

" Características de los pacientes que consultan por consumo de drogas y evaluación del craving o ganas compulsivas de consumo de alcohol en UCA , SPHI: Un estudio descriptivo"

Dr. Javier Didia Attas, Lic. Andrea Dorpinghaus, Lic. Sergio Cellerino, Dr. Alfredo Job, Dr. Carlos A. Finkelsztein y Dra Cecilia De Simone.

Unidad de Conductas Adictivas (UCA), Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.(SPHI)

Introducción:

El consumo de tabaco y alcohol está ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales, constituyendo en la actualidad un importante problema de salud pública. El tabaquismo, según la Organización Mundial de la Salud es la primer causa prevenible de enfermedad y muerte en el mundo.

Los trastornos relacionados con el alcohol se asocian a un aumento significativo del riesgo de accidentes, violencia y suicidio, así como también de enfermedades médicas.

El *craving* o *ganas compulsivas* (G.C.) se describió inicialmente para el consumo de alcohol extendiéndose luego su concepto a otras adicciones. Según Jellinek (1960) el *craving* constituye el componente central de la dependencia alcohólica y entendido como tal, resulta vital su abordaje en el tratamiento del paciente alcohólico.

Según algunos autores el craving es el factor más importante en relación al abandono terapéutico, causando recaídas en el consumo aun después de largos periodos de abstinencia.

Se han descrito distintos tipos de craving, encontrándose como factores comunes a las diferentes conceptualizaciones, que dicho deseo forma parte de la adicción y se intensifica frente a diversas señales asociadas al consumo.

Entre los diferentes tipos de craving descriptos, algunos autores diferencian entre:

- 1) el alivio frente a los síntomas de abstinencia (refuerzo negativo)
- 2) el alivio frente a las situaciones de decaimiento o malestar (búsqueda de refuerzo positivo, relacionado con la teoría de la automedicación)
- 3) Respuestas condicionadas asociadas al alcohol.

Una de las primeras hipótesis en relación al craving, consideraba que los síntomas depresivos llevan a los sujetos a beber en un intento de automedicación. Siguiendo esta línea, varios autores interesados en la teoría de la automedicación, presuponen que algunos adictos tienen trastornos afectivos previos y que con el consumo de drogas experimentarían una mejoría transitoria del estado de ánimo. Este impulso a consumir la droga para aliviar la depresión, conduciría a la dependencia.

El modelo de Verheul y col. define también un "Craving obsesivo" caracterizado por la falta de control sobre pensamientos intrusivos con respecto a la ingesta de alcohol. El componente principal es la falta de control y los síntomas asociados consisten en la ingesta compulsiva y los daños producidos por el alcohol.

Hasta la década de los noventa la forma medir el craving o G.C. consistía en preguntar a los pacientes por el nivel de craving que experimentaban ante diferentes situaciones contextuales utilizando escalas de uno o dos ítems. En la actualidad existen escalas multidimensionales que miden distintas representaciones semánticas del craving.

Las mismas se utilizan en la investigación o en el ámbito clínico para medir los diferentes tipos de craving en función de la sustancia de la cual se trate.

La evaluación del craving o G.C. tiene un rol fundamental tanto en la investigación del alcoholismo como para su tratamiento. Conocer las características del craving en cada paciente tiene beneficios clínicos que abarcan la severidad de la dependencia alcohólica, la elección de un tratamiento selectivo apropiado a las características de las G.C. y la posibilidad de monitorear la evolución del tratamiento.

Dado que las mediciones del craving tienen un valor predictivo en el consumo de alcohol de pacientes en tratamiento, su monitoreo regular a lo largo del mismo ayudaría a determinar ciertas características del craving o G.C. como su intensidad y duración. Por ejemplo, aquellos pacientes que continúan con niveles elevados de G.C. a pesar de una buena adherencia al tratamiento requerirán un abordaje más intensivo o posibles cambios en el entorno.

Diversos autores proponen la hipótesis de un tratamiento farmacológico con drogas que actúen en diferentes tipos de craving. Una de las teorías propuestas es que la naltrexona sería efectiva para tratar a aquellos pacientes cuyo componente principal del craving es el deseo de recompensa, mientras que el acamprosato actuaría principalmente en el craving que aparece durante la abstinencia, los pacientes consumirían alcohol para contrarrestar los síntomas de abstinencia. Dichos componentes del craving involucrarían diferentes sistemas de neurotransmisores y la medición de los mismos es a través de las escalas multidimensionales ya mencionadas.

El objetivo de este trabajo es conocer las características principales de la población de pacientes que consultan por primera vez a la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, así como determinar las características que adquiere el craving en los pacientes alcohólicos al momento de su admisión al tratamiento.

