

# **EL ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO**

**Parte I del capítulo “Marco Teórico” de la Tesis doctoral  
“ANÁLISIS COGNITIVO CONDUCTUAL DEL PACIENTE ALCOHÓLICO Y SU  
EVOLUCIÓN DURANTE EL PROCESO TERAPÉUTICO**

**Por DR. ROBERTO MAINIERI CAROPRESO**

**Universidad Católica Santa María la Antigua, Panamá, Junio de 2007**

## El alcohol y el alcoholismo

### A. ¿QUÉ ES EL ALCOHOL?

El nombre químico del alcohol es *etanol* o *alcohol etílico*. Dependiendo del género de bebida que lo contenga, el alcohol aparece acompañado de distintos elementos químicos que lo dotan de color, sabor, olor y otras características. El alcohol es un líquido incoloro y volátil que está presente en diversas bebidas fermentadas, en concentraciones que van desde el 5 hasta el 20%, como es el caso de la cerveza y los vinos. Algunos de estos fermentos se destilan por medio de un alambique para aumentar su concentración etílica hasta un 40%; así es como se producen el tequila, el whisky, el vodka, el ron, la ginebra, el anís, etc. (Malpica, 2005).

El alcohol pertenece a las sustancias **psicoactivas**, es decir, son productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando el pensamiento de la persona que abusa de las mismas, su estado de ánimo y / o sus conductas. Según el DSM-IV, las sustancias psicoactivas se agrupan en 11 clases (ordenadas alfabéticamente), cada una de las cuales produce efectos diferentes:

1. **Alcohol:** produce estado de ánimo entristecido y relajado
2. **Alucinógenos:** alteran humor, pensamiento y sentidos
3. **Anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar:** aumento en la tensión, euforia, locuacidad, extroversión y sexualidad; reducción de sensación de fatiga, hambre, sed, frío y sueño
4. **Cafeína:** estimula actividad mental, retrasa la fatiga
5. **Cannabis:** altera humor, pensamiento y sentidos
6. **Cocaína:** aumento en la tensión, euforia, locuacidad, extroversión y sexualidad; reducción de sensación de fatiga, hambre, sed, frío y sueño
7. **Fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar:** altera humor, pensamiento y sentidos
8. **Inhalantes:** La mayoría actúan como depresores del sistema nervioso
9. **nicotina:** discreto efecto estimulante
10. **Opioides:** estado de satisfacción, supresión del dolor o cualquier tipo de necesidad, estupor o sueño
11. **Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos:** produce estado de ánimo entristecido y relajado

El alcohol, cuyo consumo patológico es el objeto de este estudio, comparte propiedades con los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (DSM-IV), dando lugar a un estado de ánimo simultáneamente entristecido y relajado. En la mayoría de las culturas, el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerable.

### B. HISTORIA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL

Desde tiempos prehistóricos se han utilizado sustancias psicoactivas tanto para propósitos individuales como para propósitos sociales. Aarón Beck, en su libro "Terapia cognitiva de las drogodependencias" (1999), clasifica estos propósitos de la siguiente manera:

Propósitos individuales:

- Estimulación (sentirse con ánimo para ...)
- Liberación de estados emocionales adversos
- Aliviar síntomas físicos indeseables
- Producir estados alterados de conciencia (experimentar la vida en forma diferente)

Propósitos sociales:

- Facilitar rituales religiosos
- Finalidad médica

En cuanto al alcohol específicamente, se sabe que desde el paleolítico se consumía, y que, además, se producía en el neolítico a partir de agua con miel (hidromiel). También se cree que los pobladores neolíticos calentaban al máximo una piedra hueca que contenía agua y plantas silvestres, fermentándola con las mismas

hierbas masticadas (Wikipedia, sin fecha). Hallazgos de la civilización Mesopotamia describen la intoxicación y curación de la resaca. En un artículo publicado en Internet (Malpica, 2005) cita algunos datos históricos interesantes:

“«Pan y cerveza para un día». Esta sencilla anotación pertenece a la lista de gastos de una familia que habitaba en la Mesopotamia asiática 3000 años antes de Cristo. La lista está considerada como el texto más antiguo que se conserva. Los antiguos egipcios bendecían a Osiris por el regalo de la cebada y tenían destilerías de cerveza desde hace seis mil años. Los griegos y los romanos de la época clásica agradecían a Dionisio o a Baco por la creación de la vid y el «vino divino». Cuando el Capitán Cook navegó por los mares del Sur a mediados del siglo XVI halló que los polinesios tomaban kava, una bebida alcohólica que fermentaban de una especie de pimienta. Bernal Díaz del Castillo, cronista de la llegada de los españoles a Tenochtitlan, aseguró que el territorio de la Nueva España, estaba «lleno de magueyes (plantas grandes y carnosas), de los cuales hacen su vino». La palabra (alcohol) en sí tiene origen árabe, quienes utilizaron la palabra *alkuhl* para nombrar al "espíritu" que se apodera de todo aquel que se atreve a abusar de los productos fermentados.”

### C. TIPOS DE CONSUMO DE ALCOHOL:

El consumo del alcohol puede ser patológico o no patológico. En ambos casos se puede dar la intoxicación, la cual es definida por el DSM-IV de la siguiente forma:

“Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (minutos u horas después de una dosis suficiente), y se mantiene o se intensifica con dosis repetidas. Normalmente, la intoxicación empieza a ceder cuando la concentración de la sustancia disminuye en la sangre o los tejidos. Se observan cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., sexualidad inapropiada, irritabilidad, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol. Pueden aparecer algunos de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol: lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o de la memoria, estupor o coma.”

Aunque en este estudio seguiremos la clasificación del DSM-IV, es ilustrativa la clasificación de los tipos de consumo que da la Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas (Bolet y Socarrás, 2003):

El *abstinente total* es el que nunca bebe.

El *bebedor excepcional*: bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).

*Bebedor social*: sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales (no satisface los criterios tóxicos y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este).

*Bebedor moderado*: consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que ¼ de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.

*Bebedor abusivo sin dependencia*: sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).

*Dependiente alcohólico sin complicaciones*: se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia, de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración. Pueden aparecer diarreas, subsaltos musculares o cuadros de *delirium* subagudo.

*Dependiente alcohólico complicado:* además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas como el delirium trémens, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o aparecen complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis.

*Dependiente alcohólico complicado en fase final:* es notable el deterioro físico y psíquico, y su comportamiento social. Se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos. Los pacientes presentan severos cuadros de desnutrición, puede aparecer cáncer del subsistema digestivo, entre otras.

## 1. Consumo no patológico

No todo consumo de alcohol puede catalogarse como patológico. Por ejemplo, los llamados bebedores «sociales», o sea que consumen licor durante eventos sociales esporádicos, no son considerados consumidores patológicos. Tampoco uno o más episodios de intoxicación por sí solos no son suficientes para establecer el diagnóstico de consumo patológico. Obviamente el consumo apropiado de medicamentos que contienen alcohol (como el elixir de valeriana, por ejemplo) u otras drogas por razones médicas tampoco es patológico (ver DSM-IV).

Una diferencia fundamental que distingue a los individuos con un consumo patológico de los consumidores casuales es que, mientras los consumidores patológicos subordinan algunos objetivos importantes a la utilización de la droga, los consumidores casuales les dan prioridad a otros valores: la familia, los amigos, la ocupación, el ocio, la seguridad económica, etc. (Beck, 1999).

## 2. Consumo patológico:

Para efectos de este trabajo investigativo, “consumo patológico” es cualquier patrón de consumo que sea problemático y que requiera de intervención, si genera consecuencias adversas sociales, profesionales, legales, médicas o interpersonales; ya sea o no que experimente tolerancia fisiológica síndrome de abstinencia. Esta postura va de acuerdo con la primera definición hecha por el Dr. E. M. Jellinek (1960), uno de los pioneros del modelo del alcoholismo como enfermedad durante la década 1940 y temprano en la década de 1950, sobre el consumo problemático del alcohol: “Todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad, o a los dos”.

Bolet y Socarrás (2003) hacen una revisión de diversas definiciones de lo que es considerado consumo patológico del alcohol por distintas organizaciones y autores:

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) coloca al consumo patológico del alcohol dentro de un modelo de enfermedad. El término alcoholismo para designar este tipo de consumo, fue utilizado por primera vez en 1849 por Magnus Huss, médico sueco. La OMS define al alcoholismo como un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo en la salud o en las funciones económicas y sociales del bebedor.

El *criterio tóxico del autor español Alonso Fernández* se refiere al daño biológico, psicológico o social inherente a la ingestión inadecuada del tóxico.

El *criterio determinista* se refiere a los mecanismos básicos de la ingestión nociva del alcohol o la incapacidad del paciente para tomar la decisión de no beber, o su ineptitud para decidir hasta cuándo tomar. Esto se expresa en la práctica por los patrones de consumo siguientes:

- No poder mantenerse 2 días seguidos sin beber.
- No poder controlarse cuando se comienza a beber.
- Necesitar el alcohol para enfrentar las exigencias de la vida.

El consumo patológico es considerado como tal debido a la presencia de tolerancia, abstinencia, uso compulsivo y/o problemas relacionados con las sustancias (p. ej., complicaciones médicas, alteraciones de las

relaciones familiares o sociales, problemas laborales, económicos o legales). Según el DSM-IV, el consumo problemático o patológico del alcohol o cualquier sustancia puede ser de dos tipos: **abuso** de sustancias y **dependencia** (o adicción) de sustancias. En ambos, los síntomas predominantes son de forma invariable los repetidos episodios de intoxicación por sustancias (DSM-IV).

### 2.1. Abuso

Patrón disfuncional de utilización recurrente sin que necesariamente se dé aumento en la tolerancia, síndrome de abstinencia, ni uso compulsivo; pero que, sin embargo, **produce las consecuencias dañinas del consumo repetido**. Estas consecuencias pueden ser el incumplimiento de obligaciones laborales, escolares y familiares dando lugar a ausencias repetidas, rendimiento pobre, ausencias, suspensiones o expulsiones, descuido de los niños u otras obligaciones. Beber alcohol puede causar problemas legales (p. ej., detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol o arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol). El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas en estado de embriaguez). Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea (p. ej., discusiones violentas con la pareja mientras está intoxicado, violencia física, abuso a los niños).

El diagnóstico de abuso de sustancias es más probable en sujetos que han comenzado a consumir las sustancias recientemente. En muchos sujetos, el abuso de un tipo particular de sustancia evoluciona hacia una dependencia de esa clase de sustancias. Algunos sujetos tienen episodios de abuso de sustancias durante un largo período sin presentar dependencia.

