitar la hipoglucemia. Naltrexona y flumazenilo si hay sospecha de intoxicación por opiáceos o benzodiazepinas. Haloperidol o diazepam 5 mg vía intravenosa o intramuscular en caso de agitación psicomotriz.
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Diazepam 10 mg VO, 3 o 4 veces al día durante las primeras 24 horas, reduciendo a 5 mg VO 3 o 4 veces al día. Tiaprída 300-400 mg/día VO. Clometiazol (Distraneurine ®) comprimidos de 192 mg VO: <p><u>Dosis inicial:</u> 2 a 4 cápsulas; si es necesario, puede repetirse esta dosis transcurridas unas horas.</p> <p><u>Día 1, primeras 24 horas:</u> 9 a 12 cápsulas, divididas en 3 o 4 dosis.</p> <p><u>Día 2:</u> 6 a 8 cápsulas, divididas en 3 o 4 dosis.</p> <p><u>Día 3:</u> 4 a 6 cápsulas, divididas en 3 o 4 dosis.</p> <p><u>Días 4 a 6:</u> Reducción gradual de la dosis hasta suprimir la medicación.</p>
FASE DE DESHABITUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Disulfiram 250-500 mg/día VO. Naltrexona 50 mg/día VO. Acamprosato comprimidos de 333 mg VO: 4-6 comprimidos repartidos en 3 tomas diarias. Nalmefeno comprimidos de 18 mg VO: 1 comprimido los días que el paciente perciba riesgo de consumo de alcohol.

PSICOTERAPIA

El pilar fundamental de la recuperación en el TCA es la psicoterapia. Esta debe implantarse desde el inicio del tratamiento y debe continuar a lo largo de los años. Sus objetivos son: mantener la adherencia terapéutica, prevenir recaídas, aumentar la calidad de vida y reducir la aparición de comorbilidades psiquiátricas en el paciente.

Al igual que en el tratamiento farmacológico, en la psicoterapia existe una gran variedad de posibles intervenciones terapéuticas como pueden ser las técnicas cognitivo-conductuales, el abordaje motivacional, la terapia familiar y de pareja, terapia de grupo y asociaciones. En la Tabla 3 (dentro de los anexos) se describen todas las técnicas de psicoterapia que se pueden aplicar en el tratamiento del TCA. Se prioriza la terapia individualizada al inicio, pero según avance el paciente se puede plantear la posibilidad de pasar a la terapia grupal.

En algunos pacientes puede aparecer una alteración psicótica o cognitiva debido al consumo de alcohol, por lo que en estos pacientes se deberá realizar un control más exhaustivo y tratamiento psiquiátrico.

Por otro lado, están los pacientes que, aunque no hayan desarrollado una dependencia hacia el alcohol, sí que presentan un consumo perjudicial y no están dispuestos a mantener una abstinencia. Con ellos se puede llevar a cabo un programa de reducción de daños, en el que se intenta que se limite el consumo de alcohol por debajo de los niveles de riesgo (200 gramos y 160 gramos por semana para el hombre y la mujer, respectivamente)⁶.

LIMITACIONES EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON TCA

El tratamiento del TCA enfrenta múltiples limitaciones que dificultan la consecución de los objetivos terapéuticos (abstinencia parcial o total, reinserción social, familiar y laboral, la prevención de recaídas y la reducción de daños). Estas limitaciones pueden ser debidas a factores biológicos, psicológicos, sociales y estructurales del sistema de salud.

Dentro de los factores individuales del paciente destaca la complejidad de la adherencia al tratamiento. Muchos pacientes no presentan una buena adherencia debido al desconocimiento sobre la importancia del tratamiento, la presencia de trastornos psiquiátricos concomitantes y la reticencia al cambio.

Por otro lado, este trastorno tiene un alto riesgo de recaídas. Esto ocurre por determinantes como los síntomas de abstinencia, el estrés, el entorno social donde está normalizado el consumo de bebidas alcohólicas y, por tanto, la disponibilidad de alcohol. Principalmente, los factores que pueden prevenir las

recaídas son la motivación del paciente y el nivel de apoyo social que tenga. Esto va a hacer que el riesgo de recaída sea muy variable dependiendo de cada paciente.

En cuanto al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico habrá diferencias interindividuales en su efectividad debido a factores genéticos y biológicos, así como a las barreras emocionales y cognitivas que pueda tener el paciente. En este ámbito, también es importante tener en cuenta el estigma asociado al alcoholismo, que supone en el usuario un rechazo hacia la búsqueda de ayuda profesional, por lo que ni siquiera llega a iniciar un tratamiento.

Finalmente, hay que recalcar que el tratamiento del TCA debe tener un enfoque multidisciplinario donde se incluye, como ya hemos comentado, la atención médica, psicológica y social. Sin embargo, hay sistemas de salud en los que la coordinación entre estos servicios es deficiente, lo que limita la continuidad del tratamiento y el seguimiento del paciente.

JUSTIFICACIÓN

Debido al impacto del TCA en la salud pública y las múltiples limitaciones en su manejo, es importante analizar la efectividad de las estrategias actuales para optimizar el proceso terapéutico. En los últimos años, han surgido nuevas tendencias en el tratamiento del alcoholismo, como el uso de terapias digitales, modelos de reducción de daños, nuevas estrategias farmacológicas o la prolongación de los programas de deshabituación. Una revisión actualizada permitirá evidenciar cuáles de estas estrategias están mostrando mejores resultados, contribuyendo así a una mejor toma de decisiones clínicas y a la mejora de los programas de tratamiento para el TCA.

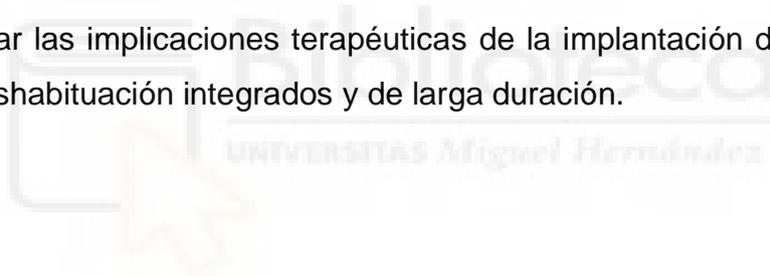
OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar las estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas actuales y más novedosas en el tratamiento del TCA, evaluando su eficacia y aplicabilidad clínica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el abordaje terapéutico actual del TCA a través de una estancia corta en la Unidad de Conductas Adictivas de Elda.
- Analizar la efectividad de las estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas actuales en la prevención de recaídas y el mantenimiento de la abstinencia.
- Explorar nuevas estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas, evaluando su potencial impacto en la adherencia y éxito terapéutico.
- Evaluar las implicaciones terapéuticas de la implantación de programas de deshabituación integrados y de larga duración.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica entre los meses de marzo a mayo de 2025 acerca de la efectividad de los distintos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos en pacientes con TCA. Primero se planteó una estrategia de búsqueda, después se seleccionaron los artículos con contenido acorde a los criterios planteados y, tras la extracción de la información más relevante, ésta fue analizada. En la Ilustración 1 podemos ver un esquema con el proceso de selección de los artículos.

La estrategia de búsqueda se realizó en base a la pregunta de investigación PICO formada por los apartados Paciente, Intervención, Comparación y *Outcome* (resultado). La pregunta planteada fue: ¿Qué estrategias terapéuticas son más efectivas en la recuperación en las personas con trastorno por consumo de alcohol?

Paciente: personas con trastorno por consumo de alcohol.

Intervención: tratamiento farmacológico (disulfiram, naltrexona, acamprosato, nalmefeno, etc) y/o psicoterapéutico (terapia cognitivo-conductual, entrevista Motivacional, programas de refuerzo comunitario, etc).

Comparación: Comparación entre distintos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos en combinación o en monoterapia.

Resultado: Reducción del consumo de alcohol, abstinencia mantenida, disminución de recaídas y mejora de la calidad de vida.

Para encontrar los estudios que satisfacen nuestra pregunta PICO, la búsqueda se dividió en 4 bloques: metaanálisis de efectividad de fármacos y psicoterapia, novedades en farmacología, novedades en psicoterapia y programas integrados y de larga duración.

La primera búsqueda tenía el objetivo de encontrar los metaanálisis más relevantes en el campo del tratamiento del TCA para valorar las intervenciones que se están realizando actualmente. Para ello utilizamos el cuadro de búsqueda:

("Treatment Outcome"[MeSH Terms] AND "Alcoholism"[MeSH Terms]) AND ((fha[Filter]) AND (meta-analysis[Filter]) AND (fft[Filter]) AND (2020:2025[pdat]))

La segunda estrategia de búsqueda se realizó con el objetivo de describir los ensayos clínicos realizados durante los últimos 5 años en el ámbito de la terapia farmacológica del TCA. Para ello se utilizó el siguiente cuadro de búsqueda en PubMed:

((("alcoholic s"[All Fields] OR "alcoholics"[MeSH Terms] OR "alcoholics"[All Fields] OR "alcoholic"[All Fields] OR "alcoholism"[MeSH Terms] OR "alcoholism"[All Fields] OR "alcoholisms"[All Fields] OR "alcoholism s"[All Fields] OR "alcoholization"[All Fields]) AND ("ibudilast"[Supplementary Concept] OR "ibudilast"[All Fields] OR ("sodium oxybate"[Supplementary Concept] OR "sodium oxybate"[All Fields] OR "gamma hydroxybutyrate"[All Fields] OR "sodium oxybate"[MeSH Terms] OR ("sodium"[All Fields] AND "oxybate"[All Fields]) OR ("gamma"[All Fields] AND "hydroxybutyrate"[All Fields])) OR ("suvorexant"[Supplementary Concept] OR "suvorexant"[All Fields]) OR "GLP"[All Fields] OR "ABT-436"[All Fields] OR "GET73"[All Fields] OR ("asp8062"[Supplementary Concept] OR "asp8062"[All Fields]) OR ("pf 5190457"[Supplementary Concept] OR "pf 5190457"[All Fields] OR "pf 5190457"[All Fields]) OR ("cannabidiol"[Supplementary Concept] OR "cannabidiol"[All Fields] OR "cannabidiol"[MeSH Terms] OR "cannabidiolic"[All Fields]) OR ("oleoylethanolamide"[Supplementary Concept] OR "oleoylethanolamide"[All Fields]) OR ("aticaprant"[Supplementary Concept] OR "aticaprant"[All Fields]) OR ("sodium oxybate"[Supplementary Concept] OR "sodium oxybate"[All Fields] OR "sodium oxybate"[MeSH Terms] OR ("sodium"[All Fields] AND "oxybate"[All Fields]))) AND ((y_5[Filter]) AND (fha[Filter]) AND (clinicaltrial[Filter]) AND (fft[Filter]))

En la tercera búsqueda investigamos las novedades en psicoterapia de los últimos 5 años por lo que usamos el cuadro de búsqueda:

("Treatment Outcome"[MeSH Terms] AND "Alcoholism"[MeSH Terms] AND "Psychotherapy"[MeSH Terms] AND "hasabstract"[All Fields] AND "clinical trial"[Publication Type] AND "loattrfull text"[Filter] AND "humans"[MeSH Terms]) AND (y_5[Filter])

Finalmente, la cuarta búsqueda consistió en examinar los estudios más recientes sobre las terapias integradas y de larga duración para ver su impacto en la recuperación del TCA. Para ello usamos el cuadro de búsqueda:

("Alcohol-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "Alcoholism"[MeSH Terms] OR "Substance Abuse Treatment Centers"[MeSH Terms]) AND ("Continuity of Patient Care"[MeSH Terms] OR "delivery of health care, integrated"[MeSH Terms] OR "Patient Care Planning"[MeSH Terms] OR "Comprehensive Health Care"[MeSH Terms]) AND "Longitudinal Studies"[MeSH Terms]

El cribado de los artículos se basó principalmente en su disponibilidad (*full text*), se incluyeron únicamente los ensayos clínicos en humanos (excepto en los estudios sobre el cannabidiol) y se excluyeron los estudios que incluían pacientes con TCA que tenían alguna comorbilidad como VIH+ o con otros trastornos por uso de sustancias diferentes al alcohol, ya que estos pacientes necesitarían una terapia más específica adaptada a sus necesidades. Además, en el apartado de novedades se filtraron los artículos por fecha de publicación con un máximo de 5 años de antigüedad y se incluyeron únicamente ensayos clínicos, mientras que en el apartado de metaanálisis de fármacos y psicoterapia solamente se incluyeron los metaanálisis. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron y analizaron un total de 55 artículos.

