



Conceptos Generales

- **Alcohol:** cuando se utiliza en esta Guía la palabra “alcohol”, está referida al alcohol etílico o etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$).
- **Bebida alcohólica:** aquella bebida en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1% de su volumen.
- **Consumo de riesgo:** aquella pauta de consumo de alcohol que conlleva un riesgo de daños futuros para la salud física o mental, pero que **no** se traducen en problemas físicos o mentales actuales.
- **Bebedor de riesgo:** cualquier bebedor que cumpla alguno o varios de los siguientes criterios:
 - La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** considera como bebedor de riesgo a los **varones** que consumen 28 ó más unidades de bebida estándar (UBE)/semana (al menos 280 g de etanol) y a las **mujeres** que consumen 17 ó más UBE/semana (no menos de 170 g de etanol).
 - Aquellos bebedores que **consumen gran cantidad de alcohol en poco tiempo (binge drinking):** más de 8 UBE (más de 80 g de etanol) en una sola ocasión o en un período corto de tiempo (horas), al menos una vez al mes.
 - Cualquier consumo en menores de edad, embarazadas y personas con actividades, enfermedades y tratamientos que desaconsejen el consumo.
- **Consumo perjudicial:** consumo de alcohol que, independientemente de la cantidad, ya está afectando la salud física o mental, ej., alteración del funcionamiento hepático, episodios depresivos relacionados con el consumo de alcohol. No debe diagnosticarse como consumo perjudicial si están presentes un síndrome de dependencia, un trastorno psicótico relacionado con el consumo de alcohol u otras formas específicas de trastornos mentales relacionados con el alcohol. Las intoxicaciones agudas y las resacas no son en sí mismas evidencia suficiente para el diagnóstico de consumo perjudicial. Las intoxicaciones agudas están contempladas como un diagnóstico específico en la CIE-10, dentro del grupo de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.
- **Alcoholismo:** la **OMS** lo considera una enfermedad, que se define por "**la pérdida de libertad del individuo frente al alcohol, por el quiebre de las relaciones personales y por la vulnerabilidad circunstancial frente a situaciones de peligro**". Incluye todos los trastornos mentales y del comportamiento ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas y que se da en bebedores que tienen dificultades para controlar dicho consumo.

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	18/09	03/10



Estadísticas en Argentina

En la Argentina se estima que más del 7.5% de la población es enferma alcohólica, es decir que unos 2.5 millones de personas beben en exceso o tienen dependencia física del alcohol. A esto hay que sumarle que la edad de iniciación de consumo ha descendido progresivamente hasta ubicarse entre los 11 y 12 años.

Si bien nuestro país no cuenta con estadísticas puntuales, de acuerdo con datos de trabajos regionales y locales, se estima que el 12% de los mayores de 15 años es bebedor patológico, según reveló el Dr. Camilo Verruno, de la Comisión Nacional sobre el Alcoholismo. Esta clasificación de bebedor patológico o "bebedor problema" agrupa a los que beben en exceso (7%) y a los que presentan una dependencia física del alcohol (5%), tomando de la población general del Censo de 1991, sólo a los mayores de 15 años. Además, se detectó más consumo de alcohol en mayores de 65 años. Los expertos llaman la "bebida silenciosa" a esa alcoholización tardía que se da puertas adentro del hogar y que llega con la frustración y el abandono social. En todos los casos, coinciden, este hábito es síntoma de "un gran malestar social".

Un problema grave es que los jóvenes combinan el alcohol con drogas y los adultos, con ansiolíticos. Además, las mujeres tienen menos tolerancia biológica al alcohol (poseen menor concentración de grasas) y, si están embarazadas, la bebida puede perjudicar gravemente al feto.

Según datos recientes, el alcoholismo ocupa el tercer puesto entre las endemias más graves que afectan al país, ubicación en la cual sólo es superado por el mal de Chagas y por la desnutrición infantil. Ese dato alarmante debería bastar para movilizar a las autoridades y al conjunto de la sociedad, aunados en la búsqueda de soluciones eficaces que permitan enfrentar con éxito los efectos nocivos del abuso del alcohol. Consumidas en forma moderada (y únicamente durante la edad adulta), las bebidas alcohólicas no son necesariamente dañinas para la salud. El problema se genera cuando el consumo excede los límites de la prudencia y se complica aún más por el hecho de que muchos jóvenes, adolescentes e incluso niños se vuelcan a la ingesta de alcohol como si se tratase de un pasatiempo inocuo o de un desafío que es menester superar, falazmente incentivados por una atmósfera cultural cargada de mensajes seductores e imprudentes. El peligro se potencia por la pertinaz e impune violación de las reglamentaciones que prohíben venderles esas bebidas a los menores de 18 años.



Consideraciones Relevantes

Daños que Produce el Alcohol en la Familia

La víctima directa del alcohol es el alcohólico; los afectados indirectamente son sus familiares, pero toda la familia sufre las consecuencias de esta enfermedad. Se describe que la mayor cantidad de maltratos físicos a la mujer o a los hijos se dan bajo efectos del alcohol; por tanto la violencia familiar y la disfunción de todos los componentes de la familia tienen, en algunos casos, relación con problemas de alcoholismo.

