Atención Primaria de Calidad

GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en

Uso y abuso del alcohol

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Atención Primaria de Calidad

Guía de Buena Práctica Clínica en

Uso y abuso del alcohol

Coordinadores Dr. Francisco Toquero de la Torre
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Dr. Julio Zarco Rodríguez
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del IMSALUD. Profesor Honorífico de la Facultad de Medicina de la UCM.

Autores Dr. Javier Aizpiri Díaz
Psiquiatra. Director de Medicina Psico-Orgánica, S.L. Bilbao.

Dr. Antonio Barbado Alonso
Psiquiatra. Centro de Psiquiatría y Psicología. Orense.

Dr. Fernando Gonçalves Estella
Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Rural. Almeida de Sayago. Zamora.

Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Médico General. C.S. Noblejas. Toledo.

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

© IM&C, S.A.
Editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C)
Alberto Alcocer, 13, 1.° D. 28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 84-690-3187-2
Depósito Legal: M-52053-2006

ÍNDICE

Prólogos	5-7
Visión de la situación actual	9
Patrones de consumo	17
El alcohol en la sociedad	25
El consumo de alcohol en España	35
Adolescencia y alcohol (I). Factores influyentes y problemas específicos	45
Adolescencia y alcohol (II). Perfil del adolescente con problemas por el alcohol	59
Alcoholismo y situaciones especiales	75
Estrategias preventivas en alcoholismo	89
Patología orgánica y psíquica en el alcohólico	113
Opciones terapéuticas	131
Los binomios del alcohol: de la génesis a la dependencia	155
Abordaje de la familia del paciente alcohólico y modelos de intervención integral en Atención Primaria	161

PRÓLOGO

La formación continuada de los profesionales sanitarios es hoy una actividad ineludible y absolutamente necesaria si se quiere realizar un ejercicio profesional acorde con la calidad exigida. En el caso del ejercicio médico, una forma de mantener ese alto grado de calidad y responder a las exigencias de la Medicina Basada en la Evidencia es el establecimiento de unas normas de actuación acordes con el conocimiento científico.

Ello es lo que pretenden las «Guías de Buena Práctica Clínica» en los distintos cuadros médicos. Han sido elaboradas por médicos pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria, que vierten en ellas la experiencia de su trabajo y larga dedicación profesional y se dirigen a médicos que ejercen en ese mismo medio; por tanto, su contenido es eminentemente práctico y traduce lo que el profesional conoce de primera mano, ayudándole a la toma de la decisión más eficiente.

Dr. Alfonso Moreno González
Presidente del Consejo Nacional
de Especialidades Médicas

PRÓLOGO

Como Presidente de la Organización Médica Colegial, quiero destacar la importancia de la realización y uso de las «Guías de Buena Práctica Clínica» (GBPC), que se están realizando por esta Institución.

Es necesario formar e informar al médico, siempre respetando su *lex artis*, pero estableciendo unos criterios mínimos de actuación consensuados científicamente y avalados por los especialistas en la materia que nos permitan, como profesionales de la Medicina, dar la calidad asistencial que la sociedad demanda.

Las GBPC ayudan al médico en el ejercicio diario de su profesión, proporcionándole, de manera precisa y esquemática, opciones de actitudes diagnósticas y terapéuticas, basadas en evidencia científica y criterios exclusivamente profesionales.

Deseo que esta iniciativa logre la finalidad de facilitar al profesional su actuación clínica sobre patologías prevalentes, unificando criterios para ser más resolutivos, y dando argumentos para defender con criterios profesionales nuestro trabajo diario.

Dr. Isacio Siguero Zurdo
Presidente del Consejo General
de Colegios Oficiales de Médicos

Visión de la situación actual

Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Médico General. C.S. Noblejas. Toledo.

Una parte considerable de la mortalidad prematura en España se relaciona con el uso de sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas de uso no institucional (1). El problema del alcoholismo en los jóvenes es tan grave que según la OMS: «una de cada cuatro muertes de jóvenes europeos está relacionada con el alcohol. En los últimos años los jóvenes se han convertido en un blanco privilegiado de las actividades de promoción de bebidas alcohólicas, se invierten grandes cantidades en las campañas dirigidas a influir en el comportamiento de los jóvenes, lo que obliga a intervenir en la promoción directa del consumo de alcohol o de aquellas actividades que indirectamente favorecen el aumento del consumo de alcohol entre los jóvenes. Esta intervención es un objetivo muy difícil porque en algunos países, como España, va unido a fuertes intereses económicos y políticos.

La sociedad ha pasado de considerar el alcoholismo desde una concepción moralizante a considerarlo un importante problema de salud pública (2, 3, 4); sin embargo, el camino recorrido no es suficiente porque, como veremos más adelante, son muchos los obstáculos y factores que condicionan una actuación decidida, con medidas eficaces a nivel de prevención primaria.

Por otra parte, cada día aumentan las actuaciones contra el consumo de alcohol, como se toman contra cualquier otro problema grave de salud. Para unos el alcoholismo es una enfermedad, para otros es un problema de conducta (5). Probablemente sea ambas cosas, pero en todo caso es una dependencia con graves consecuencias para la salud de una buena parte de nuestra sociedad (6).

Los impuestos del alcohol en la Europa de los 15 sumaron 25 billones de euros en el año 2001, alcanzando el consumo por bebedor los 15 litros por año de alcohol puro (7). España es el tercer productor mundial de vino detrás de Francia e Italia (8).

Ocupamos el quinto puesto como consumidores, por detrás de Luxemburgo, Francia, Portugal y Hungría, en consumo mundial de alcohol absoluto según los datos del World Drinks Trends del año 1996 (9). Actualmente, con un consumo medio anual per cápita de 10,1 litros de alcohol puro, ocupamos el séptimo puesto a nivel mundial; el octavo lugar mundial como consumidores de cerveza en el mundo (10) . Si consideramos, según la Organización Mundial de la Salud (11), alcoholismo a cualquier deterioro en el funcionamiento físico, mental o social de un individuo cuya naturaleza permita inferir razonablemente que el alcohol es una parte del nexo causal que provoca dicho trastorno, el alcoholismo en España es un problema social y sanitario de primera magnitud. Según la ultima encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas (12), el 88,6% de los encuestados había ingerido alcohol en

alguna ocasión en su vida, el 76,6% había ingerido alcohol durante los últimos 12 meses, de los cuales el 48,2% lo había hecho semanalmente. El 29,6% de los hombres encuestados había sufrido una borrachera en los últimos 12 meses. El 10% de los hombres y 3-5% de las mujeres sufre alcoholismo, de los cuales sólo el 5% son sujetos marginales. Un estudio de Portella *et al.* de 1998 estimó que un 3,4% de las consultas de Atención Primaria se relaciona directamente con el consumo de alcohol (13, 14). El coste atribuible al consumo excesivo de alcohol en España durante el año 2001 superó los 3.833 millones de euros, que corresponde al 2,5% del PIB (15, 16), de los cuales la asistencia y tratamiento alcanzó en 2001 unos costes globales de 2.459,87 millones de euros.

El etanol, solo o combinado con otros depresores del SNC es responsable de mayor número de muertes tóxicas por sobredosis que ningún otro agente. Se estima que la mortalidad relacionada con el alcohol en España alcanza el 3,4 % del total de las defunciones registradas en el país (17), aunque hay autores que elevan estas cifras a 20.000 (13) y 40.000 (18) muertes cada año, lo que supone entre un 6% a un 12% de la mortalidad total.

Los profesionales sanitarios, especialmente los de Atención Primaria, deben tener siempre en cuenta que en nuestro medio el alcohol es el gran simulador de muchos trastornos clínicos y psiquiátricos secundarios a su consumo o exacerba otros trastornos preexistentes. Es decir, el alcohol es un gran negocio «que

se cobra» y que también «se paga» en pérdidas de vidas, calidad de las mismas y altos costes de recursos sanitarios y de seguridad. Los Estados deciden cómo equilibran su balanza económica en torno al negocio del alcohol.

Por todo ello, es muy difícil luchar contra los efectos del alcohol desde el origen del problema, desde la prevención, porque además de constituir un pilar de la economía de países como España, Francia, Portugal..., más aún si se considera unido a otras fuentes económicas de primera magnitud como el turismo, el alcohol está profundamente arraigado en la cultura y las prácticas sociales (Marc Danzon, director regional de la OMS para Europa).

Actualmente la edad de comienzo en el consumo de alcohol* ha disminuido a 13,7 (19), debido, por un lado, a una permisividad excesiva y a una tolerancia mal entendida y, por otro, al fomento social de las intoxicaciones de fin de semana. La desinformación y la falta de educación sanitaria provocan paradojas como que, por un lado, se confunda aún la tolerancia al alcohol con valentía y fortaleza, mientras que, por otro, se estigmatiza y margina socialmente a los enfermos de alcoholismo. La edad media de inicio en el consumo de alcohol entre los escolares, según los datos de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 1998 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas), es de 13,6 años, y la edad media de inicio de

* http://www.pnsd.msc.es//Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf

consumo semanal se sitúa en los 14,9 años; según esta fuente, las chicas registran mayor prevalencia de consumo de alcohol, aunque en cantidades menores. El 84,2% de los escolares ha consumido alcohol en alguna ocasión y el 43,9% consume al menos una vez a la semana. El 41% de los escolares ha tenido una intoxicación aguda grave y el 23,6% en el último mes.

La consecuencia es que el consumo de alcohol en España provoca una morbimortalidad mayor que el resto de las drogas juntas. A lo mencionado se añade la relación íntima del alcohol con la violencia social actual, especialmente con la generada en el seno familiar. Un alto porcentaje de la violencia doméstica, fundamentalmente los malos tratos, tiene relación con el alcoholismo de alguno de sus miembros. A pesar de lo cual su diagnóstico precoz es difícil al añadirse a lo mencionado que el paciente minimiza o niega la ingesta de alcohol o bien no relaciona su sintomatología con el consumo del mismo (20), y la profesión médica no está suficientemente sensibilizada, estando inmersa en la misma cultura que promueve su consumo. En la realización de una historia clínica a un paciente con problemas con el alcohol se deben explorar las cuestiones relacionadas con el agente, el ambiente de consumo, el individuo víctima y su entorno social y familiar. Cuanta mayor frecuencia de consumo, mayor graduación de la bebida y más joven sea el individuo que consume alcohol, mayor será el deterioro orgánico y psíquico y la intensidad de la dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villalbí JR, Nebot M, Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. Med Clin (Barc) 1995; 104: 784-8.
2. Edwards G, et al. Alcohol Policy and the Public Good. Nueva York: Oxford University Press; 1994.
3. Investigación prioritaria para el programa Salud Para Todos. Libro tercero de la European Health for All series; 1989.
4. Actas de la 42 Asamblea de la OMS. Mayo 1989.
5. Rubio G, Santodomingo J. Concepto de alcoholismo: perspectiva historica desde M Huss 81849 hasta la actualidad. An Psiquiatr 1994; 10: 406-12.
6. Rubio Valladolid G. Actualización del concepto de alcoholismo. Coloquios sobre drogodependencias. Septiembre 1998. p. 4-8.
7. Anderson P, Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Institute of Alcohol Studies, Reino Unido; junio 2006.
8. Calafat A, Amengual M. Educación sobre el alcohol. Actuar es posible. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1999.
9. Produktschap Voor Gedistilleerde Dranken. World Drinks Trends: Henley –on– Thames, NTC Publications Ltd; 1996.
10. Pascual Pastor F. Imagen social de las bebidas alcohólicas. Monografía alcohol. Adicciones 2002; 14 (Supl): 117-22.
11. Investigación prioritaria para el programa Salud Para Todos. Libro tercero de la European Health for All series; 1989.
12. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas; 2004.

13. Portella E, Carrillo E, Ridao M, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Madrid: Panamericana; 1998.

14. Portella E, Ridao M, Salvat C, Carrillo C. Costes sanitarios del alcoholismo. Aten Primaria 1998; 22: 279-84.

15. García-Sempere A, Portella E. Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. Monografía alcohol. Adicciones 2002; 14 (Supl): 141-53.

16. López JM. Impacto social y económico del abuso del consumo de alcohol. Economía de la salud; marzo-abril 2005. p. 82-3.

17. Sánchez Pardo L. Consumo alcohólico en la población española. Monografía alcohol. Adicciones 2002; 14 (Supl): 79-97.

18. Ferrer E. Un problema nacional: la dependencia alcohólica. Jano; 2-8 julio 1999; Vol. LVII, n.º 1308.

19. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre drogas en enseñanzas secundarias; 2004.

20. Caballería J, Caballería L. Marcadores biológicos en el diagnóstico de alcoholismo. Jano; 1157: 716-25.

Patrones de consumo

Dr. Fernando Gonçalves Estella
Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Rural. Almeida de Sayago. Zamora.

¿QUÉ SE BEBE?

El alcohol que se ingiere en el consumo humano es una disolución acuosa de alcohol etílico producido por fermentación anaerobia por levaduras de líquidos azucarados. En menor medida, disoluciones acuosas procedentes de la destilación de otras bebidas que se obtienen por fermentación y/o destilación de sustancias azucaradas o feculentas, como uva, patata, remolacha, etc. Los alcoholes alifáticos son depresores del SNC.

En España, el consumo de alcohol ha pasado a ser un problema social y médico de primer orden, caracterizado por una edad muy joven de comienzo, con permisividad y fomento social del consumo, tolerancia de las intoxicaciones de fin de semana, y que paradójicamente coexisten con la estigmatización social del enfermo alcohólico.

La cantidad consumida se mide en gramos de etanol puro por día, considerándose consumo de riesgo 60 g para hombres y 20 g para mujeres. Su aparente efecto estimulador es como resultado de su efecto depresor sobre los mecanismos inhibidores de control cerebral. El punto de corte para considerar el etilismo

crónico se establece en una ingesta mayor de 50 g de etanol puro por día.

El alcohol etílico produce efectos dosis-dependientes, relacionados con la cantidad de etanol consumida por peso corporal. La intoxicación depende de la cantidad de alcohol ingerida, el sexo, el grado de nutrición previo, la idiosincrasia personal, la presencia de contenido gástrico y la ingesta concomitante de otros tóxicos. El etanol, solo o combinado con otros depresores del SNC, es el responsable del mayor número de muertes tóxicas por sobredosis, más que ningún otro agente.

MODELOS DE CONSUMO

Tradicionalmente se han descrito dos modelos de consumo que, aunque evolucionados con el tiempo, persisten con ciertas diferencias.

El mediterráneo

- Comienzo a edad temprana, en ambiente familiar y social permisivo.
- Utilización de bebidas de baja graduación, que asciende con la edad.
- Etilismo social y público, más o menos tolerado.
- Los cambios favorecen la aparición de abusos (emigración, ascensos).
- «Pasadas» habituales, asumidas como comprensibles en el contexto.

El anglosajón

- Restricción del inicio del consumo hasta la edad adulta.
- Falta de cotidianidad en el consumo, más ocasional, más esporádico.
- Bebidas con alta graduación alcohólica desde el inicio.
- Consumo en privado o en pequeños grupos.
- Etilismo social y público mucho menos tolerado.
- «Pasadas» más ocasionales, pero de mayor gravedad.

TIPOLOGÍA DE LOS CONSUMIDORES DE ALCOHOL

La OMS establece diferentes tipologías en función de los diferentes niveles de consumo de alcohol semanal:

- Abstemios: ningún consumo.
- Bebedores normativos: hasta 280 g/semana en hombres y 168 en mujeres.
- Bebedores de riesgo: por encima de las cifras de los normativos.

Se establece, siguiendo esa subdivisión, que en España habría un 37% de abstemios, un 52,6% de bebedores normativos y un 9,5% de bebedores de riesgo, según datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1999.

En 2003, según el Observatorio Español sobre Drogas (OED), Informe 2004, la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses en España fue del 29,6% en varones y 12,7% en mujeres, siendo la prevalencia del consumo de riesgo en los últimos 30 días del 7,4% en varones y 3,1% en mujeres.

La edad media en el inicio del consumo de alcohol es de 15,9 años en varones y 17,6 años en mujeres, según el OED 2004 y en la Encuesta Domiciliaria de 2004, y entre estudiantes de Enseñanza Secundaria ha aumentado el consumo intenso, siendo la prevalencia de borracheras en los 30 días previos a la encuesta del 34,8%, y la proporción de bebedores de riesgo en esos 30 días previos a la encuesta, del 12,3%.

Otro dato especialmente importante, contenido en ese informe, es que en una muestra de 1.621 conductores fallecidos en accidentes de tráfico, la prevalencia de alcoholemias iguales o superiores a 0,3 g/l fue del 34,7% en 2003, de los cuales el 30,9% tenía consumo exclusivo de alcohol, mientras que en el 6,3% restante, el consumo era mixto, de alcohol más otras drogas, psicofármacos o medicamentos.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud Pública y Consumo) utiliza una tipología basada en el consumo medio diario de alcohol a lo largo del último mes, clasificando a los consumidores bebedores en los días laborables y en fines de semana y dentro de cada uno de ellos en: abstinentes, ligeros, moderados, altos, excesivos y gran riesgo. Siguiendo esta norma, y teniendo en cuenta que se

entenderían como de consumo abusivo los encuadrados en los subtipos altos, excesivos y gran riesgo, se habría producido una reducción entre los años 1997 y 1999, pasando del 9,9 al 6,6%.

PATRONES DE CONSUMO

Atendiendo exclusivamente a la relación entre el factor temporalidad y el consumo de alcohol, podríamos establecer una serie de patrones de consumo, útiles para su empleo en la Atención Primaria:

- Abstención: conducta poco menos que virtuosa y que, como tal, escasea.
- Ocasional: ¿quién no lo ha probado alguna vez?, bueno...
- Habitual: de las costumbres humanas, si se abusa, una de las peores.
- Crónico: el alcohol, en cuanto droga, crea conducta adictiva.
- Episódico o dipsomaníaco: abuso ocasional...; el que mucho corre, pronto para.

Si tenemos en cuenta que, dentro de cada uno de los subgrupos ocasional, habitual y crónico tendrían cabida las diferentes tipologías que establece la OMS, su empleo nos aportaría una visión más precisa de la realidad.

METABOLISMO DEL ETANOL

Se absorbe con rapidez en el estómago, retrasada por la presencia de alimentos que, a su vez, retrasan la eva-

cuación gástrica, y muy rápida en el intestino delgado y colon. Absorción también pulmonar, por inhalación.

Distribución homogénea por tejidos y líquidos, atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria. Se oxida en el 90-98%, y el 2-10% se excreta por riñón y pulmones. Su tasa de oxidación es relativamente constante, no incrementándose al aumentar la concentración (denominada cinética de orden cero). La oxidación es proporcional al peso corporal y, probablemente, al peso hepático, con una tasa promedio de oxidación de 120 mg/kg/hora o 10 ml/hora.

Tipos de metabolización

- Oxidación hepática, por la deshidrogenasa del etanol, pasa a acetaldehído, que se convierte, destruido por la aldehído deshidrogenasa, en acetato, que se biotransformará en acetil-CoA, que seguirá una metabolización similar a la obtenida por otras fuentes.
- También se metaboliza hasta acetaldehído por las oxidasas microsómicas del retículo endoplásmico liso del hígado.
- Entre un 2 y un 10% se eliminará sin metabolizar a través de la respiración, la orina y el sudor. (Interés médico legal.)

Idiosincrasia metabólica

Existe polimorfismo genético de las deshidrogenasas, tanto la del etanol como la del aldehído, hecho

que condiciona las variaciones de la tasa de metabolización individual e intersexos.

La concentración máxima en sangre se establece a los 30-90 minutos de la ingesta.

FACTORES RELACIONADOS CON EL ABUSO DEL ALCOHOL

Los hijos varones de pacientes alcohólicos tienen 3-4 veces mayor riesgo de serlo.

Socioeconómicos y culturales

- *Estatus bajo*: inicio a edad temprana, bebidas simples, baja graduación, consumo grupal, después consumos agresivos, con posterior tendencia al aislamiento, y etilismo público.
- *Estatus medio*: inicio al final de la adolescencia, bebedor social, presa idónea de las modas, que aprovecha las ocasiones para transgredir.
- *Estatus alto*: inicio adulto joven, bebidas elaboradas, consumo «cultural», preferente alta graduación, tendencia a la ocultación, etilismo privado.

Laborales: ¿quién escoge a quién?

- Hostelería y espectáculos: «el roce engendra el cariño».
- Ejecutivos, periodistas, vendedores: «la obligación del alterne».

- Militares, marinos mercantes, conductores: «es cosa de hombres».
- Médicos y sanitarios: «las pastillas son para los demás».

Psicológicos

- Los primeros psicoanalistas: el alcoholismo como síntoma depresivo o de regresión oral, equivalente masturbatorio, defensa contra la homosexualidad.
- Teorías psicodinámicas modernas: alivio de carencias afectivas.
- No existe un perfil de personalidad predispuesta.
- Parecen más vulnerables los sujetos inseguros, pasivos, desarraigados, solitarios.
- Los que padecen trastornos ansiosos, depresivos, psicóticos residuales, del control de los impulsos.

BIBLIOGRAFÍA

DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. Informes años 1997, 1999. Ministerio del Interior; 1998-2001.

Manual SET de Alcoholismo. Sociedad Española de Toxicomanías. 1.ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2003.

World Health Organization. Global Status Report on Alcohol. Substance Abuse Department. Geneve; 1999.

El alcohol en la sociedad

Dr. Javier Aizpiri Díaz
Psiquiatra. Director de Medicina Psico-Orgánica, S.L. Bilbao.

LA NUEVA DIPSOMANÍA DE FIN DE SEMANA: QUÉ, QUIÉN Y PARA QUÉ

Estamos en la primavera de 2006. Mientras que nos llegan noticias de Francia relativas a que el Gobierno está a punto de caer, empujado por las manifestaciones de millones de jóvenes que ocupan las calles de todas las ciudades pidiendo un empleo justo y pretendiendo asegurarse un trabajo en condiciones dignas, en el Estado español la gran preocupación de muchos de nuestros y nuestras jóvenes es batir el récord de asistencia a «botellones» durante el fin de semana. Algunos Ayuntamientos, como el de Granada, intentan salir al paso para paliar las posibles consecuencias, y la fuerza de la convocatoria llega a reunir a más de 25.000 personas.

La reflexión resulta obligada y obvia. ¿Cómo ha llegado a ocurrir? ¿Por qué una parte de nuestra juventud y también de las personas adultas dedica tantas noches de los viernes y sábados a este tipo de actividades, donde el alcohol es el auténtico protagonista?

Realizar un acercamiento a la antropología cultural para estudiar el desarrollo y práctica de la conducta humana puede ayudarnos a la comprensión del tema.

Pertenecemos a la cultura cristiana, mediterránea y latina. En ella, la uva y su bebida derivada, el vino, está presente y perfectamente integrada en todos los aspectos de la vida cotidiana, bien sea como alimento, como elemento lúdico o acompañamiento religioso. Ha estado y está presente en nuestras comidas, en el trabajo, en la fiesta y en las ceremonias religiosas. Se ha dedicado un importante esfuerzo a mejorar las técnicas de su cultivo, producción y ventas. Forma parte imprescindible de la vida de las regiones, comarcas, municipios y familias, y constituye un capítulo importante de nuestra economía y del mercado de exportación.

Tradicionalmente, la forma de consumo de la uva transformada en vino ha ido dirigida a cubrir dos tipos de necesidades y satisfacciones:

— Vino-alimento-comida.

— Vino-embriaguez-elemento festivo.

El alcohol, que se descubrió ya en la antigüedad como el mejor ansiolítico de la naturaleza, con propiedades antidepresivas, euforizantes y desinhibidoras, llegó a convertirse en el rey del espacio lúdico, hasta llegar a consumirse como droga, buscando y produciendo la anestesia total y la pérdida de sentido o embriaguez.

La incorporación de los niños y mujeres a su uso se realizaba de forma paulatina y en un proceso de aprendizaje escalonado y sujeto al control de los padres por ser ellos quienes ponían el vino en la mesa y lo

escanciaban para los miembros del grupo, atendiendo a su cuidado y necesidades.

Así, al niño (siempre entendiendo el género masculino) se le da, en primer lugar, agua, a la que se mancha o tizna con vino; después empieza a recibir vino, al que se añade algo de agua, y, por último, accede al privilegio de recibir vino únicamente. Esa toma de vino sólo coincide con el momento en que el adolescente da el paso y se incorpora al mundo adulto, tiene su trabajo productivo o desarrolla un «trabajo de hombre».

En nuestra cultura, el paso de la adolescencia a la adultez se identifica con la posibilidad de beber vino sin la tutorización de los padres y con el ritual de la embriaguez.

La Revolución industrial y las tecnologías de destilación posibilitaron la aparición de grandes cantidades de alcoholes destilados, que se utilizaron en seguida como fuente inmediata de calor y anestesia, sobre todo en la minería e industria siderometalúrgica, extendiéndose su uso a todos los ámbitos de la vida laboral y llegando a sustituir a los alimentos, lo que ha ocasionado repercusiones muy graves en la salud y la conducta humanas.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX, la mayor fuerza productora de las empresas cerveceras va haciéndose un hueco en el mercado, ocupando el espacio de las bebidas refrescantes. Comienza en las zonas norte y central de Europa, para penetrar después en las zonas vinícolas del sur.

En el Estado español, en los años sesenta se diferencian ya claramente distintas formas de beber: vino, por una parte, tratado como alimento; cerveza consumida como refresco, y vino también y alcoholes destilados ingeridos como anestésicos sociales en tiempos y espacios lúdicos o también en ámbitos prelaborales, aprovechando sus rápidos efectos. Se participaba de una permisividad social hacia la conducta de consumo, que llegaba a justificar la embriaguez, sobre todo en los espacios festivos.