### 2. 2. Dependencia

Cuando los problemas descritos para el abuso del alcohol se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

Es un problema más serio que el abuso y se define como incapacidad de control del consumo, adicción fisiológica dependiente de una sustancia (del DSM-IV):

- a. Uso reiterado y frecuente (igual o peor que en el abuso)
- b. Utilización continuada a pesar de perjuicios a la persona (igual que en el abuso)
- c. *Tolerancia*: definida como una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; o el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- d. *Síndrome de abstinencia*: definida como interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades, lo cual produce síntomas como hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones), temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad o crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas). Es usual que se tome la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- e. *Comportamiento de consumo compulsivo*: La compulsión es descrita en la siguiente cita (Bozarth, 1990):

“La dependencia o adicción a las drogas se refiere a una situación donde el conseguir y administrarse la droga parece gobernar el comportamiento del organismo, y en donde la droga parece dominar la jerarquía motivacional del organismo.”

Jaffe (1975) describe a la adicción como “un patrón de comportamiento compulsivo de consumo de droga, caracterizado por una irrefrenable acción tendiente a su consumo, a asegurar su abastecimiento y una alta tendencia a recaer después de un período de abstinencia.”

En resumen, las características que definen la dependencia o adicción son:

1. Comportamiento compulsivo de auto - administrarse la sustancia

2. Preocupación por actividades de consecución de la droga con exclusión de toda otra actividad.
3. Sus objetivos, sus valores y sus lazos de unión pasan a estar subordinados a la utilización de la droga.
4. "Craving": *no hay traducción exacta - ansia o deseo irrefrenable de usar la droga o alcohol (autor)*.
5. Aumento en la tolerancia
6. Síndrome de abstinencia

### 2.3. Curso del consumo patológico de alcohol

Es probable que el primer episodio de intoxicación alcohólica aparezca en la juventud, con una edad de inicio de la dependencia alcohólica entre los 20 y los 30 años. La gran mayoría de quienes desarrollan trastornos relacionados con el alcohol lo hacen a partir de los 30 años. La primera demostración de abstinencia no aparece probablemente hasta que se han desarrollado muchos otros aspectos de la dependencia alcohólica. El abuso y la dependencia del alcohol presentan un curso variable que se caracteriza frecuentemente por períodos de remisión y de recaídas. La decisión de interrumpir la bebida, a menudo como respuesta a una situación de crisis, es seguida con toda probabilidad por semanas o meses de abstinencia. Sin embargo, una vez reanudado el consumo de alcohol reaparecen de nuevo rápidamente los problemas graves (DSM-IV).

El abuso de sustancias en general se caracteriza por sus remisión como por su recaída. La heroína, nicotina y alcohol se asemejan por sus altas tasas y patrones de recaídas. En promedio 2/3 recaen después de 3 semanas de abstinencia (Hunt, Barnett y Branck, 1971).

### 2.4. Segundos diagnósticos

Beck (1999) indica que además del diagnóstico por adicción, muchos pacientes también tienen un diagnóstico por otro síndrome del Eje I, como la depresión: o bien un diagnóstico por trastorno de personalidad (Eje II), o una combinación de ambos. La coexistencia con otros trastornos mentales complica el curso el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol u otras drogas. Algunos ejemplos de esos son: trastorno disocial en la adolescencia; trastornos límite y antisocial de la personalidad, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo (DSM-IV). Regier y colaboradores (1990) realizaron un estudio con 20,000 estadounidenses, en el cual se encontró que los individuos con trastornos psiquiátricos tienen 2.7% más probabilidad de abusar de alcohol u otras drogas y 38% de los que abusan de alcohol u otras sustancias coexisten con algún trastorno del eje I.

## **D. EFECTOS NOCIVOS DEL CONSUMO PATOLÓGICO DEL ALCOHOL:**

Una de las principales razones que me ha motivado a investigar sobre el tema del consumo patológico del alcohol es el grave daño que he visto que causa. El efecto nocivo del consumo patológico del alcohol afecta primeramente al individuo, pero dicho efecto va mucho más allá que el daño a sí mismo, dado que el individuo se relaciona directamente con su familia (hijos, esposa, padres, etc.) y con círculos sociales de diferentes grados de extensión, que van desde amistades, lo laboral y la sociedad en general por los daños causados por accidentes, especialmente automovilísticos.

### **1. Efectos en el individuo:**

#### 1.1. Efectos orgánicos:

El DSM-IV indica en forma general que:

*“aunque algunos sujetos con problemas relacionados con sustancias mantienen un buen nivel de actividad (p. ej., en las relaciones interpersonales, el trabajo y los negocios), estos trastornos causan con frecuencia un acusado deterioro y graves complicaciones. Los sujetos con trastornos relacionados con sustancias experimentan frecuentemente un deterioro de su salud general. De una dieta inadecuada y del descuido de la higiene personal pueden derivarse la malnutrición y otras*

*enfermedades médicas. La intoxicación o la abstinencia se pueden complicar por traumatismos relacionados con la coordinación motora o la falta de capacidad de juicio.”*

Un análisis más detenido nos lleva a concluir que el alcohol es capaz de dañar cualquier órgano, ya sea directa como indirectamente, incluyendo al corazón y al sistema cardiovascular en general, al sistema inmunológico, al sistema endocrino, al cerebro y al sistema nervioso central y periférico en general, al hígado, al páncreas, al tracto intestinal y al estómago, tal como lo indica el DSM-IV en el acápite “*Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas*”:

- Los efectos *gastrointestinales* incluyen gastritis y úlceras de estómago o duodeno, y cerca del 15 % de los grandes consumidores de alcohol presentan cirrosis hepática y pancreatitis. También se observa un aumento de la proporción de cáncer de esófago, estómago y de otras partes del tubo digestivo.
- La hipertensión moderada es una de las enfermedades asociadas con más frecuencia.
- Menos frecuentes son la miocardiopatía y otras miopatías, aunque aparecen en mayor proporción entre los bebedores de grandes cantidades de alcohol. Estos factores, junto con acusados aumentos de los niveles de triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad (colesterol) contribuyen a un mayor riesgo de cardiopatía.
- La intoxicación alcohólica repetida y grave puede suprimir los mecanismos inmunológicos y predisponer a infecciones y al aumento de riesgo de cáncer.
- La neuropatía periférica se demuestra por debilidad muscular, parestesias y disminución de la sensibilidad periférica. Los efectos más persistentes del sistema nervioso central incluyen déficit cognoscitivos, deterioro grave de la memoria y cambios degenerativos en el cerebelo. Estos efectos están relacionados con la deficiencia de vitaminas (en especial déficit de vitamina B, incluyendo el de tiamina). El efecto más devastador del sistema nervioso central es el trastorno amnésico persistente, que es relativamente poco frecuente (síndrome de Wernicke-Korsakoff), en el que está gravemente deteriorada la capacidad para procesar nuevos datos en la memoria.
- Disfunción sexual:
  - Disfunción de la erección.
  - Los sujetos con dependencia alcohólica crónica pueden presentar una disminución del tamaño testicular y signos de feminización a causa de la disminución de los niveles de testosterona.
- El consumo de alcohol abundante y repetido durante el embarazo puede asociarse a abortos espontáneos.
- Los sujetos con historia de epilepsia o graves traumatismos craneales tienen más probabilidad de presentar crisis comiciales.
- Muchos de los síntomas y hallazgos físicos asociados con los trastornos relacionados con el alcohol son consecuencia de enfermedades ya mencionadas antes. Como ejemplos cabe mencionar la dispepsia, las náuseas y la hinchazón que acompañan a la gastritis y a la hepatomegalia; las alteraciones hepáticas se acompañan de varices esofágicas y hemorroides. Otros signos físicos son temblor, marcha inestable, insomnio. La abstinencia de alcohol se asocia a náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, sequedad de boca, abotargamiento facial y edemas periférico.

Otras manifestaciones secundarias sobre la salud son deficiencias nutricionales que llevan a la desnutrición energético proteica, la arteriosclerosis, y otras enfermedades (Bolet y Socarrás, 2003).

El DSM-IV muestra también “*hallazgos de laboratorio*” que sustentan los daños que se observan en la salud, producto de la ingesta de alcohol:

- El consumo abundante de alcohol suele causar elevaciones de los lípidos en la sangre (p. ej., triglicéridos y colesterol) como consecuencia de la disminución de la glucogénesis asociada. Unos niveles altos de ácidos grasos en la sangre contribuyen también al desarrollo de hígado graso.




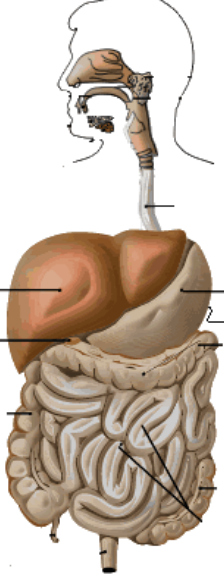
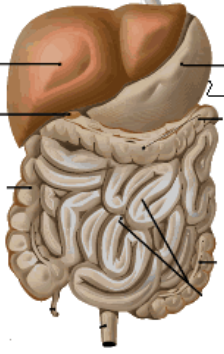




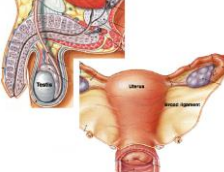
- Niveles altos dentro de los valores normales de ácido úrico, sin ser específicos, pueden aparecer en grandes consumidores de alcohol.
- Un indicador sensible del consumo abundante y prolongado de alcohol es la elevación ( $> 30$  U) de la gammaglutamiltranspeptidasa (GGT). Esta prueba puede ser la única anómala de todas las pruebas de laboratorio. Por lo menos el 70 % de los sujetos con elevación de la GGT bebe de manera abundante y persistente.
- El volumen corpuscular medio (VCM) puede estar elevado en sujetos que beben de forma abundante a causa de deficiencias de algunas vitaminas B, así como por los efectos tóxicos del alcohol sobre la eritropoyesis. Aunque el VCM se utiliza para ayudar a identificar a los bebedores que consumen alcohol en abundancia, es un mal método para controlar la abstinencia, debido a la larga vida media de los hematíes.