Daños que Produce el Alcohol en la Sociedad

- Accidentes de tránsito: alrededor del 50% se producen bajo efectos del alcohol, ya sea por parte de los conductores o de los peatones.
- Accidentes laborales: el consumo de alcohol es una de las razones de faltas o tardanzas.
- Los homicidios y suicidios se realizan mayormente bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

Personas que no deberían tomar alcohol
Las personas que se han rehabilitado, ex-dependientes; se ha demostrado que al tener un potencial adictivo elevado, tan sólo al tomar una escasa cantidad pueden recaer muy fácilmente.
Las embarazadas, pues el alcohol lesiona con mayor facilidad el tejido nervioso en crecimiento.
Las personas que van a manejar un vehículo.
Los individuos que se tornan violentos cuando consumen alcohol.
Los niños y adolescentes.
Cualquier otra persona que, por indicación médica, no pueda hacerlo.

Motivos por los que la Gente Bebe

Son muchas las razones que pueden inducir a la gente a beber. Como en cualquier otra droga las causas pueden ser variadas. Como causas posibles se han mencionado:

- **Herencia:** existiría cierta predisposición genética. Esto no justificaría todos los casos (hay grandes bebedores cuyos antecesores han sido abstemios o viceversa).
- **Educación:** la educación parece desempeñar una importancia mayor que la herencia en el desarrollo del alcoholismo. La falta de patrones adecuados en el hogar puede conducir al mal uso del alcohol. Es más normal que una persona desarrolle afición a la



bebida cuando de joven ve que las personas mayores que le rodean lo hacen habitualmente.

- **Como manera de conectar con los demás:** muchas drogas favorecen la relación social. Es bien conocida la costumbre inglesa de la hora del té, como una excusa para desarrollar la tertulia entre la familia o los amigos. Cada día son más abundantes los cafés donde el tomar una copa o una buena taza de café es una forma de intimar. Otras culturas, como los nativos sudamericanos, toman coca juntos para sentirse bien consigo mismos y con los otros miembros que forman el grupo. Las drogas cumplen una función social al conseguir que los individuos pierdan la inseguridad personal y puedan estar más confiados con su interlocutor. No debe olvidarse aquí que muchos jóvenes entran en el mundo de las drogas precisamente para no sentirse diferentes de los demás. Es una manera de sentir que el grupo al que ellos se acercan les acepta. La entrada al mundo del alcohol, el tabaco, la marihuana o el éxtasis, por ejemplo, se produce por este motivo.
- **El alcohol constituye la droga social más utilizada:** su uso se fomenta en la sociedad continuamente. Aparece publicitado en la televisión, relacionado con un modo de vida más libre y feliz. Es habitual tomar alcohol en los momentos importantes de la vida, durante las celebraciones más destacadas del año, etc. Todo ello hace que el individuo se sienta atraído hacia esta droga. Para no ser diferente de los demás, puede tener la necesidad de beber. Es muy difícil y requiere un esfuerzo personal no beber cuando la mayoría de las personas lo hacen. Es paradójico, ya que una de las peores drogas que existen está muy valorada socialmente.
- **Para superar problemas personales:** algunas personas beben para superar la tristeza, la depresión o la falta de felicidad personal. El alcohol o los narcóticos pueden constituir una puerta de escape a la infelicidad.

Alcoholismo y Accidentes de Trabajo

Se estima que más de la mitad de los accidentes de tránsito son provocados por el alcohol, o por sus consecuencias. A su vez, se involucra en muchos problemas laborales y, obviamente, familiares. Todas estas consecuencias se deben a que con sólo 0.5 g/l en sangre se produce un efecto tóxico directo y uno sedante.

Ausentismo diario de los alcohólicos	3.6%
Ausentismo diario de los no alcohólicos	1.6%
Ausentismo anual de los alcohólicos	12.8%
Ausentismo anual de los no alcohólicos	6.5%
Accidentes de trabajo en alcohólicos	15%
Accidentes de tránsito en alcohólicos	33%



Alcohol y Drogas en Escolares

Durante los meses de octubre y noviembre de 2004, 2618 escolares de último año de escuela primaria completaron una encuesta sobre hábitos tóxicos. Habitualmente empleada esta modalidad en estudiantes de Secundaria, las referencias permanentes de los maestros acerca de la presencia de droga en las escuelas primarias de zonas críticas, llevó a la aplicación exploratoria de una encuesta sobre esta población. Este estudio constituyó una de las primeras mediciones del problema de uso de sustancias tóxicas en escolares.

Los estudios en escolares provenientes de áreas deterioradas económicamente señalaban en 1994 que la problemática tenía ya expresiones antes de la llegada a la escuela secundaria. Aproximadamente el 6.5% de escolares señalaba problemas por uso indebido de sustancias psicoactivas y el 5% tenía consumo diario de bebida alcohólica, básicamente cerveza.

Metabolismo

El alcohol contenido en la bebida ingerida se absorbe en una pequeña fracción en el estómago, pero el 80% se absorbe en el yeyuno-íleon. Posteriormente se distribuye por todo el organismo en forma uniforme y, de acuerdo con el contenido de agua, atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica y placentaria. Esto pone en contacto a la totalidad del organismo (salvo piel y huesos) con una sustancia que, a determinados niveles, resulta tóxica.

De inmediato se ponen en marcha los mecanismos metabólicos para transformarla y eliminarla. Desgraciadamente, esta capacidad metabólica aumenta muy poco con el uso. Por lo tanto, incluso en individuos acostumbrados a un alto consumo de alcohol, la permanencia de éste en los tejidos se prolonga y daña, en diversos grados, los distintos órganos y sistemas. Conviene aclarar que el primer agente que metaboliza al alcohol es una enzima, la alcohol deshidrogenasa, acumulada sobre todo en el hígado. Cuando la cantidad de alcohol sobrepasa la disponibilidad de la enzima, otros grupos enzimáticos se agregan a este propósito. Entre estos, los más importantes son la catalasa y el sistema de oxidasas microsomales MEOS, que, al desviar su actividad hacia el metabolismo del alcohol, disminuyen su acción específica sobre el metabolismo de las grasas y el sistema hormonal, con la lógica alteración de los mismos. Todos estos sistemas metabólicos van a transformar al etanol a acetaldehído, que posteriormente debe ser degradado a acetato por acción de la aldehído deshidrogenasa, ubicada en el citoplasma hepatocitario. El acetato es utilizado periféricamente como fuente de energía.