Las mujeres no participaban de esos rituales del varón, permitiéndoseles beber únicamente en la comida, siendo causa de discriminación y penalización social el consumo en el ámbito público de alcohol, incluso cerveza. Coexistían, sin embargo, vinos dulces que se proporcionaban a niños y niñas y a personas mayores, como si se tratase de alimentos, a pesar de su mayor graduación alcohólica.

A partir de los años setenta, y en una escala rápida, todo el proceso anterior se ve alterado por una serie concatenada de situaciones:

- Mayor disponibilidad de dinero.
- Llegada de las multinacionales: refrescos, cerveza, alcohol (whisky, ginebra...).
- Llegada masiva del turismo con otras formas de consumo.
- Desarrollo de los puntos de venta: bares, cafeterías, discotecas y supermercados.

- La crisis industrial de los años 1978 a 1990, que lleva a muchos trabajadores a invertir sus recursos en el ámbito de la hostelería, por precisar escasos conocimientos y por su facilidad de puesta en marcha.
- Despliegue y desarrollo sin control de la sociedad de consumo.
- La mujer comparte los mismos hábitos que el varón en el consumo de alcohol.
- Aparición de justificaciones permisivas a las transgresiones conductuales.

Ello, sumado a movimientos socioculturales locales, tales como la «movida madrileña», en los que la noche se convierte en protagonista de la vida social y que en seguida es exportada a otras regiones y culturas, ha conducido al Estado español a soportar en la actualidad más puntos de venta de alcohol en su territorio que en todo el resto de la Comunidad Europea.

El Estado, que hasta entonces había mantenido un cierto equilibrio en ordenamientos y horarios, carece de lucidez para prever las consecuencias negativas o prefiere soportarlas por el activo que le resulta de la evaluación y aprovecha las circunstancias: el alcohol nutre la economía, palía los problemas derivados del paro y atrae turismo, es un sector en alza y en pleno desarrollo, que se lleva parte del patrimonio empresarial.

Las multinacionales del refresco aprovechan la coyuntura favorable e inventan los combinados: el

cubalibre, primero, y el *kalimotxo*, su réplica joven después, que disparan el consumo.

Nuestra situación actual puede quedar enmarcada en los siguientes patrones:

- El consumo de vino-alimento persiste, siendo valorado como una «exquisitez» para una parte culta de la población. Se bebe habitualmente en las comidas y en el ritual de tapeo.
- La cerveza resulta imprescindible como refresco alcohólico y ha conseguido un lugar en las comidas, el tapeo y la fiesta.
- Los combinados se reservan para el espacio festivo y las precomidas, explotando sus cualidades sedantes y/o euforizantes.

Para responder y sostener esta demanda, contamos con un dispositivo de excepción:

- Una red diversificada e hipertrofiada de hostelería: restaurantes, cafeterías, bares y discotecas que pugnan por defender sus inversiones y ámbito laboral.
- Un colectivo de tiendas, supermercados o hipermercados, cuya caja de ingresos se nutre significativamente de la venta de bebidas alcohólicas.
- Una infraestructura de producción, transformación y ventas que sostiene parte importante de la vida laboral española.

Este complejo estado de cosas ha provocado el uso y abuso del alcohol en todos los espacios del ámbito social y privado, práctica que lleva asociada el ineludible pago de una abultada factura sociosanitaria y económica. El Gobierno ensaya soluciones parciales de escaso éxito y relevancia, con las salvedades de la normativa reguladora del consumo de alcohol y la conducción o la prohibición expresa de ingesta en algunas empresas. A día de hoy, las líneas políticas de resolución de este problema de salud y con imbricación socioeconómica se antojan muy lejanas.

EL ALCOHOL COMO DROGA Y SU RELACIÓN CON LAS TOXICOMANÍAS

La desvinculación cultural del consumo de alcohol-vino como parte de la alimentación y el desarrollo del uso de la bebida alcohólica como droga por sus efectos de alteración de la conciencia han sido las consecuencias extremas del proceso anterior. Se bebe para conseguir «un punto» de anestesia y poder participar «mejor» en el medio lúdico.

Este espacio lúdico fue ocupado, en primer lugar, por el tabaco y el café, ya que la nicotina y la cafeína actúan como agentes capaces de alterar el resultado depresor del alcohol y mantener así un cierto «nivel de bienestar». El café, la copa y el puro siguen siendo exponentes de hedonismo postgastronómico.

Posteriormente hizo su entrada el THC = hachís y/o porro, arropado por una ideología contracultural que

tenía a gala situarse muy lejos tanto de la revolución industrial como burguesa. A fecha de hoy, goza de una cómoda situación, siendo consumido por un tercio de nuestros jóvenes.

La «movida» y el deseo generalizado de disfrutar «a tope» de la vida nocturna llevan a la búsqueda de «algo más fuerte» que el alcohol o que, asociado a él, produzca un efecto potenciado. Así, la aparición de sustancias tales como las anfetaminas, heroína o cocaína, se encuentra con un territorio abonado para su consumo y difusión, sin medidas restrictivas o cautelares y en un espacio donde corre el dinero, porque la conversión del dinero en placer se considera una buena operación. Quizá no se contaba con la realidad inapelable de que, a partir de un grado de consumo, individual para cada persona usuaria, se produce la dependencia y la necesidad de incrementar la ingesta, lo que genera un número creciente de personas afectadas y coloca al Estado español en el lugar que ocupa hoy: el primero en consumo de alcohol, THC y coca de Europa. El día 16 de mayo de 2006 toda la prensa informa de que en España hay más de 10.000 jóvenes, algunos niños y niñas, enganchados a la cocaína y que esta cifra se ha cuadruplicado en los últimos años, constituyendo la segunda causa de ingreso en los hospitales. La facilidad de acceso no sólo al alcohol sino a las drogas psicoactivas tampoco admite duda. Informes sobre la situación en la primavera de 2006 arrojan que el 38% de los y las adolescentes consume drogas y el 10% de la población comprendida entre 13 y 17 años toma cannabis en horario escolar.

Que esta realidad se manifiesta como un problema grave de salud, lo sabemos. Que la sociedad en su conjunto y algunos sectores de forma más particular han favorecido, desarrollado y cooperado en este proceso, tampoco admite duda. El problema actual es la enorme dificultad a la que tenemos que enfrentarnos para detenerla.

Ya no nos encontramos frente a un problema de prevención, sino de tratamiento y abordaje del problema, que va a exigir cambios drásticos con profundas implicaciones en actitudes ideológicas y políticas económicas. La dificultad que está suponiendo la implementación de medidas restrictivas para el uso del tabaco puede aportar una idea mínima del esfuerzo que va a suponer la adopción de medidas responsables frente al alcohol. A título ilustrativo, conviene recordar que el escollo más severo que ha encontrado la legislación en torno al tabaco ha sido el de la red de hostelería, resultando curioso que se permita fumar en los lugares más pequeños, para salvaguardar no la salud de las personas afectadas, sino la economía del empresariado.

BIBLIOGRAFÍA

Aizpiri Díaz J, Marcos Frías F. Actualización del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Masson; 1996.

Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, De la Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. Sociedad Española de Medicina General. Madrid: ENE; 2002.

Casas Brugué M, Callazos Sánchez F, Ramos-Quiroga JA, Roncero Alonso C. Psicofarmacología de las drogodependencias. Barcelona: Fundación Promoción Médica; 2003.

Miguel Iribarren M, Ponce Alfaro G, Rubio Valladolid G. Paciente alcohólico y pacientes dependientes de otras drogas. Madrid: Entheos; 2005.

Cabrera Forneiro J, director gerente de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Universidad y Drogas. Comunidad de Madrid: Ediciones Gráficas Delos; 1998.

Santodomingo J. Consenso de la Sociedad Española de psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2000.

García Rodríguez JA. Mi hijo, las drogas y yo. Madrid: Edaf; 2000.

Bobes García J, Casas Brugué M, Gutiérrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ars Médica; 2003.

El consumo de alcohol en España

Dr. Fernando Gonçalves Estella
Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Rural. Almeida de Sayago. Zamora.

Cuando el médico, en el entorno de la anamnesis, pregunta al paciente sobre su consumo de bebidas alcohólicas, repetidamente recibe como respuesta «lo normal». Tan ambigua respuesta carece de valor, por su subjetividad. En esas ocasiones, el médico debe sistemáticamente repreguntar: «¿y qué es para usted "lo normal"?», a fin de poder hacer una valoración objetiva del consumo en gramos de alcohol por día. Generalmente, el paciente, además, tiende a minimizar su consumo con especial ocultación cuando bien él mismo, o bien los de su entorno, ya hace tiempo que han comenzado a sospechar que ese consumo es en ocasiones «excesivo». Esa ocultación está más presente aún en el caso de las mujeres, para las que la permisividad social en el abuso del alcohol es más restrictiva y crítica que para los varones.

Sin embargo, los hechos demuestran que, en la atención médica prestada por los servicios de urgencia extrahospitalaria, la ingesta inadecuada de alcohol es causa de, o está presente en, muchas de las demandas asistenciales, como en intoxicaciones agudas y crónicas, accidentes laborales y domésticos de todo tipo, enfermedades orgánicas que afectan a nume-

rosos aparatos y sistemas, problemas psiquiátricos y numerosos conflictos en el entorno social o familiar. Unas veces, el alcohol origina por sí mismo el problema, mientras que, en otras, su papel es el de desestabilizante de la homeostasis previa del paciente.

Por ello, es fundamental que el médico realice, con delicadeza, una búsqueda activa, rutinaria y sistemática del consumo de alcohol, ante **situaciones asistenciales** tan dispares como:

- Accidentes de tráfico, laborales, domésticos...
- Lesionados en peleas, agresiones familiares...
- Cuadros convulsivos, dolores abdominales, cefaleas...
- Asistencias al agotamiento psicológico de familiares, «que no pueden más».
- Demandas de ingreso por falta de soporte social...
- Avisos de auxilio por las Fuerzas de Seguridad...
- Ideación suicida, trastornos de comportamiento...
- Interacciones con medicamentos insospechadas...

No en vano, España es:

- El tercer productor mundial de vino (tras Francia e Italia).
- El cuarto país en consumo mundial de alcohol absoluto con 10,8 litros de alcohol puro/per cápi-

ta/año en 1990 (tras Francia, Luxemburgo, Alemania). Las ventas de bebidas alcohólicas per cápita, siguen una tendencia descendente, pasando de los 108,4 litros/año en 1993, a 90,1 litros en 2002, y volviendo a incrementarse hasta los 92,3 litros en 2003.

- El octavo productor de bebidas destiladas.
- El noveno país productor de cerveza del mundo.

Y, además, uno de los países más permisivos del mundo en cuanto a la tolerancia de su consumo público, hasta el punto de utilizarse tal permisividad como atractivo turístico por sí mismo.

El alcohol, por sus efectos, es el gran simulador de muchos trastornos clínicos y psiquiátricos, bien *per se*, bien exacerbando trastornos preexistentes. Se impone pensar en su presencia siempre, porque:

- El 90% de las personas beben alcohol.
- El 40-50% de los varones tienen problemas temporales inducidos por él.
- El 10% de lo hombres y el 3-5% de las mujeres tienen problemas de alcoholismo.
- La inmensa mayoría, de guante blanco, sólo el 5% son sujetos marginales.

La *morbilidad* por el consumo de alcohol se hace notar, apareciendo implicado éste en:

- El 15-20% de las urgencias psiquiátricas.

- Un tercio de los ingresos en hospitales psiquiátricos.
- El 20% de los ingresos hospitalarios no psiquiátricos.
- El 30% de los ingresos en los servicios de aparato digestivo.
- El 5-10% de las bajas laborales.
- Reyertas, violencia doméstica, violencia sexual.
- El 20-50% de los accidentes laborales.
- El 45% de los vagabundos son alcohólicos.
- El 30% de la población reclusa.

La *mortalidad* estimada en España, relacionada con el alcohol, es de 20.000 a 25.000 muertes anuales, apareciendo como causa:

- El 25-50% de los accidentes mortales de tráfico: origina daños propios y ajenos.
- Presente en el 50-70% de los homicidios.
- Muertes accidentales, laborales y domésticas.
- Del 5 al 27% de los alcohólicos se suicidan.
- El alcohol está presente en el 25-40% de los suicidios consumados.
- Incrementa la tasa de mortalidad por otras enfermedades.

¿ES NECESARIO BEBER ALCOHOL? ¿ES BENEFICIOSO PARA LA SALUD?

Tales preguntas son formuladas a diario por adolescentes que despiertan a la sociedad de consumo en la que labrarán su futuro. El lema de la OMS despeja cualquier duda al respecto: «Alcohol, cuanto menos, mejor».

Deberemos transmitir mensajes claros, especialmente a los adolescentes:

- No, no es necesario beber alcohol, ni deseable, aunque digan que sí.
- Su consumo se liga a gustos personales, factores culturales, modas.
- Se efectúa incluso como fin y como medio; por eso, no beber nunca «por» ni «para» resolver conflictos, ni en situaciones de ansiedad o miedo.
- No incitar a beber a otros, ni llegar nunca a la embriaguez.
- El abuso, esporádico o habitual, es nefasto y tiene consecuencias.
- Si te gusta pasarte con el alcohol, tienes motivo para preocuparte y riesgo de pasar a dependencia.
- Su consumo suele acompañarse de otras toxicomanías.
- Si dudas si necesitas o no ayuda, solicítala.

La realidad es que en la sociedad de consumismo actual, el consumo de bebidas alcohólicas, como buen negocio económico que es, siempre irá a más. El Estado se beneficia económicamente a través de los impuestos directos e indirectos que su consumo genera. Pero hay muchos otros: cultivadores, productores, distribuidores, intermediarios, comerciales, hosteleros y un largo etcétera de oficios y profesiones, espoleados todos ellos por un *marketing* muy lucrativo y agresivo.

Justificaciones para su consumo las hay para todos los gustos: es un elemento cultural, hay que conservar la tradición, origina bienestar (efecto droga), el fin justifica los medios (ingente mano de obra), es un producto alimenticio (nutriente)...

Para que su consumo no disminuya y el negocio del alcohol aumente, su oferta se adapta a los movimientos sociales propios de cada época, en los que se disfraza bajo nuevas formas de presentación (destilados), influenciadas por modas foráneas (consumo de cerveza), presentando nuevos atractivos (colores, sabores, olores), para captar nuevos usuarios (grupos etarios específicos), bajo turbios mensajes (consumo saludable) al considerarlo un elemento cultural a preservar y conservar, cuyo uso es considerado conveniente, e incluso «sano y deseable».

En contra de todo ello, nuestros objetivos deben ser: limitar su uso (pero de verdad), moderar el consumo, prevenir el abuso con educación sanitaria, abortar y tratar las dependencias y, en todo caso, aminorar sus secuelas.

INTOXICACIÓN AGUDA: ¿NECESITA AYUDA MÉDICA?

La gran mayoría de la población ha vivido esa experiencia alguna vez.

Ante esa eventualidad, no hay que dramatizar, ni medicalizar, ni «psicologizar», ni estigmatizar, y la primera vez forma parte de la experiencia; la segunda y sucesivas, de la estupidez humana.

La fórmula para calcular su consumo: cc por grado de bebida por 0,8/100.

CLÍNICA Y NIVELES DE INTOXICACIÓN

- *Embriaguez subclínica (< 0,5 g/l de alcoholemia)*: no suele haber clínica, hay disminución de capacidades, desinhibición, afectación juicio crítico y los que le rodean ya lo han notado.
- *Embriaguez patológica:* se produce tras pequeña ingesta por susceptibilidad individual, en individuos epilépticos, histéricos, esquizofrénicos, psicópatas o lesionados cerebrales, siendo muy rara en sujetos normales, y presenta trastornos de conducta, pérdida del control de los impulsos, respuestas desproporcionadas al ambiente y amnesia lacunar residual. Se describen los subtipos: psicomotriz, maniacodepresiva, delirante, alucinatoria.
- *Embriaguez ligera (0,5-1,5 g/l de alcoholemia)*: excitación intelectual y motora, euforia, habla farfullante, midriasis, conducta hipomaníaca o depresiva.

- *Embriaguez grave (1,5-2 g/l de alcoholemia)*: lenguaje dificultado e incoherente con descenso de capacidad crítica, disforia, inestabilidad franca, visión borrosa, vómitos, trastornos de conducta y disminución de la autoestima.
- *Si alcoholemia > 2 g/l*: arreflexia, pérdida de conciencia, relajación de esfínteres, disminución de la sensibilidad o anestesia.
- *Si alcoholemia > 3 g/l*: estupor, coma acidótico o hipoglucémico, insuficiencia respiratoria por depresión bulbar, parada cardiaca y muerte.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

Siempre necesita ayuda médica. La esperanza de vida disminuye, al menos en 15 años, y supone un ataque frontal a la calidad de vida, propia y ajena, con repercusiones en todos los campos de la actividad humana: social, laboral, familiar e individual. Con afectación de prácticamente todos los órganos y sistemas, es una intoxicación autoinfligida y consciente.

EL CONSUMO EN LA EDAD ADULTA

El consumo esporádico y el habitual están muy extendidos y creciendo.

Presentamos algunos datos del Observatorio Español sobre Drogas, en su Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 2003:

- El 48,2% de la población de 15 a 64 años hizo consumo semanal.

- El 21,2% se había emborrachado alguna vez en ese período.
- En los últimos 30 días, el 14,1% hacía consumo diario.
- El 5,3% había sido «bebedor de riesgo» (hombres: 50 cc de alcohol puro/día o más; mujeres: 30 cc/día o más).

EL CONSUMO EN LA POBLACIÓN JOVEN

El consumo está muy extendido entre las personas de 14 a 18 años, aumentando en los dos últimos años. En 2004, entre los estudiantes de Secundaria, la prevalencia del consumo fue:

- En los últimos 12 meses del 81%.
- En los últimos 30 días del 65,6%.
- El 47,3% presentaba un consumo habitual; es decir, había consumido alcohol durante más de 8 días en los 30 días previos.
- Y una proporción creciente realizaba consumos intensos. Así, la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días pasó del 24% en 1998 al 34,8% en 2004.
- Y la de consumo de riesgo, del 9,4 al 12,3% para ese mismo período.

El consumo es más frecuente durante los fines de semana que durante los días laborables, sobre todo entre la población general menor de 34 años.

El alcohol sigue asociándose con los accidentes de tráfico. En una muestra de fallecidos por accidentes de tráfico en 2003, la prevalencia de alcoholemias positivas (iguales o superiores a 0,3 g/l) fue del 34,7%.

BIBLIOGRAFÍA

DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Drogas; 2003.

DGPNSD. Encuesta estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (E ESTUDES); 1998-2004.

DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Rubio Valladolid G, Santodomingo J. Guía práctica de intervención en el alcoholismo. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad; 2000.

Aizpiri Díaz J, Marcos Frías JF. Actualización del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Masson; 1996.

Acosta López A, Gonçalves Estella F. Estudio epidemiológico de las enfermedades psiquiátricas en un medio rural salmantino. Premio Luis Martín Santos. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1983.

Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, De la Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. Sociedad Española de Medicina General. Madrid: Ed. ENE; 2002.

Harrison. Principios de Medicina Interna. 14.ª ed. McGraw-Hill-Interamericana 1998; 2: 2850-56.

Adolescencia y alcohol (I). Factores influyentes y problemas específicos

Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Médico General. C.S. Noblejas. Toledo.

La adolescencia es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas. Se trata del período de la vida en el que tiene lugar el encuentro, la experimentación con el tabaco y el alcohol, y durante él se perfilan las actitudes ante las drogas de uso no institucionalizado (1, 2). El uso del alcohol por los adolescentes muestra un patrón complejo que ha sustituido al uso social tradicional en el medio familiar por otro caracterizado por el abuso intenso y compulsivo en espacios de ocio y de relación social. Lo que ha modificado las pautas de uso a la vez que han desaparecido las diferencias tradicionales de consumo entre sexo.

Se conoce desde hace tiempo que al igual que las promociones para el consumo tienen predilección por la población más joven, los programas de mayor efectividad deben orientarse a la prevención del abuso de sustancias adictivas, dirigirse a disminuir su accesibilidad y su aceptabilidad social y a reforzar en esa franja de edad la capacidad de resistir las presiones externas al consumo (3).

ALCOHOL Y DESARROLLO CEREBRAL

Aunque es antigua y multicultural la relación entre la aparición de alteraciones de conducta y deterioro de la persona en la intoxicación alcohólica tanto aguda como crónica, el concepto de neurotoxicidad por consumo de bebidas alcohólica es reciente y ligado a la medicina científica. Sin embargo, siendo evidente, la relación entre alcohol y deterioro cerebral no explicaba las grandes diferencias en las respuestas individuales que se producen ante el consumo de alcohol. Al introducir el alcohol en forma prematura al cerebro, puede afectar gravemente la forma cómo éste se desarrolla, limitando su futuro y potencial individual. Las consecuencias producidas en adolescentes por el consumo de alcohol orientan hacia las partes específicas del cerebro que se ven afectadas por el mismo. El deterioro de capacidades como planificación, toma de decisiones, control de impulsos, memoria y muchas otras actividades tiene relación con la afectación del lóbulo frontal. Los déficit de la memoria, especialmente para hechos y sucesos nuevos, lo relaciona con la afectación del hipocampo. Disminución del equilibrio y la coordinación motora por afectación de la actividad cerebelosa. Alteración de reflejos vitales, como la respiración, el ritmo cardiaco, etc., por afectación de puentes y médula.

El trabajo experimental con animales ha permitido relacionar la neurotoxicidad producida por el consumo de alcohol con la *frecuencia, concentración y edad de comienzo.* Así a más frecuencia de consumo, más

concentración y más joven, la persona expuesta sufría un mayor daño. Sin embargo, no era suficiente porque las personas asocian a las condiciones anteriores otras como las condiciones personales, nutrición (4) y forma de beber que pueden potenciar los efectos del alcohol. Pero en los últimos años, ha aumentado el consumo entre los jóvenes de nuevos componentes que potencian la neurotoxicidad del alcohol, como dietas deficitarias, consumo de otros tóxicos como tabaco, café, benzodiacepinas, antidepresivos...

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES

De forma resumida repasaremos los factores influyentes, los problemas específicos derivados del uso y abuso del alcohol por el adolescente; es decir, el perfil del adolescente con problemas por alcohol. Son numerosos los factores que favorecen, condicionan y determinan el consumo de alcohol entre los jóvenes. Aunque pueden clasificarse de muchas maneras parece útil la siguiente:

- Trastornos de conducta en la adolescencia.
- Condicionantes del consumo.
- Factores familiares.
- Factores sociales.
- Factores psicopatológicos.
- Alcohol y desarrollo cerebral.

Trastornos de conducta en la adolescencia

Se entiende por trastorno de conducta en el adolescente el conjunto de alteraciones del comportamiento, excesivas o impropias desde el contexto sociocultural del adolescente. El trastorno de conducta, probablemente en relación con los comportamientos o actos que origina o con el déficit de atención al mismo o por el rechazo que provoca en la familia o entorno social, facilita el inicio en el consumo de alcohol, lo que, por un lado, le puede acercar a compañías y ambientes en los que se siente más cómodo; por otro, aumentará su trastorno de conducta.

Los adolescentes con trastornos de conducta tienen perturbaciones afectivo-cognitivas, son impulsivos, lo que les permite actuar sin reflexión, presentan alteraciones emocionales, así como incapacidad para verbalizarlas. Otra característica es su equifinalidad; es decir, aunque sean diversos los orígenes de la toxicomanía y diferentes los adolescentes que las sufren, desembocan en los mismos trastornos de conducta. Las toxicomanías, desde una perspectiva biopsicosocial, están condicionadas por varios múltiples factores, pero en función de la causa u origen principal de las mismas se diferencian en traumáticas, neuróticas y psicopáticas.

Los factores que predisponen a una conducta rebelde y delictiva del adolescente con problemas son: individualmente, el coeficiente intelectual bajo, el escaso rendimiento escolar, la impulsividad, la incapacidad para ponerse en lugar del otro, la desconfianza y sus-

picacia. A nivel familiar, predisponen los malos tratos, la violencia familiar en cualquiera de sus tipos, la ausencia de control y normas en un familia con estructura débil, los hogares rotos, la emigración. Socialmente, son factores condicionantes el tipo de amistades, la forma de vida, las escalas de valores, las normas de conducta, el estilo de vida.

Condicionantes del consumo

Influyen los condicionantes generales del alcohol como droga de esparcimiento número uno al igual que lo hacen sobre el resto de la población. En el caso de lo jóvenes, el consumo de alcohol siempre estuvo ligado como ritual de paso a la edad adulta; ahora está ligado a la diversión, de tal manera que es difícil imaginar fiesta o celebración libre de consumo de alcohol.

Aunque no son factores origen o causa, se considera que aumentan el riesgo: el entorno social desfavorable, el fallecimiento de los padres, padres con psicopatología, familias desestructuradas, conflictividad familiar, historia de maltrato.

El alcohol es la puerta entrada al poliabuso, el inicio en su consumo coincide con el de tabaco y el de café y puede continuar posteriormente, en un plazo más o menos largo, con el consumo de drogas ilegales.

Factores familiares

Entre estos factores destacan los de tipo genético, así, hay individuos con predisposición genética que

presentan un aumento de la respuesta adictiva por consumo de alcohol y condicionan el consumo de altas cantidades alcohólicas. Otros factores familiares tendrían relación con el modelo parental y educacional recibido y el tipo y estructura familiar. Los hijos de pacientes alcohólicos son más vulnerables (5).

