



SÍNDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL (SDA)

Históricamente los primeros indicios del consumo de bebidas alcohólicas por el hombre se pueden situar en torno a los 10.000 años a. de C, probablemente al coincidir la aparición de la organización agrícola de la humanidad y el uso de recipientes para el almacenaje. Posteriormente, el descubrimiento del proceso de destilación hacia el año 1300 por RAMÓN LLULL significaría el segundo gran hito histórico y en 1857 PASTEUR describe la intimidad del proceso de fermentación. Estos tres hitos suponen las bases históricas que facilitan la aparición durante los siglos XIX y XX de un gran consumo de bebidas alcohólicas, al encontrarse muy facilitados los procesos de fabricación, almacenamiento y distribución de las mismas.

CRITIAS, sobre el 430 a. de C., describe en sus "Elegías" los efectos de la embriaguez etílica. GALENO (130 - 199 d. de. C.) consideraba la embriaguez como una causa de la epilepsia.

HORT hacia 1617 describe aspectos del, posteriormente, denominado por SUTON (1813) "Delirium Tremens" y hace una amplia y correcta descripción clínica.

En 1817 FUCHS, introduce los términos "methismus acutus" y "methismus chronicus" que resultarían ser los precursores del concepto de Alcoholismo.

En 1849, un médico sueco, MAGNUS HUSS, observó que "numerosas afecciones gastroenterológicas, neurológicas, psiquiátricas y cardiológicas aparecían manifiestamente unidas a la absorción desmesurada de aguardiente de alto grado alcohólico " y acuñó el término de "Alcoholismo", rompiendo de esta forma la tradición de la concepción exclusivamente ética de los problemas relacionados con el consumo de alcohol ("La locura del beodo", "Los borrachos",...).

Esta aportación supuso la ruptura definitiva. De forma lenta, pero constante, fueron apareciendo acercamientos, cada vez más científicos, sobre las consecuencias derivadas del consumo de bebidas alcohólicas.

Probablemente es, desde los años cuarenta, cuando un sinfín de autores, en busca de lo esencial de los problemas de la dependencia, aportan nuevas definiciones sobre el alcoholismo.

El conjunto de definiciones se puede agrupar de forma pedagógica en:

- A. Definiciones referidas al alcohol en sí mismo.
- B. Criterios referidos principalmente a las consecuencias.
- C. Criterios referidos a la dependencia o esencia del fenómeno.
- D. Concepto Síndrómico.

A. Definiciones referidas al alcohol en sí mismo:

En la revisión de la literatura sobre los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas, aparecen muchos autores e instituciones que en aras a ser prácticos o a veces excesivamente reduccionistas, tratan de explicar los problemas por el consumo de alcohol en base a las cantidades y/o a la frecuencia de alcohol ingerido.

En la definición de MAGNUS HUSS (1849) ya encontramos referencias a un criterio cuantitativo, ya que habla de conjunto de afecciones, "que aparecen tras la absorción desmesurada de aguardiente". En 1945 la Academia Francesa recomendó cifrar los problemas de alcoholismo a partir de un consumo diario de 1 gr. de alcohol puro por Kg. de peso y día y posteriormente en 1977 autores como PEQUIGNOT y THALER llegaron a afirmar:

"Se recomienda adoptar la cantidad de alcohol consumida como criterio definitivo de alcoholismo ".



Anotando que: cantidades superiores a 60 gramos de alcohol puro al día en hombres y 20 gramos en mujeres serían buenos indicadores.

En la línea de centrar en el alcohol la definición de alcoholismo, aparece otro conjunto de aportaciones basadas en la duración de la ingesta. Así encontramos que en 1952 la O.M.S. acoge la siguiente definición (vinculada al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-I):

"Serían alcohólicos aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol hubiera alcanzado tal grado, que diera lugar a claras alteraciones psíquicas, a complicaciones somáticas o a conflictos en sus relaciones interpersonales, sus funciones sociales y laborales"

Y en 1970 la O.M.S. nos habla de:

"Trastorno conductual crónico manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y que acaba interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor".