En la etnia oriental se observa una alteración de la aldehído deshidrogenasa en el 50% de la población, lo que desencadenaría un fenómeno de intolerancia con *flushing*, vasodilatación, cefalea e hipertensión arterial similar al efecto del disulfiram. Este efecto también puede desencadenarse por la acción de otras sustancias como el metronidazol, sulfonamidas, por los hongos *Coprinus armamentario* y otros compuestos químicos como oximas, carbamatos, ditiocarbamatos, etc.

Tipos de Bebedores

Hay varios tipos de bebedores que es necesario conocer para diferenciar al bebedor normal del bebedor problema.

- **Bebedor moderado:** bebe alcohol porque aprecia su sabor, pero no busca intoxicación ni se expone a ella. El alcohol no es para él una necesidad ni una carga económica
- **Bebedor social:** bebe todos los días. Se expresa socialmente mejor con el alcohol. Rara vez se embriaga.
- **Bebedor problema:** bebe en forma excesiva, incluso antes de las comidas. No reflexiona sobre su conducta. El bebedor ocasional es en general aquel que busca la embriaguez, con ideas de placer que giran en torno al consumo.
- **Bebedor sintomático:** el abuso se origina en otra enfermedad.

Categorías de Alcoholismo de Jellinek

- **Alfa:** se caracteriza por dependencia psicológica, pero es capaz de abstenerse por un tiempo. Los excesos causan problemas económicos, sociales y familiares, y suelen encubrir problemas psicológicos. Puede evolucionar a la forma gamma.
- **Beta:** sufre complicaciones somáticas (gastritis, cirrosis, polineuritis, etc.) como consecuencia del consumo y de insuficiente nutrición. No hay dependencia física o psíquica. Puede evolucionar a gamma o delta.
- **Gamma:** se describe dependencia física y pérdida de control una vez comenzado a beber.
- **Delta:** imposibilidad de abstinencia.
- **Épsilon:** Alcoholismo periódico



Etiopatogenia: Factores Asociados con el Alcoholismo
<i>No hay una causa definida, pero se reconoce mayor probabilidad de la enfermedad en las personas con antecedentes familiares</i>
Factores psicológicos (conflictos interpersonales, baja autoestima)
Factores sociales (fiestas, entre otros)
Factores educativos y familiares
Factores genéticos: menor expresión de receptores dopaminérgicos D2, asociados con los mecanismos de recompensa y gratificación.

Fases del Alcoholismo

Embriaguez o Intoxicación Alcohólica Aguda

El etanol es un depresor central con una acción inicial selectiva sobre el sistema reticular. El mecanismo de acción se atribuye a alteraciones del transporte iónico a nivel sináptico en forma similar a los anestésicos.

Períodos de la Intoxicación Aguda
1er periodo (alcoholemia 0.10 a 0.50 g/l): corresponde a un período subclínico, en el que las pruebas psicométricas demuestran prolongación del tiempo de respuesta a estímulos.
2do periodo (alcoholemia 0.50 a 1.50 g/l): excitación, desinhibición, mayor actividad, verbosidad, hipoprosexia, disartria y ataxia.
3er período (alcoholemia 1.50 a 2.50 g/l): mayor excitación, confusión, vértigo, agresividad, alteración sensorial, pérdida del juicio crítico.
4to período (alcoholemia 2.50 a 3.50 g/l): apatía, falta de respuesta a estímulos, marcada incoordinación muscular, relajación de los esfínteres, somnolencia o estupor, incluso coma e hipotermia. La elevada alcoholemia se asocia con mortalidad por parálisis respiratoria.
La embriaguez patológica es un cuadro de conducta violenta y de gran agresividad, que dura varias horas y por lo general con niveles de alcoholemia bajos. La crisis termina en un sueño profundo o estupor y con amnesia de lo ocurrido. Se lo ha interpretado como un cuadro de epilepsia temporal. Esta circunstancia es muy importante desde el punto de vista médico-legal.

En el **tratamiento de la intoxicación aguda** se requieren medidas de soporte (hidratación parenteral con soluciones glucosadas, por la acentuada hipoglucemia que sufren estos pacientes; asistencia respiratoria si es necesario). La descontaminación con lavado gástrico no tiene indicación después de la hora de ingerido el tóxico, dada su rápida absorción, salvo cuando hubiera sustancias agregadas. En ciertos casos puede ser necesaria la hemodiálisis. No hay antídotos específicos; el uso de la naloxona es cuestionable y están contraindicados los analépticos. Se evalúa la existencia de



traumatismo de cráneo, frecuente en estos pacientes, así como el riesgo de broncoaspiración.