Factores sociales

Las experiencias de compañeros y amigos suelen acompañar y ser los iniciadores en el consumo de alcohol. Ya hemos dicho que sería difícil encontrar algo relevante en nuestras relaciones sociales que no tuviera relación con el alcohol. Desde celebraciones, bodas, cumpleaños, bautizos, fiestas, los buenos deseos «brindar» se realizan con alcohol. Constituye un elemento fundamental como rito de paso a la edad adulta aumentado y reforzado por el que dirán.

La permisividad social provoca que, a pesar de estar prohibido su consumo y venta a menores, cuenta con una gran tolerancia social. Así, las limitaciones legales son contrarrestadas por un gran número de excepciones que cuentan con el beneplácito general, lo que disminuye la eficacia de las medidas adoptadas. Cualquier paisaje urbano o rural está ligado al consumo de alcohol, lo que supone un sinnúmero de intereses económicos y de estímulos al consumo.

Factores psicopatológicos

Tienen mayor riesgo los jóvenes con determinados rasgos de personalidad, fácilmente influenciables, que

buscan sensaciones nuevas, o están obsesionados por su independencia y emancipación. También los jóvenes con frecuentes y desproporcionadas respuestas violentas y aquellos con trastornos emocionales o con pobre control emocional, en los que la impulsividad y la baja autoestima facilitan y predisponen al inicio precoz en el consumo de alcohol. A su vez, el alcohol puede condicionar la existencia de trastornos psiquiátricos acompañados de trastorno del estado de ánimo con síntomas del espectro ansiedad-depresión en cualquiera de sus manifestaciones, o bien trastorno de personalidad o pacientes con trastornos psicóticos.

En ocasiones, coexisten sustancia de abuso y dependencia con determinados trastornos psíquicos, sin que esté clara su relación, lo que se denomina *patología dual.* Siempre se plantea la pregunta sobre ¿qué es lo primero: el trastorno psíquico o el drogoinducidos? En el trastorno psíquico primario, al retirar la droga persiste el trastorno psíquico, y en él el alcohol actuaría como psicoestimulante. Mientras que en el trastorno psíquico secundario, al retirar la droga desaparece el trastorno psíquico. Los trastornos psiquiátricos tienen una prevalencia mayor entre las personas que tienen un trastorno por abuso de sustancias. El 50% de los enfermos psiquiátricos desarrollan un trastorno por abuso de sustancias a lo largo de su vida (6) y hasta el 36% de los enfermos drogodependientes presentan un trastorno psiquiátrico.

El alcoholismo puede ser la causa, o bien aumentar la gravedad de determinados trastornos psiquiá-

tricos. Así, entre un 23% y un 70% de los pacientes alcohólicos sufren trastornos de ansiedad, entre el 57 al 78% padecen trastornos de personalidad y del 20% al 45% de los enfermos con trastorno de ansiedad tienen antecedentes de alcoholismo (6, 7).

La relación entre el consumo de alcohol, la depresión y el suicidio es muy alta. Hasta el 80% de los pacientes alcohólicos sufren algún episodio depresivo mayor a lo largo de su vida (8, 9). El 18-20% de los alcohólicos han intentado suicidarse al menos una vez, precipitando el alcohol el suicidio en el 68% de los casos (10, 11). Por otra parte, entre el 15 y el 25% de los suicidios se producen en pacientes alcohólicos (6). La prevalencia del alcoholismo entre los enfermos esquizofrénicos puede alcanzar el 33,7% (12).

Más del 10% de las muertes de mujeres jóvenes y en torno al 25% de la de hombres jóvenes es provocada por el alcohol (10). Actuarían como factores que protegen al adolescente de los riesgos derivados del abuso del alcohol: un coeficientes de inteligencia alto, familia cohesionada y estructurada, apoyo social, el disponer de un código de creencias, el realizar actividades extraescolares y la calidad de la escuela.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DEL USO Y ABUSO: PERFIL DEL ADOLESCENTE CON PROBLEMAS POR ALCOHOL

«Doctor, mi hijo bebe; no sé si se droga. ¿Qué puedo hacer?». Esta consulta no es infrecuente en Atención

Primaria. Ni tampoco las razones por la que los padres la realizan. En el adolescente, la embriaguez, el fracaso escolar, el abandono personal, la minusvalía progresiva, las conductas antisociales, los embarazos no deseados, las politoxicomanías son acontecimientos frecuentes que pueden afectar definitivamente (13) tanto a su desarrollo y salud, como a sus posibilidades como ciudadano libre y autónomo.

SÍNTOMAS GUÍA DEL CONSUMO DE DROGAS

Son adolescentes que en corto espacio de tiempo pierden el apetito, tienen somnolencia excesiva todo el día, presentan palidez, ojos enrojecidos, sudores, mareos, temblores. Pierden el interés por sus aficiones favoritas, pasan el día tumbados, realizan la actividad imprescindible, disminuyendo el rendimiento escolar. Aparecen nuevas amistades que les ayudan a justificar el cambio de horarios, tanto en el ritmo del sueño como en la alimentación, también pueden modificar la forma de vestir y los gustos por la ropa, la forma de expresarse. Sin tener explicación alguna, demandan más dinero y no es raro que cuando no lo obtienen sustraigan objetos familiares para venderlos. Estas situaciones deben ser conocidas por los padres y los educadores como elementos que permitirán detectar precozmente un grave problema de salud del adolescente. Cualquier cambio de los mencionados requiere ser confirmado, estudiado y valorado convenientemente con sensatez y delicadeza por los profesionales de Atención Primaria (14).

MODELO DE CONSUMO

Adoptan el modelo de consumo nórdico: no beben nada durante la semana, pero en el fin de semana y en días festivos el objetivo es embriagarse. No suelen beber nunca en casa ni en ambiente familiar, lo hacen fuera de casa o en la calle, nunca lo hacen solos, siempre en grupos, beben cerveza con bebidas alcohólicas destiladas (litrona), iniciándose en el consumo con otros tóxicos (politoxicidad), como tabaco y café.

En el adolescente, los tiempos de consumo del adulto se acortan, pero, además, cualquier consumo puede causar trastorno psíquico, por lo cual es preciso realizar una valoración integral del adolescente con problemas que no admite más demora que cualquier otro problema de salud grave (15). Es preferible una entrevista en blanco donde se comprueba que la alarma de la madre estaba injustificada, que esperar un mes a ver si el paciente cambia de amigos. Así, en la entrevista clínica deben incorporarse los mismos elementos que en el paciente adulto sin olvidar interesarnos por sus relaciones y habilidades sociales (16). Son útiles los instrumentos clínicos para la detección y estudio del adulto consumidor de alcohol, pero, sin embargo, aunque existen instrumentos cuya aplicación es recomendada, está escasamente validado su uso en el adolescente consumidor de alcohol (17-21).

El médico de Atención Primaria debe valorar siempre al adolescente con problemas y estudiar integralmente su situación (22-24). Remitirá a la unidad de

salud mental específica al paciente cuando detecte alguna de las siguientes situaciones: consumo de sustancias peligrosas, en caso de escolar con abuso de alcohol/drogas, cuando existan signos de tolerancia, cuando el paciente haya sufrido algún cuadro de abstinencia, si existiera asociación con otra patología grave o dificultad de contención en el medio familiar (25, 26).

BIBLIOGRAFÍA

1. Franzkowiak P. Risk taking and adolescent development. The functions of smoking and alcohol consumption in adolescence and its consequences for prevention. Health Prom 1987; 2: 51-61.
2. Elzo J. Los jóvenes y su relación con las drogas. Vitoria: Publicaciones del Gobierno Vasco; 1989.
3. Aubá J, Villalbí JR. Prevención desde la escuela del uso de tabaco y de otras sustancias adictivas. Gac Sanit 1990; 4: 70-5.
4. Muñoz M, Aranceta J, García-Jalón I. Nutrición aplicada y dietoterapia. Anexo 14. EUNSA; 1999.
5. Díaz R, Ferri MJ. Intervención en poblaciones de riesgo (1): los hijos de alcohólicos. Monografía alcohol. Adicciones 2002; 14 (Supl): 353-74.
6. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Monografía alcohol. Adicciones 2002; 14 (Supl): 195-219.
7. Kushner MG, Sher KJ, Erickson DJ. Prospective analysis of the relation between DSMIII anxiety disorders and alcohol use disorders. Am J Psychiatry 1999; 156: 723-32.
8. Schuckit M. Alcohol, anxiety, and depressive disorders. Alcohol Health & Research World 1996; 20: 81-6.

9. Berglund M, Öjehagen A. The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. Alcohol. Clin Exp Res 1998; 22: 333S-345S.
10. Anderson P, Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Institute of Alcohol Studies, Reino Unido; junio 2006.
11. Roy A, Lamparski D, De Jong J, et al. Characteristics of alcoholics who attempt suicide. American Journal of Psychiatry 1990; 147: 781-5.
12. Regier D, Farmer M, Rae D, Locke B, Keith S, Judd LI, Goodwin F. Comorbidity of mental disorder with alcohol mand other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. JAMA 1990; 264: 2511-8.
13. Salleras L, Bertrán JM, Prat A. Los métodos de la medicina clínica preventiva. Consejo médico (conseling). Med Clin (Barc) 1994; 102 (Supl 1): 19-25.
14. Caballería J, Caballería L. Marcadores biológicos en el diagnóstico de alcoholismo. Jano 1157: 716-25.
15. Santodomingo J. Demanda y primera consulta en la asistencia al alcoholismo. Psicopatología y alcoholismo. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1994.
16. Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón P, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín J, Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. Sociedad Española de Medicina General. Madrid: ENE; 2002.
17. Mayfield D, Mcleod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. Am J Psychiatry 1974; 131: 1121-3.
18. Rodríguez-Martos A. El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios. Barcelona: Fons Informatiu de l'Ajuntament de Barcelona; 1986, n.º 2.

19. Caballería J, Parés A, Caballería L, Deulofeu R, Rodés J. El diagnóstico del paciente alcohólico. Medicina Integral 1993; 22: 304-12.

20. Caballería L, Montull S, Parés A, Deulofeu R, Caballería J, Rodés J. Utilidad de los marcadores biológicos de alcoholismo para el diagnóstico de enfermedad hepática alcohólica. Med Clin (Barc) 1988; 91: 244-8.

21. Sáiz PA, G-Portilla MP, Paredes MB, Bascarán MT, Bobes J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. Adicciones; 2002; vol. 14 (Supl 1).

22. Babor MJ, De la Fuente JK, Saunders J, Grant M. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. Ginebra.

23. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santodomingo J. Validación de la prueba para la identificación de transtornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. Rev Clin Esp 1998; 198: 11-4.

24. Feuerlein W, Ringer C, Kofner H, Antons K. Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism Test (MALT). Münchn Med Wschr 1977; 119: 1275-82.

25. Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiatry 1971; 127: 1653-8.

26. Rodríguez-Martos A. Utilidad del Münchner Alkoholismus Test (MALT) en el diagnóstico de alcoholismo. Atención Primaria 1993; 11: 185-93.

Adolescencia y alcohol (II). Perfil del adolescente con problemas por el alcohol

Dr. Javier Aizpiri Díaz
Psiquiatra. Director de Medicina Psico-Orgánica, S.L. Bilbao.

DETECCIÓN

El concepto de adolescente es variable, no está enmarcado en una edad, sino en una capacitación para la vida, posibilidades de independencia y de asumir su propio destino. Esto significa que entre los 13 y los 30 años se puede delimitar el período del adolescente, viviendo con sus padres y con un nivel laboral precario, lo que le va a motivar a seguir en actitudes inmaduras e irresponsables, viviendo al día. En este marco hay que intentar integrar el alcoholismo en sus formas tempranas, la cuadrilla, el fin de semana y el uso de tóxicos.

Ya no es válida la entrevista de ¿cuánto bebes?, sino que el diagnóstico tiene que tener claro el concepto de vida saludable y de actitudes de deterioro. Estamos en un momento de la historia donde se habla de supervivencia y ecología y el diagnóstico nos deberá llevar a una visión integral del problema. Conocer y utilizar el diagnóstico del síndrome higiénico dietético crónico (SHDC) nos va a capacitar para poder marcarnos una visión global del tratamiento y los objetivos.

En el SHD tóxico se debe valorar:

- Tipo de consumo de tóxicos legales, ilegales y yatrogénicos. Su forma de consumo y su escalada.
- Tipo de ritmos de alimentación: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena, y su composición: lácteos, frutas, legumbres, verduras, carnes, pescados, féculas, pan y dulces.
- Tipo de actividad física.
- Tipo de sueño, con estímulos auditivos (radio, televisión) o no.

Las consecuencias derivadas de esta conducta van a dar los problemas a nivel de estudios, laborales, familiares, sociales, orgánicos y psíquicos que tenemos que detectar y evaluar. El comportamiento del paciente en su trayectoria de vida cuando su conducta está mediatizada por el abuso del consumo de alcohol, va a ser totalmente diferente del resto de la sociedad.

Por encima de los 40 años, nos vamos a encontrar que la mayoría de los pacientes no desayunan o, como mucho, toman café y cigarrillo. Consumen más de 20 cigarrillos al día, más de tres cafés, la dieta carece de frutas y lácteos, no duermen bien y lo hacen con la radio o televisión encendidas, bajo nivel de ejercicio, tomando protectores gástricos y/o hipocolesterimiantes, beben grandes cantidades de combinados y empieza a estar la coca presente, así como

el THC y las anfetas. En los de 15 a 30 años, su alcoholismo lleva THC, anfetas y coca, por este orden. (Casi siempre ya están en camino del SHDT o lo completan a muy temprana edad.)

Cuanto más temprano se inicie el consumo de alcohol y el SHDT, antes se detiene el nivel de estudios, disminuyendo el aprendizaje, se busca un empleo en la escala más baja y de menor capacitación para poder tener dinero y consumir. «Fiesta y coche». Se deja la lectura muy incipientemente, creando un estilo de vida. Síndrome HDT, más bajo nivel de cultura, más elevado gasto de consumo, más trabajo mínimamente capacitado, lo van a llevar a un deterioro orgánico y físico, con alto nivel de accidentabilidad laboral, problemas de tráfico, bajas laborales, agresividad, problemática familiar e incapacitación. Como ya se ha señalado, esta situación afecta a un cuarto de la población.

Delante de un enfermo tenemos que ser capaces de visualizar su futuro, incapacitación, costes sanitarios y sociales y el drama que van a tener que vivir sus allegados.

ENTREVISTA CLÍNICA Y ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

La historia y entrevista clínica se van a basar en inquirir y observar los datos que nos permitan valorar el deterioro de su salud y sus alteraciones conductuales. El paciente va a acudir por la vía de la urgen-

cia, en caso de intoxicación y/o lesiones agudas, o la mayoría de las veces, a demanda de un familiar, por el síntoma clave de «irritabilidad en el medio familiar», con o sin violencia física. Síntoma este último cada vez más patente en nuestro medio. Inmadurez, incultura, educación baja o inexistente e intoxicación, es el cuarteto que va a estallar en la calle o en el domicilio, llevándole desde una embriaguez hasta las severas lesiones en ellos y en allegados o en víctimas inocentes, motivando su aparición en el ambulatorio o servicio de urgencia.

DIAGNÓSTICO OBJETIVO COMPLEMENTARIO

El médico necesita para reafirmar su diagnóstico la prueba objetiva del alcoholismo, sobre todo de los efectos físicos en el organismo, y de esta forma dejar patente no sólo la unión con la alteración de la conducta, sino el daño orgánico y poder justificar su actuación. Pero a menudo no es posible nada más que en situaciones cronificadas, parte de la patología orgánica va a ser motivada por el síndrome higiénico dietético crónico.

La prueba más objetiva del consumo de alcohol en situación aguda es el alcoholímetro, como lo hace la policía al detener al conductor. Pero en España, las clínicas carecen de él, no lo hay en los servicios de urgencia ni en los hospitales, lo que indica el absoluto nivel de dejadez en que estamos. Cuando llega la persona, puedes realizarle todo tipo de exploraciones, pero la medición de alcohol es imposible y el

alcoholismo no se puede medir a ojo ni por el olor, por lo que todas las historias clínicas carecen del nivel de alcoholemia en consulta. En la actualidad es más fácil obtener sustancias estupefacientes en orina que alcohol.

El volumen corpuscular, colesterol y triglicéridos elevados pueden estarlo o no y depender de más factores, tabaco, cafeína, dieta y sedentarismo. La gamma GT y ferritina son los indicadores más precoces de las hepatopatías alcohólicas y los más sensibles en disminuir cuando se cesa en su consumo, pero no siempre, ya que son igual de sensibles a la yatrogenia. Las demás pruebas hepáticas y pancreáticas, en su aparición, indican una situación muy severa y muchos años de consumo. El diagnóstico de cirrosis significa un fracaso en medicina preventiva, al no haber podido diagnosticarlo en los últimos 20 años del paciente, período en que se ha ido gestando el cuadro.

Entre los 40 y 60 años, la resonancia magnética cerebral demuestra en más del 80% la atrofia cerebral cortical frontal muy evidente, que puede estar acompañada de multiinfartos y leucopatía isquémica en la sustancia blanca.

Todo ello no nos sirve en el joven, por su edad, fortaleza física y capacidad de recuperación; las pruebas médicas no suelen dar ninguna alteración, y las más sofisticadas y caras no están al alcance ni, en la mayoría de las veces, en equipos muy especializados.

Por lo tanto, nuestras posibilidades de diagnóstico suelen estar en realizar una historia correctamente.

PATOLOGÍA ORGÁNICA

Excepto en las intoxicaciones agudas y su cortejo, traumatismos, agresores, enfriamientos... Por todo lo dicho con anterioridad, en un joven la patología orgánica va a ser muy escasa. Sólo en el llamado síndrome genético, si aparece un SHDT muy precoz, hacia los 18 años presenta ya síntomas de envejecimiento precoz, la piel y el conectivo muy lasos, la falta de musculación y los hábitos asteniformes muy marcados. Pero la mayoría de los jóvenes al vivir en familia y ser mantenidos por los padres llevan un buen ritmo de nutrición, y pueden recuperarse durante los días abstinentes de los estragos del fin de semana.

Otra historia totalmente diferente presentan *las adolescentes*, ya muy implicadas en la actualidad con los trastornos alimentarios y el alcoholismo. No sólo en las anorexias, sino en los déficit alimentarios sociales. La moda del peso y la dieta baja en grasa, asociadas a un déficit severo de hidratos de carbono, conducen a un número muy elevado de las jóvenes a llevar una mala nutrición sin saberlo. Al alternar con su cuadrilla y consumir igual, las consecuencias no sólo de intoxicación, sino orgánicas y conductuales son mucho más elevadas, motivadas por su género y su situación metabólica, a lo que se asocia el menor peso y talla que sus compañeros masculinos.

Por lo que a la hora de diagnosticar un SHDT en una mujer se debe hacer muy precoz, por sus consecuencias inmediatas, ya que aparece una detección del desarrollo osteomuscular muy precozmente y su afectación conductual es muy rápida.

PATOLOGÍA PSÍQUICA

Toda la base, por tanto, del diagnóstico va a establecerse en la conducta a seguir. ¡Se lleva o no una vida saludable!, ¡sus actitudes de consumo son de desarrollo vital o en franco deterioro! ¿Cómo repercute su consumo de alcohol en su vida y entorno?

El beber alcohol sin control, más o menos embriagarse todos los fines de semana, y pasarse el resto del fin de semana en la cama, no es la forma más sana de vivir precisamente y menos la preparación integral para la vida de un adolescente. La actitud frente a la familia, los estudios, el trabajo, el nivel de gasto, su visión de futuro, sus accidentes, en suma, el empobrecimiento y deterioro de toda una vida, viviendo al día, dejándose llevar por sus impulsos y con un mínimo o ningún compromiso de sus obligaciones, es la antítesis del aprendizaje y educación que deseamos para nuestros hijos y allegados.

Aquí estamos como médicos y agentes de salud, y solamente con una visión del problema y llevando de forma severa y activa un enfrentamiento del enfermo a la realidad, le va a servir para poder prepararlo.

No debemos engañarnos y quedarnos tranquilos con poner un diagnóstico de psicópata, *borderline*, depresivo, ansioso, con conflictividad familiar, incomprensión, inmadurez de adolescente, aquí no hay síntomas, todos están presentes si se buscan, pero lo que tenemos es un síndrome conductual.

Lo que tenemos delante es un ser humano que, por condiciones muchas veces circunstanciales, cuadrilla, ambiente, modas y falta de control de padres y autoridades, se va a ver inmerso en una forma de vida desajustada que le lleva a un deterioro global.

Todo su cerebro en fase de maduración neuronal y educación conductual, modulación afectiva y emocional, aprendizaje para la vida, se va a deteriorar y va a ser totalmente diferente a los que una conducta más sana le hubiese llevado.

Todas las ilusiones que se ponen en un hijo, con el deseo de un futuro mejor, se ven destrozadas en estos casos por una lenta caída hacia un primitivismo. El «no me gusta leer» suele ser el broche final de la cerrazón cultural en que muchos van a caer, completando el ciclo del desarrollo como ser humano, evolucionando a un estadio más primario.

En esta lenta deriva de su conducta destructiva van a arrastrar a su familia, y compañera/o si lo tienen, en un constante ciclo de incertidumbres, ansiedad y drama que les va a marcar su vida.

Resumiendo, en la práctica diaria nuestro diagnóstico se basa en una visión global de un síndrome de forma de conducta de vida. Decir que es una personalidad psicopática o lo que está más de moda hoy en día: «el chico está deprimido», y mandarle con un antidepresivo es condenarle al abismo.

Cuando es un menor, no nos queda más remedio que implicar a su familia, para que tomen medidas, o si no saben qué hacer, que se asesoren. No estamos acostumbrados a tener las urgencias llenas de casos agudos de jóvenes intoxicados. Hay que llamar siempre a los padres o allegados para que los vengan a recoger, que se molesten, vean la situación y asuman sus responsabilidades, es la única forma, que entre todos se tomen medidas para parar la situación. Los padres de un adolescente, además de sufrir las consecuencias, deben asumirlas y contribuir por ello, no pueden pedir que la sociedad se lo solucione, ya que ellos forman parte de la sociedad. Si ellos pasan del tema por ignorancia o desidia, no pueden pretender que nosotros en pocos minutos de consulta lo hagamos, bastante tenemos si lo diagnosticamos.

El tratamiento y seguimiento de un adolescente es una labor compleja, con múltiples estrategias, que va a precisar de la colaboración de todos y, en especial, de su familia.

Cuestionario
sobre el deseo de beber

Nombre _____ Historia _____

Fecha ☐☐ ☐☐ ☐☐ (día mes año) Tiempo en abstinencia_____

Cuando se consume alcohol de manera habitual, es frecuente que aparezca deseo de beber en determinadas situaciones.

A continuación puede leer diferentes situaciones relacionadas con la bebida que podrían haberle pasado durante las últimas semanas en las que usted estaba consumiendo alcohol. Léalas detenidamente y marque con una X en la casilla correspondiente para indicar lo frecuente que eran en su caso.

	Nunca	Poco frecuente	Muy frecuente	Siempre
1. En ocasiones, empezaba a beber aun sabiendo que me causaría problemas.	☐	☐	☐	☐
2. Beber hacía que las cosas me parecieran perfectas.	☐	☐	☐	☐
3. Bebía aun sabiendo que después me encontraría fatal.	☐	☐	☐	☐
4. Beber me facilitaba conocer gente.	☐	☐	☐	☐
5. Sentía una necesidad irresistible de seguir bebiendo una vez que había empezado.	☐	☐	☐	☐
6. El alcohol era lo mejor para celebrar algo.	☐	☐	☐	☐
7. Mi deseo de beber podía conmigo.	☐	☐	☐	☐
8. Bebía para divertirme.	☐	☐	☐	☐
9. Al tomar unas copas me relajaba mucho.	☐	☐	☐	☐
10. Tomaba alcohol cuando quería pasar un buen rato.	☐	☐	☐	☐
11. Cualquier excusa era buena para tomar una copa.	☐	☐	☐	☐
12. Beber hacía que las cosas buenas de mi vida parecieran aún mejores.	☐	☐	☐	☐
13. Incluso cuando intentaba tomar sólo una o dos copas, terminaba tomando muchas más.	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Poco frecuente	Muy frecuente	Siempre
14. Cuando tomaba alcohol me convertía en una persona más alegre y bromista.	☐	☐	☐	☐
15. No podía dejar de beber, aunque sabía que tendría problemas al volver a casa.	☐	☐	☐	☐
16. Bebía para alternar con los amigos.	☐	☐	☐	☐
17. Bebía aun sabiendo que después me arrepentiría.	☐	☐	☐	☐
18. Si bebía unas copas, estaba más a gusto con la gente.	☐	☐	☐	☐
19. Los problemas cotidianos me parecían menos importantes cuando bebía.	☐	☐	☐	☐
20. Beber resultaba agradable.	☐	☐	☐	☐
21. Empezaba a beber incluso después de decidir no hacerlo.	☐	☐	☐	☐
22. Toda mi ansiedad desaparecía completamente al beber.	☐	☐	☐	☐
23. Interrumpía mis actividades cotidianas para beber.	☐	☐	☐	☐
24. Bebía para relacionarme mejor con la gente.	☐	☐	☐	☐
25. Me sentía menos nervioso en cuanto tenía una copa en la mano.	☐	☐	☐	☐
26. Si había bebido, disfrutaba mucho más de las cosas.	☐	☐	☐	☐
27. Hacía casi cualquier cosa por una copa.	☐	☐	☐	☐
28. Bebía para estar contento, para coger el punto.	☐	☐	☐	☐
29. Beber hacía que las cosas malas de la vida parecieran menos malas.	☐	☐	☐	☐
30. El alcohol me permitía vivir más intensamente las situaciones.	☐	☐	☐	☐
31. Resultaba difícil no beber ni un solo día.	☐	☐	☐	☐
32. Me sentía menos irritable si tomaba una copa.	☐	☐	☐	☐
33. Incluso los principales problemas de mi vida no me preocupaban si estaba bebiendo.	☐	☐	☐	☐

Referencia

Jiménez Giménez M. Evaluación del deseo de beber en alcohólicos. Tesis doctoral, Universidad Complutense. Madrid; 2005.

