

**Dra. M<sup>a</sup> Luisa Marín Puig**

**ASSOCIACIÓ RAUXA**

## ALCOHOLISMO: ¿ENFERMEDAD?

Dra M<sup>a</sup> Luisa Marín Puig

Desde el año 1950 la OMS (Organización Mundial de la Salud), en la primera reunión del Subcomité de Alcoholismo del Comité de Expertos en Higiene Mental (Ginebra 11-16 dic. 1950), resalta la importancia del alcoholismo como enfermedad y como problema social. Según sus miembros, el alcoholismo es una enfermedad a cuyo tratamiento podrían contribuir extensamente los servicios de salud pública. Más adelante, en el informe del año 2006, "Alcohol en Europa. Una perspectiva de Salud Pública: Informe para la Comisión Europea " se confirma la envergadura del problema con datos de los que destacamos uno: en Europa hay 23 millones de personas dependientes del alcohol. Hace escasamente un mes el Dr David Nutt de Reino Unido, publica un estudio en el que queda patente que la droga que causa más perjuicio social es el alcohol.

Aún así la sociedad se resiste a aceptarlo como tal. Los enfermos son tratados como viciosos; ellos mismos utilizan el término "vicio" para definir su afán y falta de control por la bebida. Los profesionales de la salud no son una excepción, aunque hay que reconocer que se vislumbra una tendencia hacia la asunción de la realidad con la que nos topamos día a día. Hay y ha habido esfuerzos por parte del Departament de Salut de la Generalitat por dar formación adecuada a los médicos de primaria para que tomen conciencia del problema, puedan detectarlo y derivar a centros especializados donde comenzar el tratamiento específico. Probablemente se aumentaría la eficacia, en este sentido, si los estudiantes de Medicina recibieran, ya desde el inicio de su carrera, los conocimientos necesarios para diagnosticar una enfermedad tan frecuente y grave como es el alcoholismo.

¿Por qué esta resistencia?

El desarrollo de una dependencia está determinado por factores individuales (genética, raza, edad, sexo...), por las características de las sustancias (efecto sobre el sistema nervioso central, vías de entrada en el organismo, cantidades, accesibilidad...) y por el entorno social (valores, cultura, actitudes, publicidad, legislación...). En un medio de cultura vitivinícola, como el nuestro, se potencia el consumo del alcohol como sustancia socializadora: es raro concebir celebraciones exentas de alcohol. A pesar de la tendencia al laicismo no se puede evitar el sentido sacro que le confiere la religión imperante. Todos, en mayor o menor medida, aceptamos el alcohol en nuestro entorno y muchos mantienen la llamada

"mentalidad de usuario" al consumirlo, hecho que condiciona el abordaje del problema; siendo, asimismo, un factor de fracaso en el tratamiento y prevención de las drogodependencias, al afectar a dos de los colectivos clave, como son los médicos y los enseñantes ( Dr F Freixa, 1989). De ahí la gran resistencia a reconocer el alcohol como una de las drogas de mayor morbilidad y mortalidad.

Esta actitud de negación y/o resistencia, la falta de percepción de riesgo en relación al consumo de alcohol, su accesibilidad y bajo precio, así como la publicidad directa o indirecta, tiene consecuencias que se reflejan en las encuestas de salud . La última Encuesta Nacional sobre Alcohol y Drogas en nuestro país resalta que hay un incremento del consumo de alcohol y de bebedores de riesgo en la población de 15 a 64 años, con un aumento de borracheras en todas las edades y del llamado consumo "atracción".

El desarrollo de la dependencia se produce de forma insidiosa pero inexorable en un alto porcentaje de la población (8,46% según estudio NESARC, National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions). Aproximadamente un 10% de los bebedores de alcohol desarrollan una adicción al alcohol y de éstos el 4% lo hará a los cinco años del inicio del consumo.