Posteriormente GLATT en 1982 reitera ideas basadas en el criterio de cantidad y continuidad y nos dice:

"Los alcohólicos son aquellos individuos cuyo abuso continuo o frecuente de alcohol ha provocado dependencia psíquica y/o física y/o daño físico/psíquico/social"

En conclusión parece que las aportaciones en la línea de la cantidad y calidad en la forma de beber resultan algo simplistas y aportan pocos elementos enriquecedores para comprender el fenómeno de la dependencia al alcohol y el acercamiento a la realidad clínica del bebedor. No obstante, y quizás por ello están al uso todavía, aportan una gran operatividad para estudios de tipo epidemiológico, que difícilmente podrían funcionar con criterios menos numéricos y para acercamientos clínicos adecuados a la previa tipificación de los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas. En esta segunda línea se encuentran actualmente un conjunto de aportaciones específicas para la APS y que parece están suponiendo una mejora en la prestación de servicios a este nivel. En este sentido, el Programa de Actividades Preventivas y de promoción de la Salud (PAPPS, 1994), de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, recomienda considerar de riesgo los consumos diarios de alcohol superiores a 40 gramos en varones y a 24 en mujeres.

B. Criterios referidos principalmente a las consecuencias:

Parecía lógico poder definir el problema de alcoholismo en base a las consecuencias que genera, pero se aleja de una buena descripción del fenómeno y se centra de manera muy particular en los momentos más avanzados de la historia natural de la relación de las bebidas alcohólicas con las personas, llevando incluso a confundir el proceso con sus posibles resultados, dificultando el acercamiento y descripción más completa de la historia, no facilitando el posible diagnóstico precoz y las intervenciones tempranas.

Dentro de este conjunto de aportaciones merece la pena referir las definiciones antes reseñadas de la O.M.S. en 1952 y 1970, aunque ya en 1950 ésta nos informaba de alcoholismo como:

"Estado de intoxicación periódica o crónica, perjudicial para el individuo y la sociedad, engendrado por el consumo repetido de bebidas alcohólicas..."

Uno de los autores más importantes en el campo de la dependencia alcohólica, JELLINEK, en 1960 nos dice:

"Alcoholismo es todo uso de bebidas alcohólicas que acarree un perjuicio para el individuo, la sociedad o para ambos".

Posteriormente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión DSM-III (1980) señala:

"Pauta de uso patológico, con afectación social u ocupacional y de duración superior a un mes".



G. EDWARDS en 1986 habla del alcoholismo en los siguientes términos:

"Daño en la salud de un individuo o en el deterioro de su adaptación social y familiar, provocado por el consumo de alcohol, ya sea el daño agudo o crónico".

Y en 1987, FEUERLEIN en los criterios definitorios de alcoholismo cita:

- "1. Ingesta anormal.
 2. Trastornos somáticos relacionados con el etanol.
 3. Trastornos psicosociales relacionados con el etanol.
 4. Desarrollo de tolerancia y síndrome de abstinencia.
- Etc..."

C. Criterios referidos a la dependencia y esencia del fenómeno:

La primera aportación relevante sobre la búsqueda del nexo común en la pauta del bebedor dependiente, la encontramos en 1952. JELLINEK nos habla del concepto de "pérdida del control":

"Cualquier cantidad de alcohol establece con el bebedor una reacción en cadena que éste siente como una necesidad física de alcohol. Este estado, posiblemente un fenómeno de conversión, puede tardar horas o semanas en desarrollarse completamente; dura hasta que el bebedor se encuentra demasiado intoxicado o enfermo para ingerir más alcohol. La pérdida de control es efectiva una vez que el individuo ha comenzado a beber, pero no da lugar a un nuevo episodio de bebida. El bebedor pierde la capacidad de controlar la cantidad una vez que ha comenzado a beber, pero puede controlar si beberá o no en una situación determinada".

En 1964 la O.M.S. habla con respecto a las drogas del término de Dependencia, tratando de aunar una idea común al fenómeno y abandonando términos del tipo "ismos" y "manías" y lo define como:

"Un estado de malestar o incluso unas molestias que aparecen en un individuo al suprimirle una droga o una sustancia de acción similar que ha consumido durante largo tiempo. Otro criterio para la dependencia es que el malestar puede aliviarse o desaparecer ante el suministro renovado de la droga. Las características de la dependencia varían con cada droga. Se debe distinguir entre dependencia física y psíquica".