Evalúa

El deseo de beber alcohol desde una perspectiva multidimensional.

Utilidad clínica

Planificación del tratamiento.

Composición

33 ítems tipo likert con cuatro opciones de respuesta: nunca, poco frecuente, muy frecuente y siempre.

Duración cumplimentación

5-10 minutos.

Descripción

- Este instrumento permite una evaluación del deseo de beber más ajustada a las líneas de investigación de los últimos años, diferenciando tres vías o tipos de deseo de alcohol: refuerzo positivo, refuerzo negativo y dificultad de control.
- Evalúa el último período de consumo intenso.
- Facilita la planificación del tratamiento en función del factor del deseo que predomine.
- La fiabilidad o consistencia interna de los 33 ítems muestra un coeficiente alfa de Cronbach igual a 0,94. La fiabilidad de las subescalas o consistencia interna entre sus ítems es 0,90 para la dificultad de control, 0,91 para el refuerzo positivo y 0,88 para el refuerzo negativo.
- La especificidad y la sensibilidad obtenidas para las tres subescalas y la puntuación total es en todos los casos superior al 70%. El análisis establece puntos de corte de 31,5 para el deseo total, 10,5 para la escala de dificultad de control, 6,5 para el refuerzo negativo y 14,5 para el refuerzo positivo (véase tabla).

Puntos de corte del CDB

Escala	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Punto de corte
Dificultad de control (rango: 0-36)	91	90	10,5 puntos
Refuerzo positivo (rango: 0-36)	72	70	14,5 puntos
Refuerzo negativo (rango: 0-27)	85	90	6,5 puntos
Deseo total (rango: 0-99)	89	86	31,5 puntos

Corrección

- Cada una de las alternativas de respuesta recibe la puntuación de 0, 1, 2 y 3, respectivamente: nunca, poco frecuente, muy frecuente y siempre.
- El cuestionario está compuesto por tres factores: deseo por dificultad de control, deseo de refuerzo positivo y deseo de refuerzo negativo. Para calcular la puntuación en cada uno de los factores deberá sumarse la puntuación de los ítems correspondientes a cada factor.
  - El factor 1, *deseo por dificultad de control*, queda compuesto por 12 ítems: 1, 3, 5, 7, 11, 13, 15, 17, 21, 23, 25 y 27. Son los relacionados con la percepción que el sujeto tiene de su propia incapacidad para evitar la conducta de consumo o para detenerla una vez comenzada, así como con el propósito de no hacerlo y con el hecho de conocer las consecuencias negativas del mismo.
  - El factor 2, *deseo de refuerzo positivo*, incluye 12 ítems: 4, 6, 8, 10, 14, 16, 18, 20, 24, 26, 28 y 30. Representan la valoración positiva que hace el sujeto de las consecuencias que obtiene con el consumo, incluso del uso instrumental que hace del alcohol para conseguir esos estados.
  - El factor 3, *deseo de refuerzo negativo*, contiene los 9 ítems 2, 9, 12, 19, 22, 29, 31, 32 y 33. Reflejan la interpretación de alivio mediante el consumo de alcohol de diferentes situaciones negativas para la persona. Están relacionadas con afectos negativos, ansiedad o diversos problemas.
- La suma de todos los ítems proporciona una puntación total del deseo de beber del individuo antes del tratamiento.

EVALUACIÓN

Valorar tendencias

		Desarrollo		Deterioro
Dietas				
Desayuno		+	———	–
Cena		–	———	+
Lácteos		+	———	–
Frutas		+	———	––
Grasas y proteínas		±	———	++
Hidratos de carbono		±	———	±±±
Dormir				
Acostarse temprano		+	———	–
Levantarse temprano		+	———	–
Ruidos → Estímulos auditivos		–	———	+
Lectura		±	———	–––
Ejercicio		+	———	–
Desarrollo intelectual		+	———	–
Valoración fracaso escolar				
Habilidades		+	———	–
Tóxicos				
Tabaco		–	———	+
Alcohol	**Valoración**	–	———	+
Cafeína	Frecuencia	–	———	+
THC	Concentración	–	———	+
Speed	Edad de comienzo	–	———	+
Heroína		–	———	+
Cocaína		–	———	+

BIBLIOGRAFÍA

Aizpiri Díaz J, Marcos Frías F. Actualización del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Masson; 1996.

Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, De la Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. Sociedad Española de Medicina General. Madrid: ENE; 2002.

Casas Brugué M, Callazos Sánchez F, Ramos-Quiroga JA, Roncero Alonso C. Psicofarmacología de las drogodependencias. Barcelona: Fundación Promoción Médica; 2003.

Miguel Iribarren M, Ponce Alfaro G, Rubio Valladolid G. Paciente alcohólico y pacientes dependientes de otras drogas. Madrid: Entheos; 2005.

Cabrera Forneiro J, director gerente de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Universidad y Drogas. Comunidad de Madrid: Ediciones Gráficas Delos; 1998.

Santodomingo J. Consenso de la Sociedad Española de psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2000.

García Rodríguez JA. Mi hijo, las drogas y yo. Madrid: Edaf; 2000.

Bobes García J, Casas Brugué M, Gutiérrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ars Médica; 2003.

Sociedad Española de Medicina General. Síndrome higiénico dietético crónico-SHDC, publicado en Manual de Habilidades en Salud Mental para Médicos Generales. Madrid; 2003.

Alcoholismo y situaciones especiales

Dr. Fernando Gonçalves Estella
Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Rural. Almeida de Sayago. Zamora.

ALCOHOL Y ANCIANIDAD

Un anciano bebedor es siempre un anciano de alto riesgo, y la norma es que el alcohólico no suele llegar a viejo. El inicio del abuso del alcohol en la ancianidad es muy raro. Es más común que el anciano que ha sido bebedor a lo largo de su vida pueda aumentar la ingesta alcohólica por la influencia de factores ahora más potenciados, como aquellos de naturaleza orgánica (incapacidad física, procesos que cursan con dolor, discapacidad sensorial más acusada por cataratas, sordera...) o con repercusiones psíquicas (soledad, aburrimiento, autoabandono, desesperanza, pérdida de seres queridos), que son potenciadas por situaciones de abandono familiar y social, que aumentan su marginación, con disminución o inexistencia, de vías de comunicación con los demás. El abuso formaría parte del cuadro denominado «efecto caricatura» de la personalidad del anciano: aquellos rasgos que tuvo en la edad adulta, con la ancianidad se hacen más evidentes.

El anciano, que ha conservado la tradición, normalmente utiliza en su consumo bebidas de baja graduación, como el vino casero, y si consume destilados,

suelen ser de similar procedencia, como los aguardientes caseros o maceraciones frutales en ellos.

En la ancianidad, la tipología del bebedor excesivo podríamos esquematizarla en:

El bebedor casero: lo hace en su propio hogar, en el medio rural cercano a la lumbre baja o en la mesa camilla. Suele emplear bebidas de poca graduación, y, por las mañanas, aguardiente «para quitar el mal sabor de boca», consecuencia del abuso del día anterior. Su consumo habitual es en soledad, o a dos, con su pareja, a la que incita a beber como justificación o coartada.

El bebedor clandestino: conviviente con los hijos, bebe en ocultamiento ante la censura de los suyos. Esconde sus bebidas en lugares insospechados (huerto, leñera, taller...) e intenta mantener una actividad laboral, por mínima que sea, que le justifique sus salidas de casa para burlar la vigilancia a la que se cree sometido.

El bebedor solitario: bebe en establecimientos públicos, pero en el más absoluto de los aislamientos, ensimismado y silencioso. No mantiene relación social alguna, y pasa la mayor parte de su tiempo al final de la barra de un bar.

El bebedor social: bebedor público, extrovertido y locuaz, que se hace invitar por los demás como medio y vía de obtener consumo suficiente. No rara vez es incitado a perder el poco autocontrol que posee por los que le invitan, para mayor sorna y veja-

ción, sobre todo cuando el propio interesado «intenta controlar».

El bebedor mendigo: anciano marginal e itinerante, habitualmente con patología psíquica y social previa, que vive en la calle desde hace tiempo y tiene como único techo los cartones que recoge, cajeros bancarios, etc., bebe cualquier bebida alcohólica que logra, independientemente de sus propios gustos o deseos.

FACTORES DE RIESGO DEL ALCOHOLISMO EN EL ANCIANO

Actúan, normalmente, acentuando el hábito alcohólico previo:

- Las jubilaciones cuando son mal aceptadas y con sus repercusiones sobre el estatus socioeconómico previo, que siente como ya irreversibles.
- El «mano sobre mano» potencia las toxicomanías: televisión, tabaco, alcohol...
- La vivencia de las pérdidas afectivas, cada vez más numerosas y cercanas.
- La intolerancia a los problemas físicos, familiares y de pérdidas.
- La desmoralización por problemas económicos y falta de autonomía.
- El estar o sentirse solo, consecuencia o no de su ingesta etílica.

- Las dependencias y la consecuente disminución de la autoestima.
- Las limitaciones sensoriales (sordera, cataratas...) y físicas sobrevenidas.
- La falta de expectativas «¿y ahora qué?», y la desesperanza de cambios.
- La enfermedad crónica, múltiple, con las limitaciones consiguientes.

A veces, y con mayor acentuación en la población anciana, aparece una especie de circuito cerrado de la soledad: ¿bebe porque está solo? o ¿está solo porque bebe?, ¿le vigilan porque bebe? o ¿bebe porque le vigilan?

REPERCUSIONES DEL ALCOHOLISMO EN EL ANCIANO

Todo ello conduce a un mayor incremento de la ingesta alcohólica, que implica:

Repercusiones físicas

- Carencias nutricionales.
- Acentuación de los deterioros previos.
- Fracturas y traumatismos, insuficiencias orgánicas.
- Interacciones medicamentosas, con su polifarmacia.
- Mayor morbimortalidad por todas las causas.

Repercusiones psíquicas, sensoriales y sociales

- Repercusiones neurológicas y sensoriales.
- Vivencia de la soledad y vivir en soledad.
- Situaciones de desamparo, de abandono y marginalidad.
- Conductas autodestructivas y de riesgo.
- Rasgos paranoides de la personalidad.

Especialmente en el bebedor anciano, se impone la prudencia médica ante situaciones de abstinencias impuestas, como las originadas por la asistencia sanitaria necesaria por otros procesos, como cuadros gripales, episodios de inmovilización domiciliaria, etc., ya que conllevan un riesgo nada despreciable en la aparición de un desequilibrio de la homeostasis previa, provocar *delirium* y, aun de mayor gravedad, desencadenar la aparición de cuadros, siempre graves en el anciano, de *delirium tremens*.

El abuso del alcohol por parte del anciano incrementa las conductas autodestructivas y de riesgo. Sin autoestima, el mero hecho de vivir se le hace muy cuesta arriba, y él, con frecuencia, ya la ha perdido. Las tentativas suicidas en esos casos, mayores que en otros grupos etarios, conllevan una muy importante letalidad.

Además, la morbimortalidad por cualquier concepto es especialmente elevada, como en el caso de las neumonías, traumatismos, atragantamientos, etc.

ALCOHOL Y EMBARAZO. SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL

El alcohol atraviesa la barrera hematoencefálica y placentaria. Por ello, cualquier cantidad de alcohol que ingiera la mujer embarazada, en cualquier momento de su embarazo, supone un riesgo muy importante para el feto, y el síndrome alcohólico fetal (SAF) constituye una de las principales causas prevenibles de defectos congénitos y de discapacidades del desarrollo.

Se desconoce la cuantía mínima a partir de la cual el alcohol originaría problemas para el feto, pero sí parece establecido que a mayor precocidad del embarazo y mayor intensidad de la ingestión de alcohol, aparecerían mayores efectos lesivos (síndrome alcohólico fetal, SAF), y que si el abuso se produce en período avanzado de la gestación, los efectos serían menores (efecto alcohólico fetal).

La mujer embarazada no debe consumir alcohol. La que haya consumido alcohol sin saber su estado, debe dejar de hacerlo tan pronto lo sepa. La que esté pensando quedar embarazada debe abstenerse de consumir alcohol.

Las tasas de prevalencia registradas del síndrome alcohólico fetal (SAF) varían de 0,2 a 1,5 casos por 1.000 nacimientos vivos en diferentes áreas de los Estados Unidos. Se cree que la frecuencia de otras afecciones relacionadas con el consumo de alcohol durante el período prenatal, como los trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol (ARND) y los tras-

tornos de nacimiento relacionados con el alcohol (ARBD), es tres veces más alta que la frecuencia del SAF. Pueden darse otras formas menores de expresión del efecto del alcohol sobre el feto (EAF). Se calcula que la suma de unas y otras formas de afectación podría llegar a tener una incidencia total de 1 por cada 300 nacidos vivos.

El consumo de alcohol durante el embarazo es muchas veces ocultado por la gestante, quien, con frecuencia, desconoce también las consecuencias que para el feto conlleva. El problema se agrava por la frecuente desnutrición de la alcohólica, la presencia de enfermedad hepática y el habitual consumo de otras sustancias tóxicas o de abuso.

Fernández Toral y Álvarez García (2002) citan la existencia expresa en la Biblia de la advertencia sobre los riesgos del alcohol durante el embarazo, cuando el ángel se aparece a la que será la madre de Sansón y le dice: «Bien sabes que eres estéril y que no has tenido hijos, pero concebirás y darás a luz un hijo. En adelante, guárdate de beber vino ni bebida fermentada [...]» (Jueces 13: 3-4).

Al atravesar la barrera placentaria, el alcohol pasa al feto, al que afectará en mayor o menor grado dependiendo de la concentración de etanol en sangre y de las estructuras orgánicas fetales que en ese momento concreto se encuentren en fase de diferenciación, interfiriendo en los procesos metabólicos implicados en la formación de los órganos, en su crecimiento, desarro-

llo, y, específicamente, en la migración y diferenciación neuronal.

Entre las consecuencias del SAF, citaremos:

- Prematuridad (54%), con bajo peso (40%), longitud (20%) y perímetro cefálico.
- Cardiopatía en el 10-20% (algunos autores llegan al 49% al considerar no solamente los casos evidentemente sintomáticos, o sea, los SAF, sino a todos los hijos de gestantes alcohólicas), predominando los defectos septales.
- Otras malformaciones. Un 30% presenta una o más, incluidas las cardiacas.
- Microcefalia en el 93% e hipocrecimiento pre y postnatal (80-90%).
- Defecto mental (en el 80-90%) en grado variable y relacionado con las anomalías fenotípicas. Un 10-20% de los deficientes mentales lo son SAF.
- Deformación craneofacial: blefarofimosis, nariz corta con orificios antevertidos, hipoplasia de la zona media de la cara, filtro sin pliegues (en la región de la columela) largo, labios finos, ptosis palpebral, hirsutismo (80%).
- Deformaciones en la mano, clinodactilia e hipoplasia del quinto dedo, con la uña del mismo muy reducida de tamaño.

- Alteraciones del comportamiento, en forma de hiperactividad, irritabilidad y déficit de atención, que incrementan las posibilidades de fracaso escolar y bajo rendimiento intelectual persistente en la vida adulta, con dificultad en la abstracción y la comprensión y para la relación interpersonal, lo que conlleva futura marginalidad social.

- Otras malformaciones y trastornos: angiomas (30%), déficit de audición, hipotonía, luxación congénita de caderas, anomalías génito-urinarias, fisura palatina, atresia anal, anomalías de pliegues palmares, imágenes de epífisis punteadas, defectos de reducción de extremidades.

- Muerte súbita (5% de los pacientes durante la lactancia).

Majewski ha elaborado una valoración clínica mediante puntos para graduar la intensidad de la afectación del hijo de madre alcohólica: si la suma es de 40 o más puntos, sería un SAF, y si es de menos de 40 y más de 10, gradaciones de EAF. La valoración se haría:

- Con 4 puntos: retraso del crecimiento intraútero, microcefalia, fisura palatina, cardiopatía, anomalías genitales importantes, malformaciones reno-ureterales, déficit mental moderado, hiperactividad.

- Con 3 puntos: nariz achatada con orificios nasales antevertidos, pliegues palmares inhabituales.

- Con 2 puntos: epicantus, ptosis palpebral, blefarofimosis, hipoplasia maxilar, paladar ojival, clinodactilia del quinto dedo, camptodactilia, limitación de la supinación, luxación de cadera, anomalías genitales menores, hernias, retraso sicomotor o déficit mental leve, hipotonía muscular.
- Con 1 punto: surcos nasolabiales hipoplásicos, labios finos, hipoplasia de las falanges terminales, fóvea sacra.

Es necesario que, mediante la educación sanitaria, la población en general, y específicamente toda mujer en edad fértil, conozca los peligros que para el niño que va a nacer supone el consumo materno de alcohol, máxime teniendo en cuenta que para sus consecuencias no existe tratamiento específico, sino sintomático, psicopedagógico y parcialmente corrector de las malformaciones asociadas.

Es necesario efectuar un estrecho seguimiento de la gestación de las pacientes en las que se conozca hábito alcohólico previo, así como de cualquier otra que pueda despertar sospechas de consumo, que incluso puede negar la afectada. En él, la analítica y los estudios ecográficos serán necesarios para intentar realizar el diagnóstico prenatal.

Beber durante el embarazo es un problema que trasciende del ámbito personal al social, por la afectación que puede provocar en terceras personas. A pesar de ello, un porcentaje significativo de mujeres sigue con-

sumiendo alcohol en cantidades consideradas de muy alto riesgo, y en esta situación la probabilidad de que el niño presente alteraciones es de un 30 a un 50%.

La identificación de las mujeres que están consumiendo alcohol y drogas se hace especialmente difícil porque la mayoría tienden a ocultar este antecedente. El hecho se complica aún más porque, algunas veces, no existe conciencia de alcoholismo por parte de la madre.

ALCOHOL Y LACTANCIA

La madre, especialmente durante la lactancia, debe hacer una correcta alimentación y abandonar hábitos no saludables, como el consumo de alcohol y tabaco.

Aunque las investigaciones al efecto no son concluyentes, e incluso contradictorias, se sabe que los efectos del alcohol que la madre ingiere no sólo le afectan a ella, sino que también puede sufrirlos el lactante, porque el alcohol pasa a la leche materna.

En consecuencia, conviene evitar su ingesta, y si ello no fuera posible, restringirla al máximo. Sin embargo, el consumo ocasional de pequeñas cantidades de alcohol no parece ser incompatible con la lactancia materna, según la Liga de la Leche. Lo que sí está contraindicado es beber cantidades excesivas o hacerlo crónicamente.

El alcohol consumido por la madre que amamanta, cuando se toma en cantidad superior a 0,5 gra-

mos de alcohol por kilogramo de peso y día, inhibe la secreción de prolactina y oxitocina, hormonas implicadas en la producción y en la eyección de la leche materna.

Por ello, según distintos autores, el alcohol consumido podría:

- Inhibir la bajada de la leche.
- Variar sus características organolépticas, olor y sabor, lo que tendría como consecuencia que el lactante rechace el pecho o realice ingestas menores.
- Si la madre consume grandes dosis de alcohol, podría embriagar al lactante.

La mayor concentración de alcohol en leche se registra entre los 30 y 60 minutos posteriores a su ingesta; por lo que conviene que, si la madre consume alcohol, lo haga lo más lejos posible de las tomas, ya que no se acumula en la leche y a medida que el alcohol se va eliminando de la sangre de la madre, también lo hace de su leche. Por ello, se recomienda que las madres esperen para dar de mamar al menos dos horas después de haber tomado alcohol.

La Academia Americana de Pediatría tiene al respecto un enfoque cauteloso en el que coloca al alcohol dentro de la categoría «Medicación maternal habitualmente compatible con la lactancia» en su estudio de 1994 sobre los fármacos y otros productos químicos en relación con la leche humana.

BIBLIOGRAFÍA

AAP Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 1994; 93(1): 137-50.

Majewski F, Bierich FR, Lloser, et al. Zur klinik und pathogenese der alkoholembryopathie (berich uber 68 patienten). Munc Med Wschr 1976; 118: 1635-42.

Cobo E. Effect of different doses of ethanol on the milk-ejecting reflex in lactating women. American Journal of Obstetrics & Gynecology 1973; 115: 817-21.

Da Silva VA, et al. Ethanol pharmacokinetics in lactating women. Brazil Journal of Medical Biology 1993; 26(10): 1097-103.

Mennella JA, Beauchamp GK. The transfer of alcohol to human milk: Effects on flavor and the infant's behavior. The New England Journal of Medicine 1991; 325(14): 981-5.

Schulte P. Minimizing alcohol exposure of the breastfeeding infant. The Journal of Human Lactation 1995; 11(4): 317-9.

Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y Alcoholismo: http://www.niaaa.nih.gov.

Centro Nacional para Defectos de Nacimiento y Discapacidades de Desarrollo: http://www.cdc.gov/ncbddd/fas.

Fundación March of Dimes para Defectos de Nacimiento: http://www.nacersano.org.

Organización Nacional para el Síndrome Alcohólico Fetal: http://www.nofas.org/.

Fernández Toral, J, Manuel Álvarez García, VM: http://wellpath.uniovi.es.

Estrategias preventivas en alcoholismo

Dr. Antonio Barbado Alonso
Psiquiatra. Centro de Psiquiatría y Psicología. Orense.

EL TRÍPODE DE LA ADICCIÓN

McHugh y Slavney en su libro *Perspectivas de la Psiquiatría*, para indicar la insuficiencia del modelo médico en los «problemas» que tratamos en psiquiatría, agrupan éstos en cuatro categorías: enfermedades, dimensiones, conducta e historias de la vida.

Las adicciones formarían parte de la categoría de problemas de conducta. Conductas que pueden conducir a enfermedades, pero que, en sí mismas, son expresión de una vulnerabilidad personal y de un aprendizaje social.

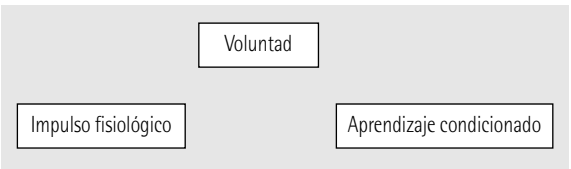
Es una falsa disyuntiva la que plantea la adicción, en este caso al alcohol, bien como un problema de conducta, bien como una enfermedad. Es ambas cosas. Desde luego que existen factores sociales y psicológicos que intervienen, así como podemos afirmar que existe un control voluntario al principio de la adicción, pero éste se pierde progresivamente, y en su evolución van apareciendo problemas físicos.

Sin embargo, cuando se abordan los aspectos preventivos en el tema del alcohol, es preferible hacerlo

desde la perspectiva de un problema de conducta, de aprendizaje.

Por conducta se entiende un patrón determinado de actividad con un propósito estable. Los propósitos de cualquier conducta se pueden resumir en tres: procuración de placer, aliviar una necesidad sentida y obtener sensación de dominio sobre el medio.

La tríada de una conducta pulsional es:



Por ejemplo: tengo hambre (impulso fisiológico) y cocino mis alimentos (aprendizaje) y decido comer todo, dejar parte o ayunar (opción de la voluntad).

Las conductas que comprenden el comer, el beber, el sueño, el sexo, corresponden a lo que se llama *pulsiones primarias*. Otro tipo de conductas están relacionadas con roles sociales, valores, patrones culturales. El control homeostático de nuestras conductas se realiza mediante la saciedad, en el caso de los apetitos, y por la sociedad, en su conjunto de costumbres, normas morales y leyes. Toda sociedad intenta modelar las pulsiones de sus individuos de modo que transiten por cauces que permitan una vida organizada.

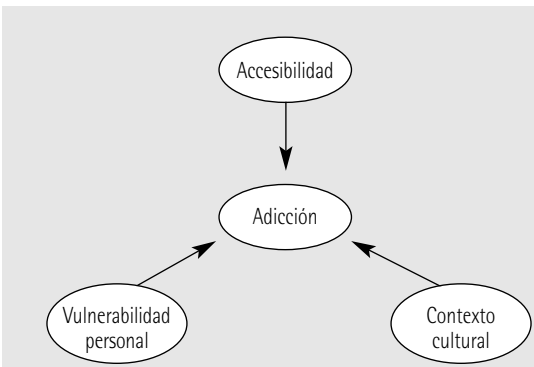
Los tres elementos que componen una conducta pulsional definen las características de una conduc-

ta adictiva: la pulsión al consumo, la capacidad de controlarla y los condicionantes relacionados, el contexto que gatilla o facilita su aparición.

El origen etimológico de la palabra adicción, que procede del inglés, significa *el poder de disponer del cuerpo ajeno en pago de una deuda*. Definición que pone el acento en la imposición de la sustancia sobre la persona.

Podemos definir adicción como una enfermedad compleja que se caracteriza por un deseo, búsqueda y consumo compulsivo y a veces incontrolable, que persisten incluso ante consecuencias negativas, y con posibles recaídas inclusive tras largos períodos de abstinencia.

Toda adicción se asienta sobre un trípode de factores que tendremos que tener en cuenta a la hora de establecer medidas preventivas:



La *vulnerabilidad personal* viene mediada por la biología y por la biografía. Lo biológico, lo genético, determina la receptología de cada individuo a nivel cerebral y hepático; lo biográfico viene señalado por la crianza, el modelo educativo y la influencia del grupo.

El *contexto cultural*, en cada sociedad y en cada momento histórico, establece estados de opinión que se generalizan o difunden como un virus semántico, como un meme en la terminología de Dawkins; su contenido puede ser penalizador o bien consentidor o facilitador. En nuestro momento actual, relativismo moral, hedonismo, vértigo, búsqueda de novedad, sitúan un clima social que favorece el consumo.

