

CONSUMO DE ALCOHOL

Dr. Luis Gustavo del Sol Padrón *

Dr. Orestes M Alvarez Fernández **

Dr. Juan de D Rivero Berovides ***

Palabras claves: Alcoholismo, Adicción al alcohol, Deshabitación

Definición

Trastorno conductual crónico manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor (Comité de Expertos OMS).

El alcoholismo puede ser primario o secundario sintomático. Para definir el alcoholismo primario se utilizan los siguientes criterios:

- Criterio tóxico: daño biológico, psicológico o social secundario.
- Criterio determinista: pérdida de libertad ante el alcohol (incapacidad para decidir no tomar o hasta cuándo tomar).

La valoración de una persona como alcohólica dependerá del cumplimiento de los dos criterios señalados anteriormente (Esquema 1).

Desde el punto de vista práctico deben considerarse también:

- Criterio de cantidad y frecuencia: puede ser engañoso. Es la falta de control a la ingestión de alcohol, la imposibilidad de detenerse una vez que comienza.
- Criterio de “etiquetado” o “autoetiquetado”: cuando el medio social o el individuo lo reconocen como alcohólico.

* Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente de Medicina Interna. Vicedirector Docente. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos. Cuba. Correspondencia a: Dr. Luis Gustavo del Sol Padrón. Calle 101. Entre 72-A y 74, Edificio 25, Apto 12. Buena Vista. Cienfuegos 55100. Cuba.

E-mail: gustavo@gal.sld.cu

** Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos. Cuba. Correspondencia a: Dr. Orestes M Alvarez Fernández. Calle 101. Entre 72-A y 74, Edificio 36, Apto 17. Buena Vista. Cienfuegos 55100. Cuba.

*** Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos. Cuba.

Clasificación

Clasificación de Marconi (criterios basados en la cantidad y frecuencia de consumo):

1. Abstinente total: persona que refiere que nunca ha bebido alcohol.
2. Bebedor excepcional u ocasional: persona que refiere beber cantidades moderadas de alcohol (menos de 20 ml de etanol o sus equivalentes) en situaciones muy especiales, no más de 5 veces al año.
3. Bebedor moderado: persona que refiere beber cantidades de alcohol menores de 100 ml con periodicidad no mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente menos de 12 estados de embriaguez en un año. Grupo de riesgo para convertirse en bebedores excesivos.
4. Bebedor excesivo: persona que refiere beber cantidades de alcohol iguales o mayores de 100 ml, con periodicidad mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente 12 o más estados de embriaguez en un año.
5. Bebedor patológico o alcohólico: persona bebedora de alcohol (independientemente de la cantidad y frecuencia) que presente regularmente síntomas y signos de dependencia del alcohol, ya sean físicos o psíquicos.

Debe considerarse que 100 ml de alcohol equivalen a:

- ½ litro de ron.
- 1 litro de vino.
- 7 botellas de cerveza.
- 250 ml de bebidas espirituosas.

Alcoholismo episódico: crisis periódica de ingestión excesiva de bebidas alcohólicas por varios días, separadas por largos períodos de tiempo en los cuales el paciente puede controlarse sin ingerir las mismas.

Tipos de Riesgos

De iniciar el consumo de alcohol (según vías de entrada):

Por vía sociocultural: aquellos que están incluidos en «grupos vulnerables», como adolescentes, individuos en micro o macrogrupos con tolerancia incondicional al alcohol, en grupos laborales de fábricas o centros de expendio de alcohol, hijos de padres alcohólicos.

Por vía hedónica: se caracteriza por la búsqueda del placer, la motivación más importante para el consumo reiterado. Este placer artificial sólo dura minutos.

Esquema 1. Alcoholismo. Tipos de alcoholismo.



Por vía evasiva: aquellos individuos con conflictos y en los que se persigue que el alcohol favorezca su olvido (desocupados, muerte de un ser querido, frustraciones en el estudio o amorosas, rechazo familiar, enfermedades invalidantes de tipo somáticas predominantemente).

Por vía asertiva: es la utilización del tóxico como “muleta” para diferentes situaciones en algún grado temidas o determinantes de inseguridad y ansiedad. Se establece en personas tímidas e inseguras, con dificultades para manejar situaciones sensibles.

Por vía constitucional: se combina una gran carga familiar de toxicómanos, con un inicio temprano del consumo, en ausencia de otros mecanismos y tendencias.

Por vía sintomática: aquellos con afecciones psiquiátricas precedentes al alcoholismo y que pueden llevar al inicio de la adicción al alcohol. Ej.: el esquizofrénico (que comienza a beber para tratar de atenuar sus alucinaciones o delirios), demencia, personalidad psicopática y retraso mental.