Diagrama No. 1:

## EFECTOS DEL ALCOHOL EN EL CUERPO HUMANO

Citizen's Outcry (sin fecha)

<b>CEREBRO Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		<p><b>COMPORTAMIENTO, JUICIO, MEMORIA CONCENTRACIÓN Y COORDINACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los bebedores experimentan una leve euforia y pérdida de inhibiciones a medida que el alcohol afecta regiones del cerebro que controlan el comportamiento y las emociones. El alcohol afecta el juicio, la memoria, la concentración y la coordinación, así como también induce a variaciones extremas de humor y explosiones emocionales.</li> </ul> <p><b>DESÓRDENES CEREBRALES Y ADICCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El hábito de beber prolongado puede resultar en daños cerebrales permanentes, desórdenes mentales severos y adicción al alcohol.</li> </ul> <p><b>OTROS EFECTO SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecta la habilidad visual</li> <li>• Poca claridad en la audición.</li> <li>• Disminuye olfato y paladar</li> <li>• Pérdida de la percepción del dolor.</li> <li>• Sentido alterado del tiempo y el espacio.</li> <li>• Afecta destreza motora fina.</li> </ul>
<b>OJOS</b>		Visión distorsionada y habilidad de ajustarse a la claridad. Agranda las pupilas y enrojecimiento en los ojos.
<b>OÍDOS</b>		Disminución en la habilidad de distinguir entre sonidos y percibir de qué dirección provienen.
<b>BOCA</b>		Afecta el habla. Disminuye paladar y olfato, lo cual reduce el deseo de comer.
<b>GARGANTA</b>		Irritación y daño al forro del esófago, induce vómitos severos, dolor y dificultades en el tragar. Cáncer
<b>ESTÓMAGO</b>		Irritación en el forro del estómago, úlceras pépticas, inflamación, lesiones sangrantes y cáncer.
<b>HÍGADO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El beber en forma crónica puede causar hepatitis alcohólica (inflamación y destrucción de las células del hígado), la que luego puede degenerar en cirrosis (lesión irreversible, causando cicatrices en el hígado y destrucción de las células del hígado). Afecta la habilidad del hígado de remover el pigmento amarillo y la piel toma un color amarillento (Ictericia).</li> <li>• Daños que causa en el hígado hace que los fluidos corporales se acumulen en las extremidades (Edema)</li> <li>• Disminuye la producción del factor coagulación de la sangre, pudiendo producir hemorragias incontrolables.</li> <li>• Causa que el hígado acumule grasas que pueden producir fallas en el hígado, coma y la muerte</li> </ul>
<b>PÁNCREAS</b>		Significativo riesgo a contraer pancreatitis, una inflamación crónica del páncreas.
<b>INTESTINOS</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritación de los forros del tracto intestinal y el colon. El beber en forma crónica puede causar inflamación, úlceras y cáncer del intestino y el colon.</li> <li>• El común que cause náuseas, diarrea, vómitos, agotamiento, y pérdida de apetito.</li> <li>• El alcohol afecta la habilidad del intestino de procesar nutrientes y vitaminas.</li> </ul>
<b>CORAZÓN</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilita los músculos del corazón y disminuye su habilidad de bombear sangre a todas las partes del cuerpo (cardiopatía)</li> <li>• Engrandecimiento del corazón, anormalidad en los latidos y signos cardíacos.</li> <li>• Aumento en la presión arterial, aumenta el riesgo de ataques y paros cardíacos.</li> <li>• Inhibe la producción de glóbulos blancos y rojos en la sangre.</li> </ul>
<b>PULMONES</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altas cantidades de alcohol pueden causar que los pulmones se paralicen y luego la muerte.</li> <li>• El beber disminuye la resistencia a infecciones pulmonares.</li> </ul>
<b>MÚSCULOS</b>		Debilita, ablanda y atrofia la musculatura, causa dolores musculares, espasmos.
<b>HUESOS</b>		El alcohol interfiere con la habilidad del organismo de absorber calcio, causando un debilitamiento, ablandamiento, y adelgazamiento de los huesos haciéndolos quebradizos (osteoporosis).
<b>SISTEMA REPRODUCTIVO</b>		<p><b>EN HOMBRES Y MUJERES:</b> las funciones sexuales pueden afectarse y deteriorarse, resultando en impotencia e infertilidad, algunas veces irreversible. Las mujeres tomadoras corren un alto riesgo en desarrollar cáncer de seno.</p> <p><b>EMBARAZO Y FETO:</b> el beber durante el embarazo aumenta significativamente la probabilidad de dar a luz un bebe con el Síndrome Fetal Alcohólico; cabeza de tamaño reducido, posibles daños cerebrales, rasgos faciales anormales, debilidad en el tono muscular, desórdenes de habla y del dormir, retardo en el crecimiento y en el desarrollo.</p>

- Las pruebas de función hepática (p. ej., la transaminasa glutamicooxalacética [SGOT] y las fosfatasas alcalinas) pueden revelar lesión hepática a consecuencia del consumo abundante de alcohol.
- La prueba más válida para medir el consumo de alcohol es la concentración de alcohol en la sangre, que puede usarse para estimar la tolerancia al alcohol. Se considera que un sujeto con una concentración de etanol de 100 mg/dl que no muestra signos de intoxicación ha adquirido un cierto grado de tolerancia al alcohol. Cuando la concentración de etanol alcanza los 200 mg/dl muchos sujetos sin tolerancia presentan una intoxicación grave.

En la página anterior se presenta un diagrama que resume los daños orgánicos que puede ocasionar el alcohol.

### 1.2. Daños personales por accidentes

El alcohol actúa como anestésico general, interfiere sutilmente con funciones como el pensamiento, el razonamiento y el juicio. A medida que aumenta la concentración de alcohol en la sangre (CAS), los efectos se intensifican, afectando incluso la función motriz básica. En niveles aún mayores causa el sueño y hasta la muerte por anulación de la respiración. Ante este estado por la intoxicación por alcohol, es fácil pensar que puede darse lugar a caídas y accidentes que pueden provocar fracturas, hematomas subdurales y otras secuelas de traumatismos craneales (DSM-IV).

Es igualmente fácil suponer que una persona que maneje u opere un equipo (tractor, retroexcavadora, grúa, etc.) en tal estado no pueda responder con la rapidez y el control requerido. Se ha detectado una apreciable proporción de mortalidad y morbilidad debido a complicaciones de la intoxicación por sustancias, como accidentes de tráfico, accidentes domésticos o accidentes industriales. En la mitad de los accidentes mortales aproximadamente el conductor o el peatón están bajo los efectos de una intoxicación (DSM-IV).

### 1.3. Efectos mentales

*Potenciador del consumo de otras sustancias (DSM-IV):* La dependencia del alcohol y el abuso de esta sustancia se asocian con frecuencia a la dependencia y el abuso de otras (p. ej., Cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y nicotina). El alcohol puede usarse para aliviar los efectos secundarios de estas sustancias (síndrome de abstinencia) o para sustituirlas en caso de no disponer de ellas.

Los que abusan de una sustancia, probablemente en forma simultánea abusan de otra: 20% a 30% del público en general que abusa de sustancias, 80% de los que ingresan a programas de tratamiento; siendo la combinación más frecuente es alcohol, marihuana y la cocaína: una aumenta los efectos de la otra, o evitan los efectos secundarios del síntoma de abstinencia de otras, o se usan como sustitutos (Beck, 1999).

*Trastornos mentales relacionados con el alcohol:* Beck (1999) cita a la IOM y proporciona un informe de 1987 que dice que el 81% de las hospitalizaciones por trastornos mentales debidos a abuso de sustancias son por alcohol (véase Cuadro No. 1, “*Diagnósticos asociados a la clase de sustancia psicoactiva*”).

Según el DSM-IV, los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: Trastornos constituidos por el consumo de alcohol propiamente dicho, o sea que el consumo en sí es un trastorno (el consumo como patología); y aquellos trastornos inducidos o derivados del consumo del alcohol (o sea, trastornos cuya causa es el consumo de alcohol):

*Trastornos por consumo de alcohol:* según del DSM-IV el mismo consumo problemático constituye el trastorno, el cual, tal como se explicó al inicio del capítulo para los tipos de consumo patológicos, se divide en:

F10.1 Abuso de alcohol [305.00]: patrón disfuncional de utilización

F10.2x Dependencia del alcohol [303.90]: más serio que el abuso y se define como incapacidad de control de consumo – adicción fisiológica. dependiente de una sustancia:

- a. uso reiterado y frecuente
- b. utilización continuada a pesar de perjuicios a la persona
- c. tolerancia
- d. síndrome de abstinencia

*Trastornos inducidos por el alcohol:* Trastornos causados por el consumo de las sustancias, en este caso el alcohol. Dos de estos trastornos, la intoxicación y abstinencia se dan exclusivamente por el consumo de sustancias. Otra serie de trastornos, son trastornos clasificados por el DSM-IV en otros apartados, pero que pueden ser inducidos por sustancias como el alcohol, aunque no exclusivamente.

El consumo del alcohol también puede producir o agudizar trastornos mentales que van más allá del trastorno que implica el beber en sí mismo. Por un lado, la intoxicación por algunas sustancias, entre ellas el alcohol, puede agudizar el cambio rápido del estado de ánimo en el trastorno bipolar, las alucinaciones auditivas y las ideas delirantes paranoides en la esquizofrenia, los pensamientos impuestos y los terrores nocturnos en el trastorno por estrés postraumático, y los síntomas de ansiedad en el trastorno por crisis de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y agorafobia (DSM-IV). La intoxicación o abstinencia pueden aumentar también el riesgo de suicidio, la violencia y el comportamiento impulsivo en sujetos con un trastorno antisocial o límite de la personalidad previo (DSM-IV). Por otro lado, el consumo de sustancias es con frecuencia un componente asociado a la aparición de síntomas propios de los trastornos mentales. Estos trastornos inducidos por sustancias presentan síntomas que se parecen a los de los trastornos mentales primarios no inducidos por sustancias. Cuando se estima que los síntomas son un efecto fisiológico directo de una sustancia, se diagnostica trastorno inducido por sustancias. Estos trastornos son los siguientes:

*F10.00 Intoxicación por alcohol [303.00]*, está incluido en la sección “Intoxicación inducida por sustancias”. Durante las intoxicaciones alcohólicas moderadas se observan diferentes síntomas en los distintos episodios de intoxicación. Durante el período precoz, cuando los niveles de alcoholemia van subiendo, los síntomas suelen consistir en charlatanería, sensación de bienestar, alegría, brillantez y un estado de ánimo expansivo. Más tarde, cuando disminuyen los niveles de alcoholemia, el sujeto se deprime progresivamente, se retrae y presenta deterioro cognoscitivo. A niveles muy altos de alcoholemia (p. ej., 200-300 mg/dl) un sujeto sin tolerancia es probable que se duerma y entre en un primer estado de anestesia. Niveles todavía mayores (p. ej., 300-400 mg/dl) pueden provocar inhibición de la respiración, bradicardia e incluso muerte en sujetos sin tolerancia. La duración de la intoxicación depende de la cantidad de alcohol consumida en un período determinado. En general, el organismo es capaz de metabolizar aproximadamente una bebida por hora, puesto que el nivel de alcoholemia suele disminuir en una proporción de 15-20 mg/dl/hora. Los signos y síntomas de la intoxicación probablemente son más intensos cuando los niveles de alcoholemia van aumentando que cuando van disminuyendo (DSM-IV).

*F10.3 Abstinencia de alcohol [291.8]* Especificar si con alteraciones perceptivas.

*F10.03 Delirium por intoxicación por alcohol [291.0]* Es parte de apartado delirium inducido por sustancias y está incluido en la sección «Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos».

*F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol [291.0]* Es parte de apartado Delirium inducido por sustancias y está incluido en la sección «Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos».

*F10.73 Demencia persistente inducida por el alcohol [291.2]* Es parte del apartado “Demencia persistente inducida por sustancias” y está incluida en la sección «Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos».

*F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol [291.1]* Es parte del apartado “Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias” y está incluido en la sección «Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos».