La *accesibilidad* viene mediada por las políticas sociales, las reglamentaciones que regulen la utilización de dichas sustancias.

La situación actual puede quedar resumida en múltiples opiniones de varios especialistas que vienen a indicar que las conductas adictivas son el problema de salud pública número uno en las sociedades occidentales, y que la susceptibilidad a padecerlas, adicciones de todo tipo, incluidas las comportamentales, crece cada día en nuestro ámbito cultural.

En definitiva, se puede considerar como una epidemia. Y ésta es una buena analogía, las adicciones como enfermedades infecciosas.

Las adicciones a drogas se parecen a las enfermedades infecciosas. Avram Goldstein establece las semejanzas en su libro sobre adicción. Una enfermedad contagiosa

infecta a determinadas personas, pero no a todo el mundo. La susceptibilidad (p. ej., a la tuberculosis) depende tanto de factores genéticos como ambientales.

Los portadores de un agente infeccioso pueden transmitir la enfermedad a personas susceptibles no infectadas. Lo mismo ocurre con las adicciones en que los nuevos adictos transmiten el hábito a las personas cercanas.

Las medidas de salud pública se emplean tanto en infecciones como en adicciones. También se realizan campañas educativas acerca de los comportamientos y estilos de vida que exponen a la población a determinadas infecciones.

Y ni en las infecciones ni en la adicción a drogas los sujetos son víctimas pasivas; en ambos casos existe cierto nivel de responsabilidad personal, como la imprudencia al no tomar medidas adecuadas o no valorar el tamaño del riesgo de determinadas conductas.

MEDIDAS PREVENTIVAS

El alcoholismo ha sido el hermano pobre de la prevención en drogodependencias. Se ha priorizado, por motivos políticos, la intervención sobre las drogas ilegales, cuando las cifras de personas que consumen alcohol y tabaco con regularidad superan con creces las de los consumidores de todas las drogas ilegales juntas.

Toda prevención está obligada a adaptarse a los condicionantes locales. Las cifras dicen que se está produciendo una equiparación en el consumo en los países europeos (los países que consumían cerveza están

incorporando el vino y viceversa) y la forma de consumo, los países mediterráneos están desarrollando un consumo de fin de semana que sustituye al consumo diario ligado a las comidas que era más tradicional.

Las características de esta nueva forma de consumo, de fin de semana, están ligadas a menos problemas orgánicos y más problemas conductuales.

Durante mucho tiempo, sobre todo en el campo médico, se identificó la prevención del alcoholismo simplemente como la detección de los alcoholismos crónicos. La disyuntiva se planteaba si deberían concentrar los esfuerzos en las poblaciones de alto riesgo o, por el contrario, optar por intervenir en la población general.

La Oficina Regional de la OMS ha optado por dirigir la prevención hacia los bebedores ocasionales y moderados, ya que son los que cualitativamente ofrecen más problemas. En un estudio de G. Edwards referido en su libro *Alcohol y Salud Pública* se consideró que disminuir un 25% el consumo per cápita reduciría la mortalidad debida a cirrosis, accidentes y suicidios en un 58, 36 y 38%, respectivamente.

La experiencia informa que las políticas eficaces son aquellas que conjugan varias acciones a la vez.

Frente a la accesibilidad

Aquí se trata de reducir la disponibilidad, de procurar que la oferta de drogas, legales e ilegales, esté controlada.

Diversas medidas se han ido aplicando y se aplican para el control de la oferta:

- Ley seca.
- Monopolios sobre el alcohol.
- Aumentar precios e impuestos.
- Aumentar la edad legal de consumo.
- Control de ventas a menores.
- Control de horarios de locales.
- Control de la publicidad.

De todas las medidas, el coste de las bebidas es uno de los métodos más eficaces para disminuir tanto la cantidad total del alcohol consumido, como el número de bebidas que una persona toma. La política de precios tiene una influencia menor en los bebedores más patológicos.

Frente al contexto cultural

En la literatura sobre el tema se mencionan como factores de riesgo social la existencia de normas sociales favorables o permisivas con el consumo de drogas, condiciones de escasez económica, de desarraigo y la escasez de vínculos sociales, y el formar parte de un grupo donde se consumen drogas.

Frente a ello estarían incluidas todas aquellas medidas dirigidas a disminuir la demanda de drogas.

Las campañas de prevención en la población general, mediante los medios de comunicación, no han sido

objeto de exhaustiva evaluación. El hecho es que estas campañas responden más a intereses institucionales que a verdaderas estrategias preventivas. En realidad, lo que provocan es un aumento del interés general sobre esos temas, no una disminución del consumo.

La prohibición de la publicidad puede influir. Se sabe que la publicidad tiene un impacto pequeño pero significativo en el consumo.

Los programas escolares apenas están evaluados. Algunos autores, como G. Edwards, son bastante críticos con ellos. En la mayoría de las ocasiones, en España, las campañas en la escuela se realizan cuando alguna institución exterior facilita los materiales y el apoyo técnico, y no surgen desde el propio seno escolar.

Otro aspecto importante es la delincuencia relacionada con el alcohol y las drogas.

Se tiende a psiquiatrizar los delitos en los que el alcohol o las drogas están implicados. Habría que considerar las actividades delictivas como un problema inicial de cumplimiento de la ley. En definitiva, se debe tratar la criminalidad relacionada con las drogas como cualquier otra actividad delictiva. Ser adicto, en principio, no debe exculpar a nadie de un delito.

Nadie duda de que algunas de las características de la sociedad en la que vivimos faciliten el consumo de drogas. La opinión de algunos expertos es que, sin un cuadro clínico primario que las justifique, el aumento de las adicciones viene favorecido por fallos en la

implantación educativa de los hábitos de control y dificultad para aplazar la recompensa.

Estamos hablando de déficit educacionales. La clave de la educación es la construcción de las estructuras de control, de la autorregulación emocional. Sin una adecuada autorregulación emocional, la impulsividad, la falta de freno y la búsqueda de la gratificación inmediata marcarán el camino que facilita el consumo de drogas.

Frente a la vulnerabilidad

Aquí entraríamos en el terreno más específicamente médico.

Las medidas generales consistirían en facilitar el acceso a los dispositivos asistenciales a los consumidores, por una parte, y, por otra, que el médico realice una detección precoz de los problemas relacionados con el alcohol e imparta educación para la salud y consejo médico.

DETECCIÓN Y EVALUACIÓN

La dependencia y el consumo perjudicial no son los únicos problemas que produce el alcohol, sino que es preciso situarlos en un contexto más amplio de problemas relacionados con el alcohol.

El diagnóstico o la detección precoz de cualquiera de sus consecuencias incumbe a cualquier profesional: internista, médico general, trabajador social, policía...

La tasa de detección de personas que tienen problemas derivados de su excesivo consumo de alcohol es baja en todos los ámbitos.

A menudo se desconocen las claves diagnósticas, no hay una excesiva vigilancia a pesar de que se trata de un problema de elevada prevalencia, algunos profesionales no se sienten cómodos preguntando acerca de los consumos de alcohol, otros no preguntan porque dudan qué hacer ante un posible caso; además, los pacientes se sienten juzgados y con frecuencia minimizan su consumo.

Cuando se habla de detección precoz, la eficacia equivale a precocidad.

Los medios para realizar la detección en contextos sanitarios son:

- Historia clínica.
- Marcadores biológicos.
- Cuestionarios.

Historia clínica

La historia clínica ha de valorar tres aspectos relacionados:

Patrón de consumo

Preguntar acerca del consumo y tratar de cuantificarlo. El principal problema es la negación.

Se ha de ser muy cuidadoso en la realización de las preguntas. Mejor incluirlas dentro del grupo de pre-

guntas sobre hábitos dietéticos, de sueño, de consumo de tabaco y de medicamentos.

Detallar el tipo de consumo diario de un día-tipo: en las comidas y fuera de ellas, el tipo de bebida, y los fines de semana.

Para cuantificar el patrón de consumo utilizaremos el sistema de unidad de bebida estándar (UBE).

Su fórmula es la siguiente:

UBE = volumen (en litros) por el porcentaje de alcohol que contiene la bebida por 0,8.

Cada UBE representa unos 8-10 g de etanol (siendo 10 g la medida más práctica y utilizada). Aproximadamente, un vaso de vino de mesa (100 ml) representa una UBE, una caña de cerveza (250 ml) contiene una UBE, una copa de una bebida destilada (30 ml) —vodka, ginebra, etc.— representa una UBE. Una botella de vino convencional (750 ml con un porcentaje de alcohol en torno al 12%) contiene unas 7-8 UBEs, y una botella de una bebida destilada convencional (700 ml con un porcentaje de alcohol en torno al 40%) contiene unas 28 UBEs.

En cualquier debate sobre los problemas relacionados con el alcohol, es importante distinguir entre «consumo», «abuso» y «dependencia». La palabra consumo se refiere a cualquier ingesta de alcohol. El término de *consumo de alcohol de bajo riesgo* se utiliza para indicar que el consumo está dentro de las pautas legales y médicas, y que es poco probable que derive a problemas

relacionados con el alcohol. El abuso del alcohol es un término general para cualquier nivel de riesgo, desde el consumo de riesgo hasta la dependencia del alcohol.

El *síndrome de dependencia del alcohol* es un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. Los criterios para su diagnóstico son:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- Dificultad para controlar el consumo de alcohol: bien para controlar el inicio del consumo, para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, o consumo de alcohol con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol.
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Debido a que el abuso de alcohol puede producir daños médicos sin que haya dependencia, la CIE-10 introdujo el término de *consumo perjudicial* dentro de la nomenclatura. El consumo perjudicial se define

como un patrón de bebida que ya ha causado daño para la salud. El daño puede ser bien físico (p. ej., daño hepático debido al consumo crónico), o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios al consumo).

Un concepto relacionado que no está incluido en la CIE-10, pero que, sin embargo, es importante para el *screening*, es el *consumo de riesgo*, que se refiere a un patrón de consumo de alcohol que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para el bebedor.

En la siguiente tabla mostramos cómo se clasifica el riesgo según el patrón de consumo:

	Consumo no de riesgo	Riesgo moderado	Riesgo elevado
Hombres	21 UBEs semanales	22-50 UBEs semanales	> 50 UBEs semanales
Mujeres	14 UBEs semanales	15-35 UBEs semanales	> 35 UBEs semanales

Datos para adultos sanos que no toman ningún tratamiento de forma crónica.

Síntomas médicos y psiquiátricos

Valorar la presencia de problemas médicos (gastritis, problemas hepáticos, vasculares, neurológicos periféricos) y problemas psiquiátricos (cambios caracteriales, problemas cognitivos, cuadros alucinatorios y delirantes, etc.).

Existe una elevada presencia de alteraciones físicas y neuropsiquiátricas relacionadas con un consumo excesivo de alcohol, por lo que se recomienda la exploración de los hábitos de consumo alcohólico de forma rutinaria en la práctica médica diaria.

Variables sociales

Hay que valorar el apoyo familiar y la estabilidad social y laboral. Si existen problemas relacionados con el consumo, como maltrato, abandono, repetidas bajas laborales, problemas económicos, problemas judiciales.

El modelo de llegada habitual a Atención Primaria es aduciendo quejas somáticas: problemas digestivos, cansancio, disfunciones sexuales, traumatismos, falta de apetito.

Cada vez es más frecuente la queja psicológica, de tipo ansioso y depresivo.

Es frecuente la consulta de familiares respecto a problemas de conducta en el ámbito familiar, sobre todo en casos de pacientes jóvenes.

Marcadores biológicos

Se dispone de varios marcadores biológicos para la detección de pacientes con problemas relacionados de alcohol. Se suele utilizar una batería de marcadores, al no existir ninguno que tenga una especificidad suficiente. Estos marcadores se pueden utilizar con diversos objetivos:

- Para la simple detección.
- Para abordar casos en los que el paciente niega o minimiza el consumo.
- Para monitorizar la evolución.

— Como elemento motivacional para controlar el consumo y conseguir la abstinencia.

Volumen corpuscular medio (VCM)

Se requiere un consumo excesivo por períodos largos para su elevación. Parece estar relacionado con alteraciones que el alcohol produciría de forma directa en los eritroblastos. Tarda unos tres meses en normalizarse tras la abstinencia.

Diversos problemas producen o empeoran una elevación del VCM y deben ser tenidos en cuenta a la hora de interpretar los resultados de unos análisis. Estas condiciones son: déficit de vitamina B o ácido fólico (especialmente es frecuente en pacientes alcohólicos), enfermedades hepáticas, tabaquismo y ciertos fármacos.

Gammaglutamiltranspeptidasa (GGT)

Su elevación es el parámetro más utilizado hoy en día. La doble positividad de GGT y VCM identifica al 75% de los alcohólicos.

Existen otros problemas clínicos que pueden aumentar el nivel de la GGT, como enfermedades hepatobiliares, procesos pancreáticos, insuficiencia cardiaca, diabetes, obesidad, tabaquismo y ciertos fármacos, como las benzodiacepinas o los anticonceptivos.

Tras la abstinencia se produce una rápida normalización de los niveles entre 1 y 4 semanas, presen-

tando una caída los primeros cinco días que es patognomónica.

Transaminasas (GOT/GPT)

La transaminasa glutámico-pirúvica (GPT o ALAT) es una enzima intracelular casi exclusivamente hepática, mientras que la transaminasa glutámico-oxalacética (GOT o ASAT) está presente en otros tejidos, además del hígado, por lo que esta última se puede elevar en otras patologías (afecciones musculares, infartos de miocardio, enfermedades renales y hepáticas) y la GPT se eleva en procesos hepáticos crónicos o agudos.

La sensibilidad de estas enzimas para detectar alteraciones producidas por un consumo de alcohol se sitúa en torno al 10-40% y su especificidad es inferior al 50%. En las hepatopatías provocadas por el alcohol, el cociente GOT/GPT suele ser superior a 2, al contrario que en otras hepatopatías en las que la GPT está más elevada que la GOT.

Transferrina deficiente de carbohidratos (CDT)

La CDT es una transferrina cuya concentración aumenta pareja al incremento del consumo de alcohol. En combinación con la GGT permite establecer un valor predictivo del 100% en consumos superiores a 60 gramos de alcohol por día; sin embargo, esta prueba no se realiza de forma rutinaria en nuestro medio clínico.

Su sensibilidad para la detección de consumos excesivos de alcohol se sitúa en torno al 75-90% (la más elevada) y su especificidad en torno al 70-100%. Es útil para monitorizar abstinencia y en la detección de recaídas.

Cuestionarios

Se presentan aquellos que tienen interés para la Atención Primaria.

Cuestionario CAGE

El CAGE ha sido el cuestionario más utilizado, se suele incorporar a la entrevista.

Consta de cuatro ítems heteroaplicados dicotómicos (SÍ = 1 punto / NO = 0 puntos). Tres de estos ítems exploran valoraciones subjetivas de la persona acerca del consumo de alcohol, y el cuarto ítem valora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica.

CAGE

- ¿Has tenido la impresión de que deberías beber menos?
- ¿Te ha criticado alguna vez la gente por tu forma de beber?
- ¿Te has sentido alguna vez mal o culpable por tu forma de beber?
- ¿Alguna vez lo primero que has hecho ha sido beber para calmar tus nervios o librarte de una resaca?

Los puntos de corte recomendados son los siguientes:

— 0 puntos: no hay problemas relacionados con el alcohol.

— 1 punto: indicio de problemas relacionados con el alcohol.

— 2-4 puntos: presencia de problemas relacionados con el alcohol.

Cuestionario AUDIT

Este cuestionario fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud para ayudar a los médicos de Atención Primaria a identificar precozmente problemas en relación con el consumo de alcohol en personas que todavía no cumplían criterios de dependencia ni presentaban problemas físicos o psicosociales crónicos. Los tres primeros ítems evalúan el consumo de alcohol, del 4 al 6 se refieren a la dependencia al alcohol, el 7 y el 8, a reacciones negativas a la bebida, y el 9 y el 10, a problemas derivados del consumo.

El AUDIT (cuyo tiempo de ejecución es de cinco minutos) ha demostrado ser superior al CAGE en cuanto a su sensibilidad a la hora de detectar consumos de riesgo.

Los puntos de corte recomendados son los siguientes:

	Hombres	Mujeres
Sin problemas	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-12	6-12
Problemas físico-psíquicos y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

Cuestionario AUDIT

Se marca con un círculo la respuesta correcta en cada caso. Las ocho primeras preguntas se puntuarán 0, 1, 2, 3 ó 4, y las dos últimas preguntas se puntuarán 0, 2 ó 4.

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?

Nunca	Menos de 1 al mes	2 ó 3 veces al mes	2 ó 3 veces por semana	4 ó más por semana

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas suele tomar durante un día de consumo normal?

1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 ó 9	10 ó más

3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas en una sola ocasión?

Nunca	Menos de 1 vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año se ha sentido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

Nunca	Menos de 1 vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?

Nunca	Menos de 1 vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber por la mañana para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

Nunca	Menos de 1 vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca	Menos de 1 vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que le sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca	Menos de 1 vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diariamente o casi

9. ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?

No	Sí, pero no en el último año	Sí, durante el último año

10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado su preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

No	Sí, pero no en el último año	Sí, durante el último año

Los resultados de la evaluación con historia clínica, marcadores y cuestionarios dan las siguientes opciones:

Perfil	Intervención
Bebedor sin problemas o abstinente.	– Control de hábitos de consumo cada 1-2 años.
Consumo de riesgo.	– Intervenciones breves o muy breves en Primaria.
Uso perjudicial.	– Intervenciones breves. – Programa para moderar el consumo. En Primaria.
Dependencia leve.	– Programa de moderar el consumo. Desintoxicación. – Intentar deshabituación. En Primaria o Especializada.
Dependencia grave.	– Desintoxicación necesaria. – Programa de abstinencia. Fármacos, terapias, grupos. En Especializada.

INTERVENCIÓN MUY BREVE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los dispositivos de Atención Primaria deben aplicar intervenciones breves para reducir o controlar el consumo de alcohol de aquellos pacientes a los que, durante la evaluación diagnóstica, se les detecte un consumo de riesgo o perjudicial. Estas intervenciones no deben aplicarse a pacientes que presenten síntomas o signos de dependencia al alcohol o que presenten comorbilidad psiquiátrica u orgánica severa.

Las intervenciones breves en Atención Primaria parecen tener un efecto significativo en los bebedores excesivos o en aquellos con problemas recientes

por el alcohol. Existen datos que informan que estas intervenciones breves disminuyen un 15% el consumo, con una reducción del 20% de los bebedores excesivos.

La mayor parte de los estudios de efectividad realizados refieren una intervención de entre 5 y 20 minutos, con una revisión breve para comprobar los resultados obtenidos y afianzar la mejoría.

La sigla *FRAMES* resume la esencia de la intervención breve:

- F*eedback (retroalimentación)*: sobre un riesgo para la salud y el bienestar, físico y/o psíquico, del paciente. El médico debe informar al paciente de forma neutra sobre las implicaciones de su consumo de alcohol en su estado físico y/o psíquico.
- R*esponsability (responsabilidad):* el médico enfatiza la necesidad de hacerse responsable del problema para cambiar, el paciente es responsable de sí mismo y, por lo tanto, libre de elegir entre modificar o no sus conductas.
- A*dvice (consejo):* el médico aconseja, o recomienda de forma clara, sobre las necesidades de cambio en los hábitos del paciente en lo que a su consumo de alcohol se refiere, indicando la necesidad de abstinencia o de un consumo no de riesgo. Hay que evitar el estilo autoritario y mostrar apoyo y comprensión.
- M*enu (menú de cambio):* el médico ofrece al paciente un abanico de posibilidades, el pacien-

te escoge la que prefiere. Ambos tienen que llegar a un acuerdo concreto (detener-reducir-estabilizar el consumo de alcohol), con objetivos claros y medibles.

– E*mpathy (empatía):* el médico debe buscar un tono empático, cálido, reflexivo y de apoyo, evitando las actitudes condenatorias y la confrontación. Debe explorar con el paciente las razones que éste tiene para cambiar su forma de consumir bebidas alcohólicas.

– S*elf efficacy (auto-eficacia):* el médico debe reforzar la confianza del paciente en sí mismo, debe mostrarse seguro de que el paciente conseguirá alcanzar sus objetivos.

Los pasos a seguir en una intervención breve son: identificación, información, asesorar/pactar y seguimiento.

Pasos de las intervenciones breves

Pasos	Temas relevantes
Primero: identificar.	– Patrón de consumo. – Problemas asociados. – Interés o disposición a modificar su conducta.
Segundo: informar.	– En positivo: mejora de salud, ahorro, problemas. – En negativo: riesgos, peligros.
Tercero: consejo/pacto.	– Aconsejar sobre la necesidad de beber menos. – Pactar cantidad concreta. – Ofrecer material de apoyo. – Realizar seguimiento.
Cuarto: seguimiento.	– Ante la negativa al cambio, insistir en consultas posteriores.

Algunos de los consejos que se pueden utilizar para reducir el consumo serían éstos:

- Recomendar dos semanas previas de abstinencia.
- Establecer consumos máximos diarios.
- Evitar las mezclas y las bebidas espumosas.
- No beber más de cuatro días a la semana.
- No beber a solas o en compañía de personas que abusen del alcohol.
- No beber en ayunas.
- Acompañar la bebida de otra actividad.
- No beber cuando se está deprimido o de mal humor.
- Realizar durante la semana actividades incompatibles con el consumo de alcohol.
- Programar recompensas para cuando se cumplen los objetivos.
- Realizar un registro diario.

BIBLIOGRAFÍA

Flórez G. Guía para el manejo ambulatorio de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en Atención Primaria y Especializada. Conselleria de Sanidade. Xunta de Galicia; 2005.

Rubio Valladolid G, Santodomingo J. Guía práctica de intervención en el alcoholismo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid; 2000.

Goldstein A. Adicción: de la biología a la política de drogas. Ars Médica; 2003.

Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de evaluación y tratamiento en drogodependencias. Ars Médica; 2003.

McHugh P, Slavney P. Las perspectivas de la psiquiatría, 2.ª ed. Prensas Universitarias de Zaragoza; 2001.

Edwards G. Alcohol y Salud Pública. Proas Science; 1997.

Patología orgánica y psíquica en el alcohólico

Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Médico General. C.S. Noblejas. Toledo.

La intoxicación depende de la cantidad de alcohol ingerida, del grado de nutrición previo, de la presencia o no de contenido gástrico que aumenta el tiempo de absorción, distribuyendo sus efectos en más tiempo. También depende de la ingesta concomitante de otros tóxicos y, por supuesto, de las características e idiosincrasia personal. Ya se ha mencionado con anterioridad la importancia de la frecuencia, concentración y edad de comienzo, así como la forma, pauta de consumo y estado de nutrición del paciente (1, 2, 3). Si la misma cantidad de bebida alcohólica va a producir efectos distintos en personas o momentos diferentes, tampoco la misma cantidad de alcohol en sangre produce efectos iguales en diferentes personas, por lo cual, es más importante valorar el estado clínico que la alcoholemia.

Los efectos tóxicos del alcohol afectan prácticamente a todos los órganos y sistemas y su morbimortalidad, ligada sobre todo a accidentes de tráfico, laborales y domésticos, suicidios y homicidios, es muy elevada. Su aparente efecto estimulador, utilizado como justificante para el inicio en personas jóvenes o inseguras, es como resultado de su efecto depresor sobre los mecanismos inhibidores de control cerebral.

INTOXICACIÓN AGUDA

La intoxicación alcohólica provoca una depresión de las funciones del sistema nervioso central (4), en función de la cual el paciente ebrio puede presentar excitación, desinhibición, verborrea, alteraciones de la conducta, incoordinación de movimientos y de la marcha, irritabilidad hasta llegar al estupor y coma. En principio, toda embriaguez es patológica, aunque su intensidad pasa por momentos bien diferentes, se afectan primero los procesos mentales que dependen de la capacitación y la experiencia previa, después se embotan memoria, concentración e intuición. Aparecen, después, los momentos más estimulantes para el bebedor, con una oleada de confianza, euforia, expansión; el paciente se vuelve vivaz, a lo que posteriormente siguen cambios incontrolados del humor y arranques emocionales injustificados y desproporcionados. La persona se puede volver querulante, grosera e incluso violenta, hasta aparecer los cambios sensoriales y motores con trastorno general de la función del SNC y anestesia general. Son momentos delicados para el paciente porque el margen entre anestesia y parada cardiorrespiratoria es muy estrecho, más acusado en personas mayores. La muerte sobreviene cuando los niveles de alcohol en sangre llegan a 300-400 mg/dl.

Las diferencias personales, el hábito alcohólico, el sexo y la edad son factores determinantes junto con la cantidad de alcohol ingerida, para determinar el grado de intoxicación etílica y la respuesta individual al mismo. Se distinguen:

- *Embriaguez subclínica (< 0,5 g/l de alcoholemia),* en la que no suele haber clínica, pero las capacidades están disminuidas, con desinhibición y afectación del juicio crítico.
- *Embriaguez ligera (0,5-1,5 g/l de alcoholemia),* excitación intelectual y motora, se presenta euforia, habla farfullante, midriasis y conducta hipomaníaca o depresiva.
- *Embriaguez grave (1,5-2 g/l de alcoholemia),* el lenguaje es entrecortado, con dificultad, incoherente. Se produce un descenso de la capacidad crítica con presencia de disforia, inestabilidad franca, marcha típica, caídas, visión borrosa, vómitos. Sobrevienen trastornos de conducta y disminución de la autoestima.
- Cuando la cantidad de alcohol en sangre es superior a 2 g/l se presenta arreflexia, pérdida de conciencia, relajación de esfínteres, disminución de sensibilidad o anestesia, baja o nula respuesta a estímulos.
- Si se superan los 3 g/l de alcohol en sangre, el paciente presenta estupor, coma acidótico o hipoglucémico, insuficiencia respiratoria por depresión bulbar, parada cardiaca y muerte.