A pesar de que se tiene en consideración la cantidad de bebida de riesgo de la población general como índice para calcular el número de alcohólicos posibles en un momento dado, no es la cantidad de alcohol, sino la relación que se establece con esta sustancia lo que determina el diagnóstico: El aumento de tolerancia (necesitar mayor cantidad de alcohol o el aumento de frecuencia para obtener el mismo efecto que al inicio del consumo); la presencia de síndrome de abstinencia; el consumir más de lo que uno pretendía; el intento infructuoso de abandonar la bebida; la mayor dedicación a la búsqueda, consumo y recuperación de los efectos del alcohol; la reducción de las actividades sociales, laborales o recreativas y el abandono de las responsabilidades como consecuencia de la bebida; continuar tomando la sustancia a pesar de ser consciente de tener problemas psicológicos o físicos. Presentar tres o más de estas manifestaciones durante 12 meses es el criterio utilizado para diagnosticar la dependencia de sustancias en el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), y similares en la Clasificación Internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10).

La dependencia de sustancias es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC) debida a una disfunción neurobiológica de determinados sistemas de neurotransmisión, estructuras mesencefálicas, límbicas, corticales y circuitos cerebrales implicados en la motivación y la conducta (Kalivas y Volkow, 2005)

La enfermedad del alcoholismo se desarrolla por la acción del alcohol sobre el sistema nervioso central en el que acaecen cambios de **neuroadaptación neuronal**, de tal forma que el enfermo pierde la capacidad de control de la bebida y acaba por necesitar esta sustancia para realizar las más mínimas actividades cotidianas y para evitar el síndrome de abstinencia, cuando disminuye o desaparece la concentración de alcohol en sangre. Es una enfermedad bio-psico-social crónica y discapacitante que puede afectar a **nivel orgánico** al hígado (hepatitis, cirrosis, cáncer), páncreas (pancreatitis, diabetes mellitus secundaria), corazón (miocardiopatía dilatada, HTA), sangre (anemia megaloblástica, macrocitosis, disminución de la función de los glóbulos blancos que favorece las infecciones), al sistema nervioso central (Síndrome Wernicke, Korsakoff, demencia...), sistema nervioso periférico (polineuropatía con calambres, hormigueos, pérdida de sensibilidad...), huesos (osteoporosis, fracturas). **A nivel psicológico** el paciente alcohólico suele presentar síntomas cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales, con trastornos de la memoria, trastornos de percepción y de toma de decisiones, trastornos afectivos con síndrome depresivo que puede abocar al suicidio (riesgo de 60 a 120 veces más que en la población general), trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos psicóticos como delirium tremens, alucinaciones, celotipia, conductas de desinhibición, agresividad. **A nivel social** se van perdiendo las relaciones sociales de familia, amigos, de tal forma que el círculo social se reduce a personas con el mismo problema; pueden aparecer conductas violentas de ahí su alta relación con la violencia doméstica, homicidios, atracos y delitos de abuso sexual. **A nivel laboral** hay una clara disminución en la productividad, absentismo, cambios frecuentes de trabajo por abandono o despido. La presencia de **problemas legales** diversos es un hecho incuestionable. Por supuesto, los **accidentes de tráfico** son de mayor incidencia tanto en la situación de consumo como en la de síndrome de abstinencia, con la dificultad que ésta conlleva en su detección al dar alcoholemias negativas. Asimismo, la probabilidad de tener hijos con síndrome alcohólico fetal (SAF) es mayor en mujeres alcohólicas en activo embarazadas, aunque el riesgo existe para cualquier mujer embarazada que consuma alcohol.

Si esta enfermedad no se trata correctamente, los enfermos acabarán en el **cementerio** prematuramente por sus enfermedades orgánicas o como consecuencia de suicidio; en el **manicomio**, temporal o permanentemente, por los cuadros psicóticos, demencia... (un tercio de los enfermos ingresados en los hospitales psiquiátricos son alcohólicos); en la **cárcel** como consecuencia de las conductas delictivas y violentas que acarrea el consumo de alcohol y finalmente en la **calle**, **sufriendo la marginación más severa**.