Además de la búsqueda en fuentes bibliográficas, se incluyó como parte de las estancias la asistencia durante una semana a la Unidad de Conductas Adictivas de Elda, para conocer cómo se llevan a cabo las terapias en fase de deshabitación de alcohol en la actualidad.

	Metaanálisis fármacos y psicoterapia	Novedades en fármacos	Novedades en psicoterapia	Integral y larga duración
Identificación	Artículos recuperados en las bases de datos (n=20)	Artículos recuperados en las bases de datos (n=32)	Artículos recuperados en las bases de datos (n=40)	Artículos recuperados en las bases de datos (n=58)
Cribado	Artículos no incluidos tras lectura de título y resumen (n=10)	Artículos no incluidos tras lectura de título y resumen (n=17)	Artículos no incluidos tras lectura de título y resumen (n=22)	Artículos no incluidos tras lectura de título y resumen (n=46)
Incluido	Artículos incluidos en la revisión (n=10)	Artículos incluidos en la revisión (n=15)	Artículos incluidos en la revisión (n=18)	Artículos incluidos en la revisión (n=12)

Ilustración 1. Diagrama de flujo del cribado de artículos.

RESULTADOS

1. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS

Dentro del abordaje integral del trastorno por consumo de alcohol, las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) desempeñan un papel fundamental como dispositivos especializados en el tratamiento ambulatorio de personas con trastornos adictivos. Integradas en la red pública de salud, estas unidades ofrecen atención multidisciplinar centrada en la desintoxicación, rehabilitación y mantenimiento de la abstinencia, mediante intervenciones médicas, psicológicas y sociales.

La UCA de Elda, ubicada en la calle Maestro Granados, 32, junto al Consultorio Auxiliar de Elda y a aproximadamente 20 minutos a pie del Hospital General Universitario de Elda, representa un claro ejemplo de este modelo asistencial.

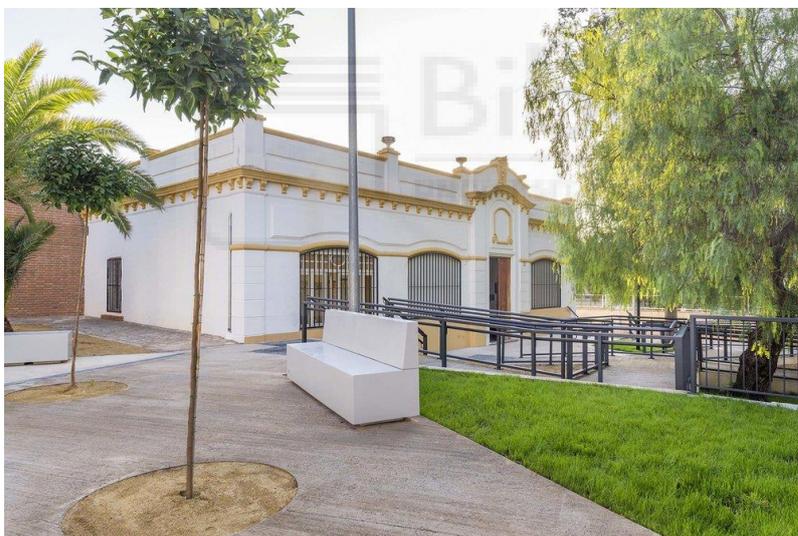


Ilustración 2. *Entrada de la Unidad de Conductas Adictivas de Elda.*

Esta unidad cuenta con un equipo profesional compuesto por un médico, dos psicólogos, dos trabajadores sociales, dos enfermeros y un auxiliar de enfermería, quienes trabajan de forma coordinada para ofrecer una atención integral y personalizada. Además del tratamiento a la persona con adicción, se brinda orientación y apoyo a su entorno familiar.

El tratamiento habitual de deshabitación incluye una parte farmacológica, utilizando medicamentos con indicación específica para la dependencia

alcohólica, como acamprosato, nalmefeno, disulfiram o naltrexona. Paralelamente, se lleva a cabo una intervención psicoterapéutica, al inicio de forma individual, basada en la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional. Posteriormente, y según la evolución del paciente, se puede incorporar terapia familiar o grupal, aunque estas últimas se realizan en centros externos.

La duración del tratamiento es variable y se adapta a la evolución individual del paciente, se evalúa mediante controles semanales de detección de alcohol en orina. Estos se realizan cada lunes por la mañana. Tras un año de resultados negativos, se obtiene un alta parcial y los controles pasan a ser aleatorios: una enfermera contacta con una persona cercana para que el paciente acuda ese mismo día a realizar la prueba. Si tras otro año de resultados negativos se mantiene la abstinencia, se consigue el alta definitiva. Durante todo este proceso, el paciente conserva el acceso a la farmacoterapia y a la intervención psicológica.

La UCA de Elda constituye un recurso imprescindible en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol, ya que forma parte del Sistema Nacional de Salud, lo que implica que sea gratuito, confidencial y accesible. Asimismo, ofrece un entorno seguro que no estigmatiza, lo que favorece que el paciente pueda expresarse libremente y que pueda establecerse un vínculo terapéutico.

No obstante, esta unidad presenta ciertas limitaciones que pueden afectar a la eficacia del tratamiento. Una de las principales es la falta de recursos humanos ante la alta demanda. Debido a las listas de espera, especialmente en las visitas con el médico y los psicólogos, son las enfermeras quienes realizan las entrevistas iniciales para evitar retrasos de hasta tres meses en el inicio del tratamiento. Posteriormente, informan al médico sobre los nuevos casos y le sugieren la pauta terapéutica en reuniones semanales. Sin esta intervención de enfermería, las consecuencias para el paciente podrían ser una progresión del trastorno hacia un refuerzo del patrón adictivo y mayores complicaciones físicas y de los trastornos mentales, un mayor deterioro de las relaciones personales, violencia doméstica, mayor coste sanitario por urgencias hospitalarias y sobre todo una disminución de la motivación al cambio, ya que tomar la decisión de acudir a una UCA es difícil por el estigma que tiene el uso de estas instalaciones

y el retraso de la primera visita puede suponer un replanteamiento de la situación, haciendo que la persona pierda el interés.

Otra limitación es la fiabilidad del sistema de control de la abstinencia. Aunque el etanol puede detectarse en orina hasta 24–48 horas tras el consumo, el hecho de realizar análisis solo una vez por semana permite márgenes temporales en los que el consumo puede pasar desapercibido.

Además, no se contempla una perspectiva de género en el abordaje terapéutico. Aunque en la práctica se observa una infrarrepresentación de mujeres en el tratamiento, no se han implementado estrategias específicas para facilitar su acceso y adherencia. En general, las mujeres acuden menos porque sienten mayor estigmatización que los hombres, esto hace que las mujeres consuman de forma habitual en casa cuando están a solas, mientras los hombres tienen un consumo más social. También, el sentimiento de responsabilidad familiar es mayor en mujeres y esto hace que las que inician el tratamiento decidan dejarlo prematuramente para poder atender las tareas del hogar y cuidar de la familia, además de no plantearse el ingreso en caso de ser necesario.

Finalmente, esta UCA no contempla la estrategia de reducción de daños como alternativa terapéutica. La abstinencia es el único objetivo planteado, lo que puede disuadir a pacientes que solo se plantean una reducción del consumo. Aun así, el consumo puntual no implica el rechazo del paciente ni la suspensión del tratamiento, se mantendría una actitud de acompañamiento.

1.1. Reflexión personal y propuestas de mejora

La experiencia en la UCA ha constituido una oportunidad valiosa para observar de forma directa la complejidad de las intervenciones en el TCA, así como para analizar tanto la importancia del abordaje multidisciplinar como las limitaciones que aún presentan en la práctica asistencial.

Entre los principales puntos de mejora se encuentran la necesidad de reforzar el equipo profesional y mejorar los sistemas de control de abstinencia mediante análisis más sensibles al consumo de alcohol como puede ser el uso de biomarcadores como el etilglucurónido (EtG), que permite una ventana de detección más amplia. Por otro lado, también es importante incorporar una perspectiva de género que ayude a las mujeres a superar las barreras en el

acceso y el mantenimiento de la adherencia. Finalmente, ampliar los objetivos de recuperación incluyendo la reducción de daños supondría un gran beneficio para los pacientes que no se plantean la abstinencia total, reduciendo el abandono del tratamiento.

2. REVISIÓN DE EVIDENCIA FARMACOLÓGICA, PSICOTERAPÉUTICA Y MARCADORES

El tratamiento del TCA ha avanzado significativamente en los últimos años, con una creciente evidencia de efectividad de intervenciones farmacológicas, psicosociales y combinadas. Una revisión sistemática y metaanálisis reciente dirigida por Kotake K y cols⁷ evaluó diversos fármacos para la deshabituación alcohólica. Entre los medicamentos más prometedores destacan el nalmefeno, el topiramato y el baclofeno, que han demostrado eficacia al reducir los días de consumo excesivo de alcohol y el consumo total, aunque presentan como inconveniente una alta frecuencia de efectos adversos. Por otro lado, fármacos como el valproato, levetiracetam y pregabalina muestran un potencial terapéutico, aunque se requieren más estudios de largo plazo para confirmar su eficacia⁷. En el caso de la naltrexona de liberación prolongada, se ha observado una reducción significativa en los días de consumo de alcohol, especialmente cuando se prolonga la duración del tratamiento. Además, algunos estudios han mostrado que la naltrexona puede ser útil incluso sin desintoxicación previa, aunque la mayoría de las investigaciones han sido de corta duración, lo que podría subestimar sus beneficios reales⁸.

En cuanto a las estrategias más efectivas desde la atención primaria, un estudio de Cheng et al.⁹ concluyó que el acamprosato, la naltrexona y su combinación mostraron mayor efectividad para mantener la abstinencia y evitar el abandono del tratamiento, con una evidencia de eficacia y aceptabilidad moderada. El acamprosato, en particular, fue el único con confianza moderada sostenida hasta los 12 meses. Sin embargo, en general, la confianza en la evidencia de otras intervenciones sigue siendo baja, lo que subraya la necesidad de ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad.

Un aspecto relevante es que, pese a la eficacia de los fármacos, el placebo también muestra un efecto notable, aunque menor. Esto sugiere la existencia de factores psicológicos importantes en la respuesta al tratamiento¹⁰. En línea con esto, las intervenciones psicosociales han demostrado mejorar las tasas de abstinencia cuando se suman al tratamiento habitual, aunque no parecen ser eficaces para reducir la frecuencia o cantidad de consumo por sí solas¹¹.