Posteriormente son muchos los autores que hacen sus aportaciones sobre lo esencial del fenómeno de dependencia y encontramos que: en 1976 GLATT nos cita a la "imprevisibilidad" como elemento básico de la dependencia, MARLATT en 1978 nos cita el "craving" (término de difícil traducción al castellano) entendido como:

"Conjunto de disposiciones para usar sustancias adictivas".

En línea similar a la de MARLATT, en 1979 RANKIN nos habla de :

"Un impulso activado por la introducción del alcohol en el sistema".

KOZLOWSKI y WILKISON en 1987 entienden el craving como:

"El deseo subjetivo de alcohol, experimentado por el alcohólico sujeto a privación".

En nuestro entorno, ALONSO FERNÁNDEZ en 1981 defiende el "Impulso a la embriaguez" como el fenómeno primario de la dependencia de alcohol.



VAILLANT en 1983 cifra lo fundamental para la dependencia en: "Preocupación excesiva por la sustancia, uso compulsivo de la misma y tendencia a las recaídas", haciendo por tanto más una propuesta de tipo sindrómico que unitario en la búsqueda de lo esencial de la dependencia.

D. Concepto Sindrómico:

La O.M.S. en 1976 habla del Síndrome de Dependencia del Alcohol (SDA) como:

"Un estado psíquico y habitualmente también físico, resultante de tomar alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión por tomar alcohol de manera continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y a veces para evitar las molestias producidas por su ausencia, pudiendo estar presente o no la tolerancia".

En ese mismo año, Griffit Edwards y Milton M. Gross (EDWARDS, GROSS, 1976) publican la descripción provisional de un Síndrome Clínico: "La dependencia del Alcohol". Toman el término de síndrome para designar únicamente la concurrencia de los fenómenos; no todos los elementos necesitan estar siempre presentes ni tampoco presentarse siempre con la misma intensidad. No se precisa realizar ningún supuesto sobre la causa del proceso, aunque científicamente fuera deseable.

La habilidad para reconocer el SDA es vital en la práctica clínica. Esta destreza estriba en ser capaz de reconocer las sutilezas de la sintomatología que revelan no sólo si existe un síndrome, sino que también indican su grado de desarrollo y severidad.

En cualquier caso no se debe pasar por alto, que las condiciones básicas de personalidad y el medio ambiente moldean el SDA.

Es muy importante considerar y reconocer los grados de dependencia, ya que esto debería permitir el adecuar los enfoques terapéuticos a las características particulares de la forma y desarrollo del SDA. La "adicción al alcohol" no es un estado fijo que presentan todos los pacientes. Es necesario desarrollar las habilidades clínicas para identificar el grado de dependencia de cada enfermo y poder proponer el tratamiento adecuado para cada caso.

¿Cómo reconocer el SDA? Para ello los autores repasan uno a uno los elementos particulares que integran todo el síndrome. Por tanto, cuando se hallan considerados los elementos por separados, deben integrarse y formar el cuadro clínico.



ELEMENTOS PARTICULARES DEL S.D.A.

LIMITACIÓN DEL REPERTORIO DE BEBIDA
EVIDENCIA DEL COMPORTAMIENTO DE BÚSQUEDA
AUMENTO DE LA TOLERANCIA
SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA REPETIDOS
ALIVIO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA
CONOCIMIENTO SUBJETIVO DE LA OBLIGACIÓN A BEBER
RESTAURACIÓN DESPUÉS DE LA ABSTINENCIA.
LA RECAÍDA

FUENTE: EDWARDS Y GROSS. 1976

Limitación del repertorio de bebida:

La cantidad y variedad de las bebidas alcohólicas que ingiere un consumidor varía día tras día y de una semana a otra. Quizás un día beba una cerveza en la comida y no lo haga al siguiente, compartir una botella de vino una noche durante la cena y luego ir a una fiesta y beber mucho. La cantidad de bebidas alcohólicas viene dada por factores personales y por las circunstancias externas de cada momento.