Es preciso realizar diagnóstico diferencial y pensar en coma diabético (hipoglucemia o cetoacidosis), encefalopatía hepática, intoxicación farmacológica, accidentes cerebrovasculares, meningoencefalitis, trau-

matismos craneoencefálicos, para lo cual es necesario repasar la historia clínica del paciente, realizar una correcta anamnesis y las pruebas complementarias necesarias. Las complicaciones más frecuentes del estado de embriaguez son los accidentes de todo tipo, más frecuentes los de tráfico y laborales.

Intoxicación idiosincrásica

Cursa con un estado de agitación psicomotriz, que se produce tras pequeña ingesta de alcohol, la cual no produciría intoxicación en la mayoría de personas. Es debida a susceptibilidad individual, especialmente en los individuos epilépticos, histéricos, esquizofrénicos, psicópatas o lesionados cerebrales. Origina trastornos de conducta de tipo agresivo o violento, con pérdida del control de los impulsos, así como respuestas desproporcionadas. Tras la recuperación, los pacientes presentan amnesia lacunar residual. Se describen varios subtipos en función de la sintomatología que origina: psicomotriz, maniacodepresiva , delirante, alucinatoria. Es muy rara en sujetos normales.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

La sintomatología de abstinencia no es considerada actualmente como algo nuclear en las dependencias. Sin embargo, el síndrome de abstinencia es parcialmente responsable de algunos consumos continuados, lo que contribuye al mantenimiento de una conducta de autoadministración, al aliviar éstos el malestar que ocasiona (5). La dependencia supone pér-

dida del control e incapacidad de abstención. El síndrome de abstinencia alcohólica es un fenómeno complejo que ocurre a diversos niveles cerebrales (6), consecuencia de la dependencia física del alcohol, aunque los síntomas apuntan en sentido contrario a lo que ocurre en la intoxicación aguda.

Las principales manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia son temblores, alucinaciones, convulsiones y delirio. El síntoma más frecuente son los temblores que aparecen a las pocas horas de la abstinencia y afectan sobre todo a manos, labios y lengua, y suelen acompañarse de náuseas, diaforesis, debilidad e irritabilidad. Hay hiperactividad simpática que, a su vez, es responsable de entre otros síntomas, de la taquicardia, la hipertensión, la sudoración y el temblor (7, 8). Entre las 24 y 48 horas del cese de la ingesta alcohólica aparecen alucinaciones visuales o auditivas que posteriormente suelen desaparecer en pocos días. Sin embargo, algunos pacientes pueden tener alucinaciones auditivas durante un tiempo prolongado y desarrollar un cuadro clínico similar a la esquizofrenia. El alcohol puede precipitar una crisis en pacientes epilépticos en el curso de una ingesta importante y ocasionar convulsiones en pacientes no epilépticos en la fase inicial del período de abstinencia.

El *delirium tremens*, que repasaremos más adelante, es una manifestación grave del síndrome de abstinencia caracterizado por confusión, alucinaciones, temblores, agitación, taquicardia, pupilas dilatadas, sudoración profusa y fiebre.

Delirium por abstinencia, es un cuadro caracterizado por la presencia, tras la retirada brusca de la ingesta etílica, de temblores de lengua, párpados, manos, sudores, cefalea, insomnio, taquicardia, hipertensión, náuseas y vómitos, presentando un cuadro de gran agitación, que alarma al paciente y a la familia, ánimo bajo, trastorno de ansiedad, irritación, que puede ser extrema llegando a la agresividad. Presentan alucinaciones táctiles, auditivas, olfatorias. Podríamos considerarlo el hermano menor del *Delirium tremens.* Ocurre hacia las 6 u 8 horas de abstinencia, persistiendo durante 5 ó 6 días. Tiene un pico máximo de la crisis que ocurre entres las 24 y las 48 horas tras la abstinencia.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

El consumo crónico de alcohol origina una amplia gama de trastornos orgánicos, originados directamente por la acción del alcohol, de sus metabolitos o bien producidos por las consecuencias indirectas de las que destacan las deficiencias nutricionales . Se produce una afectación de prácticamente todos los órganos y sistemas, como consecuencia de una intoxicación autoinfringida y consciente que sólo se puede hacer comprender al paciente en período de lucidez. Debido a lo cual, el enfermo alcohólico siempre necesita ayuda médica, puesto que la esperanza de vida de estos pacientes está disminuida y siempre puede beneficiarse de ayuda social y sanitaria para paliar los daños sufridos, especialmente cuando los mismos son irreversibles. El alcoholismo

causa una profunda agresión a la calidad de vida, tanto la del enfermo como la de su familia.

La intoxicación crónica o la ingesta excesiva crónica provoca enfermedad hepática alcohólica, trastornos del páncreas, tracto gastrointestinal, cardiacos, circulatorios, hematológicos, metabólicos, endocrinos, osteoporosis y osteopenia; facilita y determina el desarrollo de ciertos tipos de cáncer, y es causa de la fetopatía alcohólica (9-14). Especial consideración merecen los trastornos neurológicos y mentales graves ocasionados por una lesión y deterioro cerebral progresivo que, a la vez y gradualmente, le incapacita para someterse a una reducción drástica del consumo y al tratamiento del síndrome de dependencia (15, 16). Los enfermos presentan pérdida de memoria, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, psicosis con fenómenos alucinatorios, delirios paranoides y celotipias. Completan el cuadro las convulsiones y deficiencias nutricionales y vitamínicas asociadas a los trastornos gastrointestinales y hepáticos. Pueden aparecer cuadros como la encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, polineuritis alcohólica, encefalopatía por déficit de ácido nicotínico y, además, afectación de todos los órganos y sistemas.

Trastornos psíquicos

Es frecuente que la mayor parte de los pacientes alcohólicos presenten problemas psiquiátricos asociados, especialmente ansiedad y depresión, que, con frecuencia, son trastornos inducidos o agravados por

el propio consumo de alcohol y que tienden a mejorar en pocas semanas, tras abstinencia del alcohol y tratamiento de desintoxicación (17).

Pero en ocasiones, son trastornos psiquiátricos independientes, e incluso asociados al consumo de otras sustancias, que precisa tratamiento específico (18). En estos casos, hablamos de patología dual, en la que los riesgos para el paciente son mayores pero también para su entorno familiar, laboral y social.

Se repasaran brevemente las consecuencias del alcoholismo sobre la esfera psíquica de los pacientes afectados (19). Se obviaran los conceptos que se repasan en el capitulo dedicado a «Los binomios del alcohol: de la génesis a la dependencia».

Trastornos del estado de ánimo

Son muy frecuentes, aunque la prevalencia en alcohólicos es muy variable. Se caracterizan por frecuentes síntomas depresivos con ánimo bajo, ideas de culpa, crisis de ansiedad, disforia, baja autoestima, ideación suicida, trastornos del sueño, del apetito, de la libido. Para salir de la crisis el paciente se refugia en más consumo de alcohol que, a su vez, origina más enfermedad física y más problemas laborales, sociales, económicos, legales. Y, en consecuencia, más depresión y menos salidas. Suele ceder en 3 ó 4 meses de abstinencia sin psicofármacos, aunque hay que prestar atención al alto riesgo suicida de estos pacientes, especialmente en el período postdeshabituación.

Trastornos del sueño

Es frecuente en el alcohólico el sueño superficial, inquieto y entrecortado, no satisfactorio ni reparador, el paciente se levanta cansado. En muchos pacientes se acompañará de apnea del sueño, lo cual empeora la situación.

Delirium tremens

Es un trastorno mental orgánico que se acompaña de intensa confusión, ilusiones o alucinaciones, interpretaciones delirantes y alteraciones emocionales secundarias. Cursa con agitación psicomotriz, insomnio y síntomas vegetativos intensos. El paciente suele presentar alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico (17).

Exige un buen diagnóstico diferencial con la demencia. En el *delirium* hay anomalías en las pruebas de neuroimagen, más acusadas en la corteza frontal con atrofia cortical y dilatación ventricular. Los pacientes alcohólicos presentan déficit en pruebas neuropsicológicas, que revierten en parte con la abstinencia, mientras que en los enfermos con demencia no. Es preciso descartar otras causas de demencia que también pueden sufrir los enfermos alcohólicos, aunque en esos casos se puede pensar en causa multifactorial, que complica su diagnóstico diferencial con otras demencias sin relación alguna con el alcohol. En la actualidad, se debe considerar el desencadenamiento más rápido de demencias debidas a la ingesta de sustancias alcohólicas de mayor graduación y su asociación

con otros agentes no controlados que forman parte de las bebidas alcohólicas.

La hemorragia cerebral, la hipoglicemia y la encefalopatía hepática pueden cursar con un estado confusional que es preciso diferenciar del *delirium tremens*, la encefalopatía de Wernicke u otras encefalopatías alcohólicas y que cuando se acompañan de agitación psicomotriz pueden confundirse con otros trastornos psicóticos (17).

Los pacientes se recuperan al cabo de unos días, aunque los pacientes que presentan una patología asociada, como una enfermedad hepática o pancreática, traumatismos o neumonía por aspiración, pueden tener mal pronóstico.

Alucinosis alcohólica

La alucinosis alcohólica se presenta con alucinaciones auditivas y/o visuales, siempre agresivas para el paciente, con ideas delirantes persecutorias secundarias, pero sistematizadas, con ansiedad intensa que produce riesgo de auto o heteroagresión.

Aparece sin estado confusional previo, ni desorientación del paciente, es menos frecuente el *delirium tremens*. Puede ocurrir en abstinencias de 48 horas con larga historia de etilismo y sin abstinencia previa. Los contenidos más frecuentes son alucinaciones auditivas de contenido amenazante, que provocan pánico y conductas consecuentes. Se debe realizar diagnóstico diferencial con la esquizofrenia, cuyo inicio es

más temprano, y con la abstinencia alcohólica no complicada, en la que también puede haber alucinaciones e ilusiones, pero éstas son de duración breve y de contenido pobre.

Trastorno delirante

El trastorno delirante cursa con ideas delirantes, de tipo persecutorio o celotípico, lo que provoca progresivamente un mayor riesgo de auto o heteroagresión, que puede ser contra la pareja, cuando las ideas delirantes son de celos.

Deterioro cognitivo inducido por alcohol

Se incluye aquellos trastornos considerados y clasificados en el DSM IV, como la demencia persistente, el trastorno amnésico persistente y los otros trastornos cognoscitivos inducidos por alcohol. La desnutrición, hipovitaminosis, la neurotoxicidad del etanol y el acetaldehído, las alteraciones metabólicas de la intoxicación o la abstinencia y las alteraciones en la neurotransmisión, son las causas del deterioro cognitivo del alcohólico.

Se produce una alteración de la percepción, pérdida de capacidad para el razonamiento abstracto, con deterioro de la comprensión y aprendizaje a partir de la experiencia y memorización, con dificultades en la resolución de problemas. Presentan también otras deficiencias y limitaciones en el control de impulsos, planificación de la conducta y expresión inadecuada de las emociones, etc. Todo lo cual va a condicionar la posi-

bilidad de recuperación del paciente, ya que aumentan el riesgo de recaída. Los tests neuropsicológicos son un buen instrumento para el diagnóstico y evaluación (17).

Mención especial merece la demencia alcohólica, trastorno orgánico persistente que cursa con deterioro de la memoria y una o más alteraciones cognoscitivas, del tipo afasia, apraxia, agnosia, alteración de la ejecución (planificación, organización, secuenciación y abstracción) y deterioro significativo de la actividad laboral o social (17).

Trastornos a los que el médico de cabecera debe prestar atención y valorar siempre en el alcohólico crónico, no sólo por su interés clínico, también por su interés social, dado que los pacientes afectados difícilmente podrán valerse por sí mismo para decidir cuestiones importantes para su vida, desde comprender y responder a las indicaciones del profesional sanitario, mantener su abstinencia o tomar la medicación, hasta decidir adecuadamente sus intereses económicos y sociales. El paciente necesita el apoyo familiar y social adecuados a cada caso, sin el cual cualquier medida resultará inútil.

Trastornos neurológicos

Varias causas, como los déficit de tiamina secundarios a consumo de alcohol, las microhemorragias y necrosis cerebrales, la desmielinización y gliosis del parénquima, sobre todo a nivel diencefálico que ocurren

en los pacientes alcohólicos, producen complicaciones neurológicas. Entre las más importantes, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, enfermedad de Marciafava-Bignami, encefalopatía pelagrosa. Detrás de todos los síndromes neurológicos producidos por el alcohol siempre se encuentran, además de los efectos tóxicos del mismo, los severos déficit nutricionales del alcohólico crónico.

El síndrome de Wernicke-Korsakoff

Este trastorno se atribuye a la ingesta excesiva de alcohol, la desnutrición crónica y la carencia dietética de vitaminas del complejo B, en particular la tiamina (20). La encefalopatía de Wernicke representa la fase aguda, mientras que la psicosis de Korsakoff constituye la fase crónica.

Encefalopatía de Wernicke o «polineuritis hemorrágica superior aguda»

De forma brusca aparecen en un paciente con alcoholismo, ataxia cerebelosa con inestabilidad de miembros inferiores, confusión mental con trastornos de conducta y trastornos oculomotores con nistagmus, diversos tipos de parálisis oculares u oftalmoplejia total. Se debe a lesiones necróticas parenquimatosas que, a pesar del tratamiento precoz con tiamina, pueden dejar secuelas neurológicas.

La confusión mental se caracteriza por desorientación, falta de atención y mala capacidad de respuesta. El estupor y el coma son frecuentes en los casos no

diagnosticados que no reciben tratamiento con tiamina por vía parenteral.

Síndrome de Korsakoff

La mayoría de pacientes con encefalopatía de Wernicke que no se recuperan en 48-72 horas desarrollan psicosis de Korsakoff. Es un cuadro crónico caracterizado por la presencia de alteraciones amnésicas graves en los enfermos, con amnesia anterógrada, concatenación temporal alterada, confabulación e ideas y juicios delirantes pero con conservación relativa de otras funciones intelectuales. Se caracteriza, en suma, por una alteración notable de la memoria reciente que el paciente suele intentar ocultar recurriendo a la confabulación. La enfermedad es potencialmente reversible mediante tratamiento precoz con tiamina, pero en más del 50% de los casos la recuperación es incompleta (21). Puede asociarse a la encefalopatía de Wernicke y a polineuropatía alcohólica.

Degeneración cerebelosa alcohólica

La afectación de la corteza cerebelosa es un hallazgo frecuente en la tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética y autopsias de alcohólicos crónicos. Los enfermos presentan ataxia del tronco y extremidades inferiores que produce una marcha inestable que, sin embargo, permite la coordinación de los brazos. Pueden aparecer temblores y disartria.Puede mejorar con una nutrición adecuada y la retirada del alcohol.

Enfermedad de Marchiafava-Bignami

Una desmielinización del cuerpo calloso produce una demencia asociada a déficit neurológico con aumento del tono muscular, crisis convulsivas, parálisis, disartria, apatía, coma. Los enfermos presentan afectación bilateral de los lóbulos frontales y disfunción hemisférica bilateral, con alteraciones del lenguaje, trastornos de la marcha, aumento del tono muscular e incontinencia urinaria. También pueden presentar trastornos de conciencia, temblores, convulsiones, afasia, hemiparesia y otros trastornos motores. Hay dos formas una de evolución aguda y otra lenta.

Polineuropatía alcohólica

La polineuropatía es probablemente la complicación nutricional más común que afecta al sistema nervioso de los alcohólicos (22). De evolución insidiosa, se afectan primero las extremidades inferiores, a menudo de forma exclusiva. El paciente refiere parestesias, debilidad y dolor. Los casos más evolucionados y graves sufren déficit motores distales y atrofia muscular. El diagnóstico clínico es claro y puede complementarse mediante electromiograma. Se observan francas mejorías y recuperaciones con retirada del alcohol, buena nutrición y vitaminas del complejo B.

Encefalopatía pelagrosa

Cursa con delirio, confusión mental, trastornos motores y del equilibrio. Los pacientes presentan lesio-

nes neuronales degenerativas. El tratamiento se realiza con vitamina PP.

Trastorno amnésico agudo

Son muy raros y a veces recuperables; son los «black-outs» o reiteradas amnesias lacunares de lo realizado durante una intoxicación. Ocurren con más fecuencia en pacientes con historia de traumatismo craneoencefálico tras grandes consumos y en individuos que se iniciaron precozmente en el consumo de alcohol. Las crisis originan a los pacientes gran ansiedad y temor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kranzler HR, Babor TF, Lauerman J. Problems associated with average alcohol consumption and frequency of intoxication in a medical population. Alcohol Clin Exp Res 1990; 14: 119-26.
2. Gual A, Colom J. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la Atención Primaria. Jano 1998; 54: 40-4.
3. Kranzler HR, Babor TF, Lauerman J. Problems associated with average alco-hol consumption and frequency of intoxication in a medical population. Alcohol Clin Exp Res 1990; 14: 119-26.
4. Guerri C. Cómo actúa el alcohol en nuestro cerebro. Trastornos Adictivos 2000; 2 (1): 14-25.
5. Ayesta FJ. Tolerance and physical dependence: physiological manifestations of chronic exposure to opioids. En Almeida OFX, Shippenberg TS, eds. Neurobiology of opioids. Berlin: Springer-Verlag; 1991. p. 387-405.

6. Ayesta FJ. Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. Monografía alcohol. Adicciones 2002; 14 (Supl): 63-78.

7. Altman J, Everitt BJ, Glautier S, Markou A, Nutt D, Oretti R, Phillips GD, Robbins TW. The biological, social and clinical bases of drug addiction: commentary and debate. Psychopharmacology 1996; 125: 285-345.

8. Camí J, Ayesta FJ. Farmacodependencias. En: Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A, eds. Farmacología humana. Barcelona: Masson; 1997. p. 565-91.

9. Singh M, Simsek H. Ethanol and the pancreas. Current status. Gastroenterology 1990; 98: 1051-62.

10. Urbano-Márquez A, Estruch R, Navarro-López F, Grau JM, Mont L, Rubin E. The effects of alcoholism on skeletal and cardiac muscle. N Engl J Med 1989; 320: 409-15.

11. Beilin LJ, Puddey IB. Alcohol and hypertension. Clin Exp Hyperten 1992; 14: 119-38.

12. Jeffcoate W. Alcohol-induced pseudo-Cushing'ssyndrome. Lancet 1993; 341: 676-7.

13. Mezey E. Intestinal function in chronic alcoholism. Ann New York Acad Sci 1975; 252: 215-27.

14. Gottfried EB, Korsten MA, Lieber CS. Alcoholinduced gastric and duodenal lesions in man. Am J Gastroenterol 1978; 70: 587-92.

15. Charness ME, Simon RP, Greenberg DA. Ethanol and the nervous system. N Engl J Med 1989; 321: 442-54.

16. Nicolás JM, Estruch R, Salamero M, Orteu N, Fernández-Solá J, Sacanella E, Urbano-Márquez A. Brain impairment in well-nourished chronic alcoholics is related to alcohol intake. Ann Neurol 1997; 41: 590-8.

17. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Monografía alcohol. Adicciones 2002; 14 (Supl): 195-219.

18. Merikangas Kr, Stevens D, Fenton B. Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. Role of family studies. Alcohol Health & Research World 1996; 20: 100-6.

19. Prochaska JO, DiClemente C, Norcross JC. Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. RET, Revista de Toxicomanías 1994; N1.

20. Butters N. Alcoholic Korsakoff's syndrome: an update. Sem Neurol 1984; 4: 226-44.

21. Parés A, Caballería J. Patología orgánica. Monografía alcohol. Adicciones 2002; 14 (Supl): 157-73.

22. Victor M. Neurologic disorders due to alcoholism and malnutrition. En: Baker AB y Joynt RJ, eds. Clinical Neurology. Philadelphia: Harper and Row, vol. 4; 1986.

Opciones terapéuticas

Dr. Antonio Barbado Alonso
Psiquiatra. Centro de Psiquiatría y Psicología. Orense.

INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA

Se trata de un tratamiento puntual, sintomático, a realizar en el contexto médico.

Si se trata de una intoxicación leve, es decir, con alcoholemias inferiores a 200 mg/100 ml, no requiere ningún tipo de tratamiento, salvo el reposo.

Cuando se presenta con agitación o agresividad requiere tratamiento urgente, siendo frecuentemente necesarias la sedación y la contención.

Para la sedación está indicado el haloperidol por vía intramuscular. Están contraindicadas las benzodiacepinas.

Cuando existe riesgo de coma etílico, el tratamiento consistirá en mantener las constantes vitales y en evitar complicaciones, como la depresión respiratoria, aspiraciones, hipoglucemia y el choque. En prevención de una posible encefalopatía de Wernicke o de una hipoglucemia, es obligada la administración de tiamina y soluciones glucosadas, respectivamente.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

Ante la aparición de un síndrome de abstinencia es importante el abordaje precoz para evitar una

evolución a un cuadro más grave, como el *delirium tremens.*

El SAA leve o síndrome tembloroso se caracteriza por tremulesis de varias horas, rápida, irregular; más tarde se añaden náuseas, debilidad, ansiedad, diaforesis, signos de hiperactividad autónoma (taquicardia, HTA). Suele aparecer unas 48 horas después del último consumo. Con frecuencia el inicio es nocturno.

El SAA grave o *delirium tremens* es la principal complicación del síndrome de abstinencia. A los síntomas anteriores se añaden fiebre, alucinosis, ansiedad y agitación grave, agresividad, confusión y estado mental fluctuante. Es de aparición variable, pudiendo tardar varios días en comenzar y su duración suele ser entre 3 y 5 días. Es un cuadro grave que puede producir la muerte por desequilibrio hidroelectrolítico, arritmias cardiacas, infecciones concomitantes. El tratamiento debe realizarse en ámbito hospitalario.

Las crisis convulsivas *(rum fits)* pueden ser otra complicación del síndrome de abstinencia. Se suelen presentar en el 3-10% de los casos y aparecer en las primeras 48 horas. El tratamiento es el mismo que para el síndrome de abstinencia y no precisa del empleo de anticonvulsivantes como tratamiento de mantenimiento para prevenir nuevas crisis.

DESINTOXICACIÓN

Los tratamientos se suelen instaurar, bien para prevenir la aparición de síntomas de abstinencia, o bien porque ya están presentes.

En los casos de abstinencia leve o moderada, la mejor opción es realizar la desintoxicación de forma ambulatoria. La mayoría de los pacientes lo prefieren; un 75% de los casos puede desintoxicarse con éxito con programa ambulatorio.

Existen situaciones en las que estaría contraindicada esta opción ambulatoria:

- Si el paciente tiene síntomas confusionales-alucinatorios o tiene historia previa de *delirium tremens*.
- Si tiene historia de crisis convulsivas.
- Si está desnutrido, o tiene vómitos, o diarrea severa.
- Si existe riesgo suicida.
- Si en su ambiente familiar no existe el suficiente apoyo y es probable que no acuda a las revisiones.
- Si presenta, además, un episodio agudo de una enfermedad psiquiátrica comórbida.
- Si presenta una enfermedad física severa (cirrosis).
- Si se trata de un caso de abuso de múltiples sustancias tóxicas.
- Si en su ambiente sociofamiliar no tiene los suficientes apoyos.
- Si los intentos previos de desintoxicación ambulatoria fracasaron.

Se dispone de diversas opciones de fármacos con los que abordar el proceso de desintoxicación, adaptándolo a las características de cada paciente. La finalidad del tratamiento es que el paciente pase por esta etapa de suspensión del consumo de alcohol con el menor sufrimiento posible, además de prevenir las complicaciones asociadas al síndrome de abstinencia.

Los fármacos más utilizados son: benzodiacepinas, tiapride y clometiazol. Todos ellos se han demostrado eficaces en el manejo del síndrome de abstinencia, aunque las benzodiacepinas sean el grupo de mayor aceptación. En el caso de que el tratamiento se realice ambulatoriamente, la elección ha de tener en cuenta que se trate de un fármaco que potencie mínimamente los efectos sedativos del alcohol.

Se han utilizado otros tratamientos, como los anticonvulsivos (carbamazepina, ácido valproico) o los betabloqueantes, pero en estos casos la experiencia es más limitada.

A todos los pacientes con dependencia al alcohol de larga evolución y con signos de desnutrición se les deben aportar complejos vitamínicos B. Si los niveles de ácido fólico fuesen bajos, habría que añadirlo también al tratamiento.

El tratamiento suele durar entre 7 y 12 días. Si persiste la sintomatología ansiosa durante algunas semanas, debe ser tratada. En ese caso se hablaría de síndrome de abstinencia prolongado o tardío (tabla 1).

Tabla 1. Fármacos y dosis habituales en la desintoxicación alcohólica

Fármaco	Rango de dosis	Observaciones
Diazepam	30-80 mg/día	De elección cuando existen crisis comiciales.
Clorazepato dipotásico	15-200 mg/día	Útil en los casos de desintoxicación hospitalaria.
Lorazepam	3-15 mg/día	Recomendable en casos de insuficiencia hepática.
Clometiazol	1.344-2.680 mg/día	No recomendable en casos de insuficiencia hepática grave.
Tiapride	600-1.200 mg/día	Útil en insuficiencia respiratoria.