*F10.5x Trastorno psicótico inducido por el alcohol* es parte del apartado “Trastorno psicótico inducido por sustancias” y está incluido en la sección «Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos». Este se divide en:

F10.51 Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con ideas delirantes [291.5] Especificar si es de inicio durante la intoxicación o de inicio durante la abstinencia .

F10.52 Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones [291.3] Especificar si es de inicio durante la intoxicación o de inicio durante la abstinencia .

F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol [291.8] Especificar si es de inicio durante la intoxicación o de inicio durante la abstinencia. Es parte del apartado “Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias” y está incluido en la sección «Trastornos del estado de ánimo».

F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol [291.8] Especificar si es de inicio durante la intoxicación o de inicio durante la abstinencia. Es parte del apartado “Trastorno de ansiedad inducido por sustancias” está incluido en la sección «Trastornos de ansiedad».

F10.8 Trastorno sexual inducido por el alcohol [291.8] Especificar si es de inicio durante la intoxicación. Es parte del apartado “Trastorno sexual inducido por sustancias” y está incluido en la sección «Trastornos sexuales y de la identidad sexual».

F10.8 Trastorno del sueño inducido por el alcohol [291.8] Especificar si es de inicio durante la intoxicación o de inicio durante la abstinencia. Es parte del apartado “Trastorno del sueño inducido por sustancias” y está incluido en la sección «Trastornos del sueño».

F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado [291.9].

Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia son frecuentemente asociados a la dependencia alcohólica. Sin embargo, el comportamiento antisocial y el trastorno antisocial de la personalidad, aunque suelen vincularse a trastornos relacionados con el alcohol, es más frecuente que se asocien a trastornos relacionados con sustancias ilegales (p. ej., cocaína, heroína o anfetaminas) que, con frecuencia, dan lugar a actos criminales (DSM-IV).

Es significativo que un mínimo de 10 % de los sujetos con dependencia de sustancias se suicidan, con frecuencia efectos de un trastorno del estado de ánimo inducido por la sustancia (DSM-IV). Otras fuentes llevan este porcentaje hasta un 30% de los suicidios. De este porcentaje, la intoxicación alcohólica grave tiene una participación importante, dado que lleva a la desinhibición y a los sentimientos de tristeza e irritabilidad que contribuyen a los intentos de suicidio y a los suicidios consumados (DSM-IV).

**Cuadro 1:  
Diagnósticos asociados a la clase de sustancia psicoactiva**

Tipo de sustancia	Trastornos por consumo de sustancias		Trastornos inducidos por sustancias		Categoría de trastornos mentales reconocidas en el <b>DSM-IV</b>								
	Dependencia	Abuso	Intoxicación (I)	Abstinencia (W)	Delirium por intoxicación	Delirium por abstinencia	Demencia	Trastornos Amnésicos	Trastornos psicóticos	Trastornos del estado de ánimo	Trastornos de ansiedad	Disfunciones Sexuales	Trastornos del sueño
1. Alcohol	X	X	X	X	I	W	P	P	IW	IW	IW	I	IW
2. Alucinógenos	X	X	X		I				I*	I	I		
3. Anfetaminas	X	X	X	X	I				I	IW	I	I	IW
4. Cafeína			X								I		I
5. Cannabis	X	X	X		I				I		IW		
6. Cocaína	X	X	X	X	I				I	IW	I	I	IW
7. Fenciclidina	X	X	X		I				I	I	I		
8. Inhalantes	X	X	X		I		P		I	I	I		
9. Nicotina	X			X									
10. Opioides	X	X	X	X	I				I	I		I	IW
11. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	X	X	X	X	I	W	P	P	IW	IW	W	I	IW
Varias sustancias	X												
Otros	X	X	X	X	I	W	P	P	IW	IW	IW	I	IW

\* También trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*)

- I: Indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación (exceptuando el caso de delirium por intoxicación).  
W: Indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la abstinencia (exceptuando el delirium por abstinencia).  
I/W: Indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia.  
P: Indica que el trastorno es persistente.

**Fuente: DSM-IV**



## 2. Efectos en la familia

### 2.1. Efectos orgánicos a la descendencia:

Muchas, si no todas, las sustancias psicoactivas atraviesan la placenta, teniendo efectos secundarios potenciales en el desarrollo del feto. La ingesta de alcohol por parte de la madre durante el embarazo puede ser causal del síndrome alcohólico fetal y otros problemas serios de nacimiento, los cuales constituyen la principal causa de retraso mental en occidente. Tomadas en dosis altas por la madre, numerosas sustancias (p. ej., cocaína, opiáceos, alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos) son capaces de provocar dependencia psicológica en el feto y síndrome de abstinencia en el recién nacido (DSM-IV).

### 2.2. Deterioro y pérdida de la familia

Los efectos del alcohol sobre el individuo, según hemos visto en el punto anterior, nos permite imaginarnos, sin tener que recurrir a la realidad, las consecuencias adversas que un individuo en tal estado puede causar en las relaciones interpersonales, en especial con las personas más cercanas como lo son sus familiares. En efecto, la realidad nos demuestra que las reacciones de *ira y/o violencia* por parte del tomador, faltas a su *responsabilidad tanto financiera* como en sus roles de esposo y padre dada la prioridad que el bebedor patológico da al alcohol, son frecuentes causas de deterioro en las relaciones familiares y es un causal común de separación y divorcio. En el libro “Un harapo en el camino” (Oreamuno, 1970) un alcohólico rehabilitado cuenta sus experiencias como alcohólico, entre las cuales narra los extremos inimaginables a los que puede llegar un bebedor adicto, como, por ejemplo, un antiguo compañero alcohólico prostituía a sus hijas para obtener dinero para la bebida.

Muchos de los efectos sociales que señalamos en el punto siguiente son aplicables igualmente o tienen efectos directos o indirectos sobre la familia.

## 3. Efectos sociales:

El abuso de sustancias o la adicción puede definirse como la utilización compulsiva que conduce a una red de enredos que comprenden problemas sociales, económicos y legales sobre los cuales el paciente ha perdido el control. Siendo el alcohol la droga más utilizada y de la que más se abusa, es por lo tanto la que mayor cantidad de estragos sociales causa. Según datos del DSM-IV, 10% de la población de EE.UU es alcohólica o dependiente, vs. al 2.7% que consumen drogas ilegales. Muchos más de la red social son afectados indirectamente. Este 10% de la población consume más de la mitad del alcohol disponible. Del otro 90% de la población estadounidense, 60% son bebedores “light” y moderados, y un 30% no consumen.

Los consumidores de alcohol y otras drogas se caracterizan por una baja tolerancia ante la frustración, poca asertividad o poco control del impulso, que los hace a su vez más susceptibles a incurrir en toda clase de problemas, por lo que el consumo de sustancias puede estar asociado a comportamientos violentos o agresivos, manifestados a través de peleas o actos criminales que ocasionan lesiones, tanto en el sujeto que utiliza la sustancia como en los demás.

El adicto al alcohol puede llegar a dar prioridad a la bebida sobre su empleo, amigos y hasta sobre su familia, por lo que es usual que los pierda. En los Estados Unidos, los abusos sexuales, accidentes automovilísticos en los que muere el conductor ebrio y/u otras víctimas inocentes, incendios, delitos, crímenes con violencia o sin ella, homicidios están relacionados al alcohol en un porcentaje significativamente alto (50%).

El DSM-IV nos da algunos datos sobre el efecto y costo social del consumo de alcohol en los Estados Unidos de Norteamérica, lo cual es, en menor o mayor grado, válido para otros países en general y para Panamá en particular:

- En algún momento de la vida, cerca del 90 % de los adultos en Estados Unidos ha tenido alguna experiencia con el alcohol.

- Un número importante (60 % de varones y 30 % de mujeres) ha tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con el alcohol (p. ej., conducir después de haber bebido en exceso, bajas laborales o escolares debidas a resacas).
- La intoxicación alcohólica grave, especialmente en sujetos con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia con la ejecución de actos criminales. Por ejemplo, más de la mitad de todos los asesinatos y sus víctimas se cree que presentaban intoxicación por alcohol en el momento del asesinato.
- Los trastornos relacionados con el alcohol contribuyen al absentismo laboral, a los accidentes laborales y a la disminución de la productividad.
- El abuso y la dependencia del alcohol, junto con el abuso y la dependencia de otras sustancias, presentan una alta prevalencia entre los sujetos sin hogar (homeless) en Estados Unidos.

Todo lo hasta aquí dicho nos permite entrever la dimensión del costo social causado por el alcoholismo. Para el Estado implica un costo económico enorme, sobre todo en materia de salud, mantenimiento del orden y en materia judicial; sumado al costo de mantener a una parte no productiva de la población. Los gobiernos tratan de compensar esta carga económica mediante impuestos sobre las bebidas. En resumen, el alcoholismo y la drogadicción en general, es un costo social que de una u otra manera estamos cargando todos como sociedad.

## E. ¿POR QUÉ SE CONSUME ALCOHOL?

Desde muy joven, al observar los efectos del alcohol (comportamientos fuera de lugar, malestares como náuseas, cefaleas, etc., etc.) me hice la pregunta sobre el porqué las personas toman. Desde mi perspectiva, era como comprar e ingerir una “antimedicina”; o sea un producto que enferma en vez de curar. Intentaré contestar esta interrogante abordando dos preguntas: ¿qué hace que un individuo inicie el consumo de alcohol? y ¿por qué se continúa en el consumo de alcohol?

### 1. ¿Por qué se inicia?

El uso inicial de cualquier droga puede ser motivado por varios factores: curiosidad sobre los efectos de la droga, presión social de compañeros o para aliviar síntomas de procesos psicológicos propios de trastornos de personalidad u otros trastornos producto de condiciones agudas o crónicas. Cada uno de estos factores, tanto en forma individual o combinada, pueden dar la suficiente motivación para experimentar o la motivación circunstancial para su uso. El efecto que produce el licor, ya sea que un uso casual (por curiosidad, por ejemplo) haya hecho que el individuo los descubra; o que sepa vicariamente de esos efectos, pueden hacer que vea en dicho consumo una aparente utilidad para situaciones que está padeciendo o que pueda padecer en el futuro. Sobre esto, Beck (1999) nos dice que para algunos estudiosos, la utilización del alcohol u otra droga no es más que una manifestación de un conjunto de dificultades que llevan al individuo a iniciarse en ese “estilo de vida”:

- Por sus propiedades: el efecto relajante del alcohol y la presunta liberación de inhibiciones puede llevar a individuos a hacer frente a las frustraciones y al estrés de la vida mediante la bebida. En el caso de individuos que padecen de ansiedad u otros problemas psicológicos, como por ejemplo fobia social o trastorno de personalidad por evitación, pueden ver en estas propiedades del alcohol un medio de reducir los síntomas de estos trastornos.
- *Significado social*: algunos grupos sociales consideran el tomar como algo masculino y asociado con los deportes. Yo agregaría que los medios publicitarios, complacen y fortalecen esta idiosincrasia presentando prototipos del “hombre macho”, o del hombre sensual, o al deportista tomando o fumando.
- *Conseguir placer, experimentar la euforia*: la euforia inicial que produce la bebida alcohólica la hace ser vista por muchos como una forma artificial de producir alegría, es incrementada por el hecho de compartirla en compañía de otros que también utilicen alcohol o droga.
- *Personas con circunstancias vitales adversas* (pocas fuentes de satisfacción, poca confianza en sí mismo, duelos) buscan satisfacción en el alcohol, dado que por un momento, los problemas diarios parecen insignificantes, o les permiten escapar u olvidar.