Intoxicación Crónica

La dependencia al alcohol se va desarrolla en etapas evolutivas, que Jellinek divide en 4 etapas:

- **Etapas prealcohólica:** en general, la mayor parte de los bebedores sociales o habituales se insertan en esta fase y en la cual pueden permanecer toda la vida. Se ingiere alcohol en actividades sociales, con cierta habitualidad. El etanol se asocia con disminución de las tensiones, motivo por el cual se busca con pretextos el consumo. En esta etapa aparece cierta tolerancia o adaptación, necesitando dosis mayores para obtener el mismo efecto. El paciente no es consciente de su problema, así como tampoco el grupo que lo rodea, que no lo considera un alcohólico, ya que no perturba las pautas socioculturales del grupo. Dura aproximadamente entre 5 y 10 años.
- **Etapas prodrómica:** el pasaje desde la etapa anterior se marca por la aparición de un síntoma característico, que es la laguna mental o amnesia lacunar, que se presenta después de un cuadro de embriaguez leve. La preocupación por beber comienza a ser central en su vida, se buscan ocasiones para beber y se lo hace a escondidas. Comienzan las justificaciones del proceder, con mentiras y gran esfuerzo por ocultar la adicción. Estos enfermos experimentan problemas en el hogar, las relaciones de pareja, el trabajo y sus amigos habituales. Estas personas verifican el problema, pero el paciente lo niega y se dificulta el abordaje terapéutico.
- **Etapas básica o crucial:** el cuadro se caracteriza por marcada adicción e incapacidad para abandonar el consumo y abstenerse. La megalomanía, el delirio celotípico, la agresividad y el resentimiento son propios de esta etapa, en la que puede requerirse internación por complicaciones clínicas o psiquiátricas. Es recién en esta fase donde por lo general el paciente es permeable al tratamiento, siendo importante canalizar esta necesidad a través de la consulta especializada o de los grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos).
- **Etapas crónica o final:** esta etapa está caracterizada por el deterioro total del paciente. Presenta embriaguez matutina con disminución de la tolerancia, temblor, alteración de las facultades mentales, labilidad emocional y grave deterioro.

El abuso del alcohol se asocia con compromiso del hígado, el tubo digestivo, el páncreas, el sistema hematopoyético, el sistema nervioso, la nutrición y la inmunidad.



Complicaciones del Alcoholismo Crónico
Esteatosis, hepatitis, cirrosis
Esofagitis y carcinoma esofágico
Gastritis aguda erosiva, úlcera péptica, hemorragia digestiva
Diarrea
Mala absorción de vitamina B ₁₂ , ácido fólico, tiamina y vitamina A
Malnutrición proteica
Miopatía y miocardiopatía alcohólica
Pancreatitis aguda

Alcohol y Sistema Nervioso

Síndrome de Abstinencia

La presentación no es constante, dado que algunos pacientes permanecen asintomáticos. La abstinencia se caracteriza por temblor que aparece después de 6 a 8 h de la supresión, con niveles máximos alrededor de las 72 h. Puede durar hasta una semana. Se describen además agitación, alteración del sueño, náuseas, vómitos, cefalea, vasodilatación periférica y diaforesis. En general remite sin mayor inconveniente con el uso de haloperidol. Se reconoce una forma clínica que aparece tras un episodio de embriaguez prolongada, aunque es más habitual en bebedores habituales que interrumpen de forma relativa o absoluta la ingestión de alcohol.

Alucinosis Alcohólica

Consisten en ver objetos familiares en forma distorsionada o irreal, o bien en interpretar de forma errónea sonidos o sombras. También se describen verdaderas alucinaciones, en especial visuales, aunque también se citan alucinaciones auditivas (voces y otros fenómenos auditivos, como sonidos motores, timbres, música, ladridos, etc.) Las voces suelen atribuirles a familiares, amigos, vecinos, etc., y en la mayoría de los casos son amenazantes, perversas, acusadoras, con lo que provocan en el paciente un profundo malestar que le impulsa a realizar actos como pedir protección o intentar el suicidio. Las alucinaciones pueden ser intermitentes o continuas y su duración es variable.

Crisis Convulsivas

Las convulsiones ocurren entre la 7 y las 48 h de abstinencia. Las formas tónico-clónicas no se acompañan siempre de pérdida de la conciencia. Sólo el 3% de los alcohólicos puede desarrollar una verdadera epilepsia, pero más del 50% presentan una única convulsión. El cuadro convulsivo puede evolucionar al *delirium tremens*.



Debe descartarse la hipomagnesemia como causa secundaria de las convulsiones. El electroencefalograma tiene características propias de la actividad epiléptica. Como tratamiento de esta “epilepsia alcohólica”, además de los anticonvulsivantes, se procura la abstinencia definitiva luego de la desintoxicación.

Delirium Tremens

Es el cuadro de abstinencia de mayor gravedad. Aparece por lo general entre el 3er y el 5to día de abstinencia, aunque puede presentarse hasta una semana después. Se asocia en un tercio de los pacientes con convulsiones.