Material y Método:

De los 91 pacientes que consultaron por primera vez a la UCA del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, en el período comprendido entre Noviembre 2006 y Junio de 2007, se incluyeron 53 pacientes. Se excluyeron aquellos pacientes que no colaboraron con el cuestionario o entregaron el mismo incompleto.

Los pacientes completaron un cuestionario autoadministrable que comprendía datos demográficos drogas consumidas en general y las características del consumo de alcohol en particular, así como el Cuestionario sobre el deseo de consumo de beber (Jiménez Giménez M., 2005) y el Test de Fagerström.

Resultados:

El 77% (n=41) de los pacientes que consultaron son hombres, el 23% (n=12) mujeres, el rango de edad es de 15 a 75 años, el 60% (n=32) tienen más de 30 años.

La mayoría de los pacientes son solteros 57% (n=30), casados 30% (n=16), divorciados 9% (n=5) y en pareja 5% (n=2). El 42% de los pacientes (n=22) conviven con sus padres, el 41% (n=22) con su pareja y el 17% (n=9) vive solo.

El nivel educativo es variable, habiendo completado un 6% solamente el nivel primario (n=3), alcanzado un nivel secundario incompleto el 30% (n=16), completado el secundario el 15% (n=8), cursaron finalizando o no estudios terciarios o universitarios el 49% de los pacientes (n=26).

El 58% (n=31) de los pacientes tiene un trabajo estable, un 15% (n=8) tiene un trabajo temporal, el 11% (n=6) son estudiantes, el 8% (n=4) está desempleado, el 4% (n=2) son jubilados, el 2% (n=1) es ama de casa y un 2% (n=1) no contesta la pregunta.

El 62% de los pacientes (n=33) concurre a la consulta por propia iniciativa, el 34% (n=18) consultaron por iniciativa de su familia o pareja, 2% (n=1) por iniciativa propia y de familiares o pareja y un 2% (n=1) no respondió a la pregunta.

Con respecto al consumo de sustancias al momento de la consulta, consumen alcohol el 32% (n=17) de los pacientes, cocaína: 28% (n=15), varias sustancias: 23% (n=12), cannabis: 17% (n=9). (figura 1). El 64% (n=34) de los pacientes que consultaron refirieron consumo de tabaco.

Con respecto al consumo de alcohol un 70% (n=37) de los pacientes completaron el Cuestionario sobre el deseo de consumo de beber (figura 2a), de éstos el 60% (n=22) obtuvieron puntajes >31.5 en la puntuación total de deseo de beber, el 40% (n=15) obtuvieron puntajes por debajo de 31.5 (figura 2b). Un 57% (n=30) de los pacientes que completaron el cuestionario obtuvieron puntajes elevados en el factor de deseo por dificultad de control, el 43% (n=23) de los pacientes obtuvieron puntajes por encima del corte en el factor refuerzo por deseo positivo y un 57% (n=30) de los pacientes obtuvieron puntajes elevados en el factor refuerzo por deseo negativo (figura 3).

El 64% de los pacientes que consultaron completaron el cuestionario de Fagerström (n=34), (figura 4). Casi la mitad de los pacientes fumadores de tabaco (44%) fuman más de 20 cigarrillos diarios, y un 22% tuvieron puntajes elevados en el Test de Fagerström (mayor o igual a 7) (figura 5).

Discusión:

Un alto porcentaje de pacientes que nos consultan por consumo de drogas ilícitas también consumen tabaco y/o alcohol.

Los pacientes que consumen alcohol llegan a la consulta con un apremio importante por consumir, el 60% (n=22) obtuvieron puntajes elevados en la puntuación total de deseo de beber. El 40% (n=15) de los pacientes puntuaron por debajo lo cual sugiere que de alguna manera la consulta estabiliza el estado de craving, si tenemos en cuenta que el mismo está compuesto por factores psicológicos, entre otros.

Un mayor porcentaje de pacientes que consumen alcohol tuvo puntajes elevados en los factores de deseo por dificultad de control y deseo por refuerzo negativo comparado con el factor deseo por refuerzo positivo, lo cual indicaría que la continuidad en el consumo no se debería tanto a la búsqueda de los efectos placenteros del mismo ni de las consecuencias positivas del consumo sino a otras características del craving como la incapacidad para evitar la conducta de consumo y el consumo para aliviar situaciones displacenteras que están relacionadas con afectos negativos, ansiedad o diversos problemas.