- *La necesidad de ser admitido en grupos sociales* hace que muchos beban para poder pertenecer a grupos cuyo único requerimientos es consumir alcohol u otras drogas.

## **2. ¿Por qué se continúa consumiendo alcohol?**

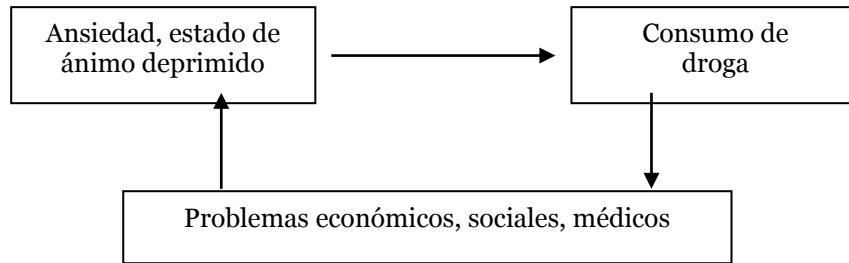
Algunos individuos satisfacen su curiosidad o satisfacen la motivación inicial que les incitó a probar y no siguen consumiendo alcohol. Si el alcohol u otra droga es tomada repetidamente, usualmente se desarrolla un período de consumo casual o social. Otros, sin embargo, caen en un consumo patológico, e incluso después de percatarse del daño que ocasiona a su salud y a sus vidas, siguen consumiendo y aumentando progresivamente este consumo.

El camino desde el tomador casual al adicto, progresa mediante cambios en el patrón de consumo, haciendo que el beber sea más frecuente, que las dosis sean más altas, o que el patrón sea uno más intensivo (en el caso de otras drogas como la cocaína puede llevar al uso de rutas más efectivas de administración, como cambiar de un consumo intranasal a intravenoso). Este cambio de patrón de consumo puede obedecer a varias razones, como a la búsqueda de mayor efecto, obtener el efecto con más frecuencia, la generalización del uso a otras situaciones distintas a la inicial (puede iniciarse bebiendo para relajarse cuando hay tensión o ansiedad, y luego aplicarse también cuando se está triste, cuando se quiere estar más alegre, etc.), o por el aumento de la tolerancia al alcohol, necesitando más cantidad para producir el mismo efecto.

A continuación, el consumo prolongado de la droga puede producir un uso compulsivo de la misma (dependencia psicológica y/o química), adquiriendo la sustancia en sí misma un fuerte poder motivacional, de modo que pareciera gobernar gran parte del comportamiento del individuo. El caso extremo del uso de drogas es la progresión final a la adicción, y aún peor, a la muerte. En esta fase, los individuos pasan a estar sujetos a un círculo vicioso de “craving” o deseos irrefrenables por consumir, se dan cambios precipitados del estado de ánimo y sienten una mayor angustia que sólo puede ser aliviada inmediatamente por la utilización de la droga nuevamente.

Una red de problemas externos e internos conduce y posteriormente hace que se mantenga la utilización de una droga. Lejos de calmar el dolor de la vida, las drogas crean una nueva clase de problemas y acrecientan otros. El adicto entra en un círculo vicioso: al sentirse deprimido, ansioso decide tomar; al alivio a corto plazo le siguen las consecuencias negativas a largo plazo del consumo (problemas legales, financieros, familiares y problemas médicos); esto lleva a miedos reales (de perder familia, empleo, etc.) que generan más ansiedad que conducirán al “craving” y a más consumo (véase diagrama No. 2, del círculo vicioso del consumo de drogas)

Diagrama No. 2  
CÍRCULO VICIOSO DEL CONSUMO DE DROGAS  
(Beck, 1999)



### 2.1. Factores socio-culturales:

Beck (1999) opina que los factores psicológicos y sociales serían los factores determinantes, antes que las propiedades farmacológicas per se, a la hora de convertir a un consumidor casual en un abusador de la droga. Esto es constatado en los hospitales donde los pacientes que toman opiáceos para el dolor crónico, pocas veces experimentan euforia e incluso casi nunca llegan a desarrollar dependencia psíquica o adicción.

Otra prueba del poder del factor social, es que se observa mayor abuso o dependencia en ciertos grupos sociales y culturales; mientras que es casi inexistente en otros grupos. Esto se debe a que hay una amplia variación cultural en las actitudes hacia el consumo de sustancias, los patrones de uso, su accesibilidad, y hacia las reacciones fisiológicas de estas. Por ejemplo, los mormones exigen una abstinencia total para poder pertenecer, mientras otros subgrupos condicionan la pertenencia al consumo de bebidas. Grupos que viven en ambientes empobrecidos donde faltan otras satisfacciones, o que viven situaciones especiales como guerras u otras amenazas, pueden optar como comportamiento social prácticamente generalizado la utilización del alcohol u otras drogas como paliativo a su situación. Las actitudes y tradiciones culturales acerca de la bebida y los bebedores, la presión de grupo, la socialización precoz en el empleo del alcohol, la disponibilidad de acceso al alcohol (incluyendo su precio), las expectativas aceptadas socialmente sobre los efectos del alcohol sobre el estado de ánimo y el comportamiento son factores sociales que ejercen una influencia considerable sobre la población.

En Estados Unidos, los blancos y los afroamericanos presentan la misma proporción de abuso y dependencia; los latinos presentan proporciones más altas, y la prevalencia es menor entre las mujeres latinas que entre las mujeres de otros grupos étnicos (DSM-IV). Aunque es difícil separar causa y efecto, el bajo nivel educacional, la falta de empleo y un bajo status socioeconómico se asocian con trastornos relacionados con el alcohol. Los años de escolaridad no son importantes en la determinación del riesgo de problemas alcohólicos, pero sí lo es el hecho de que la escolaridad no se culmine (p. ej., quienes abandonan la escuela presentan una mayor proporción de trastornos relacionados con el alcohol).

Las tradiciones culturales que fomentan el consumo del alcohol en la familia, en la religión y en la vida social, especialmente durante la infancia, afectan tanto los patrones de consumo de alcohol, como la probabilidad de que se presenten problemas relacionados con él. Los patrones de consumo de alcohol en diferentes países en cuanto a las acusadas diferencias en la cantidad y frecuencia de su consumo, pueden explicarse en parte por los factores socio – culturales aquí señalados.

### 2.2. El factor genético

El DSM-IV nos brinda información acerca de la prevalencia familiar para los trastornos relacionados con el alcohol. Hay evidencia de que las diferencias entre los sujetos en cuanto a las dosis que se requieren para producir intoxicación alcohólica están determinadas genéticamente. Vaillant (1984) realizó estudios que

indican que el número de familiares alcohólicos, más que la cercanía familiar, es un factor predictor relativamente fiable del alcoholismo.

En el abuso y la dependencia de sustancias en general, se ha observado que sigue una distribución familiar; aunque en muchos casos esto podría explicarse no necesariamente por tener una relación hereditaria directa, sino por una relación hereditaria indirecta; es decir, ser el efecto de otros trastornos que se explican por la distribución familiar, como el trastorno antisocial de la personalidad, que predispone a los sujetos al abuso y a la dependencia de sustancias.

En el caso particular del alcohol, con frecuencia la dependencia alcohólica presenta un patrón familiar y por lo menos se han detectado indicios de algunos factores genéticos. Según el DSM-IV, el riesgo para la dependencia alcohólica es tres a cuatro veces mayor en los familiares de primer grado de los sujetos con dependencia alcohólica. El riesgo es más alto si hay un mayor número de familiares afectados, si las relaciones genéticas con el paciente bebedor son muy próximas y si sus problemas relacionados con el alcohol son muy graves. Muchos estudios han encontrado un riesgo significativamente mayor para la dependencia alcohólica en gemelos monocigotos que en gemelos dicigotos. Los estudios sobre adopción han revelado un riesgo tres a cuatro veces superior para la dependencia alcohólica en los hijos de sujetos con dependencia del alcohol cuando estos niños eran adoptados al nacer y educados por padres sin este trastorno. Sin embargo, los factores genéticos sólo explican una parte del riesgo para la dependencia alcohólica, ya que una parte significativa depende de factores sociales y psicológicos.

Aparte de la genética familiar, el factor genético étnico parece tener algún grado de influencia. El DSM-IV también señala que en muchas culturas asiáticas la prevalencia global de los trastornos relacionados con el alcohol es relativamente baja; en cambio, la proporción varones a mujeres es alta. La diferencia en la prevalencia global en estos hallazgos parecen estar relacionados con la ausencia, en casi el 50 % de los japoneses, chinos y coreanos, de la aldehído-deshidrogenasa responsable del metabolismo del alcohol a través del acetaldehído. Cuando estos sujetos consumen alcohol experimentan rubefacción facial y palpitaciones, lo que disminuye la probabilidad de un consumo excesivo. Sin embargo la diferencia significativa de consumo en cuanto a género parece ser cultural. Esto nos da una idea de cómo la combinación de tipos diferentes de factores puede influir en las características de consumo de alcohol u otras drogas.

### 2.3. Factores psicológicos

Hemos ya mencionado factores de personalidad y factores actitudinales que hacen que la persona tienda a abusar y no solo consumir. Algunos trastornos psicológicos, como la angustia o ansiedad crónica o la depresión puede inducir a la utilización de droga como una forma de automedicación para aliviarse; especialmente el individuo tiene experiencias personales respecto a efectos considerados positivos para aliviar el estrés, la ansiedad y la depresión.

Según Beck (1999), algunos de los factores psicológicos incluyen actitudes que impiden el dejar el consumo, como las siguientes:

- No creen que puedan dejarlo.
- No escogen voluntariamente dejarlo.
- Ignoran, niegan minimizan los problemas causados por el alcohol o lo atribuyen a alguna otra cosa (ej. culpar a la esposa por un problema doméstico).
- Evalúan las ventajas del consumo y no los inconvenientes.
- Creen que el no consumir causará sensaciones o efectos intolerables.
- Consideran que al abandonar el consumo dejan una fuente de satisfacción y de consuelo

### 2.5. Factores dependientes de la edad y el sexo

El DSM-IV nos presenta también algunas características del consumo de alcohol y otras drogas que guardan relación a la edad y sexo.