El mayor reto para tratar la dependencia estriba en superar la falta de conciencia del propio enfermo y la poca o nula formación del estamento sanitario en materia de drogas y en especial del alcoholismo, por lo ya comentado antes. La dificultad para reconocerse enfermo se sustenta en el autoengaño, clave de la enfermedad adictiva, bien descrito por Prochaska y DiClemente en su modelo transteórico del proceso de cambio. La primera etapa o precontemplación es de absoluta negación del problema. Puede transcurrir más de un lustro hasta alcanzar la segunda etapa, de contemplación, en la que el enfermo reconoce tener algún problema a pesar de seguir utilizando la minimización, proyección o racionalización para ver la relación entre el mismo y su consumo de alcohol; también es una etapa duradera. La tercera etapa o de preparación, bien por los estragos de la enfermedad bien por la presión familiar, el enfermo comienza a plantearse el hacer algo. Normalmente, en no mucho tiempo, el paciente decide hacer algo ya, pero suele intentarlo por cuenta propia, fracasando una y otra vez. Entra en la cuarta etapa o fase de acción, asumiendo la necesidad de un tratamiento. Aquí puede encontrar un profesional con conocimientos en la diversidad de tratamientos adecuados o, por desgracia, entrar en un vía crucis de diagnósticos y tratamientos que retrasan su recuperación en el mejor de los casos, o que empeoran su condición e incluso crean nuevas dependencias a las sustancias prescritas. Una vez finalizado el tratamiento correcto, el paciente inicia la quinta etapa de mantenimiento en remisión completa, con abstinencia total y cambio de estilo de vida. Pero, la exposición a estímulos internos (recuerdos adictivos...) o externos (contactos con antiguos compañeros de consumo, fiestas...) pueden desencadenar el deseo de consumo de forma consciente o inconsciente, dando lugar a cambios emocionales negativos, actitudes, pensamientos y conductas adictivas que abocan a una recaída puntual o total.

A lo largo de los años se ha planteado la cuestión de por qué algunos pacientes se benefician del tratamiento y otros no responden tan favorablemente. Entre numerosos trabajos realizados para dilucidar esto, destaca el Proyecto MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity de 1997) en el que se compararon tres intervenciones

diferentes (Alcohólicos Anónimos o los doce pasos, Terapia Cognitivo-conductual y Terapia motivacional). Se llegó a la conclusión de que eran equiparables en resultados y de que el éxito dependía de las características y habilidades del terapeuta para establecer con el paciente una relación o alianza terapéutica significativa, determinante de su adherencia al tratamiento

Hay múltiples modalidades de tratamiento de la adicción al alcohol, dependiendo de los objetivos desde la simple reducción de daños a la complejidad de los tratamientos libres de drogas. Estos últimos son eficaces en alcanzar la rehabilitación real de los enfermos, en tanto en cuanto contemplen la recuperación integral. Se inicia el tratamiento con la supresión absoluta de alcohol. La **desintoxicación** se aplica en los casos con síndrome de abstinencia o en los que se prevea su aparición con la supresión de la ingesta de alcohol; se prescriben fármacos tranquilizantes en pauta decreciente, vitaminas del grupo B (en especial B1) y aporte hidroelectrolítico. La fase siguiente es la de **deshabitación** en la que se trata de extinguir la conducta y los pensamientos adictivos, adquirir clara conciencia de enfermedad, reforzar la abstinencia; se pautan fármacos interdectores disuasorios del consumo y se aplican intervenciones psicosociales con técnicas cognitivo-conductuales, motivacionales a través de grupos psicoterapéuticos donde se promueven las relaciones interpersonales de apoyo, utilizándose la imagen especular para poder reconocer y modificar los hábitos adictivos, así como los mecanismos de negación defensivos para conseguir una disminución de la resistencia al cambio. La pérdida o reducción de hábitos adictivos deja paso a la sustitución de los mismos por pensamientos y conductas sanas; ya en fase de **rehabilitación** se potencian actividades de ocio y tiempo libre, de formación y preparación laboral; se intensifican las relaciones familiares sanas a través de terapias de familia o pareja; se aplican programas de prevención de recaídas. Así se alcanza un nivel suficiente para la **reinserción socio-laboral** y la reintegración a la sociedad. Para mantenerse bien se requiere un verdadero cambio de estilo de vida con abstinencia total a alcohol, otras drogas y conductas adictivas, así como el realizar seguimiento evolutivo con el profesional de referencia e integrarse en un grupo de autoayuda de rehabilitados.