Es posible que una persona, que está comenzando a beber en exceso o depender del alcohol, amplíe su repertorio y también aumente las razones o situaciones que le inducen a beber. Pero a medida que avanza la dependencia, los factores y señales del beber se relacionan cada vez más intensamente con el alivio o prevención de los síntomas de abstinencia de alcohol, y se va limitando considerablemente el repertorio de bebidas y cómo se lleva a cabo la ingesta. El individuo dependiente empieza a beber lo mismo en un día laboral, un fin de semana o una fiesta, cada vez le importa menos la clase de compañeros que tenga o su estado de ánimo.

Durante la entrevista clínica se pueden distinguir estados de dependencia más o menos avanzados, según el grado en el que el repertorio se ha ido reduciendo.

Con un grado de dependencia bastante severo, la forma de beber puede llegar a ser totalmente estereotipada y programada a un horario diario para mantener un nivel de alcoholemia que le permita al sujeto un correcto funcionamiento psicosocial. No obstante, circunstancias externas importantes pueden introducir variaciones en el ritmo diario.

Es importante reseñar que el SDA debe concebirse como algo sutil, flexible y no compacto, pero a medida que avanza la dependencia, los modelos se vuelven cada vez más rígidos.

Evidencia del comportamiento de búsqueda de bebida:

Cuando una persona mantiene casi fijas e invariables las condiciones en las que bebe, a medida que avanza la dependencia, da prioridad al sostenimiento del consumo de alcohol.



El bebedor neutraliza los excesivos regañíos de su esposa (que en un principio funcionaban) como una prueba de que ella no lo comprende. Los ingresos, que anteriormente servían para satisfacer muchas necesidades, ahora sostienen el consumo de bebidas alcohólicas como una exigencia primordial.

La satisfacción de la necesidad de beber puede convertirse en algo aún más importante para el paciente con una afección hepática que los cuidados para su supervivencia: "una vida corta pero divertida".

De acuerdo con el diagnóstico, es más importante un cambio progresivo en la importancia dada al alcohol que la misma conducta.

Es típico que el paciente relate que solía estar orgulloso de su casa, pero que ahora se le está desprendiendo la pintura, que llevaba a sus hijos a los partidos de fútbol, pero que ahora ya no les dedica tiempo, que no le importa pedir prestado o robar para comprarse su bebida alcohólica,....

Aumento de la tolerancia al alcohol:

El alcohol es una sustancia hacia la cual el sistema nervioso central desarrolla una tolerancia. Se desconocen todavía los mecanismos precisos del desarrollo de dicha tolerancia, pero se sabe que, en cierta forma, las células cerebrales se adaptan a la presencia continua de alcohol. La tolerancia de tipo metabólico contribuye en forma relativamente insignificante.

Clínicamente la tolerancia se muestra a través del hecho de que la persona dependiente es capaz de soportar una gran ingestión de alcohol y realizar sus actividades psicofísicas con niveles de alcohol en sangre que incapacitarían a un bebedor no tolerante. Esto significa, por ejemplo, que un conductor dependiente, podría mantener sus capacidades casi intactas debido a la tolerancia a los efectos del alcohol, aunque no deja de ser extraordinariamente peligroso.

La tolerancia se extiende a otras drogas tales como los barbitúricos y los tranquilizantes.

El ritmo de desarrollo de la tolerancia es todavía desconocido y se sabe que es variable de un sujeto a otro. En las fases avanzadas de la dependencia y por razones no del todo aclaradas, muchos individuos pierden la tolerancia y la cantidad de alcohol que antes no les afectaba, ahora les incapacita casi totalmente; quizás por primera vez, estando ebrios se caigan en medio de la calle.

Los pacientes expresan la tolerancia con frases como: " Yo aguanto más que nadie", "Tengo muy buena cabeza para los licores", " Yo tumbo a cualquiera",...

Síntomas de abstinencia repetidos:

Los experimentos en animales y hombres han confirmado la realidad del síndrome de abstinencia de alcohol.