Intervenciones dirigidas a padres consumidores de alcohol con hijos menores de 21 años mostraron mejores resultados cuando se combinaban componentes de crianza con estrategias específicas sobre el consumo de sustancias. En general, los efectos fueron más claros en hombres que en mujeres, posiblemente por diferencias en el diseño y contenido de las intervenciones¹².

Asimismo, se destaca el valor del ejercicio físico como intervención complementaria. Un metaanálisis de Li et al.¹³ mostró que el ejercicio puede mejorar indicadores físicos y mentales como el VO₂ máx., frecuencia cardíaca en reposo, ansiedad, depresión y estrés, lo que podría contribuir a la prevención de recaídas. La modalidad más efectiva parece ser el ejercicio mixto (aeróbico y de fuerza) durante un periodo no mayor a 12 semanas.

En el ámbito conductual, se ha cuestionado la utilidad de las intervenciones multiconductuales. Un estudio de Dai et al.¹⁴ concluyó que incluir recomendaciones sobre otros comportamientos (como dieta o actividad física) no mejora la eficacia de las intervenciones centradas en el alcohol. Esto sugiere que, debido a la relativa independencia del consumo de alcohol respecto a otros hábitos, puede ser más efectivo centrarse exclusivamente en este comportamiento.

En términos de biomarcadores, Green et al.¹⁵ han propuesto medir los efectos de la medicación sobre la estimulación, sedación, estado de ánimo negativo y deseo de consumo inducidos por el alcohol como posibles objetivos terapéuticos. Variables como la concentración máxima de alcohol en el aliento (BrAC) y el nivel de consumo de alcohol en la muestra resultaron críticas para evaluar la eficacia de los fármacos. Por ejemplo, para detectar efectos sedantes de los medicamentos, se requieren niveles altos de BrAC, mientras que los efectos ansiolíticos o sobre el craving pueden variar dependiendo de la intensidad del

consumo. Estos hallazgos resaltan la importancia del diseño de estudios que consideren cuidadosamente estas variables.

En el ámbito genético, el estudio de Biernacka et al.¹⁶ fue pionero en realizar análisis de asociación genómica completa (GWAS) sobre la respuesta al tratamiento del TCA. Aunque no se identificaron variantes genéticas únicas con gran peso, se evidenció una contribución poligénica, es decir, múltiples genes influyen de forma conjunta. El gen Brain and Reproductive Organ-Expressed (BRE) destacó por su asociación con recaídas en consumo excesivo de alcohol y por su posible implicación en mecanismos relacionados con la ansiedad y el craving. También se encontraron asociaciones relevantes para los tratamientos con acamprosato y naltrexona vinculadas a los genes *phosphatidic acid phosphatase type 2B* (PPAP2B) y *receptor type tyrosine protein phosphatase delta* (PTPRD), respectivamente. Sin embargo, genes tradicionalmente asociados al riesgo de TCA, como la alcohol deshidrogenasa, no mostraron ser predictores significativos de la respuesta al tratamiento en poblaciones europeas. Además, la representación desigual de género en los estudios sugiere la necesidad de investigaciones más inclusivas.

En conclusión, el tratamiento del TCA debe abordarse desde una perspectiva integral que combine terapias farmacológicas eficaces (como naltrexona, acamprosato o topiramato), intervenciones psicosociales adecuadamente dirigidas, y medidas complementarias como el ejercicio físico. Las características individuales del paciente (como el nivel de consumo, la respuesta subjetiva al alcohol y factores genéticos) deben considerarse para personalizar el tratamiento y optimizar resultados. Aunque se han logrado avances importantes, persisten lagunas en la evidencia, especialmente en torno a la duración óptima de los tratamientos, la efectividad de las combinaciones terapéuticas y el papel de los biomarcadores. Se necesitan estudios que prioricen el diseño riguroso, la representación diversa y la integración de nuevas tecnologías biomédicas para mejorar la eficacia y precisión de las intervenciones en el TCA. Esto justifica las búsquedas realizadas sobre novedades en los últimos 5 años en la recuperación de los pacientes con TCA que se explican a continuación.

3. NOVEDADES EN FARMACOLOGÍA

En los últimos años se han desarrollado diversos fármacos para el tratamiento del TCA, además de investigar fármacos ya existentes con indicaciones para otras enfermedades con el objetivo de encontrar una utilidad en el tratamiento del TCA. Los principales fármacos sometidos a ensayos clínicos han sido el ibudilast, los agonistas del receptor de péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), los agonistas inversos del receptor secretagogo de la hormona del crecimiento 1a (GHS-R1a o receptor de grelina), el oxibato de sodio y el cannabidiol.

Para empezar, el fármaco con más estudios realizados durante estos años es el **ibudilast**. En los diversos ensayos clínicos que encontramos se describen sus aplicaciones en el tratamiento para el TCA. Por un lado, se estudió su efecto en la modulación neuroinmune en pacientes con TCA que no buscaban tratamiento, concretamente si afectaba significativamente en la estimulación o sedación causadas por el alcohol, y se vio que, aunque no afectaba significativamente, fortaleció la relación entre estos dos efectos y el consumo de alcohol en los pacientes. Además, redujo el ansia inducida por el alcohol sobre todo en los usuarios sin disforia de abstinencia¹⁷.

En otro estudio realizado por Lindsay et al.¹⁸ se vio que el ibudilast aumentó la influencia de los estados de ánimo como depresión y felicidad en el deseo de consumo tras situaciones de estrés, pero no lo hizo tras la exposición a señales de alcohol. También se encontró que, aunque no moderara el efecto de la ansiedad, podía reducir el deseo de beber por una reducción de los síntomas depresivos y un aumento en la sensación de felicidad. Sin embargo, el ensayo se centró en la seguridad y no permitió el consumo de alcohol además de tener una muestra muy limitada, lo que limita las conclusiones clínicas¹⁸.

Otros estudios han evaluado el efecto de ibudilast sobre los marcadores potenciales de inflamación en personas con TUA, ya que se sospecha que podría funcionar a través de una vía neuroprotectora para reducir el consumo de alcohol en personas con TCA. En los resultados, el grupo tratado con ibudilast mostró niveles más bajos de proteína C reactiva (PCR) y de relación factor de necrosis tumoral α (TNF- α)/ interleucina 10 (IL-10), por lo que el ibudilast podría inducir respuestas antiinflamatorias periféricas y presuntamente centrales en pacientes

con TCA. El grupo de ibudilast redujo su consumo excesivo de alcohol en relación con el placebo. También se vio que los niveles superiores de colina (Cho) en la sustancia blanca frontal y el consumo posterior de alcohol estaban relacionados positivamente¹⁹.

Un análisis secundario evaluó la PCR como predictor de la respuesta al tratamiento con ibudilast y los resultados mostraron que el ibudilast era más efectivo en reducir el número de bebidas diarias en pacientes con una PCR inicial alta además de reducir la reactividad a señales en este grupo en comparación con los grupos de baja PCR que tomaron ibudilast y con el de PCR alta que tomaron placebo²⁰. Sin embargo, se vio que el ibudilast no tuvo un efecto significativo en el estado de ánimo negativo, pero redujo las probabilidades de un consumo excesivo de alcohol a lo largo del tiempo en un 45%. Por otra parte, en un estudio realizado por Lara et al.²¹, no se encontró evidencia de reducción en el porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol en comparación con placebo, ni se observó ningún efecto del ibudilast sobre los marcadores de inflamación periférica.

Finalmente, el ibudilast redujo la conectividad funcional inducida por el consumo de alcohol entre las regiones de procesamiento de recompensa y el estriado ventral, que están relacionadas con el número de bebidas por día²².

En conclusión, podemos decir que el ibudilast es un fármaco prometedor. Los hallazgos sugieren que su mecanismo de acción podría consistir en una atenuación de la conectividad funcional en los circuitos frontoestriatales relacionados con el procesamiento de la recompensa y en un efecto antiinflamatorio y neuroinmune que puede reducir el ansia y, por tanto, el consumo de alcohol en pacientes con TCA. Además, los individuos con inflamación periférica elevada al inicio del tratamiento podrían ser más sensibles a su efecto en cuanto a bebidas por día de consumo y la reactividad neuronal a las señales. Esto muestra la importancia de la aplicación de la medicina de precisión en pacientes con TCA debido a la heterogeneidad de sus características individuales.

Los **agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1)** son otros fármacos en los que se está avanzando mucho en investigación por

sus posibles utilidades en el ámbito del tratamiento del TCA. En estos últimos años se ha evaluado la efectividad de la exenatida administrada una vez por semana vía subcutánea durante 26 semanas sumado a la terapia cognitivo-conductual. En este ensayo clínico, la exenatida no redujo significativamente el número de días de consumo excesivo de alcohol, pero sí que disminuyó la reactividad de las señales de alcohol en la resonancia magnética funcional en el estriado ventral y el área septal (áreas cerebrales cruciales para la recompensa y la adicción a las drogas) de forma significativa. Además, la disponibilidad del transportador de dopamina fue menor. En un subgrupo de pacientes obesos se redujo además el consumo total de alcohol, lo que puede ser explicado porque la mayor disminución de glucosa en sangre en pacientes sin obesidad está asociada con una mayor ansia de alcohol²³.

Por otro lado, está la semaglutida, que fue evaluada en un estudio dirigido por Hendershot y cols. en el que este fármaco redujo significativamente el consumo diario, el ansia semanal de alcohol y predijo mayores reducciones en el consumo excesivo de alcohol a lo largo del tiempo. No obstante, el consumo promedio por día y el número de días de consumo no se vieron disminuidas con el tratamiento²⁴.

El **PF-5190457** es un nuevo fármaco que actúa como agonista inverso del receptor secretagogo de la hormona del crecimiento 1a (GHS-R1a o receptor de grelina) y su seguridad y su eficacia en el TCA ha sido evaluada en diversos estudios durante los últimos años. En cuanto a seguridad, el PF-5190457 no tuvo efectos significativos en ninguna hormona excepto una reducción de insulina, amilina y grelina acilada, y atenuó la disminución esperada de la tirotropina.²⁵ En un ensayo clínico de fase IIa, el fármaco no redujo el ansia de alcohol inducida por señales ni influyó en la activación neuronal (el experimento se realizó en un laboratorio que simulaba un bar)²⁶. Finalmente, la administración del fármaco disminuyó los niveles de IL-6 y aumentó los niveles de IL-10 en el contexto de la administración de alcohol. También se vieron concentraciones sanguíneas más bajas de citocinas proinflamatorias²⁷.

Además, un ensayo clínico a gran escala de 6 meses de duración confirmó la eficacia de otros de los fármacos que se ha ensayado recientemente, el **oxibato**

de sodio, sobre el mantenimiento de la abstinencia con una diferencia media de +43,1 días respecto al placebo en pacientes con TCA desintoxicados²⁸.

Por último, estudios preclínicos han demostrado que el **cannabidiol (CBD)** disminuye la administración de alcohol, la motivación para su consumo, el comportamiento similar a la recaída, y mejora los síntomas de abstinencia en estudios con animales expuestos a alcohol de forma crónica²⁹. A pesar de ello, un estudio realizado en babuinos demostró que la administración oral aguda de CBD (5–40 mg/kg) no alteró la búsqueda de alcohol ni los comportamientos de consumo, incluidos los patrones de ingesta, al igual que la administración crónica de CBD (10–40 mg/kg), que no tuvo efecto en ningún resultado³⁰.

Los estudios de seguridad en individuos con TCA de moderado a grave mostraron un perfil de seguridad similar en la administración de CBD de amplio espectro (sin tetrahidrocannabinol (THC)) respecto al CBD de espectro completo (<0,3% de THC), mientras que el CBD de espectro completo mostró mayor reducción en el antojo y en los síntomas de TCA respecto al de amplio espectro y placebo^{31,30}. En conclusión, la evidencia preclínica y clínica en otros trastornos por consumo de sustancias indica la promesa del CBD como una nueva terapia para el TCA³².