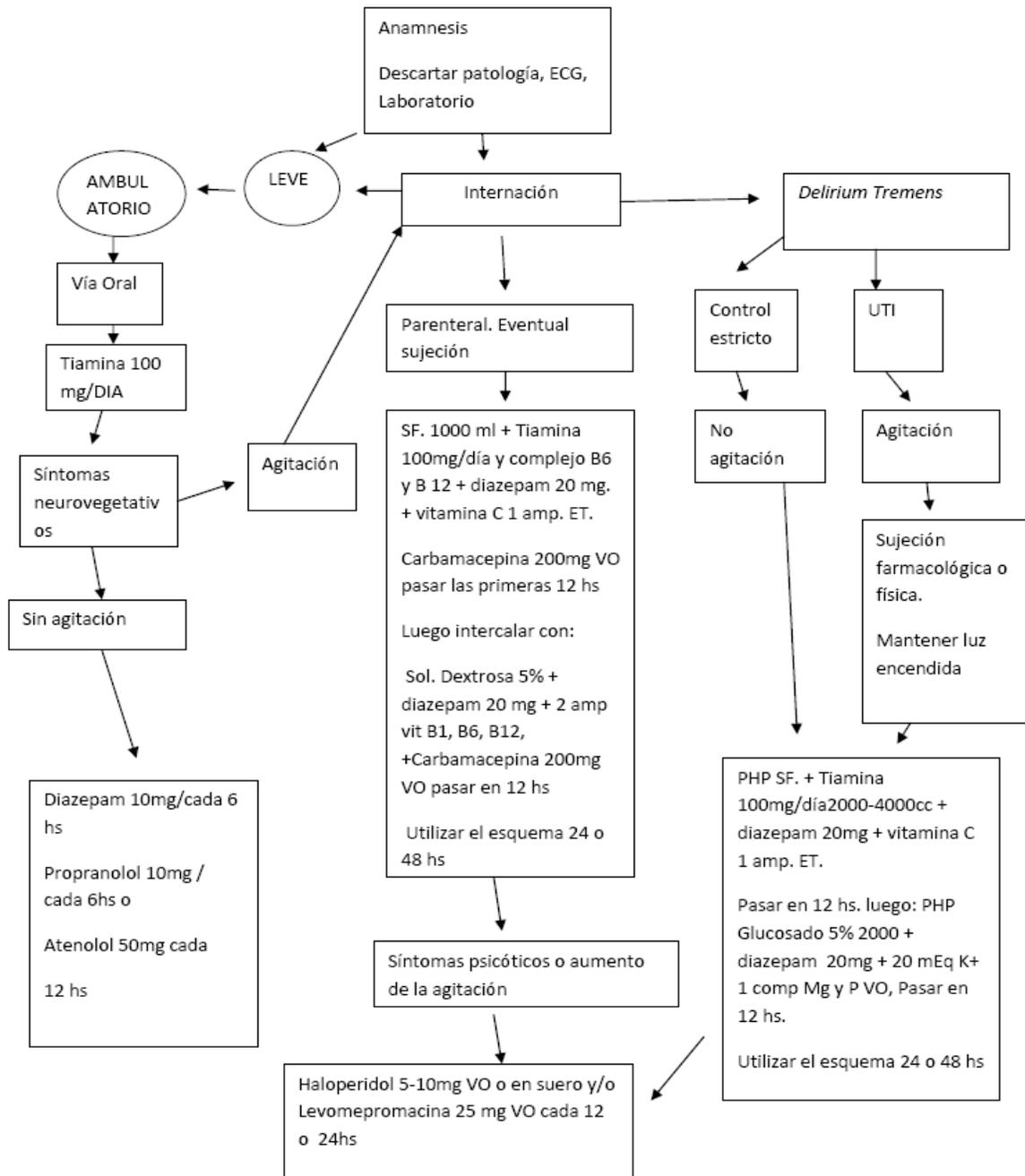
El enfermo se presenta sumamente confuso, hiperactivo, agitado, desorientado, febril, vasodilatado, sudoroso, taquicárdico y midriático. El *delirium tremens* se define como una emergencia médica con una tasa de mortalidad del 10%.

Las alucinaciones responden bien al haloperidol en una dosis de 5 a 10 mg. Las convulsiones deben ser tratadas con diazepam en las dosis habituales. Además, en el *delirium tremens* debe efectuarse hidratación y mantenimiento del equilibrio electrolítico.

Síndrome de Wernicke–Korsakoff

Se acepta que ambas entidades son fases de una misma enfermedad, siendo su etiología un déficit grave de tiamina (vitamina B₁), que ocasiona alteración del metabolismo de las neuromembranas. El síndrome de Wernicke representa la fase aguda de la enfermedad con la característica de confusión mental, ataxia y oftalmoplejía, presentándose asociada, con gran frecuencia, polineuropatía periférica. La respuesta a la tiamina es generalmente muy acentuada.

La psicosis de Korsakoff se caracteriza fundamentalmente por trastorno de la memoria (amnesia anterógrada y retrógrada) y fabulación compensatoria. Se describen además disminución de la actividad psíquica y polineuropatía. El pronóstico es malo y la cuarta parte de los pacientes debe permanecer institucionalizados.





Demencia Alcohólica

La existencia de un proceso de dementización alcohólica es motivo de debate. Estudios tomográficos demostraron una frecuencia mayor de atrofia cortical. Estos pacientes se presentan con menor capacidad intelectual, alteraciones mnésicas, desorientación, e incluso perturbaciones del juicio y la conducta. El cuadro es de mal pronóstico y de escasa respuesta terapéutica.

Polineuritis Alcohólica

La polineuropatía es una de las complicaciones nutricionales mas frecuente y se debe a una deficiencia de vitaminas del complejo B fundamentalmente B₁ y B₆. Se observa comienzo distal, con debilidad lentamente progresiva e insidiosa. Las parestesias se presentan “en guante y calcetín” y van desde simples hormigueos a dolores urgentes intolerables.

El proceso es una axonopatía distal. Histológicamente, se informa degeneración no inflamatoria que afecta a las vainas de mielina y los axones, a predominio distal. Las pruebas electrofisiológicas pueden ser de utilidad, sobre todo en los casos subclínicos. El electromiograma puede mostrar signos de denervación.

El tratamiento consiste en suplemento de vitaminas del complejo B, abstinencia alcohólica y mejoría del estado nutricional general.

Síndrome Alcohólico Fetal

Está caracterizado por restricción del desarrollo intrauterino (acentuada deficiencia en el peso y la talla), disfunción psicomotora (irritabilidad, inquietud, atención discontinua, perturbaciones del lenguaje) y anomalías craneo-faciales (alteración de las hendiduras palpebrales, labio superior hipoplásico, entre otras). Puede haber otras malformaciones, que incluyen defectos cardíacos y esqueléticos.