Los síntomas varían de acuerdo al grado de dependencia. Al principio, los síntomas son intermitentes y leves, los movimientos y reflejos de la persona no se ven afectados y puede experimentarse un síntoma de forma aislada. A medida que la dependencia aumenta, también lo hace la frecuencia y la severidad de los síntomas. Cuando el cuadro está completamente desarrollado el paciente presenta, de forma típica, múltiples síntomas severos cada mañana al despertarse. Estos síntomas pueden incluso despertarle a media noche. Las entrevistas clínicas demuestran que, en pacientes con dependencia muy severa, estos síntomas aparecen en cualquier momento del día si se disminuye la ingesta de bebidas alcohólicas; por tanto, la abstinencia completa no es imprescindible para precipitar la aparición de los síntomas por abstinencia.

En general para que una persona presente los síntomas de abstinencia, tiene que beber aproximadamente de media a una botella de licor fuerte al día (o su equivalente en otro tipo de bebidas alcohólicas) durante varios años, aunque existen muchas excepciones a esta regla.



Es frecuente que los pacientes recuerden con bastante precisión cuándo se iniciaron los síntomas por abstinencia de alcohol, por lo que no es necesario asociarlo con un aumento repentino en el consumo de alcohol.

El síndrome de abstinencia no se puede dar si previamente no existe una gran tolerancia; sin embargo esto no anuncia necesariamente la presencia del síndrome de abstinencia.

La gama de síntomas que definen el síndrome de abstinencia al alcohol es muy amplia e incluye: temblor, náusea, sudor, sensibilidad a los ruidos, zumbido en los oídos, comezón, calambres, alteración del estado de ánimo, insomnio, alucinaciones, ataques de gran mal, y el cuadro completo de delirium tremens. No obstante, existen cuatro síntomas claves:

Temblor

Este síntoma ilustra con precisión que lo importante en una historia clínica es el rango de la experiencia más que decir si el paciente presenta o no los temblores característicos de la abstinencia.

Es probable que haya visto al paciente tambalearse sólo una o dos veces, o de manera muy intermitente y leve, o puede ser que el tambaleo ocurra todas las mañanas y en un grado tal que le deje incapacitado para cualquier actividad o se presente con muchas intensidades y frecuencias intermedias.

Además del temblor o sacudidas de las manos, puede aparecer en el paciente temblor facial o a veces, incluso, que tiemble todo su cuerpo.

El clínico tiene que ser capaz de observar cuidadosamente al paciente cuando éste dice que le castañea su taza de desayuno contra el platillo, que cambia de maquinilla de afeitar por una eléctrica para evitarse cortes, o en los casos extremos, que se ve obligado a pedir ayuda para que le lleven la primera copa del día a la boca.

Nausea

El paciente al que se le pregunta simplemente si vomita por las mañanas, puede desmentirlo. Su experiencia lo que le dice es que si prueba a lavarse los dientes por las mañanas puede vomitar. Él nunca puede comer durante el desayuno porque sabe que sería demasiado arriesgado. Una historia muy común es que los primeros tragos de la mañana son vomitados. En casos muy extremos, el paciente puede mantener una escupidera cerca de su cama.

Sudor

A veces puede ser muy llamativo, como le ocurre a algunos pacientes que incluso se despiertan por la noche empapados de sudor o se despiertan casi todos los días envueltos en sudor. En las primeras fases de la dependencia, el paciente puede referir sentir sólo humedad y frío.

Alteración del estado de ánimo

Este síntoma de la abstinencia es de suyo importante y no es sólo una reacción ante el sufrimiento psicofísico.

En las primeras fases de la dependencia, quizás los pacientes describan la experiencia diciendo que se sintieron un poco inquietos, o que no se encontraban del todo bien de los nervios, pero cuando la dependencia está plenamente desarrollada, pueden describir, en forma detallada, un estado de agitación y depresión terrible.

A menudo la ansiedad puede venir representada por una reacción de susto a los ruidos fuertes o al tráfico, por el miedo de que alguien aparezca repentinamente por la espalda, etc..