Un trabajo realizado por Andersohn y Kiefer (2004) mostró que durante la abstinencia alcohólica inicial predominaría el craving asociado a afectos negativos, lo cual coincide con los resultados de nuestro estudio en pacientes que consultan por consumo de alcohol. Los autores proponen un mismo mecanismo neuroquímico para los síntomas depresivos y el craving que involucra a los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico.

Nuestros hallazgos muestran la importancia de la valoración del craving en cada paciente que consulta por consumo de alcohol, ya que el abordaje será diferente de acuerdo las características del mismo. Por ejemplo en aquellos que consumen para aliviar situaciones displacenteras, si las mismas están relacionadas con afectos negativos, es probable que se beneficien con medicación antidepresiva y psicoterapia focalizada en estos aspectos. Algunos estudios sugieren que los pacientes alcohólicos con niveles

elevados de craving responden mejor a tratamientos combinados con naltrexona e intervenciones psicosociales.

Si bien el consumo de tabaco no fue motivo de consulta un elevado porcentaje de los pacientes que concurrieron por consumo de otras drogas fuma nicotina (64%), este resultado, si bien es menor, coincide con otros trabajos publicados donde el alcohol y el abuso de drogas están fuertemente asociados con altas tasas de tabaquismo con una prevalencia entre el 71 al 100% según los autores.

Observamos que un alto porcentaje de pacientes fumadores son muy dependientes de acuerdo a los resultados del test de Fagerström. Esta evaluación junto con el número de cigarrillos fumados diariamente nos orienta con respecto a la elección de la estrategia de tratamiento más efectiva en aquellos que estén motivados para dejar de fumar, en los pacientes con mayor dependencia se prefieren las intervenciones intensivas y la farmacoterapia combinada.

La obtención de un mayor número de pacientes con el avance de este estudio en curso nos permitirá llegar a resultados y conclusiones más contundentes.

Figura 1 - Sustancias consumidas-

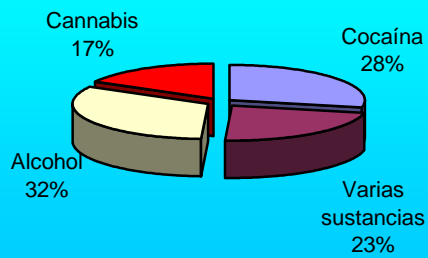


Figura 2 a -Cuestionario sobre el deseo de beber-

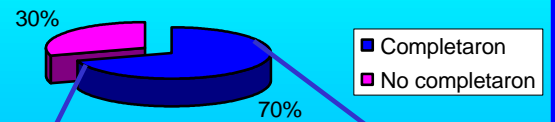


Figura 3 - Cuestionario sobre el Deseo de Beber-

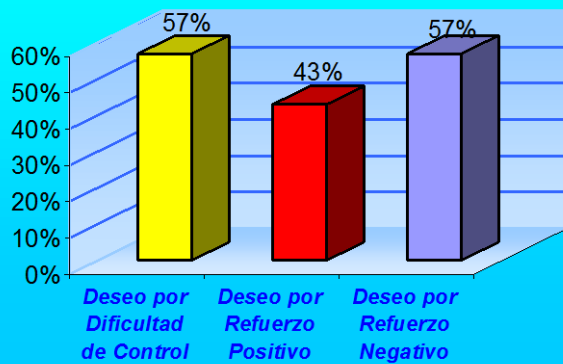


Figura 2b-Puntuación total del Deseo de Beber-

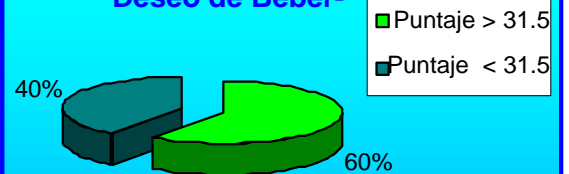


Figura 4 - Cuestionario de Fagestrom-

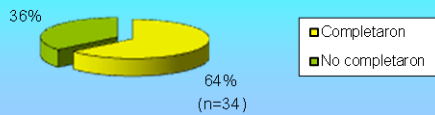
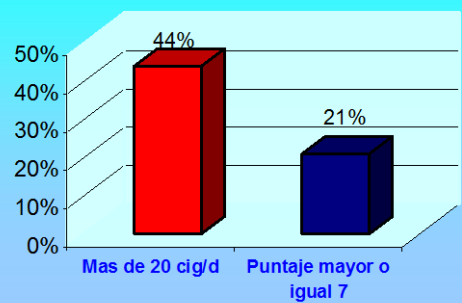