4. NOVEDADES EN PSICOTERAPIA

La principal novedad en estos últimos años en la terapia de recuperación de los pacientes con TCA es el uso de tecnologías digitales. En estos estudios se habla tanto del uso de nuevas aplicaciones para el teléfono móvil como de sesiones de terapia que se realizan de forma online o por teléfono.

En un ensayo clínico realizado por Östh et al.³³ se evaluaron los efectos en la reducción del consumo de alcohol tras el uso de una aplicación móvil. Uno de los grupos usaba un conteo de bebidas en la aplicación, mientras otro añadía un alcoholímetro acoplado, ambos con la terapia habitual, y un tercer grupo solo disponía de la terapia habitual que se basaba en entrevistas motivacionales y/o terapia cognitivo-conductual, combinadas con farmacoterapia a solicitud, durante 12 semanas. El resultado del estudio fue una reducción estadísticamente significativa a las 26 semanas de los días de consumo excesivo de alcohol en el

grupo que tenía el alcoholímetro sobre el grupo control, mientras el grupo que tenía la aplicación de conteo de bebidas no tuvo un impacto claro en el consumo de alcohol de los participantes. Por tanto, las aplicaciones móviles pueden ayudar a las personas con TCA a ser más conscientes del comportamiento que tienen respecto al alcohol, sobre todo cuando el objetivo no es la abstinencia, sino la reducción del consumo de riesgo.

Otros estudios realizados buscaban evaluar la eficacia de programas de terapia cognitivo-conductual aplicadas de forma digital. En el estudio dirigido por Kiluk³⁴ se comparó el tratamiento habitual (asesoramiento grupal o individual semanal) con dos grupos de terapia cognitivo-conductual (TCC), uno se realizaba de forma presencial y el otro a través de internet con una monitorización semanal. Se concluyó que tras 8 semanas no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con TCC, aunque ambos aumentaron su porcentaje de días de abstinencia y la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento. Por otra parte, la TCC digital fue más efectiva que la TCC tradicional tras 8 meses, posiblemente debido a que la pandemia de COVID-19 afectó la calidad de las sesiones presenciales. Estos resultados los comparte otro estudio de no inferioridad que demuestra que la TCC online no fue inferior a la presencial en la reducción del consumo de alcohol. Aun así, los participantes en el grupo presencial utilizaron más el tratamiento y dijeron estar más satisfechos³⁵.

Dentro de los estudios sobre la TCC que utiliza nuevas tecnologías también encontramos el ensayo clínico realizado por Sundström et al.³⁶ que investigó los efectos de hacer una entrevista de evaluación previa al tratamiento y la orientación sobre los resultados de consumo de alcohol en pacientes tratados con TCC de forma online. Se encontró que, en general, la TCC a través de internet produjo grandes reducciones en el consumo de alcohol, pero la realización de una entrevista de evaluación previa al tratamiento y la orientación de un médico no parecieron aumentar estas reducciones.

En cuanto a la TCC realizada a través de internet tenemos dos modalidades como nos presenta el estudio de Johansson et al.³⁷ Una de ellas está guiada por un terapeuta, mientras la otra se aplica como técnicas de autoayuda. En este estudio se ve como solo el grupo guiado por terapeuta redujo significativamente el consumo de alcohol y los problemas relacionados según el Alcohol Use

Disorders Identification Test (AUDIT) a los 3 meses respecto al grupo control que solo recibió información. Sin embargo, no se encontró ninguna diferencia a los 6 meses de seguimiento.

En conclusión, un programa de TCC basado en internet guiado por un terapeuta no resultó más eficaz que el mismo programa en una versión de autoayuda para reducir el consumo de alcohol u otros resultados relacionados con el alcohol. A corto plazo, la TCI guiada por un terapeuta fue más eficaz que la información. Esto nos muestra que solo algunas personas necesitarían la ayuda de un terapeuta cuando buscan un programa de ayuda en internet, por lo que se podría valorar si es una opción costo-beneficiosa en el tratamiento del TCA. Esto es lo que evalúa otro estudio dirigido por Kacmarek, donde se vio que el tratamiento con una TCC digital añadida al tratamiento habitual no supuso un coste diferente respecto a la aplicación del tratamiento habitual solo, ya que, aunque el primero tenía una mayor asistencia a sesiones, este último usó más servicios de salud fuera del protocolo³⁸.

Otra de las terapias que han sido evaluadas en su implementación digital es la modificación del sesgo cognitivo (MSC). En un estudio se asignó aleatoriamente a los participantes en condiciones distintas de MSC: modificación del sesgo de atención, entrenamiento en inhibición selectiva y modificación del sesgo de aproximación, todas divididas en grupo de intervención y grupo de placebo. Se concluyó que en todas las condiciones de MSC se redujo el consumo de alcohol, pero no hubo diferencias entre ellas, el efecto fue relacionado con el factor tiempo³⁹.

También se hizo un estudio para comparar la efectividad de la modificación del sesgo de aproximación online frente a una capacitación placebo, ambas combinadas con el tratamiento habitual. En los resultados se vio que ambos grupos redujeron significativamente su consumo de alcohol, pero, aunque los pacientes del grupo de intervención redujeron las tendencias de aproximación al alcohol, no se encontraron diferencias entre las condiciones⁴⁰.

Para finalizar con las terapias asociadas a nuevas tecnologías, tenemos un estudio que examinó los efectos de la atención continua telefónica o por mensaje de texto desde el alta del tratamiento de ingreso hasta 6 meses después. Los

resultados muestran que la necesidad de una atención continua varía entre los individuos dependiendo de cuál sea su objetivo de consumo de alcohol: abstinencia total (AT) o abstinencia condicional (AC). Se vio que los pacientes del grupo de AT tuvieron una abstinencia mayor a los 6 meses que los de AC y que, en caso de haber recaída, transcurrió un tiempo significativamente mayor hasta la primera bebida. Además, los individuos del grupo de AC presentaron mayor abstinencia y autoeficacia cuando se les sometió a un seguimiento de alta frecuencia (9 contactos tras el alta) frente al de baja frecuencia (ningún contacto). En conclusión, podemos decir que los pacientes del grupo AC son más vulnerables a las recaídas por lo que tienen necesidades diferentes a los del grupo AT, deben someterse a un contacto más frecuente para poder continuar con su recuperación sin la aparición de recaídas. Además, esto ayuda a permanecer conectados con los servicios de salud, que pueden actuar frente al riesgo de una recaída⁴¹.

En cuanto a intervenciones combinadas, se estudió el efecto de la adición de la modificación del sesgo atencional a la TCC. Los resultados mostraron que tanto el grupo de TCC sola como el grupo de combinación de TCC más modificación del sesgo atencional experimentaron una reducción del riesgo de recaída y del antojo, pero no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. Estos resultados pueden ser debidos al ambiente durante el estudio ya que la modificación del sesgo atencional tiene más efecto en entornos donde los individuos están acostumbrados a consumir alcohol y en este caso, los participantes se encontraban en un entorno hospitalario, por lo que debería estudiarse su efecto en un entorno natural del paciente⁴².

Luego tenemos estudios que nos permiten conocer mejor los tratamientos de psicoterapia que se están aplicando actualmente, como el ensayo clínico realizado por Gehlenborg et al.⁴³ donde se desglosaron los componentes del reentrenamiento imaginativo para examinar su eficacia por separado. Ninguno de los grupos de intervención mostró diferencias significativas en el deseo de alcohol frente al grupo control, aunque el grupo de evitación motora con psicoeducación mostró una reducción significativa en el consumo de alcohol en el análisis por intención de tratar. Además, los síntomas depresivos disminuyeron en los grupos de inducción del estado de ánimo negativo y

evitación motora más psicoeducación, mejorando también la calidad de vida. También se vio que los participantes con alta capacidad de visualización fueron los más beneficiados.

Uno de los enfoques que nos puede ayudar en el tratamiento del TCA es la individualización de la TCC que busca el entrenamiento de las habilidades más relevantes para cada individuo. Esto fue estudiado por Litt et al.⁴⁴ donde la individualización produjo mejores resultados en el consumo de alcohol que las condiciones de TCC convencional o una condición de control de gestión de casos. Además, se demostró que estos efectos eran explicados por cambios en el afrontamiento activo de situaciones de alto riesgo.

Otra optimización del tratamiento fue realizada en el entrenamiento de neurofeedback que combinó los protocolos ritmo sensoriomotor con el entrenamiento de atención y lo comparó con el tratamiento habitual en TCA. Los resultados consistieron en una mejora en las competencias emocionales, en la calidad de vida y en las estrategias cognitivas de afrontamiento. También hubo cambios neurofisiológicos, ya que se redujo la potencia de la banda beta baja en regiones centroparietales, es decir, se redujo la hiperactividad cerebral en esa zona, que suele estar alterada en personas con TCA y tiene que ver con la regulación emocional, el estrés y el autocontrol. Estos resultados podrían indicar que la intervención ayudó a regular la actividad cerebral de los pacientes⁴⁵.

Las actividades sin alcohol son muy recomendadas en psicoterapia para alejar al paciente de ambientes que asocie al consumo. En un análisis secundario del Proyecto MATCH (Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity) se examinó la asociación entre la participación en las actividades sin alcohol con los resultados del consumo un año después del tratamiento y se vio que cada actividad sin alcohol realizada tras 6 meses de tratamiento supuso una disminución del 7% en los días de consumo de alcohol, del 5% en los días de consumo excesivo de alcohol y de una bebida por día de consumo. Además, tras 12 meses de tratamiento, los pacientes mostraron mejoras en la depresión, el propósito en la vida y el funcionamiento psicosocial⁴⁶.

También se han realizado estudios que comparan distintas intervenciones para evaluar cuál es la más efectiva. En un análisis secundario del Proyecto MATCH

se analizó la relación entre la asistencia a intervenciones psicosociales y a Alcohólicos Anónimos (AA) con resultados de consumo, viendo cómo mientras la intervención psicosocial produjo una reducción de días de consumo y de consumo excesivo que fue desapareciendo tras un año, la asistencia a AA disminuyó los días de consumo y se mantuvo a lo largo de los 3 años siguientes. La combinación de ambas terapias no produjo un beneficio adicional. Se sugiere que los profesionales deben recomendar AA como apoyo continuo por su capacidad de mantener menos días de consumo a lo largo del tiempo⁴⁷.

En el estudio realizado por Pfund et al.⁴⁸, además de hablar de la efectividad de asistir a sesiones de psicoterapia, habla sobre el número de sesiones a las que deberían asistir. Los participantes que asistieron a las 12 sesiones de TCC o sesiones de facilitación de doce pasos redujeron los días de consumo excesivo de alcohol y sus consecuencias comparado con el grupo que solo asistió a 0-2 sesiones. Asimismo, la asistencia a 4 sesiones de terapia de refuerzo motivacional tuvo los mismos resultados al compararlo con la asistencia a 0-1 sesión de esta terapia. En definitiva, las 3 terapias mencionadas mejoraron los resultados de consumo de alcohol y sus consecuencias.