Las BZD son los fármacos de primera elección. Ninguna BZD ha demostrado una eficacia superior a las otras en el tratamiento de la abstinencia alcohólica; por ello, la elección de una u otra BZD está determinada por otros aspectos como:

El diazepam es la BZD que más se asocia a consumos con fines adictivos y a intoxicaciones más severas cuando se mezcla con alcohol. Es preferible reservar esta BZD para uso hospitalario, especialmente si hay riesgo de crisis convulsivas.

El clorazepato dipotásico (15-200 mg por día, empezando con cuatro tomas al día) es el que se recomienda en los tratamientos ambulatorios, dado que su potencial de abuso es menor.

El clometiazol (1.344-2.680 mg por día, empezando por cuatro tomas al día) también ha demostrado que es un tratamiento eficaz para el síndrome de

abstinencia alcohólico. Sin embargo, el clometiazol presenta más contraindicaciones que las BZD en los tratamientos ambulatorios, por su tolerancia y por un alto índice de interacciones mortales al consumirse junto con alcohol, por lo que no se recomienda como fármaco de primera elección.

El tiapride ha demostrado eficacia en el tratamiento de la desintoxicación. Se puede utilizar por vía oral, en dosis máximas de 800 mg al día, siendo particularmente útil en casos de insuficiencia respiratoria o en pacientes que presentan síntomas psicóticos.

La carbamazepina y el ácido valproico han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la abstinencia alcohólica, tal vez a través de su efecto *antikindling* implicado en los fenómenos biológicos que hacen que cada nuevo episodio de abstinencia sea más grave. Ambos pueden ser una segunda opción terapéutica relativamente segura. Pueden utilizarse en monoterapia o en politerapia.

Los suplementos vitamínicos se utilizan de forma rutinaria en el tratamiento de la desintoxicación como prevención de los cuadros neurológicos típicos del déficit del complejo B.

El uso de ampollas intramusculares (dos ampollas de 100 mg por día durante tres días, y luego una hasta que se tolere el tratamiento oral) es lo que se recomienda. En pacientes que no estén en situaciones de riesgo se recomienda el tratamiento oral (200-300 mg por día, en varias tomas para facilitar la absorción).

DESHABITUACIÓN

El tratamiento de la dependencia comienza con una primera fase de *desintoxicación*, la cual consiste básicamente en la supresión brusca del consumo de alcohol, en el contexto de un marco terapéutico ambulatorio u hospitalario, de acuerdo con las características del paciente. Esta fase se sigue, sin solución de continuidad, de otra denominada *deshabituación*, cuyo objeto es la prevención de las recaídas en el consumo. Esta fase suele ser la más compleja, y suele durar entre 1 y 2 años.

Para la misma se emplea un abordaje multimodal, que va desde fármacos para el control de la pulsión a beber como terapias psicológicas para conseguir un estilo de vida satisfactorio.

Los objetivos serían:

- Mantener la decisión de recuperarse con asesoramiento grupal e individual.
- Proporcionar alivio farmacológico para la pulsión.
- Controlar el cumplimento, vigilar las recaídas.
- Organizar un sistema conductual de refuerzo.
- Reestructurar los patrones de vida.

Terapias farmacológicas

Fármacos aversivos o interdictores

Son fármacos que inhiben la aldehidodeshidrogenasa, de modo que se acumula el aldehído que se pro-

duce en el metabolismo del alcohol. Su paso a sangre es altamente tóxico, produciendo la típica reacción aldehídica o efecto antabús. En función de la cantidad de alcohol ingerido puede aparecer: ruborización excesiva, palpitaciones en la cabeza y cuello, taquicardia, náuseas, debilidad, visión borrosa, dificultad respiratoria, dolor torácico y, en casos graves, colapso cardiorrespiratorio. La reacción suele empezar 10-30 minutos después de consumir alcohol y dura varias horas. La reacción puede llegar a ser peligrosa para pacientes con las siguientes patologías: fallo cardiaco, enfermedad coronaria, insuficiencia hepática o renal, insuficiencia respiratoria, hipertensión, diabetes o epilepsia.

Aunque existen datos contradictorios sobre la eficacia de estos tratamientos, la práctica clínica muestra que en pacientes motivados y prescritos dentro de un programa terapéutico pueden resultar de gran utilidad.

Los fármacos usados con esta finalidad son el disulfiram y la cianamida cálcica.

El disulfiram puede interaccionar con diferentes fármacos y, además, se contraindica si existe psicosis, enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, epilepsia o si la paciente está embarazada.

La dosis indicada de disulfiram es de 100 a 200 mg y requiere varios días para alcanzar un efecto pleno.

La cianamida se contraindica en el caso de enfermedad tiroidea, por su efecto antitiroideo, y se recomienda vigilar o evitar su uso en el caso de procesos

médicos graves, donde supondría un riesgo la aparición de una reacción aldehídica. La dosis habitual es de 50 mg cada 12 horas.

*Fármacos contra la compulsión a beber y la pérdida de control (*anticraving *y* antipriming*)*

El alcohol, igual que otras drogas, actúa sobre el sistema biológico de recompensa, aumentando la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens. Ello da lugar al refuerzo, es decir, al aumento de probabilidad de que se repita una conducta y al efecto *priming*, por el cual las primeras consumiciones producen un aumento del deseo de seguir consumiendo y la consiguiente dificultad para controlar el deseo.

En estos fenómenos aparecen implicados el sistema dopaminérgico, serotoninérgico, gabaérgico, y el NMDA y el opioide.

Naltrexona

El antagonista opiode naltrexona se desarrolló para prevenir las recaídas en pacientes que habían completado una desintoxicación de opiáceos.

Es un antagonista puro de los receptores opioides que bloquea de forma reversible los efectos de los narcóticos, al actuar como antagonista competitivo en los receptores mu, kappa y delta. Este antagonismo opioide bloquea los efectos reforzantes del alcohol, mediados por receptores opioides, en los circuitos motivacionales cerebrales.

La naltrexona, a dosis de 50 mg por día, ha demostrado en numerosos estudios controlados su eficacia durante la fase de deshabituación alcohólica. La naltrexona parece ser más eficaz evitando recaídas que promoviendo la abstinencia. Es posible que la naltrexona reduzca el *craving* y la euforia asociada al consumo de bebidas alcohólicas.

Al bloquear los receptores opioides, la naltrexona bloquea el efecto reforzador del alcohol tras su consumo. Así, los pequeños consumos iniciales perderán su capacidad de refuerzo, y la conducta de consumo acabará por extinguirse. Además, tras una primera consumición, el paciente no perderá el control cayendo en el consumo masivo.

Por tanto, la naltrexona es eficaz tanto para mantener la abstinencia, como para bloquear el descontrol sobre el consumo y la progresión de la recaída en aquellos pacientes que inician la ingesta de alcohol durante el tratamiento de deshabituación, facilitando la adherencia y el mejor cumplimiento del tratamiento. Será, pues, útil en casos en los que se prevea riesgo de reiniciar el consumo o en los que el descontrol tras el inicio del consumo sea más evidente.

La dosis habitual es de 50 mg por día, pudiendo elevarse a 100 mg por día en algunos pacientes con un deseo recurrente de consumir alcohol.

El plan de tratamiento suele consistir en seis meses, aunque en función de la evolución se puede alargar a un año.

Puede combinarse con otros fármacos que tengan capacidad de modular el consumo de alcohol, como ISRS, tiapride o acamprosato. Sin olvidar que los tratamientos farmacológicos deberán integrarse dentro de un abordaje más amplio que contemple, asimismo, intervenciones psicosociales.

Acamprosato

Además de actuar sobre el sistema de recompensa, el alcohol actúa sobre otros sistemas del SNC, como el GABA y el glutaminérgico.

La administración puntual de alcohol produce una disminución de la actividad glutaminérgica que es excitante.

Con el consumo repetido, el organismo aprende a predecir cuándo se va a consumir alcohol, por medio de señales condicionadas que le «avisan» de la proximidad del suceso. Ante esta señal (entrar en un bar, ver a alguien bebiendo...), el organismo reacciona produciendo un aumento de la actividad glutaminérgica, para contrarrestar el descenso que producirá el alcohol. Esto daría lugar a la sintomatología ansiosa y disfórica asociada al deseo que los pacientes experimentan ante la exposición a estímulos que recuerdan el consumo, y que tiene capacidad de inducirles una recaída.

El acamprosato bloquearía el efecto de un exceso de glutamato sobre el receptor NMDA, bloqueando la cadena de sucesos descrita.

La dosis es de 1.332 mg por día (4 tabletas por día en 3 tomas diarias) en pacientes con un peso inferior a 60 kg, y de 1.998 mg (6 tabletas por día en 3 tomas diarias) si el peso es superior a 60 kg.

Se ha observado que su combinación con el disulfiram es más eficaz.

No se contraindica en caso de hepatopatía, pero sí en caso de insuficiencia renal.

Se tolera bien y su efecto secundario más frecuente es la diarrea.

Escasas interacciones farmacológicas. Necesita siete días para alcanzar niveles terapéuticos.

Tiapride

Además de utilizarse en la desintoxicación, puede usarse en esta fase al bloquear el efecto dopaminérgico, responsable del refuerzo. El tiapride podría, además, disminuir el deseo que se produce al encontrarse con estímulos que evocan el consumo de alcohol. En diferentes estudios se ha evidenciado su eficacia en la prevención de la recaída, pero su perfil de efectos secundarios puede dificultar su uso prolongado.

ISRS

En la actualidad se tiende a considerar que los ISRS son eficaces en aquellos pacientes que tienen sintomatología depresiva relevante y persistente tras la abstinencia y en los que tienen antecedentes de sinto-

matología depresiva o ansiosa. En dichos pacientes, además de controlar la sintomatología depresiva, tendrían un efecto positivo sobre el mantenimiento de la abstinencia y la propensión a las recaídas. Pero en ausencia de estos síntomas, los ISRS no han mostrado eficacia suficiente.

Anticonvulsivantes

Los agentes anticonvulsivantes carbamazepina, ácido valproico y topiramato no han reunido hasta la fecha suficiente evidencia científica para poder ser recomendados como fármacos de primera elección en el tratamiento de la deshabituación alcohólica; aunque de todos ellos el topiramato está creciendo como fármaco de primera elección en las unidades especializadas.

Terapias psicosociales

Las intervenciones psicoterapéuticas son elementos esenciales en el proceso rehabilitador. A lo largo de los años se han empleado múltiples tipos de tratamiento, y no todos con suficiente evidencia científica. Existen pruebas de su eficacia para la entrevista motivacional, la prevención de recaídas, el reforzamiento comunitario y terapias grupales dirigidas por profesionales.

Terapias familiares

Son frecuentes los problemas familiares y suele admitirse que una relación de pareja positiva se aso-

cia con un mejor pronóstico del alcoholismo. Incluyen orientaciones de tipo sistémico, psicodinámico y conductual. Se ha observado una mayor eficacia cuando se han utilizado técnicas de tipo conductual.

Terapias grupales

Estas técnicas proporcionan la posibilidad de identificarse con otros que también tienen su problema, comprender la historia natural del trastorno, profundizar en los aspectos emocionales relacionados con las recaídas y aprender a expresar emociones de forma más adaptada. Cuando se acude regularmente a los grupos se activan las defensas y mecanismos de afrontamiento, al recordarle al sujeto que la recaída puede sobrevenir y que no hay que bajar la guardia.

Prevención de recaídas

El objetivo es conseguir en el paciente un mayor autocontrol y que aprenda a detectar las situaciones de alto riesgo de recaída para poder afrontarlas con más éxito.

Al comparar esta técnica con otras, se ha demostrado más eficaz que las terapias de corte psicodinámico y sistémico, y que la terapia interpersonal. Parece que es más eficaz cuando se utiliza en pacientes con alto grado de distrés y en dependencias graves.

La técnica de prevención de recaídas se considera como de primera elección en la deshabituación alcohólica.

Técnicas basadas en el entrenamiento en habilidades

Para aquellos casos en que el sujeto bebe o mantiene su consumo porque carece de una serie de habilidades para hacer frente a diferentes áreas problemáticas que se relacionan con el consumo. Entre las habilidades que se han ensayado están las habilidades sociales, el refuerzo comunitario (tratamiento de orientación conductual que tiende a utilizar los reforzadores sociales, recreacionales, familiares y laborales para ayudar al individuo en el proceso de recuperación), el manejo del estrés a través del programa de desensibilización sistemática, la resolución de problemas y el refuerzo comunitario.

Respecto al último, el reforzamiento comunitario, ha mostrado su eficacia en diversos estudios. Se puede aplicar de forma individual o en grupo, y es útil en medios ambulatorios y hospitalarios. Su objetivo es reducir el consumo de alcohol y mejorar el funcionamiento social y laboral de los pacientes utilizando la combinación con fármacos, supervisión familiar, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento para enfrentarse a la presión del consumo.

INTERVENCIONES MOTIVACIONALES BREVES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se basan en técnicas cognitivo-conductuales y motivacionales. Se caracterizan por un enfoque de empatía en el que el terapeuta ayuda a motivar al paciente pre-

guntándole sobre las consecuencias de su consumo, analizando sus resistencias y ayudándole a avanzar en la consecución de sus objetivos. Las más usadas son las llamadas breves o muy breves o consejo médico. Se consideran bastante eficaces, incluso comparándolas con otras técnicas, y suelen incrementar la eficacia de tratamientos posteriores. Suelen realizarse en el contexto de la Atención Primaria y para individuos con problemas por uso de alcohol, como el consumo de riesgo, el uso perjudicial y la dependencia leve.

Estas intervenciones han demostrado, a través de numerosos estudios y metaanálisis, su eficacia para reducir los consumos de riesgo en pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria.

Los estudios presentan variaciones en el momento de realizar la intervención, algunos proponen realizarla el mismo día de la detección y otros prefieren concertar una nueva cita para ello. El uso de una cita de revisión y de material impreso mejora los resultados de la intervención.

Los estudios han demostrado la necesidad de que el personal de Atención Primaria que vaya a realizar la intervención reciba el entrenamiento adecuado.

Marco teórico de las intervenciones breves

Las intervenciones breves se basan fundamentalmente en el modelo motivacional.

La entrevista motivacional es un estilo de entrevista que evita la confrontación con el paciente y preten-

de que sea éste quien juzgue las ventajas y desventajas de su consumo y aumente su autoeficacia a la hora de reducir o eliminar el consumo de bebidas alcohólicas.

Para aplicar los métodos de la entrevista motivacional es necesario conocer cuál es la predisposición al cambio del paciente cuando acude por primera vez a la consulta.

El terapeuta debe tener la habilidad para:

1. Reconocer en qué estadio de disposición al cambio se encuentra su paciente.
2. Manejar los fundamentos de la entrevista motivacional para propiciar estos cambios.

Los fundamentos de la *entrevista motivacional* serían:

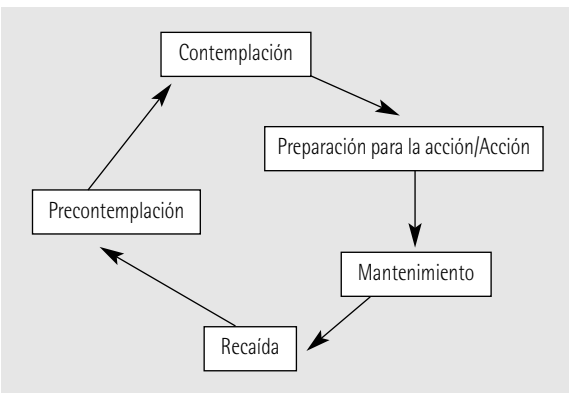
— *Expresar empatía:* hay que crear un clima empático, donde hablar de conflictos le resulte cómodo al paciente. Es necesario aceptar y escuchar el punto de vista del paciente. Hay que evitar la confrontación con el paciente, dejando de lado posiciones moralistas o paternalistas. La confrontación directa vuelve al paciente reacio al cambio.

— *Crear discrepancia:* la mayor parte de los pacientes reconocen los efectos adversos que el consumo excesivo de alcohol genera en sus vidas. Desarrollar discrepancia implica intensificar, amplificar y acentuar la percepción, cognitiva y emocional, de esos efectos negativos. Pero es

el paciente el que debe encontrar sus propias razones para cambiar. La tarea del terapeuta es ayudarle a encontrarlas.

- *Trabajar la resistencia:* la mejor manera de evitar la resistencia es eludir las discusiones con el paciente. Las opciones de ayuda se sugieren, no se imponen. Es mejor ver la resistencia como un problema del terapeuta y no del paciente.
- *Fomentar la autoeficacia:* el médico debe estimular la idea de que un cambio en el comportamiento es posible, especialmente cuando el paciente se hace responsable de ese cambio. Los pequeños logros y tareas durante la terapia potencian la sensación de autoeficacia.

Los *estadios del cambio* de Prochaska y DiClemente ilustran las distintas posibilidades del proceso de cambio:



Precontemplación

El individuo considera que «bebe lo normal» y se muestra incapaz de relacionar su consumo con los problemas médicos o de otro tipo que pudieran aparecer.

El objetivo en esta etapa es el de informar del peligro de consumo excesivo para que el sujeto «abra los ojos». La misma evaluación del consumo y de las repercusiones que de él se derivan tiene un efecto retroalimentador que puede ser suficiente.

Contemplación

Se da cuenta de que existe un problema con el consumo, pero aún no está preparado para afrontarlo.

En el abordaje de esta etapa es importante analizar los factores que influyeron en la adquisición del hábito de la bebida, qué funciones cumple, qué conflictos crea y cuáles son los motivos para cambiar dicho hábito.

A través de la entrevista motivaciónal se exploran y sopesan aspectos positivos y negativos del hábito y, sobre todo, se expone la posibilidad del cambio.

Disposición para la acción

Se formula un compromiso explícito o implícito de cambio en un futuro inmediato.

Se establece un «contrato psicológico» entre médico y paciente en donde se pactan los objetivos que se

pretenden. Se resalta la responsabilidad del individuo en el logro de sus objetivos y el apoyo que va a recibir por parte del profesional.

Acción

Es la fase en la que el sujeto acomete claramente el cambio. El profesional colabora proponiendo una serie de alternativas que le ayuden a beber menos (registros de la cantidad de alcohol consumido, manejo de situaciones difíciles, estrategias para disminuir el consumo, recuerdo de los objetivos de consumo fijados).

Es muy importante el refuerzo positivo, ya que la motivación es fluctuante. Hay que recordar periódicamente los objetivos fijados y remarcar las ventajas de la nueva situación.

Mantenimiento

En esta etapa y la de la acción son fundamentales las visitas de seguimiento, inicialmente con periodicidad mensual o bimensual y, posteriormente, una o dos al año. En ellas se explorará el consumo y los problemas que puedan haber surgido. El empleo de marcadores biológicos puede servir de refuerzo para mantener la abstinencia o la disminución del consumo.

En el discurrir de estas etapas no se puede dejar de lado la *recaída*, la cual constituye otra etapa ciertamente esperable al tratarse de un proceso crónico (tabla 2).

Tabla 2. Actuaciones en intervenciones breves según el estadio del cambio

Estadio	Recomendaciones
Precontemplación	– A través de preguntas abiertas y una actitud no enjuiciadora se busca que el paciente hable de su consumo de alcohol, analizando pros y contras. – Mostrar empatía y crear discrepancia. – Pedir que se realice un registro del consumo. – Pensar sobre las repercusiones del consumo de alcohol.
Contemplación	– Se valora objetivamente si existen problemas (analítica, auditoría, anamnesis). – Se fomenta la autoeficacia, como sugerir un breve período de abstinencia. – Darle algún folleto sobre las repercusiones del consumo.
Acción	– Hablar sobre las opciones terapéuticas posibles. – Considerar los apoyos familiares y sociales. – Establecer una meta según el nivel de consumo del paciente. – Analizar el plan de acción para conseguir los objetivos.
Mantenimiento	– Reforzar los logros conseguidos. – Ayudar a mantenerlos.
Recaída	– Ayudarle a entender que las recaídas son parte del proceso de aprendizaje. – Reevaluar las metas a conseguir. – Volver al plan de acción para conseguir los objetivos.

CONSIDERACIONES DEL CONTEXTO DEL TRATAMIENTO PARA EL PACIENTE

La bibliografía sugiere que cuando se selecciona una determinada modalidad de intervención para un paciente determinado, éste suele tener mejor pronóstico que cuando no se ha realizado o se ha realizado inadecuadamente. No obstante, los resultados sobre la

selección de una determinada técnica en el alcoholismo son todavía escasos.

En lo que se refiere a la intensidad del tratamiento, se ha evaluado que las intervenciones breves son mejor que la no intervención.

Los mejores candidatos para las intervenciones breves son los de consumo perjudicial o los dependientes leves, que viven en contextos sociales que favorecen el tratamiento y sin importantes déficit psicológicos.

Los tratamientos residenciales se han demostrado más útiles en sujetos con mayor deterioro psicológico y escasos apoyos sociales.

La decisión de dónde derivar al paciente dependerá de los seis factores siguientes:

- Intensidad de la intoxicación o del síndrome de abstinencia.
- Complicaciones médicas.
- Complicaciones psiquiátricas.
- Aceptación o resistencia al tratamiento.
- Si no ha dejado de beber o se trata de una recaída.
- Si el contexto donde vive el paciente favorece o no la recuperación.

Así, las propuestas asistenciales deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Los tratamientos ambulatorios deberán reservarse para individuos con un nivel suficiente de

recursos sociales y sin serias complicaciones médico-psiquiátricas.

2. Utilizar los tratamientos ambulatorios intensivos para aquellos en los que han fracasado las intervenciones breves, para quienes necesitan una intervención más importante sin llegar a las del tipo residencial.

3. Las opciones residenciales deberán considerarse para quienes tengan un escaso apoyo social, vivan en ambientes poco estimulantes para la recuperación o tengan complicaciones médicas o psiquiátricas importantes.

BIBLIOGRAFÍA

Flórez G. Guía para el manejo ambulatorio de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en Atención Primaria y Especializada. Conselleria de Sanidade. Xunta de Galicia; 2005.

Rubio Valladolid G, Santodomingo J. Guía práctica de intervención en el alcoholismo. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad; 2000.

Soler Insa, Gascón Borrachina (coords.). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de Consenso de Cataluña. Ars Médica, 3.ª ed.; 2005.

Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de evaluación y tratamiento en drogodependencias. Ars Médica; 2003.

Los binomios del alcohol: de la génesis a la dependencia

Dr. Fernando Gonçalves Estella
Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Rural. Almeida de Sayago. Zamora.

Cuando se abusa del alcohol, éste siempre sobra; es el elemento indeseable que siempre está de más, interfiriendo y afectando en todas las áreas de la vida del sujeto: social, laboral, familiar e individual, y dentro de esta última, en toda su globalidad, es decir, con consecuencias orgánicas y psíquicas para el sujeto. Las consecuencias del uso inadecuado del alcohol por el individuo, y sus efectos transforman, embadurnan, disfrazan, ocultan, empañan, modifican, perturban... al propio sujeto y a los demás, con consecuencias y secuelas que afectarán a todos los de su entorno y más a los de su círculo más íntimo.

Hablar de los binomios del alcohol es sólo una forma de simplificar al diseccionar el problema. En realidad, sería mucho más conveniente hablar de los *polinomios* del alcohol, puesto que la afectación del individuo lo es en todas y cada una de sus facetas. Tradicionalmente se ha discutido sobre la posible existencia de una personalidad premórbida en el sujeto, que condicionaría su relación patológica con el alcohol u otras sustancias de abuso. Sin embargo, parece más conveniente hablar de factores que

influirían o inducirían al sujeto a establecer patrones de consumo inadecuados en sus relaciones con el alcohol.

Es la norma, la dificultad teórica y práctica, de establecer en un binomio si uno de los pares es la causa o la consecuencia del otro. Por ejemplo: ¿el abuso del alcohol origina ansiedad, o es la propia ansiedad la que incita al abuso del alcohol? En todo caso, esos u otros pares aparecen con frecuencia asociados, y sabemos que, modificando uno de ellos, podremos conseguir cambiar el otro, sus interrelaciones y sus consecuencias.

ALCOHOL Y ANSIEDAD

Cuando el consumo de alcohol se efectúa, buscando sus efectos ansiolíticos, al actuar como ansiolítico de acción corta, se produce la reiteración en su uso, lo que conduce al abuso, y de él, a la dependencia: *engancha.*

El abuso del alcohol frecuentemente se relaciona a sujetos con características de personalidad dependiente, trastornos por angustia, trastornos fóbicos y otros. La abstinencia de un sujeto dependiente, por su parte, genera ansiedad, con lo que se cierra el círculo vicioso. Por ello, se impone no beber alcohol «por» ni «para» y transmitir con nitidez el siguiente mensaje: *cualquier cosa que hagas bajo los efectos del alcohol, la harás mejor sin él.*

ALCOHOL Y DEPRESIÓN

El abuso del alcohol por pacientes con depresión se produce más en depresiones ansiosas. La prevalencia de depresión en alcohólicos es muy variable. El abuso del alcohol produce frecuentes síntomas depresivos: ánimo bajo, culpa, ansiedad, disforia, baja autoestima, ideación suicida, trastornos del sueño, del apetito, de la libido. Además, a mayor consumo, mayor incidencia de enfermedad física, más problemas laborales, sociales, familiares, económicos y legales. Y cualquiera de ellos puede provocar más depresión reactiva. Suele ceder a los 3 ó 4 meses de abstinencia, sin psicofármacos.

Especial vigilancia requerirá el período postdeshabituación, en el que la vuelta a la realidad consciente, la depresión, la desesperanza, las ideas de culpa, la falta de autoestima, etc., por lo ya acontecido, inducen a que se registren, en él, mayores tasas de suicidio.

ALCOHOL Y SUICIDIO

Del 5 al 27% de las muertes en alcohólicos lo son por suicidio. El alcohol está presente entre el 25 y el 40% de los suicidios, incluso en pacientes no alcohólicos. Se han constatado niveles bajos en LCR de 5-hidroxi-indolacético en suicidas y en alcohólicos, por lo que cobra interés el uso de los ISRS en ellos.

