

# Alcoholismo: perspectiva psiquiátrica para clínicos

## *Alcoholism: psychiatric perspective for clinicians*

M<sup>a</sup> Celia Canedo Magariños

Servicio de Psiquiatría. Hospital Lucus Augusti. Lugo. SERGAS

El alcoholismo es una patología con grave repercusión en diversos ámbitos (familiar, social, económico), y en cuya atención se implican habitualmente múltiples especialidades médicas (Atención Primaria, Psiquiatría, Medicina Interna, Digestivo, Neurología, Salud Pública, ...).

Habitualmente hay descoordinación entre los distintos niveles asistenciales, por lo que no se obtienen los resultados posibles y deseables. Uno de los motivos suele ser la comunicación precaria entre los distintos dispositivos. La utilización de términos o vocabulario no bien definido puede llevar a equívocos. En este sentido, la presente revisión intenta hacer un sencillo repaso de cuestiones de interés para todos los equipos involucrados y una llamada a la colaboración interdisciplinar para que pacientes y profesionales consigan una mayor satisfacción con los procesos terapéuticos.

### Aclarando conceptos

El *alcoholismo* es un concepto que ha experimentado un notable cambio a lo largo del tiempo. En 1933, la Standard Classified Nomenclature Disease reconoce al alcoholismo como una enfermedad<sup>1</sup>. En 1960, Jellinek lo define como un trastorno por el consumo de alcohol caracterizado por tolerancia, síndrome de abstinencia y pérdida de control<sup>2</sup>. En 1952, la primera clasificación de la Asociación de Psiquiatría Americana, DSM, habla del alcoholismo como una adicción, incluyéndola dentro de las alteraciones de la personalidad<sup>3</sup>. Morse y Flavin (1992) lo conceptualizan como un proceso de enfermedad crónica y primaria con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones; es a menudo, progresiva y mortal; se caracteriza por un déficit en el control de la bebida, preocupación por el alcohol, consumo del mismo a pesar de sus consecuencias adversas y distorsión del pensamiento; cada uno de estos síntomas puede ser continuo o periódico<sup>4</sup>.

En el año 1976, el grupo científico de la OMS (Edwards et al.<sup>5</sup>) utiliza la expresión *problemas relacionados con el alcohol* para referirse a “un grupo muy heterogéneo de problemas de salud de índole física, psíquica o social asociados al consumo de alcohol, sea éste regular o puntual e indistintamente en bebedores ocasionales, habituales, excesivos o alcohólicos”. Las dos grandes clasificaciones internacionales de trastornos mentales y del comportamiento –la de la Organización

Mundial de la Salud (CIE-10; 1992)<sup>6</sup> y la de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV; 1994)<sup>7</sup>– no recogen el término *alcoholismo* como tal, sino que todos los problemas en relación con el consumo inadecuado y nocivo para la salud de las bebidas alcohólicas aparecen con otras denominaciones, más pormenorizadas y más concretas (Tabla 1).

Parece conveniente recordar unas breves definiciones de términos muy utilizados en relación con la patología que estamos tratando y la de otras drogodependencias<sup>8</sup>. Así, *abuso* es

Tabla 1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol (F10, CIE-10. OMS)<sup>6</sup>

F10. 0 Intoxicación aguda
00 no complicada
01 con traumatismo o lesión corporal
02 con otra complicación de índole médica
03 con delirium
04 con distorsiones de la percepción
05 con coma
06 con convulsiones
07 intoxicación patológica
F10. 1 Consumo perjudicial
F10. 2 Síndrome de dependencia
F10. 3 Síndrome de abstinencia
30 no complicado
31 con convulsiones
F10. 4 Síndrome de abstinencia con delirium
40 sin convulsiones
41 con convulsiones
F10. 5 Trastorno psicótico
50 esquizofreniforme
51 con predominio de ideas delirantes
52 con predominio de alucinaciones
53 con predominio de síntomas polimorfos
54 con predominio de síntomas depresivos
55 con predominio de síntomas maniacos
56 trastorno psicótico mixto
F10. 6 Síndrome amnésico
F10. 7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol
70 con reviviscencias (“flashbacks”)
71 trastorno de la personalidad o del comportamiento
72 trastorno afectivo residual
73 demencia inducida por alcohol
74 otro deterioro cognoscitivo persistente
75 trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol
F10. 9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