Sobre las medidas predictivas dentro del TCA se hizo un análisis secundario del estudio COMBINE que evaluó el papel de las emociones positivas y negativas al final del tratamiento en la calidad de vida del paciente. Se comprobó que todos los dominios de calidad de vida (salud psicológica, salud física, relaciones sociales y ambiente) mejoraron desde el inicio hasta las 26 semanas de seguimiento. El aumento del vigor y la reducción del estrés explicaron en parte el cambio en la salud psicológica, mientras que la disminución del estrés predijo el cambio en la calidad de vida relacionada con el ambiente. Según el grupo de tratamiento en el que se encontrara el paciente afectó más un factor u otro: en el grupo de tratamiento farmacológico más intervención conductual combinada afectó más el vigor y en el grupo de tratamiento farmacológico medió más el estrés. Sorprendió que la adherencia a la medicación no se asoció a cambios en la calidad de vida. Estos resultados nos muestran la importancia de tener en cuenta los cambios en la calidad de vida además de los resultados de consumo al evaluar una intervención⁴⁹.

Finalmente, debemos tener en cuenta otro enfoque de los objetivos que se persiguen en la recuperación de personas con TCA que es la reducción de daños. En otro análisis secundario de los estudios COMBINE y UKATT se examinaron las consecuencias de reducciones en el nivel de riesgo de consumo de alcohol propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El estudio mostró que las reducciones de uno o dos niveles de riesgo de consumo se asociaron con mejoras en el funcionamiento y se mantuvieron en el tiempo. También se vio que la gravedad de la dependencia no afectó la mayoría de resultados, excepto que en COMBINE, quienes lograron reducciones en el riesgo presentaron mayores mejoras en salud mental y menos consecuencias relacionadas con el alcohol. Esto refuerza la idea de que la reducción de daños puede suponer grandes beneficios en personas que prefieren reducir su consumo sin llegar a la abstinencia⁵⁰.

5. PROGRAMAS INTEGRADOS DE LARGA DURACIÓN

El tratamiento efectivo del trastorno por consumo de alcohol (TCA) requiere un enfoque que incluya diversos factores y que sea sostenido a largo plazo. La literatura científica sugiere que los programas integrados que combinan apoyo social, seguimiento continuo, participación activa del paciente y herramientas terapéuticas específicas logran mejores resultados en cuanto a abstinencia, adherencia al tratamiento y calidad de vida.

5.1. Importancia del seguimiento continuo y la adherencia

Diversos estudios han demostrado que la continuidad en el tratamiento mejora significativamente los resultados a largo plazo. Por ejemplo, en adolescentes con trastornos por uso de sustancias, aquellos que continuaron en tratamiento tras una intervención inicial presentaron mejores tasas de participación en grupos de doce pasos y mayores mejoras clínicas en comparación con quienes abandonaron la terapia tras las primeras fases⁵¹. De forma similar, un programa de cuidados posteriores estructurado que incluía recordatorios, reforzadores y seguimiento mostró mayor tasa de adherencia y mayor duración de la abstinencia frente al tratamiento estándar⁵².

En pacientes mayores de 65 años, se observó una reducción del consumo tanto en bebedores problemáticos como en no problemáticos, aunque un porcentaje importante mantuvo un consumo de riesgo al finalizar el estudio⁵³. La adherencia y la implicación del paciente también dependen de factores como la alianza terapéutica. En este sentido, se ha demostrado que una relación sólida entre paciente y terapeuta predice mejor participación y menor consumo incluso un año después⁵⁴.

5.2. Participación en grupos de apoyo

La participación en Alcohólicos Anónimos (AA) y programas de doce pasos se ha identificado como un pilar fundamental en el tratamiento. La asistencia frecuente a reuniones de AA se asocia con tasas significativamente más altas de abstinencia sostenida⁵⁵. Además, el vínculo comunitario que ofrecen estos grupos parece tener un valor subjetivo importante para los pacientes, quienes destacan sentirse comprendidos y acompañados⁵⁶.

El apoyo entre pares también se mostró eficaz. En programas como Friends Connection, las personas con trastornos concurrentes permanecieron más tiempo sin ser rehospitalizadas en comparación con quienes no recibieron este tipo de soporte⁵⁷.

5.3. Perspectiva del paciente y factores subjetivos

Desde una perspectiva cualitativa, los pacientes valoran aspectos como la creación de rutinas, el establecimiento de un vínculo estable con el terapeuta y la pertenencia a una comunidad terapéutica. Incluso en aquellos casos donde las técnicas empleadas no eran aprendidas en terapia, se observó que muchas coincidían con estrategias cognitivo-conductuales. Esto sugiere que los pacientes buscan instintivamente recursos similares a los de la psicoterapia profesional, aunque con distintas herramientas⁵⁶.

5.4. Evaluación y medidas del tratamiento

La evaluación de los resultados del tratamiento debe ir más allá de la abstinencia. En este sentido, se ha enfatizado la importancia de medir aspectos como la calidad de vida, el funcionamiento social y la salud mental, recomendando el uso de herramientas específicas junto con instrumentos generales como el EQ-5D⁵⁸. Estudios también subrayan que existe una diferencia entre significación

estadística y significación clínica: solo una minoría de los pacientes logra mantener una recuperación sostenida durante un año, lo que plantea retos para definir y evaluar el éxito terapéutico⁵⁹.

En cuanto a las herramientas de cribado y evaluación, el cuestionario AUDIT ha demostrado ser útil, aunque tiene limitaciones. Por ejemplo, algunos pacientes más afectados tienden a no completar registros de consumo, lo que puede sesgar los resultados⁶⁰.

5.5. Atención primaria y prevención

A pesar del papel crucial de la atención primaria en la detección temprana del TCA, existe una notable falta de formación específica entre los profesionales sanitarios. Estudios muestran una discrepancia entre lo que médicos y pacientes reportan y lo que queda registrado, y muchos profesionales admiten tener escasa información sobre técnicas de intervención breve. Esto evidencia la necesidad de impulsar programas de formación dirigidos al cribado y la prevención del consumo problemático de alcohol en este nivel asistencial⁶¹.

5.6. Coste-efectividad de los programas a largo plazo

La atención continuada se asocia con una reducción en la gravedad de los ingresos hospitalarios, aunque las tasas de uso de servicios de urgencias y hospitalización pueden mantenerse elevadas. No obstante, debido al carácter observacional de algunos estudios, no puede establecerse una relación causal directa, aunque los datos apuntan a que la atención sostenida podría ser una estrategia coste-efectiva en la reducción del impacto sanitario del TCA⁶².

En conclusión, el tratamiento del TCA requiere una visión integral, prolongada y adaptada a las necesidades del paciente. La continuidad terapéutica, el apoyo social, la participación en grupos como AA, la alianza terapéutica y una evaluación holística del progreso son elementos clave para alcanzar resultados clínicamente significativos. Además, es esencial reforzar la formación en atención primaria para mejorar la detección precoz y las intervenciones breves. Aunque aún existen desafíos en la definición de éxito terapéutico y en la implementación uniforme de los programas, la evidencia sugiere que los enfoques integrados y sostenidos ofrecen las mejores perspectivas de recuperación y bienestar a largo plazo.

DISCUSIÓN

Esta revisión evaluó la efectividad de las nuevas terapias tanto farmacológicas como psicoterapéuticas en el TCA. En la actualidad existen fármacos con indicaciones en el TCA como son el acamprosato, el disulfiram, la naltrexona y el nalmeveno cuya eficacia ha sido probada. Aun así, el paciente con TCA presenta numerosas dificultades a la hora de seguir el tratamiento. Muchos pacientes presentan comorbilidades, barreras cognitivas y emocionales y tienen un gran estigma social que hace que tengan alto riesgo de recaídas. Esto hace que sea importante valorar las terapias emergentes además de evaluar las ventajas de un tratamiento a largo plazo.

En cuanto a novedades en farmacología destaca el ibudilast por tener un mayor número de estudios en los últimos años. En distintos ensayos clínicos este fármaco redujo el deseo producido por el alcohol, redujo el consumo excesivo de alcohol, aumentó la influencia de los estados de ánimo en el deseo de consumo y redujo los síntomas depresivos. Se cree que su mecanismo se puede basar en la producción de una respuesta antiinflamatoria, actuando a través de una vía neuroprotectora.

Otro grupo farmacológico prometedor es el de los agonistas de los receptores del GLP-1, ya que se ha visto que disminuyen la reactividad a señales de alcohol, por lo que evita que el alcohol active áreas relacionadas con la recompensa. La semaglutida es uno de los agonistas GLP-1 que se han ensayado en pacientes con TCA, consiguiendo una reducción significativa del consumo diario de alcohol.

El PF-5190457, que actúa como agonista inverso del receptor secretagogo de la hormona del crecimiento 1a, todavía está en fase de estudio de su seguridad, pero se vio que no redujo el ansia de alcohol inducida por señales ni influyó en la activación neuronal, aunque se observaron concentraciones sanguíneas más bajas de citocinas proinflamatorias.

La eficacia y seguridad del CBD también está siendo evaluada actualmente, considerando los buenos resultados que se obtuvieron en modelos animales llevados a cabo en roedores, pudiendo puntualizar que en uno de los ensayos

clínicos que se han realizado hasta la fecha el CBD de espectro completo mostró mayor reducción en el deseo y en los síntomas de TCA respecto al de amplio espectro y el grupo placebo. Por otro lado, el oxibato de sodio también es un fármaco prometedor, ya que aumentó la abstinencia media en 43,1 días respecto al placebo.

En lo referente a novedades en psicoterapia destaca el uso de tecnologías digitales, ya que el COVID-19 supuso un impedimento adicional en el seguimiento del paciente. Además, el estigma que siente el usuario es mayor al acudir a una UCA por lo que la terapia online puede suponer una herramienta que mejore la adherencia al tratamiento. La terapia digital más estudiada ha sido la TCC que se mostró efectiva en la reducción del consumo en los estudios analizados.

También destaca el efecto de la TCC individualizada, que mejoró los resultados de consumo de alcohol gracias a cambios en el afrontamiento activo en situaciones de alto riesgo. De la misma forma, la optimización del entrenamiento de neurofeedback mejoró las estrategias de afrontamiento, además de mejorar competencias emocionales y la calidad de vida.

A estas novedades debemos añadir un nuevo enfoque como es la reducción de daños que juega un papel fundamental en pacientes cuyo objetivo no es la abstinencia total, sino una reducción del consumo de riesgo. Se vio que la reducción de uno o dos niveles de riesgo de consumo se asociaba a mejoras en el funcionamiento, mejoras en la salud mental y menos consecuencias negativas relacionadas con el alcohol.

Por último, debemos destacar la importancia del seguimiento continuo que mostró mayor tasa de adherencia y mayor duración de la abstinencia respecto al tratamiento estándar. Este podría ser un punto clave en la recuperación del paciente con TCA debido al alto riesgo de recaídas que presentan. Un seguimiento a largo plazo junto con un vínculo comunitario (en asociaciones como AA) puede hacer que los pacientes se sientan comprendidos y acompañados. Además, los datos apuntan a que un mayor seguimiento podría reducir el impacto sanitario.

Esta revisión presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, muchos de los fármacos emergentes analizados, como el ibudilast, los agonistas del receptor GLP-1, el PF-5190457 y el CBD, aún están en fases tempranas de estudio, lo que implica que sus mecanismos de acción y seguridad requieren una validación más extensa en muestras más amplias. Asimismo, las diferencias en los diseños y en las poblaciones evaluadas hace que los resultados no puedan generalizarse a todos los pacientes con TCA.

Además, aunque las terapias digitales y la TCC individualizada muestran resultados prometedores, el impacto del estigma social y las barreras emocionales y cognitivas que enfrentan los pacientes con TCA pueden limitar la adherencia y la efectividad real de estas intervenciones, especialmente en contextos fuera de entornos controlados o clínicos.