Detección Precoz y Diagnóstico

La detección precoz de los bebedores de riesgo, antes de que se produzcan complicaciones o patologías asociadas al alcoholismo, es una tarea preventiva prioritaria en Atención Primaria. Dado que la información facilitada por el propio paciente respecto al consumo de alcohol puede ser incompleta o incluso negada, se proponen algunas estrategias para optimizar el diagnóstico. Con ese fin, se debe valorar de forma global toda la información recogida, incluida la aportada por el propio paciente si es posible. Se deben corroborar varias fuentes, junto con los resultados de las evaluaciones.

La detección precoz y el diagnóstico se basan en:

- a. Entrevista clínica
- b. Cuestionarios de detección
- c. Exploración general
- d. Marcadores biológicos

Entrevista Clínica

Por la tendencia a minimizar o negar el consumo y los problemas asociados (sobre todo en adolescentes), se recomienda realizar la entrevista con preguntas que favorezcan respuestas sinceras. Se propone mantener una actitud empática, favorecer un ambiente de confianza y hacer las preguntas sobre el consumo de alcohol dentro de un marco más amplio de la entrevista. Se intentará establecer un diálogo centrado en el interés por la situación personal del paciente y las circunstancias personales y sociales en las que se encontraba antes de acudir a la consulta. A la vez, se exploran sus hábitos (incluido el consumo de psicoactivos). Si el motivo de la consulta está directamente relacionado con problemas asociados al alcohol, se puede realizar un estilo de entrevista más directo.

Elementos de la Historia Clínica Relacionados con el Consumo de Alcohol
Consumo de alcohol: cantidad, frecuencia, tiempo de evolución del consumo.
Efectos del consumo de alcohol.
Complicaciones asociadas: patología individual (incluidos los síndromes de abstinencia), sociofamiliar y problemas de tipo judicial.
Consumo de otras sustancias psicoactivas.
Situación sociofamiliar actual. Núcleo de convivencia (especificando la existencia o no de hijos menores de edad), actividad profesional, actividades de ocio y tiempo libre.
Antecedentes personales.
Antecedentes familiares.
Cuestionarios de detección.
Exploración física.
Pruebas de laboratorio.



Cuestionarios de Detección

Para la selección de los cuestionarios a utilizar en la exploración del consumo de alcohol y sus efectos, además de los criterios de sensibilidad y especificidad, se ha dado especial importancia a la aplicabilidad, especialmente importante para su uso en Atención Primaria. Se considera que deben ser sencillos en la aplicación e interpretación y el tiempo que se necesite para su aplicación debe ser corto.

Para uso en Atención Primaria se han seleccionado dos cuestionarios (**CAGE** y **AUDIT**), que cumplen los criterios anteriores y que, además, son conocidos y de uso extendido en nuestro medio, aunque no son los únicos que podrían ser utilizados con idéntica finalidad. El tercer cuestionario propuesto (**MALT**), por requerir más tiempo en su aplicación, se reserva para casos concretos de dificultad diagnóstica.

Exploración General

La exploración general sirve para detectar daños orgánicos asociados con el consumo de alcohol y complicaciones, que pueden ser agudos o de larga evolución. Algunas de las complicaciones orgánicas pueden requerir atención y tratamiento urgente; para ello, es fundamental la detección en la anamnesis y la exploración general.

Además de la observación e inspección general, la exploración se debe centrar en la búsqueda de signos sugerentes de alcoholismo y de daños en los órganos afectados con mayor frecuencia. Se consideran de especial importancia:

1. Estado mental: nivel de conciencia, orientación, comportamiento en el momento de la exploración, ideas o amenazas auto o heteroagresivas, ideación delirante o fenómenos alucinatorios.
2. Signos vitales
3. Piel y mucosas (coloración, arañas vasculares, lesiones sugerentes de traumatismos, sangrado).
4. Exploración neurológica básica, tanto del sistema nervioso central (búsqueda de signos de encefalopatía, alteraciones del equilibrio, coordinación, pares craneales, lenguaje) como del sistema nervioso periférico (neuropatías).
5. Exploración digestiva para la búsqueda de signos de hepatopatías y de sus complicaciones.
6. Exploración metabólica y nutricional: riesgo de hipoglucemia tanto en la intoxicación aguda como en alcoholismo crónico, especialmente si se aplica tratamiento con vitaminas por encefalopatía de Wernicke. En el alcoholismo crónico también se dan déficits de vitaminas (B₁₂ y folato), malnutrición y otras alteraciones (hierro, lípidos)
7. No olvidar que el alcoholismo puede cursar con afectación multiorgánica, ya sea por daño directo o de forma indirecta como favorecedor de otras patologías.

Marcadores Biológicos

Los marcadores biológicos deben utilizarse cuando haya dudas sobre la fiabilidad de la información verbal y/o cuando haya sospecha de daño orgánico relacionado con el consumo de alcohol. Cuando se utilizan de forma aislada, **no tienen suficiente sensibilidad ni especificidad para establecer ni para descartar el diagnóstico.**

Estos marcadores pueden ser **de gran utilidad para detectar el consumo de alcohol con daño orgánico y valorar su evolución**, tanto en pacientes que reducen o suprimen el consumo como en los que continúan con la ingesta. Para la **detección del consumo reciente de alcohol**, se puede determinar la alcoholemia en aire espirado, la alcoholemia en sangre o la alcoholuria. Estas técnicas pueden detectar el consumo de alcohol hasta 24 horas después de la última ingesta, aproximadamente. La detección de alcoholemia positiva no es suficiente para el diagnóstico de adicción o dependencia. La determinación conjunta de gamma glutamil transpeptidasa (**GGT**) y volumen corpuscular medio (**VCM**) constituye la **determinación rutinaria más eficiente**, ya que puede permitir la clasificación de dos tercios de los enfermos. La **determinación conjunta de GGT y transferrina deficiente en hidratos de carbono (CDT)** tiene una capacidad predictiva del 100% en consumidores de más de 60 mg/etanol.