el uso dañino de la sustancia. **Adicción**, es el descontrol del consumo, consumo compulsivo y continuado a pesar de las consecuencias adversas. **Dependencia física** es un estado de adaptación que se manifiesta como un síndrome de abstinencia específico. **Dependencia psicológica** es el sentimiento de necesidad de una sustancia. **Abstinencia** es la constelación de síntomas que pueden ocurrir después de haber cesado o disminuido el consumo de una sustancia determinada; varían en intensidad y no son necesariamente proporcionales al consumo de la sustancia. **Tolerancia** es la necesidad de aumentar la cantidad de sustancia para obtener el efecto deseado. **Recaída** es el reinicio del consumo tras un período más o menos prolongado de abstinencia. **Craving o anhelo** es el deseo compulsivo o irrefrenable de consumo que presentan los pacientes usuarios de la sustancia cuando se ha desarrollado la dependencia. **Desintoxicación** es la fase de tratamiento farmacológico del paciente dependiente por la cual se evita o minimiza la aparición del síndrome de abstinencia. **Deshabituación** es el proceso psicomédico por el que el paciente recupera o adquiere la capacidad de realizar actividades sin el consumo de sustancias nocivas.

Como puede desprenderse de la observación de la tabla 1, un psiquiatra diferencia muchas entidades y matices en un paciente alcohólico (en un *paciente con problemas relacionados con el alcohol*). Simplificando, puede tratarse del bebedor habitual que hace cuadro de abstinencia -leve o grave- cuando suprime o disminuye el consumo; puede ser el bebedor incontrolado de fines de semana; o el de intoxicaciones más o menos frecuentes pero sin pérdida de control; incluso puede ocurrir que las características de la intoxicación sean patológicas. Además, es preciso tener en cuenta el daño que el tóxico (el etanol) puede originar en el sistema nervioso central –directa o indirectamente- y las patologías psiquiátricas y neurológicas que se derivan del mismo, como es el caso del Síndrome de Wernicke-Korsakoff.<sup>6,7</sup>

Sin embargo, los problemas relacionados con el alcohol, en ocasiones, actúan como máscara de otras psicopatologías: fobia social, trastornos de ansiedad, depresión, personalidades impulsivas o evitativas, ... En este caso se puede hablar de comorbilidad. Las entidades comórbidas más frecuentes son los trastornos afectivos, los trastornos por ansiedad, los trastornos de la personalidad, los trastornos por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos psicóticos, el abuso de otras drogas, el juego patológico y la conducta suicida.<sup>9</sup> Regier et al. (1990)<sup>10</sup> refieren que en torno a un 50 % de pacientes alcohólicos tienen otro trastorno psiquiátrico asociado.

Como norma general conviene conocer si estamos ante una situación de intoxicación alcohólica sin más (*borrachera*; consumo perjudicial de alcohol), si se trata de un paciente con una dependencia (en el que hay que prevenir-tratar un síndrome de abstinencia), si hay indicadores de un daño

neurológico más importante -que es crucial abordar- o si lo fundamental es otro trastorno psiquiátrico que desencadena el consumo de alcohol.

No hay que olvidar que en la actualidad, con frecuencia se asocian al consumo de alcohol el consumo de otras sustancias tóxicas, lo que puede modificar el cuadro clínico y su curso.

## Notas sobre la etiopatogenia y detección

El que solo un pequeño porcentaje de las personas que consumen alcohol tengan problemas con el mismo hay que buscarlo en distintas causas. Hay características de personalidad que facilitan o predisponen la adicción a ciertas sustancias por los efectos que éstas producen; otras personas sufren una alteración de la impulsividad que no facilita controlar el consumo; o tienen un carácter que se muestra incapaz de hacer negativas a nivel social o a no sucumbir a la presión del ambiente<sup>11</sup>. Otras descubren un *calmante* a su ansiedad o depresión en la bebida.

Existen diversos instrumentos para el cribaje y detección<sup>12</sup> de problemas con el alcohol. Uno de los más conocidos y fáciles de aplicar en Atención Primaria es el test de CAGE (tabla 2).

Tabla 2. Test de CAGE

Se compone de cuatro preguntas:

- ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
- ¿Le ha molestado alguna vez que la gente le critique su forma de beber?
- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
- ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

Se considera positivo si se responde afirmativamente al menos a dos preguntas.

Se aconseja realizar las preguntas dentro de un contexto clínico de exploración psicopatológica, intercaladas con otras cuestiones, para ser más fiable.

Otros cuestionarios utilizados son el AUDIT y el MALT, pero resultan menos simples que el CAGE.