Por otra parte, la evidencia sobre el seguimiento continuo y a largo plazo, así como la integración de apoyos comunitarios, aunque favorable, está basada en estudios con diferentes protocolos y duraciones, lo que sugiere la necesidad de establecer modelos estandarizados y evaluados de manera rigurosa para maximizar su impacto.

En base a estas limitaciones, se recomienda continuar investigando los tratamientos farmacológicos emergentes con ensayos clínicos más amplios, que evalúen tanto la eficacia como la seguridad a largo plazo. También es necesario profundizar en el estudio de intervenciones psicoterapéuticas digitales, prestando especial atención a la individualización del tratamiento y a las estrategias para reducir el estigma y las barreras a la adherencia.

Finalmente, se aconseja implementar programas integrales que combinen seguimiento continuado, apoyo comunitario y enfoques terapéuticos adaptados a las necesidades individuales, con el fin de mejorar la tasa de éxito en la abstinencia o en la reducción del consumo de riesgo, considerando especialmente la importancia de modelos sostenibles y coste-efectivos en salud pública.

CONCLUSIONES

El tratamiento del trastorno por consumo de alcohol ha evolucionado significativamente mediante la combinación de fármacos e intervenciones psicosociales. La evidencia respalda que un enfoque integral y personalizado resulta más eficaz que intervenciones aisladas. Uno de los principales desafíos sigue siendo la deserción de pacientes durante los estudios y la escasa duración de muchos de ellos, lo cual puede afectar los resultados obtenidos.

La medicina de precisión cobra cada vez más protagonismo gracias a avances en biomarcadores, neuroimagen y genética, que permitirán adaptar el tratamiento a las características individuales. Nuevos fármacos como el ibudilast, los agonistas GLP-1, el oxibato de sodio y el cannabidiol están mostrando mecanismos prometedores, aunque se requiere más investigación para confirmar su eficacia.

El uso de tecnologías digitales, como aplicaciones móviles, seguimiento telefónico, neurofeedback o terapia cognitivo-conductual digital, ha demostrado mejorar el acceso, la individualización y el seguimiento, mostrando eficacia comparable a modalidades presenciales en algunos casos.

Intervenciones como la TCC individualizada, actividades sin alcohol, el reentrenamiento imaginativo y la participación en grupos como Alcohólicos Anónimos no solo reducen el consumo, sino que mejoran la calidad de vida, el funcionamiento psicosocial y la salud mental. El enfoque de reducción de daños también supone una alternativa válida para quienes no buscan la abstinencia total.

La eficacia del tratamiento mejora con programas que incluyen atención continua, participación activa del paciente, vínculo terapéutico sólido y apoyo comunitario. El acompañamiento entre pares y el sentido de pertenencia también juegan un papel fundamental en la adherencia.

En conclusión, para mejorar los resultados terapéuticos del TCA, es esencial fortalecer la detección temprana, definir mejor los criterios de éxito clínico e integrar intervenciones sostenidas, individualizadas y comunitarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe EDADES 2024: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre el alcohol 2022–2030: para fortalecer la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Primer proyecto. Ginebra: OMS; 2021.
3. Fernández-Suárez I. ¿Cómo actúa el alcohol en nuestro cerebro? Trastornos Adictivos [Internet]. 2021 [citado 2025 may 24];23(3):95–100. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-como-actua-el-alcohol-nuestro-10016452>
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5ª ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014. Edición en español: Editorial Médica Panamericana.
5. Organización Mundial de la Salud. Alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; [citado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1
6. Fisterra. Guía clínica de Alcoholismo y otras drogodependencias [Internet]. Madrid; [2014Sep; citado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/abordaje-general-trastorno-por-consumo-drogas-atencion-primaria/>
7. Kotake K, Hosokawa T, Tanaka M, So R, Banno M, Kataoka Y, Shiroshita A, Hashimoto Y. Efficacy and safety of alcohol reduction pharmacotherapy according to treatment duration in patients with alcohol dependence or alcohol use disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Addiction*. 2024 May;119(5):815-832. doi: 10.1111/add.16421. Epub 2024 Jan 3. PMID: 38173342.
8. Murphy CE 4th, Wang RC, Montoy JC, Whittaker E, Raven M. Effect of extended-release naltrexone on alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2022 Feb;117(2):271-281. doi: 10.1111/add.15572. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34033183.
9. Cheng HY, McGuinness LA, Elbers RG, MacArthur GJ, Taylor A, McAleenan A, Dawson S, López-López JA, Higgins JPT, Cowlshaw S, Lingford-Hughes A, Hickman M, Kessler D. Treatment interventions to maintain abstinence from alcohol in primary care: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2020 Nov 25;371:m3934. doi: 10.1136/bmj.m3934. PMID: 33239318; PMCID: PMC7687021.
10. Agabio R, Lopez-Pelayo H, Bruguera P, Huang SY, Sardo S, Pecina M, Krupitsky EM, Fitzmaurice GM, Lin Z. Efficacy of medications for the treatment of alcohol use disorder (AUD): A systematic review and meta-

analysis considering baseline AUD severity. *Pharmacol Res.* 2024 Nov;209:107454. doi: 10.1016/j.phrs.2024.107454. Epub 2024 Oct 11. PMID: 39396764.

11. Ghosh A, Morgan N, Calvey T, Scheibein F, Angelakis I, Panagioti M, Ferri M, Krupchanka D. Effectiveness of psychosocial interventions for alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis update. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2024 Jul 3;50(4):442-454. doi: 10.1080/00952990.2024.2350056. Epub 2024 Jun 21. PMID: 38904466.
12. McGovern R, Newham JJ, Addison MT, Hickman M, Kaner EF. Effectiveness of psychosocial interventions for reducing parental substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Mar 16;3(3):CD012823. doi: 10.1002/14651858.CD012823.pub2. PMID: 33723860; PMCID: PMC8094759.
13. Li J, Zhou Z, Gao G, Zang L. Effectiveness of exercise intervention in improving physical and mental status of patients with alcohol use disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2024 Oct 30;19(10):e0311166. doi: 10.1371/journal.pone.0311166. PMID: 39475843; PMCID: PMC11524501.
14. Dai W, Palmer R, Sunderrajan A, Durantini M, Sánchez F, Glasman LR, Chen FX, Albarracín D. More behavioral recommendations produce more change: A meta-analysis of efficacy of multibehavior recommendations to reduce nonmedical substance use. *Psychol Addict Behav.* 2020 Nov;34(7):709-725. doi: 10.1037/adb0000586. Epub 2020 Apr 20. PMID: 32309956; PMCID: PMC7572872.
15. Green R, Du H, Grodin EN, Nieto SJ, Bujarski S, Roche DJO, Ray LA. A meta-regression of methodological features that predict the effects of medications on the subjective response to alcohol. *Alcohol Clin Exp Res.* 2021 Jul;45(7):1336-1347. doi: 10.1111/acer.14643. Epub 2021 Jul 5. PMID: 34120356; PMCID: PMC9098140.
16. Biernacka JM, Coombes BJ, Batzler A, Ho AM, Geske JR, Frank J, Hodgkinson C, Skime M, Colby C, Zillich L, Pozsonyiova S, Ho MF, Kiefer F, Rietschel M, Weinshilboum R, O'Malley SS, Mann K, Anton R, Goldman D, Karpayak VM. Genetic contributions to alcohol use disorder treatment outcomes: a genome-wide pharmacogenomics study. *Neuropsychopharmacology.* 2021 Nov;46(12):2132-2139. doi: 10.1038/s41386-021-01097-0. Epub 2021 Jul 23. PMID: 34302059; PMCID: PMC8505452.
17. Grodin EN, Bujarski S, Towns B, Burnette E, Nieto S, Lim A, Lin J, Miotto K, Gillis A, Irwin MR, Evans C, Ray LA. Ibudilast, a neuroimmune modulator, reduces heavy drinking and alcohol cue-elicited neural activation: a randomized trial. *Transl Psychiatry.* 2021 Jun 12;11(1):355. doi: 10.1038/s41398-021-01478-5. PMID: 34120149; PMCID: PMC8197758.

18. Meredith LR, Grodin EN, Montoya AK, Miranda R Jr, Squeglia LM, Towns B, Evans C, Ray LA. The effect of neuroimmune modulation on subjective response to alcohol in the natural environment. *Alcohol Clin Exp Res*. 2022 May;46(5):876-890. doi: 10.1111/acer.14821. Epub 2022 Apr 11. PMID: 35362101; PMCID: PMC10460619.
19. Grodin EN, Nieto SJ, Meredith LR, Burnette E, O'Neill J, Alger J, London ED, Miotto K, Evans CJ, Irwin MR, Ray LA. Effects of ibudilast on central and peripheral markers of inflammation in alcohol use disorder: A randomized clinical trial. *Addict Biol*. 2022 Jul;27(4):e13182. doi: 10.1111/adb.13182. PMID: 35754106; PMCID: PMC9888600.
20. Grodin EN, Meredith LR, Burnette EM, Miotto K, Irwin MR, Ray LA. Baseline C-reactive protein levels are predictive of treatment response to a neuroimmune modulator in individuals with an alcohol use disorder: a preliminary study. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2023 May 4;49(3):333-344. doi: 10.1080/00952990.2022.2124918. Epub 2022 Oct 25. PMID: 36282988; PMCID: PMC10840759.
21. Ray LA, Meredith LR, Grodin EN, Belnap MA, Nieto SJ, Baskerville WA, Donato S, Shoptaw SJ, Gillis AJ, Irwin MR, Miotto K, Enders CK. A Neuroimmune Modulator for Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2025 Apr 1;8(4):e257523. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.7523. PMID: 40305022; PMCID: PMC12044506.
22. Burnette EM, Ray LA, Irwin MR, Grodin EN. Ibudilast attenuates alcohol cue-elicited frontostriatal functional connectivity in alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2021 Oct;45(10):2017-2028. doi: 10.1111/acer.14696. Epub 2021 Sep 29. PMID: 34585396; PMCID: PMC8602728.
23. Klausen MK, Jensen ME, Møller M, Le Dous N, Jensen AØ, Zeeman VA, Johannsen CF, Lee A, Thomsen GK, Macoveanu J, Fisher PM, Gillum MP, Jørgensen NR, Bergmann ML, Enghusen Poulsen H, Becker U, Holst JJ, Benveniste H, Volkow ND, Vollstädt-Klein S, Miskowiak KW, Ekstrøm CT, Knudsen GM, Vilsbøll T, Fink-Jensen A. Exenatide once weekly for alcohol use disorder investigated in a randomized, placebo-controlled clinical trial. *JCI Insight*. 2022 Oct 10;7(19):e159863. doi: 10.1172/jci.insight.159863. PMID: 36066977; PMCID: PMC9675448. Overgaard RV, Hertz CL, Ingwersen SH, Navarria A, Drucker DJ. Levels of circulating semaglutide determine reductions in HbA1c and body weight in people with type 2 diabetes. *Cell Rep Med*. 2021 Sep 3;2(9):100387. doi: 10.1016/j.xcrm.2021.100387. PMID: 34622228; PMCID: PMC8484505.
24. Hendershot CS, Bremmer MP, Paladino MB, Kostantinis G, Gilmore TA, Sullivan NR, Tow AC, Dermody SS, Prince MA, Jordan R, McKee SA, Fletcher PJ, Claus ED, Klein KR. Once-Weekly Semaglutide in Adults With Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2025

Apr 1;82(4):395-405. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.4789. PMID: 39937469; PMCID: PMC11822619.