Alivio o evitación del síndrome de abstinencia a través de más bebida:



En las primeras fases de la dependencia, el paciente puede estar consciente de que el primer trago del día, a la hora del almuerzo "le ayuda a enderezarse un poco". En las fases muy avanzadas, un paciente puede requerir un trago cada mañana antes de levantarse, como si se tratase de una necesidad extrema. Como ocurre con la abstinencia, no debe pensarse que un trago de estas características sólo ocurre por las mañanas; es posible que un paciente se despierte a mitad de la noche para tomar el trago que elimine los incipientes síntomas de abstinencia y quizás esté plenamente consciente de que, si va a pasar tres o cuatro horas al día sin tomar ninguno, dé un valor especial al siguiente por el alivio que le proporciona.

El aliviarse bebiendo se debe, probablemente, no sólo a evitar la abstinencia, sino también a minimizar los síntomas de la abstinencia subaguda, cuya señal agrava la angustia si no se bebe.

Tal vez, el individuo dependiente, intente mantener un nivel interno constante de alcohol, que ha aprendido a reconocer como satisfactoriamente arriba del nivel de seguridad para la abstinencia y, en esta medida, su consumo de bebidas alcohólicas se acompañe de la prevención y el alivio de la abstinencia.

Con frecuencia, los pequeños detalles que da el paciente acerca de las circunstancias y la hora en que bebe el primer trago del día y su actitud hacia éste, proporcionan los indicios certeros de su grado de dependencia. Si ese paciente tiene tiempo de levantarse, bañarse, vestirse y leer el periódico antes de beber su primera copa, está en una fase de dependencia diferente a la de aquella persona que se sirve un vaso de anís en lugar de una taza de café. Alguien que esté acostumbrado a tomar el trago de alivio, quizás haga de él todo un ritual. Esta persona irá al bar a las siete de la mañana, se dirigirá a la barra, donde el camarero inmediatamente sabrá que debe de darle su copa, que tomará torpemente con ambas manos y apurará el contenido hasta la última gota. Posiblemente esa misma persona vaya al servicio y vomite un poco, pero luego beberá de nuevo de forma más cómoda y sentirá que estos tragos lo han curado. Con frecuencia el paciente conoce con exactitud qué cantidad de alcohol requiere para esta curación y el tiempo preciso que tarda en surtir efecto y también asegura que esa curación es reiteradamente tan completa que podría considerarse milagrosa. En ocasiones, los pacientes experimentan un efecto condicionado: sentirse aliviados tan sólo al tener la copa entre sus dedos.

Al analizar este elemento se debe tener de nuevo presente la posible diferencia en la presentación debida a variables personales y medioambientales. Una personalidad recia soportará la abstinencia de manera diferente y un trabajador frecuentará con mayor facilidad el bar que un ejecutivo, el cual tenderá a beber en casa.

Conocimiento subjetivo de la obligación a beber:

Clásicamente se ha entendido que la justificación para que la gente beba de forma anormal, era "la pérdida de control sobre sí mismo". En ocasiones los pacientes refieren frases tales como: " si tomo una o dos copas ya no puedo parar"; "si entro en mi bar ya se me olvida que prometí no beber"; " cuando empiezo, se me calienta la boca y ya no paro"....Sin embargo, existen muchas dudas para establecer si lo que en verdad se experimenta es una pérdida del control de sí mismo o si la persona decide no ejercer control sobre sus actos. Probablemente se considere mejor que el control se deteriora variable o intermitentemente y no que se pierda.

Otra experiencia compleja que se ha puesto en relación con la esencia del ser dependiente es el "ansia". Los pacientes pueden describir que se " mueren por tomar esa primera copa". No obstante, el medio ambiente puede influir en gran medida sobre la interpretación subjetiva de la abstinencia y, quizás el paciente que por ejemplo se ingrese en un hospital , no experimente ese ansia. Entre los indicios del ansia se pueden incluir: las sensaciones de intoxicación, el síndrome de abstinencia incipiente o desarrollado y algunos cambios en el estado de ánimo (ira, depresión y exaltación) o indicadores situacionales (estar con un amigo o en un determinado bar).