Para evaluar la intensidad del problema es preciso tener en cuenta el patrón de consumo (continuo, periódico), la cantidad de alcohol puro consumido a lo largo del tiempo (evaluados por ejemplo con la UBE: unidad de bebida estándar: 10 gr de alcohol –una copa de vino o una cerveza<sup>13</sup>), los factores sociales y los factores psicológicos. Todo ello influirá en la presentación, gravedad y pronóstico, así como en el modo de afrontar el tratamiento.

Los problemas relacionados con el alcohol habitualmente comienzan entre los 16 y los 30 años<sup>14</sup>.

El clínico debe investigar –o derivar al especialista cuando lo vea preciso- la finalidad que subyace a continuar consumiendo alcohol cuando el paciente llega a su consulta afectado físicamente. De poco sirve curar una afección aguda

y mantener tiempos cortos de abstinencia si se produce la recaída. Se estima que el 25% de pacientes ingresados en un hospital general y el 20 % de los pacientes de consultas externas padecen trastornos relacionados con el alcohol<sup>15</sup>.

De especial importancia resulta la valoración psicopatológica cuando el paciente precisa un trasplante hepático. En EEUU, el 30% de trasplantados son pacientes que han tenido problemas con el alcohol. Es fundamental en estos casos que el enfermo tenga conciencia de enfermedad, apoyo familiar, estabilidad social y buena disposición frente al tratamiento así como factores que indiquen la capacidad de mantenerse abstinentes a largo plazo. Los índices de supervivencia y calidad de vida en estos pacientes son similares a los de otros trasplantados<sup>16</sup>.

## Entidades nosológicas

Los trastornos psiquiátricos asociados podrían clasificarse de la siguiente manera:

**Intoxicación:** de todos conocida, pero que conviene recordar -especialmente porque el grado de alcoholemia en sangre puede ser más o menos elevado, lo que indicará gravedad e incluso riesgo de coma y muerte-. Niveles de alcoholemia entre 0,5-1 g/L suelen producir alteraciones mínimas desde el punto de vista médico. Las alcoholemias que van entre 1-2 g/L se asocian a euforia, excitación, locuacidad, reacción retardada, disminución del rendimiento intelectual. Concentraciones entre 2-3 g/L producen importantes alteraciones en la coordinación, ataxia, disartria y obnubilación. El coma suele producirse con cifras superiores a 3 g/L ; la mortalidad asociada al mismo es del 5%.<sup>9</sup>

**Intoxicación idiosincrática o atípica (*borrachera patológica*):** el paciente que la sufre presenta, con pequeñas cantidades de consumo y de forma súbita a una alteración característica de la conducta, generalmente con manifestaciones de agresividad. Luego tiende a presentar un sueño profundo y suele tener un recuerdo parcial de lo ocurrido o incluso un olvido total.<sup>6,17</sup>

**Síndrome de dependencia:** se caracteriza por la necesidad que tiene quien lo sufre de consumir alcohol para evitar la aparición de síntomas de abstinencia. Existe una dependencia psicológica (deseo-necesidad de consumo para encontrarse bien o, al menos, no encontrarse mal y poder llevar una vida lo más normalizada posible) y una dependencia física que se siente corporalmente cuando disminuye o desaparece el etanol en sangre. Es entonces cuando se manifiesta el llamado síndrome de abstinencia<sup>6,9</sup>.

No todo **síndrome de abstinencia** llega a *delirium tremens*, pero sí todo *delirium tremens* significa disminución significativa en el consumo de alcohol y, por lo tanto, cierto grado de abstinencia. La abstinencia puede manifestarse a las pocas horas de haber dejado de consumir la sustancia o al cabo de pocos días (generalmente menos de una semana). El paciente empieza a notarse inquieto, tembloroso, ansioso,

irritable, con sudoración profusa. Si es de gravedad, se presenta desorientación, confusión, delirio, ilusiones, alucinaciones preferentemente visuales (microzoopsias), insomnio y agitación psicomotriz, lo que constituye el llamado *delirium tremens*, que puede llegar a causar la muerte y que en no pocas ocasiones requiere un tratamiento en unidades de cuidados intensivos. Las crisis comiciales y el *delirium tremens* aparecen entre un 3-5% de los casos de abstinencia y la mortalidad oscila entre 5-20 %<sup>9,14</sup>.