25. Lee MR, Farokhnia M, Cobbina E, Saravanakumar A, Li X, Battista JT, Farinelli LA, Akhlaghi F, Leggio L. Endocrine effects of the novel ghrelin receptor inverse agonist PF-5190457: Results from a placebo-controlled human laboratory alcohol co-administration study in heavy drinkers. *Neuropharmacology*. 2020 Jun 15;170:107788. doi: 10.1016/j.neuropharm.2019.107788. Epub 2019 Sep 23. PMID: 31557492; PMCID: PMC7085971.
26. Faulkner ML, Farokhnia M, Lee MR, Farinelli L, Browning BD, Abshire K, Daurio AM, Munjal V, Deschaine SL, Boukabara SR, Fortney C, Sherman G, Schwandt M, Akhlaghi F, Momenan R, Ross TJ, Persky S, Leggio L. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of a GHSR blocker in people with alcohol use disorder. *JCI Insight*. 2024 Dec 20;9(24):e182331. doi: 10.1172/jci.insight.182331. PMID: 39704175; PMCID: PMC11665556.
27. Farokhnia M, Portelli J, Lee MR, McDiarmid GR, Munjal V, Abshire KM, Battista JT, Browning BD, Deschaine SL, Akhlaghi F, Leggio L. Effects of exogenous ghrelin administration and ghrelin receptor blockade, in combination with alcohol, on peripheral inflammatory markers in heavy-drinking individuals: Results from two human laboratory studies. *Brain Res*. 2020 Aug 1;1740:146851. doi: 10.1016/j.brainres.2020.146851. Epub 2020 Apr 24. PMID: 32339499; PMCID: PMC8715722.
28. Guiraud J, Addolorato G, Antonelli M, Aubin HJ, de Bejczy A, Benyamina A, Cacciaglia R, Caputo F, Dematteis M, Ferrulli A, Goudriaan AE, Gual A, Lesch OM, Maremmani I, Mirijello A, Nutt DJ, Paille F, Perney P, Poulhais R, Raffailac Q, Rehm J, Rolland B, Rotondo C, Scherrer B, Simon N, Skala K, Söderpalm B, Somaini L, Sommer WH, Spanagel R, Vassallo GA, Walter H, van den Brink W. Sodium oxybate for the maintenance of abstinence in alcohol-dependent patients: An international, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychopharmacol*. 2022 Oct;36(10):1136-1145. doi: 10.1177/02698811221104063. Epub 2022 Jul 7. PMID: 35796481; PMCID: PMC9548946.
29. Viudez-Martínez A, García-Gutiérrez MS, Navarrón CM, Morales-Calero MI, Navarrete F, Torres-Suárez AI, Manzanares J. Cannabidiol reduces ethanol consumption, motivation and relapse in mice. *Addict Biol*. 2018 Jan;23(1):154-164. doi: 10.1111/adb.12495. Epub 2017 Feb 13. PMID: 28194850.
30. Moore CF, Zamarripa CA, Weerts EM. Oral Cannabidiol does not alter Alcohol Seeking and Self-Administration in Baboons. *Drug Alcohol Depend*. 2023 Apr 1;245:109829. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2023.109829. Epub 2023 Mar 1. PMID: 36871377; PMCID: PMC10033431.
31. Mueller RL, Hooper JF, Ellingson JM, Olsavsky AK, Rzasal-Lynn R, Bryan AD, et al. A preliminary randomized trial of the safety, tolerability, and clinical

effects of hemp-derived cannabidiol in alcohol use disorder. *Front Psychiatry* [Internet]. 2025;16:1516351. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2025.1516351>

32. Burnette EM, Nieto SJ, Grodin EN, Meredith LR, Hurley B, Miotto K, Gillis AJ, Ray LA. Novel Agents for the Pharmacological Treatment of Alcohol Use Disorder. *Drugs*. 2022 Feb;82(3):251-274. doi: 10.1007/s40265-021-01670-3. Epub 2022 Feb 8. PMID: 35133639; PMCID: PMC8888464.
33. Östh J, Lundin A, Wennberg P, Andréasson S, Danielsson AK. The effectiveness of a drink-counting and a breathalyser-coupled smartphone application for reduced heavy drinking among alcohol-dependent adults in Sweden: A randomised controlled trial. *Addiction*. 2025 May;120(5):905-918. doi: 10.1111/add.16769. Epub 2025 Jan 16. PMID: 39815925; PMCID: PMC11986279.
34. Kiluk BD, Benitez B, DeVito EE, Frankforter TL, LaPaglia DM, O'Malley SS, Nich C. A Digital Cognitive Behavioral Therapy Program for Adults With Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024 Sep 3;7(9):e2435205. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.35205. PMID: 39325452; PMCID: PMC11428014.
35. Johansson M, Sinadinovic K, Gajecki M, Lindner P, Berman AH, Hermansson U, Andréasson S. Internet-based therapy versus face-to-face therapy for alcohol use disorder, a randomized controlled non-inferiority trial. *Addiction*. 2021 May;116(5):1088-1100. doi: 10.1111/add.15270. Epub 2020 Oct 13. PMID: 32969541; PMCID: PMC8247312.
36. Sundström C, Peynenburg V, Chadwick C, Thiessen D, Wilhems A, Nugent M, Keough MT, Schaub MP, Hadjistavropoulos HD. Optimizing internet-delivered cognitive behaviour therapy for alcohol misuse-a randomized factorial trial examining effects of a pre-treatment assessment interview and guidance. *Addict Sci Clin Pract*. 2022 Jul 23;17(1):37. doi: 10.1186/s13722-022-00319-0. PMID: 35871010; PMCID: PMC9308037.
37. Johansson M, Berman AH, Sinadinovic K, Lindner P, Hermansson U, Andréasson S. Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Harmful Alcohol Use and Alcohol Dependence as Self-help or With Therapist Guidance: Three-Armed Randomized Trial. *J Med Internet Res*. 2021 Nov 24;23(11):e29666. doi: 10.2196/29666. PMID: 34821563; PMCID: PMC8663526.
38. Kacmarek CN, Yates BT, Nich C, Kiluk BD. A pilot economic evaluation of computerized cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder as an addition and alternative to traditional therapy. *Alcohol Clin Exp Res*. 2021 May;45(5):1109-1121. doi: 10.1111/acer.14601. Epub 2021 Apr 27. PMID: 33730384; PMCID: PMC8131237.
39. Van Deursen DS, Mobach L, Salemink E, Blankers M, Wiers RW. Cognitive bias modification as a web-based intervention for problem drinkers: A

- randomized controlled trial with a factorial design. *Behav Res Ther.* 2025 May;188:104718. doi: 10.1016/j.brat.2025.104718. Epub 2025 Mar 7. PMID: 40132450.
40. Laurens MC, Postel MG, Brusse-Keizer M, Pieterse ME, Ben Allouch S, Bohlmeijer ET, Salemink E. Augmenting outpatient alcohol treatment as usual with online approach bias modification training: A double-blind randomized controlled trial. *Addict Behav.* 2023 Jul;142:107630. doi: 10.1016/j.addbeh.2023.107630. Epub 2023 Jan 26. PMID: 36881944.
 41. Graser Y, Stutz S, Rösner S, Wopfner A, Moggi F, Soravia LM. Different Goals, Different Needs: The Effects of Telephone- and Text Message-Based Continuing Care for Patients with Different Drinking Goals After Residential Treatment for Alcohol Use Disorder. *Alcohol Alcohol.* 2022 Nov 11;57(6):734-741. doi: 10.1093/alcalc/agac031. PMID: 35909224.
 42. Amano Y, Koizumi K, Takizawa H, Tasaka S, Hamaguchi T. Effectiveness of Attentional Bias Modification Combined With Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Relapse Risk and Cravings in Male Patients With Alcohol Use Disorder: A Quasi-Randomized Controlled Trial. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2025 Mar;45(1):e70002. doi: 10.1002/npr2.70002. PMID: 39907051; PMCID: PMC11795173.
 43. Gehlenborg J, Göritz AS, Kempken J, Wirtz J, Schuurmans L, Moritz S, Kühn S. Randomized Controlled Trial on Imaginal Retraining for Problematic Alcohol Use: A Dismantling Study. *Clin Psychol Psychother.* 2024 May-Jun;31(3):e3010. doi: 10.1002/cpp.3010. PMID: 38785407.
 44. Litt MD, Tennen H, Kadden RM. Individualized Assessment and Treatment Program (IATP) for alcohol use disorder: Comparison with conventional cognitive-behavioral treatment and examination of coping skills as a mediator of treatment. *J Consult Clin Psychol.* 2024 Oct;92(10):711-726. doi: 10.1037/ccp0000907. Epub 2024 Oct 7. PMID: 39374130; PMCID: PMC11887580.
 45. Hack RL, Aigner M, Musalek M, Crevenna R, Konicar L. Brain regulation training improves emotional competences in patients with alcohol use disorder. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2024 Aug 1;19(1):nsae048. doi: 10.1093/scan/nsae048. PMID: 38915188; PMCID: PMC11297497.
 46. Kuhlemeier A, Tucker JA, Witkiewitz K. Role of relative-reinforcement value of alcohol-free activities during recovery from alcohol use disorder in an adult clinical sample. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2024 Aug;32(4):410-417. doi: 10.1037/pha0000713. Epub 2024 Apr 18. PMID: 38635163; PMCID: PMC11239284.
 47. Pfund RA, Richards DK, Boness CL, Schwebel FJ, Tonigan JS, Maisto SA, Witkiewitz K. Relative and Interactive Associations of Psychosocial Intervention and Alcoholics Anonymous Attendance With Alcohol Use Disorder Outcomes. *J Stud Alcohol Drugs.* 2023 Mar;84(2):281-286. doi:

- 10.15288/jsad.22-00042. Epub 2022 Nov 7. PMID: 36971717; PMCID: PMC10171249.
48. Pfund RA, Hallgren KA, Maisto SA, Pearson MR, Witkiewitz K. Dose of psychotherapy and long-term recovery outcomes: An examination of attendance patterns in alcohol use disorder treatment. *J Consult Clin Psychol.* 2021 Dec;89(12):1026-1034. doi: 10.1037/ccp0000703. PMID: 35025543; PMCID: PMC9434804.
 49. Carlon HA, Hurlocker MC, Witkiewitz K. Mechanisms of quality-of-life improvement in treatment for alcohol use disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2022 Aug;90(8):601-612. doi: 10.1037/ccp0000750. PMID: 36066862; PMCID: PMC9899433.
 50. Witkiewitz K, Heather N, Falk DE, Litten RZ, Hasin DS, Kranzler HR, Mann KF, O'Malley SS, Anton RF. World Health Organization risk drinking level reductions are associated with improved functioning and are sustained among patients with mild, moderate and severe alcohol dependence in clinical trials in the United States and United Kingdom. *Addiction.* 2020 Sep;115(9):1668-1680. doi: 10.1111/add.15011. Epub 2020 Mar 10. PMID: 32056311; PMCID: PMC7841874.
 51. Chi FW, Campbell CI, Sterling S, Weisner C. Twelve-Step attendance trajectories over 7 years among adolescents entering substance use treatment in an integrated health plan. *Addiction.* 2012 May;107(5):933-42. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03758.x. Epub 2012 Feb 11. PMID: 22151625; PMCID: PMC3311783.
 52. Lash SJ, Stephens RS, Burden JL, Grambow SC, DeMarce JM, Jones ME, Lozano BE, Jeffreys AS, Fearer SA, Horner RD. Contracting, prompting, and reinforcing substance use disorder continuing care: a randomized clinical trial. *Psychol Addict Behav.* 2007 Sep;21(3):387-97. doi: 10.1037/0893-164X.21.3.387. PMID: 17874889.
 53. Zanjani F, Mavandadi S, TenHave T, Katz I, Durai NB, Krahn D, Llorente M, Kirchner J, Olsen E, Van Stone W, Cooley S, Oslin DW. Longitudinal course of substance treatment benefits in older male veteran at-risk drinkers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008 Jan;63(1):98-106. doi: 10.1093/gerona/63.1.98. PMID: 18245767.
 54. Connors GJ, Carroll KM, DiClemente CC, Longabaugh R, Donovan DM. The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *J Consult Clin Psychol.* 1997 Aug;65(4):588-98. doi: 10.1037//0022-006x.65.4.588. PMID: 9256560.
 55. Connors GJ, Tonigan JS, Miller WR; MATCH Research Group. A longitudinal model of intake symptomatology, AA participation and outcome: retrospective study of the project MATCH outpatient and aftercare samples. *J Stud Alcohol.* 2001 Nov;62(6):817-25. doi: 10.15288/jsa.2001.62.817. PMID: 11838919.