En cuanto al consumo de sustancias en general, entre los individuos de 18 a 24 años, hay una prevalencia relativamente alta, incluyendo al alcohol. Con las drogas de abuso, la intoxicación suele ser el primer trastorno relacionado con sustancias, y generalmente tiene lugar en la juventud. La abstinencia puede aparecer a cualquier edad en función del tiempo de ingesta de dosis altas de la droga a lo largo de un tiempo

suficiente. La dependencia puede también aparecer a cualquier edad, pero para muchas drogas de abuso es típico su inicio en los 20, 30 y 40 años. Cuando un trastorno relacionado con sustancias al margen de la intoxicación empieza en la adolescencia temprana, con frecuencia se asocia al trastorno disocial y al fracaso escolar. Para las drogas de abuso, los trastornos relacionados con sustancias suelen diagnosticarse con más frecuencia en varones que en mujeres; sin embargo, la proporción según el sexo varía para cada tipo de sustancia.

En cuanto al alcohol en particular, entre los adolescentes el trastorno disocial y el comportamiento antisocial reiterativo coexisten con frecuencia con el abuso o dependencia alcohólica y con otros trastornos relacionados con sustancias. Los cambios físicos de la vejez producen un aumento de la susceptibilidad cerebral a los efectos depresores del alcohol, disminuyen el metabolismo hepático de algunas sustancias, entre las que se incluye el alcohol, y reducen el porcentaje de agua en el organismo. Estos cambios pueden provocar que la gente mayor presente intoxicaciones más graves y, por consiguiente, problemas con menores niveles de consumo. En los ancianos, los problemas relacionados con el alcohol tienen mayor probabilidad de asociarse con otras complicaciones médicas. El abuso y la dependencia del alcohol son más frecuentes en varones que en mujeres, en una proporción 5:1. Sin embargo, esta proporción varía en función de la edad. Las mujeres tienden a empezar más tarde el consumo abundante de alcohol en comparación con los varones y, por tanto, también presentan más tarde los trastornos relacionados con el alcohol. Una vez establecido el abuso o dependencia alcohólica en las mujeres, progresa con mayor rapidez, y en la edad media de la vida éstas pueden tener los mismos problemas y en la misma proporción que los varones (problemas de salud, consecuencias laborales o interpersonales). Con la misma cantidad de alcohol ingerida/ kg de peso las mujeres tienden a presentar concentraciones de alcohol en la sangre más altas que los varones debido al menor porcentaje de agua en su organismo, al mayor porcentaje de ácidos grasos y al hecho de que tienden a metabolizar el alcohol más lentamente (debido, en parte, a los menores niveles de alcoholdehidrogenasa en la mucosa del estómago). A causa de estos niveles más altos de alcohol su salud corre un mayor riesgo que la de los varones (sobre todo en lo que concierne a problemas hepáticos) cuando el consumo de alcohol es abundante.

### 3. Modelos que explican la adicción

Hasta ahora he presentado los factores que inciden en el alcoholismo. Existen varios modelos, enfoques u opiniones que intentan profundizar en el “porqué” de este fenómeno humano a través de modelos, algunos enfocándose en un solo tipo de factores (modelos unidimensionales) y otros reuniendo varios tipos de factores (multidimensional), entre los cuales sobresalen los que se centran en lo social, lo psicológico, y en lo genético. Sin entrar en detalle sobre los mismos, a continuación se explican los modelos que he considerado más importantes:

*Modelos moralistas:* se basa en las creencias o juicios de lo que es bueno o malo, aceptable o inaceptable. Estos juicios implican que los que usan drogas o alcohol son personas malas o pecadoras. Hay algo moralmente equivocado en estas personas y sugieren que deben ser castigadas (Ranking, 1978). En los primeros tiempos, los alcohólicos eran vistos como malos dado que carecían supuestamente de fuerza de voluntad para regular su bebida, lo que era considerado como prueba de la naturaleza inmoral del alcohólico (Ellis, 1992).

*Modelo psicodinámico:* según este modelo, un número cualquiera de conflictos intrapsíquicos puede llevar a una fijación o a una regresión a un estado de desarrollo “oral dependiente”. El alcohol sería una forma de proveer satisfacción oral (The University of Virginia, sin fecha).

*Modelo psicoanalítico:* considera que el alcoholismo es un síntoma de una neurosis subyacente. Las teorías psicoanalíticas suelen defender la hipótesis de que existe una personalidad oral que resulta posteriormente en el desarrollo de un problema de alcoholismo. Dado que el alcohólico es una persona infantil, la llave para entender su inhabilidad de alcanzar la madurez se encuentra en sus experiencias emocionales tempranas (The University of Virginia, sin fecha).

*Modelos de personalidad:* Algunos rasgos de la personalidad aparecen repetidamente como subyacente a problemas de alcoholismo. Por ejemplo, la impulsividad antisocial, por su componente de problemas de control del impulso y aceptación de la autoridad, se ha relacionado frecuentemente con

problemas de beber y al alcoholismo en los varones. Sin embargo, no se ha podido utilizar con éxito la presencia de rasgos de personalidad como predictivo del alcoholismo (Calaham, Room y Miller citados por Ellis, 1992). Hasta ahora no se ha podido demostrar que los alcohólicos y no alcohólicos sean diferentes premórbidamente en su personalidad, aunque esto no significa que tales diferencias no existan, sino que se requiere de más investigación. Es posible que, por lo menos en una parte de los casos, los rasgos de personalidad atribuidos como “causa”, son más bien síntomas del alcoholismo.

*Modelos sociológicos:* Sugieren que las sociedades que producen altos niveles de tensión interna, como culpa, estrés, agresión reprimida, conflictos y tensión sexual tienen altos índices de alcoholismo y drogadicción en general. Este modelo sugiere que **la** principal motivación para el consumo del alcohol y otras drogas es el de reducir la ansiedad impuesta por esta forma de sociedades. Otros modelos sociológicos sugieren que las sociedades que son permisivas y / o alentadoras del uso de alcohol o drogas tienen altos índices de problemas con el consumo de alcohol y otras drogas (Ranking, 1978). Estos modelos examinan la influencia que ejercen aquellos que le sacan ganancias económicas, como las destiladoras o los revendedores, quienes promueven sus productos mediante comerciales televisados o convirtiéndose en promotores de deportes. La solución sugerida por este modelo es un cambio en la sociedad (Ranking, 1978).

*Modelo de aprendizaje social:* el comportamiento de beber es aprendido como parte de la socialización y luego es reforzado (The University of Virginia, sin fecha).

*Modelo de enfermedad de Jellinek:* modelo de etiologías mezcladas producen cinco tipos identificados de alcohólicos, de las cuales la mayoría no son consideradas enfermedad dado que no implican pérdida de control (Jellinek, 1960):

**Tipo Alpha:** Es la etapa temprana de la enfermedad la cual manifiesta una continua dependencia puramente psicológica sobre los efectos del alcohol como calmante de dolencias físicas y emocionales. En esta categoría están los “bebedores problemáticos”, cuya conducta causa problemas sociales y personales. Estos bebedores pueden parar de beber si realmente lo desean, por lo que no son considerados “enfermos” por Jellinek.

**Tipo Beta:** Pueden sufrir de polineuropatía o cirrosis del hígado causados por el alcohol, sin que exista una dependencia física o psicológica. Aunque beben todos los días en grandes cantidades, no tienen una adicción física, y no sufren del síndrome de abstinencia, por lo que no tiene una enfermedad respecto al alcohol.

**Tipo Gamma:** Involucra tolerancia, dependencia física y pérdida de control (no poder parar después del primer trago). Este es el alcohólico tipo AA, quien está fuera de control, por lo que tiene una enfermedad.

**Tipo Delta:** Es el alcohólico tipo Gamma, pero que presenta inhabilidad de abstenerse (no soporta el deseo de tomar) en vez de perder el control (no poder parar después del primer trago).

**Tipo Epsilon:** Es la etapa más avanzada de la enfermedad que se manifiesta como dipsomanía (deseo intenso y persistente de beber excesivamente) o alcoholismo periódico.

*Modelo de interacción familiar:* El alcoholismo, así como las adicciones a otras drogas y la esquizofrenia, se entiende como una forma de interacción familiar en la que **a** una persona se le asigna el papel de alcohólico, mientras que otras desempeñan papeles complementarios, tal como la esposa mártir, los hijos abandonados, los padres desafortunados, y así sucesivamente. Mientras este juego mortal es jugado por mutuo consentimiento, cualquier intento de eliminar el factor clave, el alcohólico, está destinado a crear dificultades para los otros miembros de la familia, quienes harán lo posible para regresar al juego original. Dado que este juego familiar es circular y auto-reforzado, es inútil buscar su inicio. En general, la inadecuación básica de personalidad es transferida de generación a generación. Este modelo obviamente recomienda terapia familiar (The University of Virginia, sin fecha).

*Modelo médico, biológico o de enfermedad:* Se propusieron hipótesis que varían desde “alergias” hasta procesos de enfermedad sin especificar. Ha prevalecido el punto de vista según el cual el alcoholismo es una enfermedad progresiva, con frecuencia fatal, posiblemente hereditaria. Los alcohólicos son personas enfermas cuya química corporal es tal que pueden convertirse en adictos al alcohol. Parece ser que los

alcohólicos podrían tener un defecto en su metabolismo, que posiblemente involucra a los principales aminoácidos. Probablemente también hay factores psicológicos y socioculturales que contribuyen a este estado. Gran parte del comportamiento alcohólico obedece a su necesidad de controlar los síntomas de la abstinencia. El pronóstico generalmente no es bueno y la enfermedad es vista como incurable.

*Modelo biopsicosocial:* Modelo multidimensional que señala numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales como responsables por la “enfermedad” del alcoholismo o adicción (The University of Virginia, sin fecha). Para efectos del tratamiento, este modelo ofrece un margen para tratamiento psicológico, dado que un modelo puramente biológico, lo que nos dice es que no cabe la psicoterapia. Ante estas posiciones teóricas, Albert Ellis (1992) postula lo siguiente:

*“los seres humanos son organismos biológicos y a menudo, por no decir siempre, nuestra patología está enraizada en nuestra biología.” “Tal vez, algunas personas sean más propensas a pensar irracionalmente o tener un umbral bajo ante la ansiedad, depresión, enfado o posiblemente, menor tolerancia a la frustración y habilidades para controlar sus impulsos, al igual que ocurre en las adicciones. “Los clientes con fuertes predisposiciones biológicas a un problema específico habrán de trabajar más duro para maximizar la influencia de factores psicosociales”.*

*Modelos interaccionales:* Incorporan variables de personalidad y variables sociales. Se citan los trabajos de Jessor, Huba y Bentler, y los de Zucker como los precursores de este modelo (Blane y Leonoard, 1987).