Prueba	Sensibilidad	Especificidad	Falsos positivos	Comentarios
GGT	40% a 50%	75% a 85%	Enfermedad hepatobiliar, insuficiencia cardíaca, diabetes, obesidad, tabaco, fármacos inductores	Se normaliza tras 1 a 4 semanas de abstinencia en el consumo de alcohol
VCM	20% a 40%	80% a 90%	Deficiencia de complejo B, ácido fólico, enfermedad hepática, tabaco, algunos fármacos.	Es menos sensible que la GGT a las fluctuaciones de la abstinencia
GOT (AST)	10%	90%	Afecciones musculares, infarto de miocardio, necrosis tubular aguda, hepatopatía.	El cociente GOT/GPT > 2 es muy sugestivo de consumo crónico



Diagnóstico de Dependencia

Según los **criterios diagnósticos establecidos por la OMS en la CIE-10 de 1992, el diagnóstico de dependencia del alcohol sólo debe hacerse si durante algún momento en los 12 meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:**

1. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
3. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa, cuando se confirme por el síndrome de abstinencia o el consumo de alcohol (o de otra sustancia muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la cantidad de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían cantidades menores.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol y aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal como daños hepáticos, estados de ánimo depresivos o deterioro cognitivo secundario al consumo de alcohol. Debe investigarse si la persona que consume el alcohol es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

Prevención e Intervención Precoz

Las intervenciones preventivas y precoces tienen especial importancia por estar dirigidas a evitar la aparición de daños asociados con la ingesta de alcohol y prevenir la dependencia. Por ello, **están centradas en potenciales bebedores y en los bebedores de riesgo**. Además, por tratarse de intervenciones breves y de bajo coste económico, **deben ser de aplicación prioritaria en atención primaria**.



Para realizar las intervenciones precoces de orientación preventiva y favorecedoras del cambio en los hábitos del uso o abuso del alcohol, es posible apoyarse (además del uso de material informativo y didáctico de apoyo), en dos herramientas:

1. La Entrevista Motivacional
2. Las Intervenciones Breves

Entrevista Motivacional

La **entrevista motivacional** es una entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita así que el enfermo se posicione hacia el deseo del cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas. “El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer 3 características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad”

<i>Expresar empatía</i>	Aceptar y respetar al paciente pero no, necesariamente, aprobarlo. Implica un cierto grado de solidaridad emocional, intentando comprender sus pensamientos y emociones, preguntándonos, ¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?
<i>Desarrollar la discrepancia</i>	Lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito de beber alcohol. Aumentar su nivel de conflicto entre la conducta actual y los valores importantes de su vida. Es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.
<i>Evitar argumentar y discutir</i>	Esto le puede crear resistencia. Los intentos de convencerle tienden a producir oposición al cambio. Informar poco a poco e ir preguntando, centrándonos en los conflictos del paciente.
<i>Trabajar resistencia</i>	Evitando las actitudes que puedan facilitarlas (tratar de imponer un cambio, reñir al paciente...)
<i>Apoyar y fomentar</i>	Crear en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante. Los resultados previos satisfactorios pueden servir de refuerzo. No olvidar que el paciente es el responsable de escoger y realizar el cambio, nosotros le prestamos ayuda

**Estadios del Cambio según Motivación**

<i>Precontemplación</i>	No existe conciencia del problema, ni se busca ningún tipo de solución. En esta etapa los programas terapéuticos suelen fracasar. Los esfuerzos del profesional han de ir dirigidos a promover la motivación del paciente.
<i>Contemplación</i>	Se empieza a contemplar el problema pero aún existe una ambivalencia que frena al paciente. En esta fase todavía son muy frecuentes los intentos terapéuticos fallidos.
<i>Preparación</i>	La ambivalencia se ha resuelto a favor del cambio y el paciente ha decidido emprender alguna medida para modificar sus hábitos de consumo.
<i>Acción</i>	Se inicia el cambio de conducta, generalmente, en el marco de una intervención terapéutica.
<i>Mantenimiento</i>	Su duración se extiende desde los seis meses posteriores a la estabilización hasta cinco años después de iniciada la acción.
<i>Recaída</i>	La reanudación de consumos puede hacer que el paciente retroceda al estadio de precontemplación. Incluso ante una reanudación puntual del consumo, lo importante es reconducir dicho retroceso para evitar una recaída propiamente dicha.



Intervenciones Breves

Se consideran **intervenciones breves** a aquellas intervenciones limitadas en el tiempo, de menor duración que otras medidas de tratamiento específico, y que incluyen la valoración, un asesoramiento breve y seguimiento. El **objetivo principal** es el de promover un cambio en los hábitos del consumidor de alcohol, para disminuir el riesgo de daños orgánicos o de complicaciones de cualquier tipo (personales, familiares, laborales o sociales). Para alcanzar los objetivos, se trata de potenciar las capacidades sanas y favorables al cuidado de la salud del bebedor de riesgo.