56. Acier D, Nadeau L, Landry M. Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie-santé mentale [Process of change in patients with concurrent substance use - mental health problems]. *Sante Ment Que.* 2007 Autumn;32(2):59-82. French. doi: 10.7202/017797ar. PMID: 18797541.
57. Min SY, Whitecraft J, Rothbard AB, Salzer MS. Peer support for persons with co-occurring disorders and community tenure: a survival analysis. *Psychiatr Rehabil J.* 2007 Winter;30(3):207-13. doi: 10.2975/30.3.2007.207.213. PMID: 17269271.
58. Günther OH, Roick C, Angermeyer MC, König HH. Responsiveness of EQ-5D utility indices in alcohol-dependent patients. *Drug Alcohol Depend.* 2008 Jan 1;92(1-3):291-5. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.07.016. Epub 2007 Sep 21. PMID: 17888587.
59. Cisler RA, Kowalchuk RK, Saunders SM, Zweben A, Trinh HQ. Applying clinical significance methodology to alcoholism treatment trials: determining recovery outcome status with individual- and population-based measures. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005 Nov;29(11):1991-2000. doi: 10.1097/01.alc.0000187159.75424.77. PMID: 16340456.
60. Bradley KA, McDonell MB, Bush K, Kivlahan DR, Diehr P, Fihn SD. The AUDIT alcohol consumption questions: reliability, validity, and responsiveness to change in older male primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998 Nov;22(8):1842-9. doi: 10.1111/j.1530-0277.1998.tb03991.x. PMID: 9835306.
61. Segura Garcia L, Gual Solé A, Montserrat Mestre O, Bueno Belmonte A, Colom Farran J. Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña [Detection and handling of alcohol problems in primary care in Catalonia]. *Aten Primaria.* 2006 May 31;37(9):484-8. Spanish. doi: 10.1157/13089078. PMID: 16756871; PMCID: PMC7668911.
62. Parthasarathy S, Chi FW, Mertens JR, Weisner C. The role of continuing care in 9-year cost trajectories of patients with intakes into an outpatient alcohol and drug treatment program. *Med Care.* 2012 Jun;50(6):540-6. doi: 10.1097/MLR.0b013e318245a66b. PMID: 22584889; PMCID: PMC3354333.
63. Secades-Villa R, García-Fernández G, Fernández-Artamendi S. Manual de conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Ediciones Pirámide; 2022.

ANEXOS

Tabla 3. Técnicas de psicoterapia en el trastorno por consumo de alcohol⁶³.

TÉCNICAS	CARACTERÍSTICAS	APLICACIÓN EN TCA
INTERVENCIÓNES BREVES	Intervención mínima	Realizada por cualquier profesional sanitario. Se informa y se da material de autoayuda.
	Intervención breve estándar	3-4 sesiones de 30 minutos por profesional especializado en adicciones.
	Intervención breve extendida	Aumenta motivación, reduce ambivalencias y planifica cambios. 3-12 sesiones y posible evaluación tras 1 año.
TÉCNICA DE MANEJO DE CONTINGENCIAS	Se acuerda una conducta objetivo como la abstinencia y se aplican incentivos con inmediatez como reforzadores positivos cuando la conducta se cumple que compitan con el valor reforzante de la sustancia. Se incrementa el valor del reforzador para mantener la abstinencia a largo plazo.	Evidencia prometedora pero limitada en comparación a otras sustancias. Existen algunos estudios que indican eficacia en reducción de consumo de alcohol e incremento de adherencia al tratamiento.
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)	El usuario aprende a identificar y modificar las conductas relacionadas con el consumo mediante entrenamiento de habilidades de rechazo, de solución de problemas y desarrollo de estrategias de afrontamiento. Incluye estrategias de prevención de recaídas.	Intervención de elección, elevada eficacia. El programa de reforzamiento comunitario constituye un protocolo de TCC con eficacia probada.
TERAPIAS COGNITIVAS	Terapia racional emotivo-conductual de Ellis	Se basa en el cambio de creencias y pensamientos irracionales para cambiar los componentes emocionales y conductuales. Incluye técnicas como: ejercicios para superar la vergüenza, imaginación, reestructuración cognitiva, afirmaciones de afrontamiento, autodiálogos, aceptación incondicional, <i>role-playing</i> y uso del humor.
	Terapia cognitiva de Beck	También se basa en el cambio de creencias y pensamientos irracionales del paciente y en el aprendizaje de técnicas de control. Se le da importancia a problemas vitales, infancia, estrategias compensadoras y elementos de vulnerabilidad entre otros
	Entrenamiento en inoculación de estrés	Adquisición de habilidades para afrontar situaciones de estrés como relajación, estrategias cognitivas, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional y tratamiento en la negación.
	Terapia de solución de problemas	El individuo aprende a solucionar problemas específicos que se le presentan en la vida cotidiana. Mejora las habilidades sociales y disminuye el malestar psicológico.
TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN A ESTÍMULOS (TEE)	Facilita el afrontamiento de situaciones inductoras de <i>craving</i> que no se pueden evitar. Se recomienda 6-7 sesiones de 45-60 minutos cuando se trabaja con estímulos <i>in vivo</i> . Se puede realizar en contextos residenciales o ambulatorios, por lo que se puede proponer exposiciones pautadas en el entorno natural del paciente. Una novedad es el uso de la realidad virtual en la TEE. Las señales que muestran mayor reactividad son la ingestión de una pequeña cantidad de alcohol, la expectativa de consumo y estados de ánimo disfóricos.	La TEE combinada con entrenamiento en habilidades de afrontamiento es más efectiva que su aplicación en solitario y es igual de eficaz que otras técnicas, pero con el añadido de menor deseo de consumo y aplicación de estrategias de afrontamiento en situación de riesgo. Si el objetivo es la reducción de consumo, la TEE funciona igual o mejor que la TCC de bebida controlada.

TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA	Terapia conductual de familia y terapia conductual de pareja	Integra a familiares y personas importantes para el usuario con el objetivo de abordar problemas como los conflictos familiares, el desempleo o las dificultades en la crianza de los hijos, además de conseguir la abstinencia o la reducción del consumo.	Es eficaz en la reducción de consumo y mejora el estado de ánimo, relaciones familiares y el estilo de crianza de los hijos. Mejora el resultado respecto a la terapia individual en cuanto a consumo y calidad de las relaciones de pareja.
	Enfoque de reforzamiento comunitario y entrenamiento familiar	Intervención con familiares de personas consumidoras desmotivadas y resistentes a iniciar tratamiento. Les ayuda a motivar al familiar a iniciar el cambio o, en caso de que no lo inicien, ayuda a los familiares a mejorar su calidad de vida.	Alrededor del 70% de los familiares consiguen que el paciente asista a tratamiento. Además, reduce la ansiedad, la ira y la sintomatología depresiva de los familiares
	Network therapy	El objetivo es crear una red social, combinando apoyo social y familiar, técnicas de prevención de recaídas y terapia individual.	Se ha mostrado eficaz para reducir el consumo de diferentes drogas.
TERAPIAS CONTEXTUALES	Terapia de aceptación y compromiso (ACT)	Está dirigida a la flexibilidad psicológica, es decir, estar dispuesto a aceptar todos los aspectos de la experiencia sin defenderse con conductas de evitación.	Existen ensayos que han mostrado que la ACT es al menos tan eficaz, cuando no superior, a otras terapias bien establecidas en cuanto a mantenimiento de la abstinencia.
	Terapia de activación conductual	Es una terapia orientada a trastornos depresivos que pretende eliminar los comportamientos de huida y evitación promoviendo una vida con sentido, significativa y orientada a la acción. Se trabaja en 3-24 sesiones de 30-60 minutos de forma individualizada y se suele combinar con otras terapias dirigidas específicamente a las adicciones. Una novedad es su uso en formato App en dispositivos móviles	Se relaciona con mejoría clínicamente significativa de la sintomatología depresiva, ansiedad, reduce el <i>craving</i> y aumenta abstinencia a largo plazo (hasta 1 año). No hay diferencia de efectividad con otras terapias, pero es preferible en presencia de sintomatología depresiva. Aumenta el nivel de activación de la persona y reduce tasa de abandono de tratamiento.
	Terapia dialéctica conductual	Aborda dificultades en la regulación emocional para manejar emociones intensas que desencadenan comportamientos impulsivos. Entrena estrategias de aceptación y cambio para tolerar y regular emociones y situaciones difíciles.	Su aplicación en el TCA ha tenido resultados positivos en variables relacionadas con el consumo, con la retención en el tratamiento y en la regulación emocional, pero los estudios son escasos y tienen algunas limitaciones.
	Prevención de recaídas basada en mindfulness	Combina técnicas de prevención de recaídas de la TCC con prácticas de atención plena, procedente del programa de reducción de estrés basado en mindfulness, con el objetivo de desarrollar habilidades de consciencia de las experiencias y su relación con ellas de una forma libre de juicios. Se realizan 8 sesiones de 2 horas en grupos de 6-12 personas para fomentar el aprendizaje mutuo.	Reduce la frecuencia de consumo de sustancias pero no es superior a otras intervenciones tradicionales como TCC. Además, disminuye el <i>craving</i> , la sintomatología depresiva y el estrés por la adquisición de habilidades de regulación emocional.
	INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA	De los procesos atencionales	El más importante es el Attention Process Training, un programa de intervención individualizado que se adapta a los déficits y necesidades de cada individuo. Este incluye actividades para cada componente atencional (atención selectiva, sostenida, alternante y dividida) además de favorecer la autorregulación. Existen programas virtuales que permiten trabajar los procesos atencionales.
De las capacidades de aprendizaje y de memoria		Se usa para intervenir en los problemas de memoria y se usan como estrategias la modificación del entorno (para manejar distracciones y reducir el impacto de déficit cognitivo en actividades diarias), estrategias para adquirir nuevos aprendizajes, estrategias mnemotécnicas y entrenamiento en el manejo de ayudas externas como pueden ser calendarios, alarmas o dispositivos electrónicos	Mejora la memoria y la adquisición de nuevos aprendizajes en pacientes que se han visto afectados por el Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
De las funciones ejecutivas		Incluye resolución de problemas, funciones ejecutivas y memoria de trabajo, autorregulación conductual y emocional y/o funciones metacognitivas (conciencia del déficit y del error y	Estos programas fueron creados para personas con lesiones cerebrales por lo que necesita más investigación en



la automonitorización). También está el programa de intervención global de las funciones cognitivas en el caso de querer desarrollar un programa completo que incluya todo lo anterior. Otras técnicas: estimulación magnética transcraneal y estimulación transcraneal de corriente directa.

TCA. Aun así, es fácil su adaptación a estos pacientes de forma individualizada y combinada con otros tipos de terapia.