*Modelo de Alcohólicos Anónimos (AA):* AA fue fundada en 1935 por William Wilson (Bill W) y el médico Robert Smith (Dr. Bob). Ambos eran enfermos alcohólicos pero se dieron cuenta de que al compartir sus experiencias controlaban el impulso de beber. Inspirados por el modelo médico, definen el alcoholismo como una enfermedad incurable, progresiva y a menudo fatal. El alcohol es un veneno para el que es alcohólico, aunque no lo sea para otros. Un alcohólico es una persona cuya vida se ha convertido en intolerable por el uso del alcohol. AA es una comunidad cerrada para aquellos afectados por esta enfermedad. Según AA, los alcohólicos son personas emocionalmente perturbadas que beben para compensar su inadecuación y luego, dado que la química de sus cuerpos se vuelve adicta al alcohol, se crea un proceso circular de mayor inadecuación y que les hace buscar más alcohol. En fases avanzadas, el comportamiento del alcohólico llega a girar alrededor de la necesidad de conseguir suficientes bebidas para controlar los síntomas de abstinencia. Sus comportamientos tempranos se explican por una combinación compleja de problemas físicos, mentales y/o espirituales de larga data. El tratamiento consiste en mantenerse en relación con AA, que con su ayuda logran controlar (mantenerse en abstinencia), aunque nunca curar, el alcoholismo (The University of Virginia, sin fecha).

*Modelo de reducción de tensión o modelo de la expectativa:* la ansiedad o el estrés lleva al alcoholismo como un fenómeno secundario. En este modelo se incluye la expectativa del bebedor respecto a la eficacia del alcohol en reducir el estrés o la tensión o como paliativo de estados emocionales. Freud consideró que “las personas son motivadas a tomar alcohol para controlar estados afectivos positivos y negativos” (Blane y Leonard, 1987). El modelo de la expectativa se ha convertido en uno de los mecanismos psicológicos centrales para explicar el comportamiento alcohólico. Las variables cognitivas juegan un papel determinante integral sobre el efecto de las drogas y en la escogencia individual de utilizar o no una droga. Este modelo cuenta con un impresionante número de investigaciones, y la observación de expectativas positivas respecto a una droga, tiene un fuerte poder predictivo (Blane y Leonoard, 1987).

*Modelo de conciencia de sí mismo de Hull:* Dado que ser consciente de sí mismo puede ser algo doloroso (por ejemplo, por fallas personales), Hull propone la importancia del beber motivado por el deseo de evitar tomar conciencia de sí. Presenta estudios que indican que el alcohol reduce la autorreferencia, que las personas altamente auto-concientes tienen patrones de respuesta distintivos en actividades que involucran la autorreferencia, y que tales reacciones disminuyen con la bebida (Blane y Leonoard, 1987).

*Modelo de autodiscapacidad de Berglass:* pone la conducta de beber como una estrategia que emplea el bebedor para proteger su autoimagen, utilizando la bebida para justificar sus fallas o para enfatizar éxito en situaciones de reto (Blane y Leonoard, 1987).

*Modelo de enfermedad conductual:* Ellis (1992) señala que “contemplado en su curso completo, el alcoholismo aparece tanto como un trastorno de salud conductual” y, en último caso para algunos, una “enfermedad sobre la que el individuo puede ejercer escaso control sin un tratamiento estricto y cambios importantes en su estilo de vida”. Cita a Vaillant, quien considera al alcoholismo como una enfermedad, de la misma manera que la Medicina hace referencia a la hipertensión esencial como enfermedad, la cual requiere de cambios en el estilo de vida y el desarrollo de hábitos más saludables de pensamiento, sentimiento y acción, en lugar de intervención médica a solas. Agrega Ellis que considerar al alcoholismo o la hipertensión esencial como sólo una enfermedad física o sólo un producto de malos hábitos, puede llevar a un tratamiento incompleto e ineficaz.

*El alcoholismo como multideterminado:* Ellis (1992) señala que “*existen evidencias que indican que factores genéticos, familiares y culturales predisponentes interactúan con la historia de aprendizaje social del individuo sobre el uso del alcohol*”.

## F. FORMAS DE TRATAMIENTO

Existen muchas formas o programas de tratamiento para el alcoholismo. El tratamiento dependerá del modelo teórico al cual se adhiere el terapeuta y de su forma particular de aplicar dicho modelo. Otras características específicas de la terapia dependerán de si la terapia es individual o grupal, si es ambulatoria o institucional, de la etapa de cambio en que se encuentra el bebedor, así como de otras características del individuo.

El clínico tiene a menudo la impresión errónea de que la dependencia y el abuso de alcohol son trastornos no tratables, basado en el hecho de que quienes se someten a tratamiento tienen historias típicas de problemas relacionados con el alcohol de años de duración. Sin embargo, los casos más graves son sólo una pequeña proporción de los sujetos con dependencia o abuso de alcohol, y el sujeto típico con un trastorno relacionado con el alcohol tiene un pronóstico mucho más prometedor. Los estudios de seguimiento de los sujetos con una actividad más normalizada muestran una proporción de 1 año de abstinencia en más del 65 % de los casos sometidos a tratamiento; y algunos sujetos (quizá el 20 % o más) con dependencia del alcohol logran un tiempo prolongado de sobriedad incluso sin tratamiento (DSM-IV).

Entre los tratamientos más utilizados, están el método de los 12 pasos, educación, psicoterapia, terapia familiar, terapia de grupo de apoyo, terapia farmacológica, y otras. Muchos programas de tratamiento son eclécticos, combinando varios de los tipos de tratamientos antes mencionados.

Un estudio hecho por la Academia Nacional de Ciencia a petición del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (citado por Beck, 1999), indica lo siguiente:

- No hay ningún tratamiento simple que sea efectivo para todas las personas.
- El ofrecerle al paciente las modalidades de tratamiento que sean apropiadas a él, puede mejorar ostensiblemente los resultados.
- Las intervenciones breves pueden ser bastante efectivas comparadas con la falta de tratamiento.
- El tratamiento de otros problemas vitales relacionadas con la bebida puede mejorar el pronóstico.
- Las características del terapeuta son determinantes parciales del resultado.
- Los resultados los determinan, en parte, los factores relacionados con el proceso de tratamiento, factores de adaptación después del tratamiento, las características del individuo que busca ayuda, las características de sus problemas y las interacciones entre estos factores.
- Aquellos que disminuyen significativamente su nivel de consumo o que llegan a ser totalmente abstemios, usualmente también disfrutaban de mejoría en otras áreas de la vida, en particular a medida que el período de reducción del consumo se hace más grande.

Por el hecho de que los trastornos de consumo alcohólico coexisten con otros, se benefician de intervenciones que enfoquen simultáneamente otros trastornos, tal como la terapia cognitiva, probada como eficaz para el tratamiento de la depresión, ansiedad y conflictos de personalidad.

A continuación se explican algunos tipos de tratamientos:

## 1. Desintoxicación

Algunas veces es el primer paso antes de iniciar un tratamiento. Dura varios días y permite al cuerpo eliminar grandes cantidades de alcohol (toxinas). Durante el proceso, la persona podría sentirse muy enferma, tener problema en comer, dormir, y concentrarse. El proceso requiere de supervisión médica, ya sea hospitalaria o ambulatoria. No ataca problemas psicológicos, sociales o conductuales que acompañan a la adicción, por lo que requiere ser seguido por un programa que aborde estos aspectos. Es recomendado a personas que no pueden parar de beber ni tan siquiera por unos días, o que muestran signos severos de abstinencia, como temblores, sudoraciones, irritabilidad, agitación; o que tengan problemas médicos que necesiten ser monitorizados al suspender la bebida (The Partnership for a drug-free America, 2005).

## 2. Farmacoterapia

Diferentes medicamentos son utilizados para lograr diferentes tipos de efectos sobre el paciente alcohólico. Veremos algunos de estos según la intención u objetivo que se pretende lograr (Zurián y colaboradores, 2000):

### 2.1. Disminución del “craving” (medicamentos “anticraving”)

Hay principalmente dos tipos de fármacos para esta finalidad: los que reducen el deseo y el efecto placentero del alcohol y los que producen reacciones adversas al consumir alcohol:

*Los que reducen el deseo y el efecto placentero del alcohol.* Medicamentos como Revia (naltraxona) y Acamprosate disminuyen el “craving” y el efecto placentero del alcohol:

*Acamprosato:* Fármaco cuyo mecanismo de acción principal es la inhibición de la excitabilidad de las neuronas, por antagonismo de la actividad de los aminoácidos excitadores, especialmente del glutamato, y también por una reducción del flujo del calcio mediante bloqueo de los canales de transporte de los mismos. De esta forma se consigue suprimir el deseo imperioso de consumo alcohólico inducido por la abstinencia. Es un fármaco seguro y bastante bien tolerado, y sus efectos secundarios de tipo gastrointestinal o dermatológico son más frecuentes, pero de duración transitoria. No presenta riesgo de abuso y carece de efectos ansiolíticos, hipnóticos o relajantes musculares. El periodo aproximado de tratamiento es de un año.

*Naltrexona:* Esta sustancia es un antagonista no selectivo de los receptores opiáceos que presenta acción prolongada. Se sabe actualmente que los opioides endógenos se relacionan con los procesos de extinción de impulsos, mediante la aparición de fenómenos gratificantes; pero en las personas alcohólicas o de alto riesgo adictivo, todos los procesos de control están alterados, provocando la continuación de la ingesta. Produciendo un corte en la actividad del sistema opioide mediante esta sustancia, conseguiremos que aparezcan los mecanismos de control. El bloqueo de dichos receptores evitaría la presencia de los efectos eufóricos o gratificantes del alcohol. En varios estudios se comprueba que la administración de naltrexona acompañada de psicoterapia, es muy válida en la reducción del consumo alcohólico, además de que permite la reducción de otro tipo de medicación que tome el paciente, como ansiolíticos o antihipertensivos. Como conclusión, esta sustancia da beneficios terapéuticos importantes con riesgos bajos, sobre todo si es acompañada de terapias psicológicas o psicosociales. Se utiliza con un periodo mínimo de tratamiento de 3 meses.

*Fármacos interdictores o aversivos:* No tiene efecto sobre el “craving”, pero causa molestias insoportables si se consume alcohol. El efecto es limitado. Son sustancias cuya finalidad es el prevenir y sobre todo disuadir el consumo. Se utilizan sobre todo para cubrir los primeros periodos de abstinencia reforzando la decisión de dejar de beber. Si se encuentra el aversivo indicado, posiblemente tendrá que tomarse durante todo el proceso de deshabituación (Addiction Intervention, Inc., sin fecha).

Se destacan dos sustancias fundamentalmente que son: Disulfiram (atabuse), la cual ha sido ampliamente utilizada, y Cianamida Cálcica. Estos medicamentos causan un cuadro alérgico típico que se produce por la intoxicación por acetaldehído cuando se ingiere alcohol. El paciente presenta vasodilatación generalizada con



enrojecimiento facial, cefalea, taquicardia, hipotensión ortostática, vómitos, disnea, vértigo y visión borrosa; síntomas que son más manifiestos con el disulfiram que con la cianamida cálcica.

Los datos clínicos de diversos estudios, destacan que estos fármacos interdictores o aversivos son útiles en pacientes motivados, y sobre todo si se usan otros tipos de estrategias que faciliten el cumplimiento del programa.