De recaída: es el que tiene todo paciente que ha dejado de beber. El riesgo es inversamente proporcional al tiempo de abandono del hábito, o sea, a menor tiempo de haber dejado de beber, mayor es el riesgo de comenzar de nuevo.

Síndrome de abstinencia: está dado por la aparición desde las primeras horas de la abstinencia hasta días después, de síntomas y signos de dependencia física (con o sin convulsiones asociadas) y/o psíquicas (Cuadro 1).

Cuadro 1: Síntomas y signos de dependencia alcohólica

- | |
|--|
| 1. Físicos. Aparición en periodos de abstinencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Temblores severos. • Nerviosidad. • Insomnio. • Cefalea. • Sudoración. • Necesidad de continuar tomando. • Otros signos de deterioro. • En ocasiones diarreas, subsaltos musculares o cuadros de delirium subagudo |
| 2. Psíquicos <ul style="list-style-type: none"> • Delirium tremens • Alucinosis alcohólica • Delirios celopáticos alcohólicos. • Psicosis de Korsakov. • Otros signos de deterioros psíquicos. |

Síndrome de intoxicación alcohólica

1. No patológico: aparición de trastornos de conducta en una persona no habituada al uso del alcohol (dependen de la cantidad de alcohol ingerida).
2. Patológico: aparición de un estado de agresividad irracional, asociado a amnesia parcial o total del episodio de intoxicación.

Cuadro 2: Efectos adversos del alcohol para la salud.
<p>Efectos Físicos: Daño hepático (esteatosis, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática y cáncer). Malnutrición (deficiencias de proteínas, complejo B y minerales). Aumento de la susceptibilidad a infecciones. Traumatismo (sobre todo los craneales). Úlcera péptica Pancreatitis aguda Miocardiopatías. Neuropatías periférica. Hipoglucemias Cáncer en otras localizaciones (no hepático).</p>
<p>Efectos psíquicos: Depresión del sistema nervioso central. Amnesia alcohólica. Demencia Encefalopatía de Wernicke. Delirium tremens Impotencia sexual Conducta suicida. Otros síndromes psiquiátricos múltiples.</p>
<p>Efectos prenatales: Infertilidad (abortadoras habituales). Parto pretérmino. Afectación hepática prenatal Síndrome del feto alcohólico Retraso mental</p>
<p>Efectos adversos sociales: Inestabilidad familiar Ruptura de las relaciones matrimoniales Pérdida del manejo económico Inestabilidad laboral Pérdida del prestigio en la comunidad Problemas judiciales</p>

Identificación del paciente bebedor o en riesgo de serlo: interrogar al paciente sobre si ingiere o no bebidas alcohólicas y de hacerlo, conocer en qué cantidad y con qué frecuencia lo hace, con énfasis en la falta de control, para luego proceder a tomar la conducta adecuada en cada caso (Esquema 2).

Hay diferentes estrategias que podrían incrementar la efectividad de las medidas de intervención frente al alcoholismo.

Criterios diagnósticos de alcoholismo según el cuestionario de CAGE modificado

1. ¿Alguna vez ha sentido la conveniencia de dejar de beber?
2. ¿Ha dejado la amistad de alguien por la crítica hacia la forma en que Ud. bebe?
3. ¿Alguna vez se ha sentido avergonzado por su forma de beber?
4. ¿Ha bebido por las mañanas como primera actividad al despertar para evitar las molestias de la “resaca”?

Cuadro 3: Medidas estratégicas para aumentar la efectividad de la conducta antialcoholismo
<p>I. Consejos para el cese del hábito de beber.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Debe realizarse cara a cara, utilizando la sugestión y tratando de llegar a un acuerdo, primero con el paciente y luego con la familia para su apoyo. Definir fecha exacta del cese (recomiende un período de tiempo corto). 2. El mensaje debe ser claro y breve, tratando que el paciente comprenda la necesidad de dejar de beber. Abordar los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> • Daños del alcohol para la salud. • Beneficios económicos y sociales. • Convencimiento de que es posible dejar de beber. • Felicidad y estabilidad de sus seres más queridos 3. Para poder cumplir el objetivo anterior es necesario que el personal de la salud conozca las posibles vías de entrada al hábito de beber alcohol (ver tipos de riesgos).
<p>II. Refuerzo de las medidas anteriores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento del soporte: <ul style="list-style-type: none"> • Visita de control la semana anterior y posterior a la fecha fijada para el cese. • Brindar materiales de apoyo (folletos, plegables, etc). • Remisión a consulta de psicología y/o psiquiatría. 2. Otras medidas dirigidas no sólo al soporte sino también a evitar las recaídas: <ul style="list-style-type: none"> • Usar el mural del consultorio. • Reorientación laboral, de ser necesario. 3. Reuniones con los bebedores, creación de círculos de no bebedores, utilización de videos y otras actividades educativas dirigidas tanto al individuo como a la familia a la familia o a distintos grupos. 4. Educación familiar y de los convivientes en el manejo y abordaje del enfermo. <ul style="list-style-type: none"> • Tratar al individuo y a la comunidad donde se desarrolla su vida familiar, social y laboral con medidas de intervención. • Detectar otros enfermos e incluir en la atención