Quizás la experiencia clave de la dependencia puede ser mejor descrita como "una obligación a la bebida", y aunque la analogía entre la dependencia alcohólica y el desorden compulsivo no ha sido considerada de forma muy satisfactoria en el pasado, la experiencia subjetiva de la dependencia puede llegar casi a colmar las condiciones clásicas para un diagnóstico de compulsión. El deseo de más bebida se ve como irracional, es resistido, pero se suele terminar bebiendo más. El paciente que se encuentre en un estado de abstinencia (o abstinencia parcial), puede verbalizar que está pensando de forma compulsiva sobre el alcohol y que ha chocado contra la estrategia de bloquear las meditaciones con otras formas de pensamientos. Es este sentimiento de estar atrapado por algo extraño, irracional y no deseado, lo que



para los pacientes severamente dependientes parece ser la experiencia privada que tan difícil es de resolver y de comunicar.

Reinstauración después de la abstinencia. La recaída:

Los pacientes descubren que es sorprendentemente fácil mantener la abstinencia, en especial en situaciones de tutela, donde se ha tratado de eliminar los factores que le incitaban a beber. Si más tarde esos pacientes comienzan a beber de nuevo, entonces la recaída en la fase anterior al síndrome de dependencia sigue en curso extremadamente variable.

Es típico que, en unas cuantas semanas o meses, el paciente que sólo presentaba un grado moderado de dependencia recaiga en él y quizás esto le ocurra una o dos veces.

En un paciente gravemente dependiente es característico que a los pocos días de haber empezado a beber se encuentre atrapado de nuevo, aunque incluso aquí hay excepciones: es posible que el primer día se embriague y descubra que ha perdido la tolerancia. Sin embargo, unos cuantos días después, de nuevo experimenta los graves síntomas de la abstinencia e ingiere alcohol para mitigarlos: se restablece la experiencia subjetiva de la compulsión y su forma de beber vuelve al modelo anterior y estereotipado.

Una de las características más difíciles de comprender del síndrome es que, a los pocos días de haber reiniciado el consumo, la persona puede recaer completamente en la misma fase que tardó muchos años en desarrollar.

Cada parte de este síndrome está relacionada de alguna manera con cada una de las otras, de manera que para un clínico avezado, la historia de un paciente describirá un grado particular de dependencia, modelada y coloreada por la personalidad y el entorno.

El paciente que ha experimentado una dependencia suave relatará un repertorio de bebida todavía variado, la bebida no domina todavía su vida, no es muy tolerante a los efectos del alcohol, puede haber experimentado sudores como consecuencia de la abstinencia, a veces tiene vómitos matutinos y admite en algunas ocasiones que le tiembla el pulso por las mañanas, no toma copas hasta por las tardes, pero sabe que esas copas son importantes; está empezando a sentir que su control sobre la bebida se va deteriorando y ha dejado de beber pero ha vuelto al poco tiempo. En cuadros de dependencias más profundas, la presentación debe ser igualmente coherente, con los mismos elementos, pero de presentación mucho más severa.

La cuantificación del grado de dependencia debe hacerse sólo mediante una cuidadosa valoración del cuadro en su totalidad, no con el análisis de alguno de sus elementos de forma aislada. Cuando los elementos dentro de una historia no ofrecen un todo coherente, es que: o no se han tomado correctamente los aspectos clínicos del caso, o el paciente está ocultando información, una vez se haya descartado la presencia de policonsumos o trastornos psiquiátricos subyacentes.

El diagnóstico de la dependencia y su medición deben hacerse en relación a los elementos anteriormente descritos, y no mediante la referencia a los daños de tipo secundario que se hayan ido produciendo (complicaciones médico-sociales).

Posteriormente las clasificaciones diagnósticas: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en sus tercera (DSM-III), tercera revisada (DSM-III-R), cuarta edición (DSM-IV) y cuarta revisada (DSM-IV-TR) y la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10) recogen como modelo teórico fundamental esta concepción sindrómica de la dependencia de alcohol.

P.D.: Solicitar bibliografía en jmmartinez@dipucadiz.es

José Manuel Martínez Delgado
Médico Psiquiatra.
Doctor en Medicina
Master en Salud Pública
Director CTA de Cádiz. Diputación de Cádiz
Socio Honorífico y Protector de ARCA

no permitas
que el alcohol
decida por ti



ARCA