Una fantasía acariciada y rumiada por casi cualquier adicto es la de poder beber de forma controlada. Sobel en 1973 preconizó el beber controlado, pero no hay evidencias que confirmen su eficacia sino todo lo contrario. El último estudio de seguimiento de los enfermos alcohólicos durante veinte

años, realizado en el Hospital Clínico por el Dr A Gual y su equipo, indica la falacia de este concepto.

Cada día es más frecuente ver que dependientes del alcohol consumen otras sustancias como tabaco, cocaína, benzodiazepinas (BZD), cannabis... Por el mero hecho de consumirlas ya se puede considerar como abuso de sustancias. En muchas ocasiones, hay también dependencia. La relación con tabaco se da en proporciones elevadísimas, siendo las consecuencias del tabaco la primera causa de muerte de los alcohólicos, por la mayor vulnerabilidad a sus efectos de este colectivo. En cuanto a la cocaína, es evidente que se consumen juntas para contrarrestar los efectos negativos de cada una por separado; pero la síntesis de un componente el "cocaetileno" determina una mayor toxicidad con más complicaciones mortales. El consumo de BZD por adictos al alcohol es especialmente grave por la sinergia entre ambas sustancias, que facilita el coma; y, porque en muchos casos, es "iatrogénica" al ser prescritas por facultativos para tratar los trastornos del sueño, o el síndrome de ansiedad que padecen los pacientes alcohólicos. De ahí que se inste la formación profesional en drogodependencias y sean los tratamientos libres de drogas los recomendados.

La relación con enfermedades mentales (patología dual) es una realidad relativamente frecuente que hay que abordar con rigor. Es conveniente revisar los diagnósticos desde el inicio y después de periodos de seis a doce meses de abstinencia de alcohol para evitar etiquetas y tratamientos que, en el mejor de los casos son inútiles o en el peor un lastre para la recuperación de los enfermos, como ya mencionamos antes.

### **Marginación como consecuencia de la enfermedad de dependencia del alcohol**

Una de las consecuencias de la dependencia del alcohol sin tratar o tratada incorrectamente es la marginación callejera. En 1979, Vaillant hizo un estudio prospectivo de seguimiento de alcohólicos, viendo que un 24% acababa en esta situación. Muchos estudios, realizados en diferentes países, sobre las enfermedades que aquejan a los sin hogar, concluyen que un cincuenta por ciento o más de ellos padecen dependencia del alcohol.

Es verdaderamente indignante que algunos enfermos alcohólicos acaben en la calle, en una situación altamente **dramática, injusta y evitable**. Es el fracaso patente de una sociedad que no tiene claro que el alcohol no es el vehículo de bienestar, alegría ni de acercamiento a los demás, sino que es un tóxico determinante de más de 60 tipos diferentes de enfermedades; es

la razón del 7,4 % de todas las causas de mala salud y de muerte prematura en la Unión Europea; es el tercer factor de riesgo para la salud después del tabaco y la hipertensión; y produce la peor marginación al no dar adecuada y suficiente respuesta a estos enfermos que, cuando llegan a la calle, han pasado un proceso de años de pérdidas inexorables como consecuencia de su enfermedad discapacitante. Para entender este proceso, les mostramos una historia personal del alcohólico prototipo sin hogar tratado en la Associació Rauxa, publicada en la revista de la Federació Catalana de AARR.