Se aplica la prueba en 30 segundos. Una sola respuesta positiva es suficiente para sospechar que se está ante un bebedor con problemas, y dos o más indican con seguridad que los problemas existen.

Este cuestionario tan simple ha mostrado ser un excelente “filtro” para identificar pacientes alcohólicos.

Situaciones que pueden encontrarse en las visitas de seguimiento (consultorio, hogar, etc.) y aspectos a considerar

1. El paciente ha dejado de beber:
 - *Felicítelo*: es el paso más importante que ha tomado para que él y su familia lleven una vida más sana.
 - *Ayúdelo* a anticiparse a las situaciones que pudieran conducirlo a reincidir.
 - *Revise* las técnicas que, con éxito, le hayan ayudado a eliminar los síntomas por haber dejado de beber y el ansia por la bebida.

Esquema 2. Identificación del bebedor en riesgo y su manejo en la comunidad



- *Mejore la salud en general:* ejercicio, dieta más saludable.
 - *Siga felicitándolo* en los meses siguientes.
 - *Continúe trabajando:* con la familia y la sociedad donde se desarrolla su vida, reforzando las medidas de ellas para la ayuda que brindan
2. El paciente que dejó de beber y reincidió (recaída):
- *Felicítelo* por intentarlo. Aprenda de la experiencia.
 - *Pregúntele,* ¿dónde sucedió?, ¿qué estaba haciendo?, ¿cómo se sentía?, ¿quién estaba con él?, ¿de dónde obtuvo el alcohol?, ¿qué aprendió de este intento que le servirá para la próxima ocasión?.
 - Si desea volver a intentar *valórelo* con el equipo de salud del área y el psiquiatra.
 - *Continúe trabajando:* con la familia y la sociedad donde se desarrolla su vida, aborde nuevas vías de apoyo.
3. El paciente no ha dejado de beber:
- Mantenga la *puerta abierta* para cuando desee intentarlo de nuevo.
 - *Recuerde* que la mayor parte de las personas que dejaron de beber no lo lograron en el primer intento.
 - *Interconsultar* con el equipo de salud del área y el psiquiatra.
 - *Refuerce* las medidas de trabajo con la sociedad donde se desarrolla el enfermo, evite su frustración. y el abandono del programa.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Enoch MA, Goldman D. Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2002; 65:441-8
- Fiellin D A, Carrington Reid M, O'Connor P G. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Int Med*, 2000;160:1977-1989
- Gill J. Alcohol problems in employment: epidemiology and responses. *Alcohol and Alcoholism* 1994;29(3):233-48.
- González R. El alcoholismo: aspectos clínicos y epidemiológicos. En: González R. El alcoholismo y su atención específica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 1993: 11-68.
- González R. Cómo enfrentar el peligro de las drogas. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 2000.
- Gorman DM. Using theory and basic research to target primary prevention programs: recent developments and future prospects. *Alcohol and Alcoholism* 1992;27(6):583-94.
- Manresa JM. Alcoholismo: un agujero negro en nuestra formación médica. *Med Clín (Barc)* 1993;100:22-3.
- Nelson HD. Smoking, Alcohol and neuromuscular and physical function of older women. *JAMA* 1994;272:1825-31
- Schuckit MA, Hesselbrock V. Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationships? *Am J Psychiatry* 1994;151(12):1723-34.
- Taboada O, Alberdi Sudupe J, Redactores Fistera. Guías Clínicas 2002; 2 (45) Guía de alcoholismo.. Disponible en [www.fistera.com/guias2/alcohol.htm] Diciembre 9, 2004.



“En consecuencia la inmensa mayoría de los profesionales de la salud una vez graduados, realizan su función social en la comunidad, por lo que parece lógico y sensato desarrollar su formación básica en el nivel primario de atención médica, buscando equilibrio entre esta y la atención secundaria, consecuente con los objetivos generales de su formación”

Tomado de: EDITORIAL. LAS ESCUELAS DE MEDICINA Y LA SALUD DE LA POBLACION. PRESENTE Y FUTURO. Autor: Dr. José Arteaga Herrera
Rev. Finlay 5 (2):123-130, 1991