**Trastorno amnésico: Síndrome de Wernicke-Korsakoff:** La desnutrición y la hipovitaminosis, tan frecuente en estos pacientes, predispone a la depleción de tiamina y ácido nicotínico. Además, el etanol y el acetaldehído son neurotóxicos. La deficiencia de tiamina y las alteraciones vasculares secundarias al consumo de alcohol se relacionan directamente con este síndrome.

La encefalopatía de Wernicke<sup>18</sup> se caracteriza por ser un cuadro agudo en el que hay un deterioro de la conciencia, defecto de memoria, especialmente para recordar lo reciente, desorientación, oftalmoplejía, nistagmo, ataxia de postura y de marcha. El síndrome de Korsakoff<sup>19</sup> es sin embargo un cuadro crónico, en el que está afectada la memoria, hay dificultad de concentración, irritabilidad, desorientación, apatía y confabulaciones. Los dos síndromes tienden a verse en el mismo paciente en distintos momentos. En ellos, las funciones cognitivas están bastante preservadas, lo que los diferencia de la demencia. Los pacientes afectados, parecen sujetos en alerta y capaces de razonar y mantener una conversación. Es importante el tratamiento inmediato para revertir un síndrome de Wernicke; sin embargo, sólo el 20% de psicosis de Korsakoff se recuperan. La prevalencia observada en autopsias de alcohólicos oscila entre 0,8-12,5%.

**Demencia alcohólica:** -diagnóstico controvertido por su relación en muchos casos con el síndrome de Wernicke-Korsakoff- en ella se observa un deterioro de memoria a corto y largo plazo, alteración del pensamiento abstracto, del juicio y de la personalidad<sup>16</sup>. También puede darse afasia, apraxia, agnosia y deterioro de las funciones sociales. Este tipo de demencia suele ser de características leves e incluso revertir con la abstinencia y no resulta tan discapacitante.

**Deterioro de la personalidad:** se observa un mayor egocentrismo, con falta de consideración hacia los demás y otras alteraciones de conducta, entre la que sobresalen los engaños frecuentes para evitar el reconocimiento y consecuencias del consumo de alcohol<sup>9,14</sup>. Problemas de malos tratos, absentismo laboral, accidentes laborales y de tráfico, conductas violentas, guardan importante relación con el consumo inadecuado de alcohol<sup>19</sup>.

Entre estos pacientes es frecuente la presencia de síntomas afectivos (**depresión**) y **ansiedad**. Ambas condiciones pueden ser previas o consecuencia del deterioro originado por el consumo. La vida de un paciente alcohólico genera situacio-

nes frustrantes y difíciles que hacen que pueda aflorar tanto síntomas de ansiedad como de depresión. Trastornos como **fobia social** derivan en un consumo de alcohol inadecuado para conseguir una vida de relación mínimamente satisfactoria para quien los padece<sup>9</sup>.

Mención especial requiere la **conducta suicida**. En los pacientes alcohólicos se dan elevadas tasas de suicidio consumado, estimadas entre un 3-15 %. Incluso los que no consumen habitualmente alcohol, cuando realizan un intento autolítico, con elevada frecuencia hacen consumo de esta sustancia<sup>9,14</sup>.

La **función psicosexual deteriorada** se suele manifestar como disfunción eréctil y eyaculación retardada, además de unas relaciones interpersonales conflictivas entre la pareja. De lo anterior se desprende la facilidad para sufrir **celos patológicos** o incluso un **trastorno delirante celotípico** totalmente estructurado y difícil de tratar una vez instaurado el cuadro clínico.<sup>13,16</sup>

La **alucinosis alcohólica**<sup>16</sup> es un cuadro clínico poco frecuente que tiende a aparecer con mayor frecuencia en los varones y después de muchos años de consumo (generalmente más de diez). Suele ser breve (menos de 48 horas). Existe un predominio de alucinaciones auditivas de características amenazantes, muy vívidas, sin alteraciones de la conciencia ni de la orientación (lo que la diferencia del *delirium tremens*). Puede ocurrir en situaciones de intoxicación o de abstinencia o de recaída en el consumo. Hay formas de evolución crónica que en muchas ocasiones terminan en un diagnóstico de esquizofrenia.