Especial momento de riesgo es el período postdeshabituación ya comentado. La utilización *ex professo*

del alcohol en la mecánica del suicida se registra más como coadyuvante y desinhibidor, «para dar valor», que por separado. Otras veces aparece formando parte de mezclas potencialmente mortales, junto con otras sustancias de abuso, fármacos, etc.

ALCOHOL Y DELINCUENCIA

- Más frecuentemente, formando parte de politoxicomanías.
- Presente en agresiones, peleas y reyertas.
- En delitos de violencia sexual.
- En sujetos con trastorno antisocial de la personalidad o conductas antisociales.
- Su abuso, esporádico o habitual, se relaciona con conductas de riesgo de todo tipo: accidentes, enfermedades...
- Relaciones entre marginalidad social, delincuencia y alcohol.
- ¿Quién lleva a quién?

ALCOHOL Y FAMILIA

- Probablemente, el alcohol es el elemento con mayor poder de desestructuración y mayor influencia en la destrucción del núcleo familiar.
- Presente en el maltrato y la violencia intrafamiliar.

- Padres alcohólicos y abusos sexuales en la infancia y adolescencia.
- Repercusiones familiares de las secuelas sociales, laborales y económicas.
- Situaciones de abandono familiar.
- Repercute en todos y cada uno de los miembros del grupo familiar, en todas sus facetas: económica, educacional, afectiva, emocional, nutricional...

ALCOHOL Y CELOTIPIA

- El alcohol como motor generador de suspicacia e irritabilidad.
- El sujeto alcohólico provoca el rechazo de la pareja, fuente de desconfianza.
- Inductor del carácter delirante del temor a la pérdida del sujeto amado.
- La afectación sexual por el etanol conduce a la insatisfacción, que potencia los rasgos y rituales celotípicos y la hipervigilancia delirante.
- Principal desencadenante de la agresividad física y psíquica entre la pareja.
- El alcohol aumenta y potencia los complejos de inferioridad y minusvalía.
- Es una de las causas principales de la denominada violencia de género.

– Presenta mala respuesta a los neurolépticos, con los que se controla sólo parcialmente, y la tendencia a la cronicidad es la norma.

BIBLIOGRAFÍA

Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, De la Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. Sociedad Española de Medicina General. Madrid: ENE; 2002.

Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso A. Uso y abuso de las bebidas alcohólicas. Curso extraordinario. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca; 2004.

Hales R, Yudofsky S, Talbott J. DSM-IV Tratado de Psiquiatría. 3.ª ed. Masson; 2000.

Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de Psiquiatría. 7.ª ed. Panamericana; 1996.

Abordaje de la familia del paciente alcohólico y modelos de intervención integral en Atención Primaria

Dr. Javier Aizpiri Díaz
Psiquiatra. Director de Medicina Psico-Orgánica, S.L. Bilbao.

Gran parte de la intervención profesional en alcoholismo se realiza tarde y de forma incorrecta. Se abusa de un acercamiento rayando al paternalista o de un discurso cargado de elementos de carácter valorativo, no procedentes en todo caso. Y así, con este bagaje, nos situamos frente a una persona con muchos años de consumo, con un posible déficit cognitivo derivado de una casi segura artrofia cortical y, a menudo, en alcoholemia.

Una conducta eficaz para el abordaje de la persona afecta de alcoholismo y para el acercamiento a su familia exige tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Predisposiciones y concienciación del problema.
- Sensibilidad.
- Conocimientos.
- Tiempo.

PREDISPOSICIONES Y CONCIENCIACIÓN DEL PROBLEMA

Como profesionales de la medicina, no podemos olvidar que el alcoholismo y el cuadro de deterioro glo-

bal asociado constituyen un importante problema de salud, que afecta no sólo a la persona enferma, sino a toda su familia y a la sociedad en su conjunto. Tampoco podemos obviar que somos el colectivo médico el agente de salud que tiene que intervenir. No nos compete realizar una valoración moral ni económica, nuestra función consiste en valorar, explorar y medir la intoxicación y sus graves consecuencias, utilizando los recursos de la medicina actual, para tomar medidas eficaces que puedan detener su escalada.

Debemos tener presente que los y las profesionales de la medicina participamos de la ideología sociocultural que nos rodea y, en ocasiones, de un cierto consumo, por lo que en nuestro análisis y valoración pueden coexistir elementos contaminados que van a comprometer la objetividad del acercamiento al problema. Si queremos realizar una buena práctica, tendremos que hacer el esfuerzo de desligarnos de todo condicionante ajeno al puramente médico.

Para realizar una primera exploración del paciente, sea hombre o mujer, que acude a nuestra consulta, debemos interrogar acerca de:

- Qué tipo de bebidas y otros tóxicos consume.
- En qué horario.
- Qué diferencias existen, si las hay, en los distintos días de la semana.
- Cuáles son las cantidades de consumo.

- Presencia o no de otros tóxicos: café, tabaco, THC, coca, benzodiacepinas, antidepresivos...
- Qué alteraciones higiénico-dietéticas presenta: si desayuna o no, si lo hace de forma correcta, si incorpora fruta a su dieta, si se acuesta con la radio o la televisión encendidas o no...

A la vista de la historia clínica y las exploraciones, somos los médicos y médicas quienes tenemos que valorar y medir las consecuencias orgánicas, psíquicas y sociofamiliares derivadas del síndrome, para así tomar las medidas necesarias.

Esto significa actuar frente a toda persona que acude a nuestra consulta como paciente: desde los y las menores hasta las personas ancianas. El alcoholismo está presente en el ser humano en cualquier edad y situación y, con frecuencia, sus síntomas se presentan encubiertos bajo epígrafes tales como: nervios, depresión, ansiedad, dolores, disgustos, «no me entienden», «soy muy sensible», «me enfado por nada».

SENSIBILIDAD

Como agentes de salud, los hombres y mujeres que ejercemos la medicina, además de una disposición inicial, necesitamos desarrollar una sensibilidad especial frente a este problema, porque vamos a precisar de una gran fortaleza y energía para abordarlo, intentar detenerlo y paliar las consecuencias ya instauradas.

Contemplar el proceso de deterioro de tantas personas jóvenes o ser conscientes de que los síndromes de ansiedad y depresión de muchas mujeres están ligados a la convivencia con un marido bebedor nos van a obligar a marcar objetivos con firmeza, a tomar decisiones y adoptar conductas, a veces de forma drástica. Detrás del mundo del alcohol, vamos a encontrar ruina, violencia, sexo y víctimas inocentes. El abanico de personas afectadas va desde el ámbito familiar hasta el social puramente casual, como la víctima de un accidente provocado por un conductor o conductora embriagada.

Nos han entrenado para tomar decisiones frente a otras enfermedades en las que está en juego la vida de un o una paciente. El alcoholismo no es una excepción, pero sí añade una especificidad: aquí no sólo corre peligro la vida de la persona enferma, sino potencialmente la de toda la sociedad que la rodea, y asumir esta responsabilidad da miedo.

CONOCIMIENTOS

El abordaje del alcoholismo en todas sus vertientes: orgánica, psíquica, familiar y social, requiere unos conocimientos básicos imprescindibles.

Volver a recordar las características del ser humano y que una sustancia química como el CH_3-CH_2OH puede llevar a deteriorar. Tener presente que el ser humano que tenemos delante tiene familia, trabajo y vive en un medio social y no olvidar que el alcohol va

a transformar la conciencia y deteriorar la función cortical cerebral, y que las alteraciones conductuales derivadas van a poner en peligro su futuro y el de su entorno.

No hace falta una erudición enciclopédica sobre el alcoholismo, pero sí conocer y admitir que:

- El alcohol es una droga.
- Cuanta mayor frecuencia y concentración en la ingesta, mayor número de problemas asociados.
- A menor edad de consumo, mayor gravedad en las consecuencias.
- Si el alcohol se asocia a otros tóxicos y se altera la alimentación, se produce un deterioro global rápido.
- Se va a producir una repercusión conductural en todas las esferas de la vida.

TIEMPO

El abordaje referido requiere tiempo. Si no lo tenemos, si no podemos encontrar un espacio en nuestra consulta para hacerlo, significa que no vamos a poder o no nos permiten actuar como profesionales de la medicina ni vamos a actuar como agentes de salud. Dedicarnos a prescribir protectores gástricos, hipocolesterimiantes, hipertensores, ansiolíticos o antidepresivos a enfermos y enfermas alcohólicas en activo

o a sus familiares, constituye exactamente la antítesis de lo que se pretende con este libro, y, sin quererlo, podemos convertirnos en cómplices del sistema.

Si hemos actuado con predisposición, sensibilidad, conocimiento y tiempo, vamos a darnos cuenta en seguida de que nuestro conjunto de pacientes se agrupa en los siguientes subtipos:

1. Personas que no beben o lo hacen en pequeñas cantidades y esporádicamente.

Debido a las diferencias genéticas en la absorción y metabolización del alcohol, una parte de la población española, más o menos el 25%, no puede beber, ya que sus efectos no les resultan agradables, lo toleran mal y no les proporciona la sensación de anestesia lenta cortical, por lo que no existe refuerzo y mantienen una conducta prácticamente de abstinencia. Una parte importante de la población de mujeres pertenece a este colectivo, por supervivencia genética. Tampoco suelen ser fumadoras, el café les sienta mal y suelen llevar una dieta en general muy sana.

2. Personas consumidoras habitualmente de alcohol dentro del ritual alimentario, con las comidas, alguna vez en tapeo o en tiempo festivo, pero en escasa cantidad, con control y sin importantes consecuencias negativas. Se reconoce en este subtipo a otro 25% de la población española que acoge a la mayoría de los y las consumidoras naturales de vino.

Con este tipo de población, sin embargo, hay que investigar bien la cantidad de la ingesta, ya que lo considerado habitual en comidas puede ser muy variable, llegando en ocasiones a un litro, lo que sí va a ocasionar problemas metabólicos o interrelacionales.

Debemos recordar que hay organismos y personalidades que reaccionan con severas alteraciones de conducta a pequeñas dosis. Se trata de un problema distinto, que precisa evaluación y abordaje diferentes.

Igualmente hay que tener en cuenta en la población general el aumento de todo tipo de medicaciones: antiinflamatorios, hipertensores, antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos..., ya que muchas de ellas van a interactuar con el alcohol, provocando problemas en la persona que además bebe.

3. El grupo tercero corresponde a personas que abusan del alcohol, si lo tienen delante, ya sea en momentos de tapeo o festivos. Pueden estar varios días sin beber, pero en un fin de semana consumen 10 *cubatas* o 2 litros de *kalimotxo*, porque no controlan la ingesta de alcohol. Esta tipología puede detectarse desde los 13 años. Comienzan con embriagueces precoces y luego, a medida que se instaura la tolerancia química, aumenta el «aguante y la cantidad de bebida». Estas personas no tienen conciencia de enfermedad, ya «que se divierten como todo el mundo» y «según ellas no necesitan el alcohol» porque pueden estar días sin beber. Es un grupo de máximo riesgo por todas sus consecuencias.

Los más graves problemas derivados del alcohol están presentes en este colectivo: no controlan la ingesta, no tienen conciencia de sus efectos negativos, les resulta imposible alternar sin consumir y lo hacen ya desde edades precoces, entre 13 y 16 años, lo que interfiere en el correcto desarrollo neuronal del cerebro, no dejando madurar la corteza frontal, generando una conducta instintiva y un bajo control de impulsos. Su personalidad va a evolucionar asocial e inmadura, con altos niveles de irritabilidad, agresividad e inestabilidad emocional. En un futuro inmediato van a hacerse presentes los problemas conductuales.

Un tercio de nuestra juventud está entrando en esta situación de riesgo. Hay datos suficientes para que se activen todas las alarmas: manifestaciones de violencia en la relación con sus iguales y con sus padres, conflictividad familiar, fracaso escolar, bajo rendimiento laboral, alta incidencia de bajas, accidentabilidad...

El alcohol y la cuadrilla unida al ritual de consumo de fin de semana van a constituir un todo acompañante durante este período conflictivo de su vida. Es en el momento de la adolescencia cuando se inician, y hacia los 20 ó 25 años presentan ya la totalidad o gran parte de los hábitos de una persona alcohólica dependiente.

4. Cuarto subtipo.

Llegan a la consulta con todo el cortejo de patologías en el ámbito orgánico y/o conductual, además del síndrome higiénico dietético tóxico. No pueden

dejar de beber y han realizado su carrera de consumo desarrollando un alto nivel de tolerancia.

Hay que distinguir dos grupos:

a) Personas que beben a diario sin poder abstenerse.

b) Personas que pierden el control frente al alcohol.

Este último subgrupo es el calificado de 4.º grado en la clasificación antigua. Beben cada 15 ó 20 días o más, muy poco a diario y tampoco lo hacen habitualmente en las comidas; pero cuando «se calientan» pierden totalmente el control y no pueden dar razón de la cantidad consumida ni de la conducta secundaria. Este grupo está formado en su mayoría por personas que comenzaron a consumir alcohol de fuerte graduación durante la adolescencia y no poseen ningún mecanismo ideológico o referencia relacional de apoyo que actúen como elementos disuasorios de tal conducta. El abordaje de este colectivo resulta dificultoso. Si bien presenta consecuencias graves, tales como la alta incidencia de accidentes laborales y problemática familiar y social, se observa consumo diario, como es el caso de los «chiquiteros», forma de uso actualmente extendida, que presenta efectos hepáticos y metabólicos crónicos.

Generalmente son las víctimas las que acuden en primera instancia a nuestras consultas: la familia, la pareja, el padre y/o la madre, los hijos e hijas, que son quienes están soportando el trastorno conductual y el declive y deterioro en el ámbito psíquico, social, laboral, económico...

El síntoma determinante de la afectación alcohólica es, en este supuesto, la irritabilidad en el medio familiar. Llegan al domicilio con la corteza lentificada por el alcohol, lo que provoca que cualquier intervención afectiva, emocional, o a veces hasta banal, libere la respuesta instintiva del lóbulo temporoparietal, sin intervención de la corteza frontal. Ello produce como resultado violencia verbal y/o física, inestabilidad generalizada y repercusiones inmediatas en la vida emocional de su esposa o esposo, de sus hijos e hijas y demás personas de su círculo familiar, con incidencia negativa en su desarrollo.

Estos familiares van a acudir a nuestra consulta con sintomatología variada: cefaleas, insomnio, cansancio y astenia, somatizaciones diversas, asma o Crohn, cervicoalgias, depresión, ansiedad, agotamiento y envejecimiento precoz.

Dado que el alcoholismo y su síndrome HDT exigen un alto costo económico de mantenimiento, la mayoría de las mujeres en este caso, que dependen de la economía de sus maridos o compañeros, tienen que trabajar casi siempre en trabajos relacionados con el sistema doméstico o de limpieza, para poder obtener el dinero que el esposo y a veces los hijos gastan al mes. El gasto mínimo para una persona fumadora de un paquete diario y que alterne «lo habitual» se estima actualmente entre 300 y 400 euros al mes. Para los grupos 3 y 4 con consumo de cerveza-vino y combinados, el gasto va a elevarse a los 400 y 1.000 euros. Cifras que significan una verdadera sangría en las eco-

nomías familiares, con severa repercusión en el sistema productivo, al que encarece y resta competitividad. No perdamos de vista que estas cifras afectan a una tercera parte de las familias del Estado español.

El alcoholismo femenino merece algunas consideraciones específicas. Su forma de consumo ha variado. Las mujeres con edad inferior a los 35 años presentan los mismos patrones que los varones, pero la repercusión se ve mediatizada por diferencias en peso, talla, alimentación, metabolismo, embarazo, crianza, trabajo... Persiste la forma de alcoholismo solitario del ama de casa, revestido con frecuencia de depresión, por lo que se asocia a una variada ingesta farmacológica, con severo desajuste sociofamiliar y muchas veces no detectado.

La mujer presenta, en general, síntomas de deterioro y pérdida de control frente al alcohol en una edad más temprana que el varón, por lo que debemos tener presentes los posibles cuadros derivados. Ante una sintomatología conductual, afectiva y/o orgánica no clara, debemos explorar la posible etiología alcohólica y/o de otros tóxicos.

Qué hacer

Cuando un o una paciente están bien diagnosticados, llega el momento de actuar. Los y las profesionales de la medicina, como agentes de salud, tenemos la obligación de capacitarnos para informar, tratar o decidir su paso a otro servicio especializado. Nuestra actitud tiene que ser profesional y firme. La gravedad

del tema no permite banalizaciones ni complicidades. Tenemos que explicar a esta persona de forma concisa y real su cuadro actual, sus implicaciones inmediatas y la evolución a corto plazo de su situación, sin permitirle un diálogo de razonamiento disquisitivo tal como: «lo que mata es el trabajo o la contaminación» o «lo hacemos todos», o entretenerse en filosofar sobre generalizaciones sociopolíticas muy alejadas de nuestro quehacer médico.

Debemos recordar, además, que la persona que tenemos enfrente y que aparentemente se muestra en actitud accesible y normal puede estar con un nivel de alcoholemia entre 0,5 y 1,8 sin que se observen síntomas, o incluso sin que lo sospechemos, y tampoco solemos tener alcoholímetro para medirlo; pero lo que sí nos interesa recordar es que con estos niveles su corteza frontal no está recibiendo la información de forma correcta, ya que en realidad estamos hablando a una corteza temporoparietal.

Si además tiene más de 35 ó 40 años y lleva más de 20 años abusando del alcohol, parte de su lóbulo frontal ha desaparecido. Ha podido perder de 3 a 4 milímetros de frontalidad, produciéndose la atrofia frontocortical.

Hay que insistir en que firmeza es la palabra clave una vez realizada la exploración y diagnóstico de la persona paciente. Hay que mostrarle claramente la realidad de su conducta que calificamos de deteriorante: consumo de tabaco, alcohol, café, no desayu-

no o desayuno insuficiente, no aporte de fruta a su dieta... y cualquier otro elemento que va a disminuir su salud. El acercamiento próximo suele obtener buenos resultados. Un «mire usted, fumando un paquete diario de tabaco, bebiendo todo lo que desea, abusando del café, no desayunando, evitando la fruta... se vive poco y mal: ¿es ése el modelo educativo que aconseja a sus hijos?», suele resultar muy eficaz. Tenemos que enfrentarle a su conducta global de deterioro y obligarle a reflexionar responsablemente sobre ella, sin permitirle ningún escape, ni aceptar razonamientos banales. Debe llegar a percibir claramente el concepto que queremos transmitirle, que responda a la pregunta de si su grado de consumo y hábitos de vida son saludables o no y decidir en consecuencia. Tiene que realizar una elección sabiendo que somos el o la profesional de la medicina que podemos ayudarle.

Desde ese momento y según conocimiento, tiempo y habilidades, vamos a seguir una estrategia por objetivos enfocados siempre a recuperar una vida saludable, actuando en distintos niveles. Tales objetivos serían: recuperar el desayuno y la toma de frutas en la dieta, desconectar la radio y la televisión en la cama, disminuir la cafeína en café o refrescos de cola, reducir la nicotina en el tabaco y acordar un consumo de alcohol adaptado a cada situación; esto es, desde el cese absoluto hasta la ingesta en dosis adecuadas durante las comidas.

Si hemos realizado analíticas rutinarias, EKG, Rx, y/o ecoabdominopélvica sin resultados significativa-

mente alterados, podemos reforzar positivamente sus posibilidades de mejora con un cambio de hábitos aprovechando su situación orgánica, sin incurrir en el error de minusvalorar su realidad de consumo. Esta estrategia de abordaje es enormemente eficaz, ya que transmitir el consejo de vida saludable detiene y reconvierte un 25% de los cuadros. Si además pautamos un seguimiento periódico y continuamos positivizando la conducta saludable, los resultados son mejores y más persistentes.

En los supuestos de pacientes correspondientes al 3.º y 4.º subtipos, de dependencia y gravedad referidas, vamos a precisar tiempo para el abordaje, posibilidad de seguimiento constante y un conocimiento refrendado y experimentado acerca del tratamiento de desintoxicación. El consejo médico de pautas de vida saludables va a resultar suficiente y eficaz en una parte de pacientes pertenecientes al tipo 3.º, los que están menos afectados, sobre todo si acuden a la consulta por alguna motivación orgánica de tipo laboral. Últimamente, las multas de tráfico y el riesgo o la realidad de haber perdido el carné actúan como elementos de reflexión y de solicitud de ayuda. Sin embargo, para la mayoría de las personas pertenecientes a los tipos 4.º y parte del 3.º, esta actitud no sirve de nada y deben ser tratadas por profesionales o equipos bregados y expertos en el tema y, si fuera posible (demasiado pedir), con medios.

En este momento existen equipos y profesionales repartidos por todo el país, pero con escasas competencias. Se han creado centros asistenciales y preven-

tivos a los que les falta rodaje o que están desbordados, que trabajan la mayoría de las veces motivados sólo por su vocación y entusiasmo, pero situados a la cola de la asistencia psiquiátrica, con escasos recursos materiales y humanos y, sobre todo, sin camas para ingreso y rehabilitación. La queja reiterada de muchos médicos y médicas de Asistencia Primaria se puede resumir en un «envié al enfermo después de un gran esfuerzo y me lo devolvieron sin hacerle nada».

Para reconocer la eficacia de un equipo que trabaja en alcoholismo y drogodependencias, deberíamos atender a los siguientes criterios:

- Desintoxicación del enfermo, marcando como objetivo el cese inmediato del consumo.
- Abordaje integral del enfermo y su familia.
- Seguimiento individual y/o grupal durante dos años.

Un equipo inmaduro e ineficaz responde a este tipo de actuación:

- No trata a la persona enferma, «si no quiere».
- Mantiene actitudes consentidoras como «por un poco de THC que tome no pasa nada».
- En lugar de realizar una desintoxicación desde un modelo integral que valide el concepto de vida saludable, devuelve al enfermo o a la enferma con un antidepresivo, ansiolítico, neuroléptico o varios.

- Se dedica a tratar o culpabilizar del problema al familiar más próximo, generalmente la esposa o madre.

- La persona enferma es diagnosticada de trastorno bipolar, esquizofrenia o ataque de pánico, sin hacer referencia al consumo de alcohol, THC, coca...

Es útil conocer la existencia o no de alguna asociación de autoayuda en nuestro entorno. Casi siempre vamos a encontrar a alguna persona que ha dejado de beber con la ayuda de una asociación. Esa persona es quien mejor nos puede informar acerca de la técnica utilizada y su validez, contrastada, además, con su evolución. También es posible encontrar a alguien que presume de su rehabilitación y se presenta en todos los lugares como integrante de Alcohólicos Anónimos o Rehabilitados y se encuentra en muy malas condiciones, deteriorado e incluso con algunas embriagueces. La persona que ha hecho un proceso de rehabilitación correcto y está curada no presume ni va de protagonista y lleva una vida equilibrada. Éste es el criterio que nos va a indicar la calidad del tratamiento y el equipo o asociación a elegir.

Las asociaciones de autoayuda pueden colaborar a la hora de mantener la abstinencia, si están bien cualificadas y son activas, requisitos que no siempre están presentes, por lo que pierden a los enfermos por falta de preparación. Por ello, antes de remitirles un o una paciente, tenemos que informarnos bien acerca del

tipo de asociación y su actividad. No estaría de más concertar una visita para establecer una colaboración.

Los grupos más válidos cuentan con profesionales expertos y expertas en medicina, psicología y trabajo social. Han ido seleccionando como terapeutas colaboradores a las personas usuarias más idóneas para esa labor. Pertenecen a la red de asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados y han llegado a tener una cierta fuerza social. Como ejemplo se pueden citar las de Alcalá de Henares, Torrevieja, Linares, Andorra (Teruel), Málaga, Granada, Sevilla y muchas otras de toda la geografía, que atienden a enfermos, enfermas y familiares con unos objetivos muy estrictos de rehabilitación. Algunos grupos más activos han sabido adaptarse incluso para captar jóvenes y emigrantes.

Alcohólicos Anónimos, que tuvo su relevancia, se mantiene fijado a su normativa rígida y no cuida la formación continuada. En general, resultan más útiles los grupos derivados, tales como Alanon para familiares, y Alatín para hijos e hijas.

Una buena estrategia consistiría en contar con sistemas mixtos dotados económicamente, donde profesionales y personal voluntario se organizaran y pudieran llevar a cabo una labor amplia y coordinada. La realidad, a día de hoy, es que la mayoría de los equipos profesionales funcionan alejados de las asociaciones, y que las asociaciones que cuentan con profesionales expertos, los pierdan a menudo por la baja retribución económica.

BIBLIOGRAFÍA

Aizpiri Díaz J, Marcos Frías F. Actualización del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Masson; 1996.

Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, De la Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. Sociedad Española de Medicina General. Madrid: ENE; 2002.

Casas Brugué M, Callazos Sánchez F, Ramos-Quiroga JA, Roncero Alonso C. Psicofarmacología de las drogodependencias. Barcelona: Fundación Promoción Médica; 2003.

Miguel Iribarren M, Ponce Alfaro G, Rubio Valladolid G. Paciente alcohólico y pacientes dependientes de otras drogas. Madrid: Entheos; 2005.

Cabrera Forneiro J, director gerente de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Universidad y Drogas. Comunidad de Madrid: Ediciones Gráficas Delos; 1998.

Santodomingo J. Consenso de la Sociedad Española de psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2000.

García Rodríguez JA. Mi hijo, las drogas y yo. Madrid: Edaf; 2000.

Bobes García J, Casas Brugué M, Gutiérrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ars Médica; 2003.

Patrocinado por

www.merckefg.com