## 2.2. Los utilizados para el tratamiento del síndrome de abstinencia

Otros medicamentos se utilizan para el tratamiento del síndrome de abstinencia, usualmente mediante medicamentos que tengan un efecto tranquilizante y selectivo sobre el paciente, entre los que se destacan:

*Clometiazol*: Une a su acción tranquilizante, una acción anticonvulsivante

*Tetrabamato*: Más seguro y no potencia los efectos del alcohol.

Otros compuestos utilizados para estos efectos son el Cloracepato dipotásico, Diazepán, Lorazepán y el Tiapride.

## 3. **Psicoterapia o consejería individual**

Tratamiento que no utiliza fármacos ni otros medios físicos sino la comunicación, verbal o no, con el paciente. La forma que adopte el tratamiento depende de la corriente psicológica del terapeuta.

## 4. **Terapia de grupo**

Variante de la psicoterapia que utiliza el poder de la conexión con otros para dar tratamiento al alcoholismo. Muchas veces, el apoyo de otras personas nos motiva y aumenta nuestra fuerza para conseguir alcanzar unos determinados objetivos, siento en este factor el que se basa este tipo de psicoterapia. La retroalimentación interpersonal aumenta la posibilidad de que nos hagamos concientes de los defectos que tenemos, así como de nuestros progresos. El ver los logros de otros permite un aprendizaje vicario, aumentando la convicción de que podemos lograr objetivos que antes veíamos como inalcanzables.

Los temas que se tratan en el grupo y que se consideran de importancia terapéutica son (Zurián, 2000):

- Toda información sobre aspectos de la enfermedad.
- Desarrollar sentimientos de esperanza.
- Observar lo que le pasa a otra gente, lo que disminuyen los sentimientos de culpa o de angustia.
- Reforzamiento de la autoimagen.
- Aprendizaje de nuevas habilidades sociales y de experiencias de cohesión.

## 5. **Grupos de autoayuda**

Hay varios grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Rehabilitados, etc.), que actúan reforzando las decisiones del individuo, evitando su contacto con el alcohol. Se basan en que el miembro del grupo es incapaz de enfrentarse por sí solo a los problemas del alcohol, fomentando la sinceridad entre los compañeros y buscando la esperanza de la recuperación.

### 5.1. AA o método de los 12 pasos (Orange Country Alcoholics Anonymous, 2005).

Donde existan tres o más alcohólicos con el deseo de recuperarse, puede iniciarse un grupo afiliado a AA, con tal que el grupo no tenga otra afiliación. Cada grupo de AA debe ser una entidad espiritual con un solo objetivo primordial de mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad. Es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para

resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida. Para pertenecer a AA no se pagan honorarios ni cuotas; y se mantienen con sus propias contribuciones. AA no está afiliada a ninguna secta religiosa, partido político, organización alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa.

Su máxima es "Dios concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar aquellas que puedo, y sabiduría para reconocer la diferencia." Se guía por lo que llaman "Los doce pasos y las "Doce tradiciones":

### LOS DOCE PASOS

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podrá devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

### LAS DOCE TRADICIONES DE AA

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.
2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de A..A es querer dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos, considerado como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un grupo de AA nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de la institución a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial
7. Todo Grupo de AA debe mantenerse completamente a sí mismo, y negarse a recibir contribuciones de afuera.
8. AA nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros Centros de Servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. AA como tal nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. AA no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio, la televisión y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

## 5.2. El concepto del Instituto Johnson (Allem, 2007)

No es exactamente un grupo de autoayuda, pero entrena alcohólicos rehabilitados junto con profesionales de la salud para ayudar a otros a combatir su adicción. El instituto Johnson lleva su nombre en honor al Reverendo Vermon Johnson, un sacerdote quien creó un grupo de estudio en la Iglesia Episcopal St. Martín, en Minneapolis Minnesota, para buscar la manera de convencer a los alcohólicos a aceptar ayuda antes de llegar a consecuencias trágicas (tocar fondo). Este esfuerzo evolucionó a lo que hoy se conoce como “Entrevista motivacional”, la cual se basa en la escucha empática y un estilo de consejería descrito como “más compasivo que agresivo”, enfocado a que el alcohólico vea y acepte una suficiente dosis de realidad, de manera que acepte su necesidad de ayuda. Uno de los síntomas del alcoholismo es la negación del problema y el mantener una serie de creencias equivocadas. Para sacarlo de ese estado, se recurre a un equipo compuesto por especialistas, amigos, familiares, compañeros, ex adictos y clérigos que consistentemente le repiten al adicto las mismas verdades, de manera que este no puede negarlas.

Combina ciencia y fe y se base en una política de siete aspectos:

- 1) Utiliza como principales voceros a individuos y familias en recobro, quienes han sobrevivido el terror de la adicción, dado que consideran que el público responde mejor a estas voces.
- 2) La toma de conciencia y la intervención temprana llevan a resultados tempranos, por lo que están en desacuerdo de que la cura es solo posible cuando se toca fondo.
- 3) El alcoholismo es una enfermedad familiar. Su curación puede y debe incluir a toda la familia.
- 4) Las instituciones existentes, como escuelas, iglesias y clínicas de atención primaria, deben incorporarse en un plan general para interceptar esta enfermedad epidémica y promover su curación.
- 5) Prevención, tratamiento y recobro de las adicciones son una responsabilidad de las instituciones nacionales de salud, y deben financiadas por estas. El alcoholismo es visto como una epidemia y el transferir la responsabilidad de enfrentarlo al sector privado discrimina contra aquellos que no pueden pagarlo.
- 6) La respuesta al problema del alcoholismo debe incluir a profesionales bien adiestrados y a adictos rehabilitados.
- 7) La vía espiritual para modificar las conductas adictivas trabaja. No existe conflicto entre la ciencia y lo espiritual; lo que existe es incomprensión e intolerancia. Consideran que las investigaciones han demostrado que hay una relación positiva entre prácticas y valores espirituales, y practicas basadas en evidencias científicas.

## 6. **Educación sobre el alcoholismo**

Consiste en dar información didáctica sobre el alcoholismo y los daños, fisiología.

## 7. **Terapia de familia** (Fried Ellen, Elizabeth, 1998).

Asume que el paciente es reflejo del ambiente familiar, y que los problemas familiares actúan como inductores del problema alcohólico. Se tratará de actuar sobre el individuo y sobre su familia reorganizando su sistema de actuaciones. Algunos estudios indican que los problemas familiares y maritales no solo precipitan el abuso de la bebida, sino también es un factor para mantener un patrón de exceso en la bebida una vez establecido. En investigaciones realizadas por O'Farrel en 1992, se encontró altos niveles de conflicto, negativismo y competitividad, y niveles inferiores a los promedios en cuanto a expresividad, cohesión y habilidades en la resolución de conflictos en familias de alcohólicos. Igualmente encontró que el alcoholismo correlaciona con muchos problemas maritales como violencia marital y familiar, inadecuado papel de los padres, disfunciones sexuales, conflictos domésticos en general y divorcio. No encontró diferencias significativas en la disfuncionalidad de estas familias y de otras familias disfuncionales no alcohólicas. En base a esto se han diseñado varias modalidades terapéuticas que incorporan sofisticadas terapias de tipo familiar para ayudar al alcohólico y a sus familias a recuperarse.

## 8. Combinación de los anteriores

Varias de las formas de tratamiento pueden combinarse. Por ejemplo, un cliente simultáneamente puede estar recibiendo psicoterapia individual, tomando fármacos para ayudarle con el “craving” y los síntomas de abstinencia y asistiendo a las reuniones de AA.

## 9. Prevención

“Es mejor prevenir que curar”, reza el adagio. Roberto Schwebel (1991), sobre el tema de la prevención al alcoholismo y la drogadicción en general, habla sobre el trabajo temprano que deben hacer los padres con sus hijos. Señala que muchas de las campañas lanzadas en países como Estados Unidos de Norteamérica resultan positivas pero insuficientes. Por ejemplo, sobre la campaña del “Simplemente di no” que se hizo famosa por la intervención de Nancy Reagan y o “Di NO a las drogas” popular en muchos países, indica que el “decir no” es parte de un proceso a través del cual los adolescentes pueden resistirse a la presión negativa de los compañeros, y no un producto de la actitud “Haz lo que te señalamos porque sabemos qué es mejor para ti: ¡Di NO a las Drogas!”. Los jóvenes necesitan algo más que un “slogan”. Los niños, desde temprano necesitan modelos de conducta positivos, necesitan sentirse bien consigo mismos, necesitan saber cómo divertirse y como enfrentarse al estrés sin acudir al alcohol u otras drogas. Necesitan una serie de experiencias para aprender actitudes positivas y habilidades básicas. Necesitan apoyo para tener éxito en su hogar, en la escuela y en su vida social. Los adolescentes que están en pleno desarrollo de su propia identidad y que están aprendiendo a tomar sus propias decisiones no necesariamente prestan atención a una campaña de este tipo ni la toman seriamente. Los adolescentes necesitan normas de comportamiento claras y una presentación objetiva de los hechos. Necesitan la oportunidad de pensar por su cuenta y discutir sus ideas. Necesitan aprender a tomar decisiones propias.

Schwebel (1991) sugiere que en vez de dedicar esfuerzos solo en combatir a los vendedores que venden alcohol a menores, o en solo perseguir a narcotraficantes, se deben realizar ingentes esfuerzos para educar a los padres, maestros y profesores para procurar desarrollar “*autoestima (o autoaceptación), claridad de pensamiento, habilidad para resolver problemas, y relaciones hábiles y valorables*”. Una plataforma importante para todo lo anterior es que los padres brinden a sus hijos una amor incondicional, sobre el cual construir autoaceptación y autoconfianza; lo cual aumenta las posibilidades que las críticas de los padres dirigidas a las conductas (nunca a sus características personales, ni dirigidas a censurar ni a humillar) sean vistas como “constructivas”

En la Carta Europea sobre Alcohol, adoptada por los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada en 1995, se establece como medida de prevención del alcoholismo que:

- Todas las personas tienen derecho a recibir una educación e información válida e imparcial desde la infancia acerca de las consecuencias del consumo de alcohol sobre la salud, la familia y la sociedad.
- Todos los niños y adolescentes tienen derecho a crecer en un medio ambiente protegido de las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y, en la medida de lo posible, de la promoción de bebidas alcohólicas.

La carta muestra la preocupación respecto de que la globalización de los medios de comunicación y de los mercados está determinando cada vez más las percepciones de la gente, sus elecciones y comportamientos. Los jóvenes son hoy en día más vulnerables a las técnicas de marketing y ventas, las cuales son cada vez más agresivas en los productos de consumo y sustancias potencialmente peligrosas como el alcohol. Esto, junto a otros problemas sociales, ha aumentado la posibilidad de que el alcohol y las drogas desempeñen un papel más importante y destructivo en las vidas de los jóvenes. Por estas razones, la OMS ha hecho un llamamiento a todos los Estados Miembros a adoptar medidas que implementen los principios expuestos por la Carta (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2001).