Figura 5 - Características del consumo de nicotina-



Bibliografía

- 1-Addolorato G. et al. How Many Cravings? Pharmacological Aspects of Craving Treatment in Alcohol Addiction: A Review. *Neuropsychobiology* 2005;51:59–66.
- 2-Andersohn Frank , Kiefer Falk. Depressive Mood and Craving During Alcohol Withdrawal:Association and Interaction. *German J Psychiatry* 2004; 7 (2):6-11.
- 3-Annis H. A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En: Miller W, Heather N, eds. *Treating addictive behaviours: process of change*. New York: Plenum; 1986.
- 4- Anton RF. What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research and Health* 1999;23:165-73.
- 5-Anton RF, Moak D, Latham Pk. The obsessive compulsive drinking scale: Assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Arch.Gen. Psychiatry* 1996; 53:225-231.
- 6-Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Ed Paidós; 1999.
- 7-Bruijn C, Korzec A, et al. Craving and Withdrawal as Core Symptoms of Alcohol Dependence. *J Nerv Dis* 2004; 192: 494-502.
- 8-Cepeda –Benito A. Deseo de consumir: el constructo del “craving”. En *Tratado SET de Trastornos adictivos*. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana, 2006. Tomo 1. Págs. 132-137.
- 9-David J. Drobe, and Suzanne E. Thomas. Assessing Craving for Alcohol. *Alcohol Research & Health*. Vol. 23, No. 3, 1999.
- 10-Fagerström y cols. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 1989, 12, 159-182.
- 11-Guebaly N., Cathcart J., Currie S., Brown D. and Gloster S. Smoking Cessation Approaches for Persons with Mental Illness or Addictive Disorders. *Psychiatric Services* 53:1166-1170, 2002.
- 12-Jaffe, A.J.; Rounsaville, B.; Chang, G.;Schottenfeld, RS.; Andmeyer R.E. Naltrexone, relapse prevention, and supportive therapy with alcoholics: An analysis of patient treatment matching.*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 1044–1053, 1996.
- 13-Jung Young-Chul and Namkoong Kee. Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: Anticraving Medications for Relapse Prevention. *Yonsei Medical Journal*. 2006, Vol. 47, Nro 2: 167-178.

- 14-Khantzian EJ: Self-regulation vulnerabilities in substance abusers: treatment implications, in *The Psychology and Treatment of Addictive Behaviors*. Edited by Dowling S. Madison, Conn., International Universities Press, 1995, pp 17-41
- 15-Kozlowski L, Wilkinson P. Use and Misuse of the Concept of Craving by Alcohol, Tobacco, and Drug Researchers. *British Journal of Addiction* 1987; 82: 31-36.
- 16-Kozlowski L, Mann RE, Wilkinson DA, Poulos CX. "Cravings" are ambiguous: ask about urges or desires. *Addictive Behaviors* 1989; 14: 443-445.
- 17-Lowman C, Hunt W, Litten R, Drummond C. Research perspectives on alcohol craving: an overview. *Addiction* 2000; 95 (Supplement 2): S45-S54.
- 18- Niaura R. Human models in craving research. Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction* 2000; 95 (Supplement 2): S155-S163.
- 19-Page PB. The Origins of Alcohol Studies: E. M. Jellinek and the documentation of the alcohol research literature. *British Journal of Addiction* 1988; 83: 1095-1103.
- 20-Potgieter A.S., Deckers F. and Geerlings P. Craving and relapse measurement in alcoholism. *Alcohol & Alcoholism*. Vol 34, n° 2, pp. 254-260, 1999.
- 21-Rankin H, Hodgson R, Stockwell T. The concept of craving and its measurement. *Behav. Res. & Therapy* 1979; 17: 389-396.
- 22-Sánchez-Hervas E., Molina Bou N., R. del Olmo Gurrea, Tomás gradoli V., Morales Gallus E. Craving y adición a drogas. *Trastornos adictivos*, 2001; Volumen 03-Número 04: 237-243
- 23-Shiffman RJ, Gilbert DG. Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine & Tobacco Research* 2004; 6(4): 599-614.
- 24-Sinha R. and O'Malley S. Craving for Alcohol: findings from the clinics and the laboratory. *Alcohol & Alcoholism*. Vol 34, n° 2, pp. 223-230, 1999.
- 25-Tiffany S. A cognitive model of drug urges and drug abuse behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychol Rev* 1990;84: 127-90.
- 26-Tiffany ST. Cognitive Concepts of Craving. *Alcohol Research & Health* 1999; 23: 215-224.
- 27-Verheul R., Van Den Brink W. and Geerlings P. A Three- Pathway Psychobiological Model of Craving for alcohol. *Alcohol & Alcoholism*. Vol 34, n° 2, pp. 197-222, 1999.