Contenidos Básicos de la Intervención Breve

Elementos	Contenidos
VALORACIÓN	<ol style="list-style-type: none">1. Del consumo de alcohol2. De los efectos y perjuicios que está causando el consumo3. Valoración de la situación clínica del paciente
INFORMACIÓN	<ol style="list-style-type: none">1. De los riesgos asociados a los hábitos actuales de consumo2. De la existencia de sintomatología y/o marcadores biológicos de daño asociado al consumo de alcohol.3. De los beneficios y del grado de reversibilidad de los daños con la disminución o la supresión del consumo.4. De la necesidad o no de tratamiento.
RECOMENDACIONES	<ol style="list-style-type: none">1. Sobre el consumo y la conveniencia de disminuir la cantidad2. Sobre la modificación de algunos de los hábitos de beber alcohol.3. Acerca de formas alternativas de ocio y de relaciones sociales, sin consumo o consumos moderados de alcohol.
PACTAR OBJETIVOS CON EL PACIENTE	<ol style="list-style-type: none">1. Los objetivos deben quedar consensuados con el bebedor de riesgo o el paciente con consumo perjudicial de alcohol.2. Establecer los objetivos según la fase de motivación del paciente.
SEGUIMIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Del progreso en alcanzar los objetivos y de las dificultades2. Reforzamiento positivo en base a progresos3. Utilizar, si es posible, material educativo de apoyo
EVALUACIÓN AL AÑO	<ol style="list-style-type: none">1. Del cumplimiento de los objetivos2. De la mejoría en los marcadores biológicos y en el funcionamiento social3. De los incumplimientos y recaídas4. De las dificultades



Propuestas para Reducir el Consumo de Alcohol
1 Demorar la hora de inicio de la ingesta
2 No beber durante el horario laboral o académico
3 No beber si va a conducir vehículos o manejar maquinaria peligrosa
4 Preferentemente, beber con alimentos en el estómago
5 Utilizar bebidas de baja graduación
6 Ser capaz de rechazar copas y “rondas” en algunas ocasiones
7 Intercalar bebidas no alcohólicas entre las consumiciones de alcohol
8 Diluir los licores en refrescos
9 Intercalar días a la semana sin consumo de alcohol
10 Recordar el límite propuesto y no olvidar lo ya bebido (puede ayudar realizar un registro)

Tratamiento de la Dependencia Alcohólica

Cuando se diagnostica un trastorno por dependencia alcohólica, se debe informar al paciente ese diagnóstico y la necesidad de tratamiento, preferentemente, acudiendo a un centro especializado en adicciones. Para ello es necesario motivar al enfermo para que acepte iniciar la terapia.

Los objetivos del tratamiento serán planteados de forma progresiva y por fases (no es apropiado efectuar todo de entrada, ya que el paciente lo puede percibir como excesivamente duro, largo o inalcanzable), a corto, medio y largo plazo. Para conseguir esas metas, se deberán combinar varios tipos de medidas terapéuticas, que incluyen pautas farmacológicas y abordajes psicosociales. El desarrollo del tratamiento, según la situación clínica y sociofamiliar del paciente, se hará a nivel ambulatorio o en un centro terapéutico hospitalario o de tipo comunidad.

Para detener y revertir todos o parte de los daños causados por el alcohol, el paciente con dependencia deberá alcanzar la abstinencia completa de forma prolongada, probablemente de por vida. En los sujetos que no consigan la abstinencia completa, se plantearán objetivos de reducción del daño o de retraso en su progresión.

**OBJETIVOS TERAPEÚTICOS**

Corto plazo	1. Motivar para iniciar el tratamiento 2. Supresión de la ingesta 3. Evitación y tratamiento del síndrome de abstinencia 4. Tratamiento de la patología aguda asociada 5. Si es necesaria, intervención social
Mediano plazo	1. Abstinencia absoluta sostenida 2. Resolver/paliar la problemática física, psíquica y social 3. Protagonismo responsable en el tratamiento 4. Adquirir hábitos personales y habilidades sociales en sobriedad
Largo plazo	1. Consolidar actitudes y hábitos adquiridos 2. Fomento del desarrollo personal Meta final: Estabilización del paciente en todas sus esferas.

Bibliografía

1. World Drink Trends 2005. Henley-on-Thames (Reino Unido): World Advertising Research Center; 2005.
2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Encuestas Domiciliarias sobre Abuso de Drogas en España (EDADES), 1995-2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
3. Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. Detección y diagnóstico. Socidrogalcohol, 2007; 49-62.
4. Fistera. Guías Clínicas. Alcoholismo. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias2/PDF/Alcoholismo.pdf>
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. 2003. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign74.pdf>
6. American Colleges of Physician. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. 2004. Ann Intern Med. 2004; 140:554-556. Disponible en: <http://www.annals.org/cgi/reprint/140/7/554.pdf>
7. Asociación Americana de Psiquiatría. APA Work Group on Substance Use Disorders (2d. Edition). APA: 2005; p 89-100. (Available in www.psych.org).
8. Jeffery DP, Ley A, Aclaren S, Siegfried N. Programas terapéuticos psicosociales para personas tento con enfermedades mentales graves como por abuso de sustancias (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2007:1.Oxford, Update LTd. Disponible en www.update-software.com



9. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan, W.J. (2005) Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001.2002. *Addiction*, 100,281-292.
10. Hart LM, Jorm AF, Kanowski LG, Kelly CM, Langlands RL: Mental health first aid for indigenous Australians: using Delphi consensus studies to develop guidelines for culturally appropriate responses to mental health problems. *BMC Psychiatry* 2009, 9:47.
11. Hossain D, Gorman D, Eley R: Enhancing the knowledge and skills of Advisory and Extension Agents in mental health issues of farmers. *Australas Psychiatry* 2009:S116-S120.