## Condiciones para una excelencia en el tratamiento

Ante un paciente con un problema relacionado con el alcohol es conveniente abordar la necesidad de tratarlo de un modo holístico, global, que abarque los aspectos más biológicos, sin descuidar los psicológicos, ambientales y sociales. Para ello, la situación más recomendable sería la que tuviese en cuenta las siguientes premisas:

- Voluntariedad del paciente para afrontar el tratamiento.
- Un ambiente familiar-social, al menos mínimo, protector.
- Evitación de ambientes o situaciones proclives al consumo durante un tiempo.
- Un horizonte con posibilidades que justifiquen el esfuerzo a realizar.
- Tratamiento de los aspectos físicos siempre que sea preciso y tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico.

Nunca está de más incidir en que la valoración psicopatológica adecuada de un paciente requiere que no esté bajo los efectos del tóxico. Es crucial el intentar evitar o controlar lo antes posible un síndrome de abstinencia. No se debe olvidar la posibilidad de que exista una lesión orgánica o patología psiquiátrica de base que es preciso tratar. En defi-

nitiva, en muchas ocasiones es preciso un tratamiento médico previo y una recuperación orgánica antes de abordar los problemas de psicopatología.

En nuestro medio existen unidades especializadas a las que derivar a estos enfermos. Son unidades que requieren el trabajo de psiquiatra, psicólogo, trabajador social y enfermería, en colaboración con otros servicios médicos. Además de los tratamientos médicos hay la posibilidad de terapias tanto individuales como de grupo. En casos excepcionales cabe la derivación del paciente a unidades de larga estancia para un control más prolongado.

La colaboración entre estas unidades y los servicios clínicos es crucial para la correcta atención del paciente alcohólico. Debe fomentarse la necesaria comunicación y la creación de vías clínicas que permitan el flujo adecuado de los pacientes entre los diferentes servicios para conseguir así una atención correcta e integrada.

## Bibliografía

1. AGN. A Standard Classified Nomenclature of Disease. Can Med Assoc J. 1933. 2: 193-4.
2. Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. Hillhouse, (New Haven), 1960
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Washington DC, 1952. Disponible en <http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-i.pdf>
4. Morse RM, Flavin DK. The definition of alcoholism. The Joint Committee of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine to Study the Definition and Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. JAMA. 1992; 268: 1012-4.
5. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Br Med J, 1976; 1: 1058-61.
6. OMS. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.
7. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª ed. Barcelona, Masson, 1995.
8. Roncero Alonso C, Barral Picallo C, Casas Brugué M. Alcohol y otras drogodependencias. En Palomo T, Jiménez-Arriero MA. Manual de Psiquiatría. Madrid, Ene Life, 2009.
9. Santo Domingo Carrasco J, Gual Solé A, Rubio Valladolid G. Adicciones a sustancias químicas (I). Alcohol. En Vallejo Ruloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría. Barcelona, Ars Medica, 2005.
10. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA. 1990 Nov 21;264(19):2511-8.
11. West R. Psychological theories of addiction. En Glass IB. The International Handbook of Addiction Behaviour. London, Routledge, 1991.
12. Guardia Serceigni J. Alcoholismo. Guías clínicas Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica. SOCIDROGALCOHOL, 2007. Disponible en [http://www.eulacdrugs.org/fs/view/tucuman/lecturas-importantes/grupo-a/guia\\_alcoholismo\\_08.pdf](http://www.eulacdrugs.org/fs/view/tucuman/lecturas-importantes/grupo-a/guia_alcoholismo_08.pdf)
13. Rodríguez-Martos Dauer A, Gual Solé A, Llopis Llacer JJ. La "unidad de bebida estándar" como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. Med Clin (Barcelona) 1999; 112: 446-50.
14. Franklin JE, Levenson JL, McCance-Katz EF. Trastornos relacionados con sustancias. En Levenson JL. Tratado de Medicina psicopatológica. Barcelona, Ars Médica, 2006
15. Cleary PD, Miller M, Bush BT, Warburg MM, Delbanco TL, Aronson MD. Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population. Am J Med. 1988; 85: 466-71.
16. Di Martini A, Weinrieb R, Fireman M. Liver transplantation in patients with alcohol and other substance use disorders. Psychiatr Clin North Am. 2002; 25: 195-209.
17. Alvarez Avello S, de Lucas Taracena MT. Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas. En Cervera S, Giner J, Conde V et al. Manual del Residente de Psiquiatría. Madrid, Litofinter, 1997.
18. Lishman WA. Organic Psychiatry: The psychological consequences of cerebral disorder. Oxford, Blackwell Science, 1987.
19. Kolpelman MD. Frontal dysfunction and memory deficits in the alcoholic Korsakoff syndrome and Alzheimer type dementia. Brain, 1991; 114: 117-37.