"...Agustín, un hombre de unos cincuenta años, todavía con brillo en su mirada, con un porte digno, aseado...roto. Me explicó en días sucesivos que él se había iniciado en la bebida desde niño en casa, con sus padres y hermanos. Lo normal. De joven, con su grupo, salía a discotecas. Se fue acostumbrando a aumentar el consumo de alcohol para lograr el "puntillo" que le desinhibía. Se sentía bien. Empezó a salir con una muchacha del barrio que le agradaba. Hizo su Servicio Militar de voluntario. Allí no paró de beber. Cuando volvió se casó enamorado. Tuvo dos hijos. Su trabajo lo desempeñaba con habilidad y diligencia.

Pero, imperceptiblemente, dedicó más y más tiempo a ir de copas con sus amigos, que fueron cambiando. Porque los suyos de verdad le molestaban con sus recomendaciones de "Agustín, te pasas", "Agustín, intenta beber menos", "Agustín, tu mujer está esperándote".

Su mujer en múltiples ocasiones le rogaba que dedicara más tiempo a su familia, que no gastara tanto, que no llegara tan "puesto" ni tan tarde a casa. Agustín le decía que lo intentaría, pero poco a poco acabó irritándose con ella. Incluso un día la empujó con tal fuerza que le ocasionó una herida en el cuero cabelludo, que, como sangraba tanto, tuvieron que ir al hospital más cercano. A partir de ahí, Agustín se mantuvo un tiempo alejado del alcohol. Su mujer y sus hijos sintieron gran alivio y esperanza de que las cosas volvieran a ser lo que eran al principio. A hurtadillas, Agustín, un día volvió a tomar una cerveza sin alcohol con uno de sus amigotes en el bar que seguía frecuentando. Sin saber bien cómo, sintió la necesidad de ir a beber, justificándolo como un premio a su esfuerzo, diciéndose que él era capaz de controlar. Su mujer le advirtió que si seguía igual se marcharía con sus hijos, porque ya no podía soportarlo.

En el trabajo, su jefe también le llamó la atención por sus ausencias de tantos lunes, sus salidas diarias con mil excusas, su falta de eficiencia. Ya no era el mismo, le dijo. Un día Agustín se encontró solo. No podía entender cómo su mujer le había abandonado. Aumentó su malhumor, se sintió traicionado. Buscó compañía en el bar e incrementó su ya flagrante consumo. Por las mañanas llevaba tiempo que sentía gran inquietud, le temblaban las manos y necesitaba dos o tres copas para ponerse a tono. Le despidieron. Tampoco entendió el porqué. A veces iba a ver a sus hijos a la salida del colegio, pero de lejos, porque a esa hora ya comenzaba a perder el equilibrio. De eso era consciente.

Al cabo de unos meses no pudo pagar el alquiler de su piso. Nadie le quiso ayudar. Ya no tenía buenos amigos o nadie se fiaba de él...Aún seguía manteniendo una cierta prestancia. Llegó el desahucio: se encontró en la calle con una maleta y cuatro enseres.

Cuando le conocimos llevaba en la calle cinco largos años, sobreviviendo. No podía parar de beber. Pedía en los supermercados, por la calle. Alguna que otra vez se



llevaba "prestada" alguna botella sin que nadie se diera cuenta. En el fondo creía que alguna dependienta hacia la vista gorda... Le habían diagnosticado un cáncer de vejiga. También era fumador empedernido desde muy niño. Ahora incluso cogía colillas y se liaba cigarrillos con papel de periódico muy alisado. De su familia ya no sabía nada, tampoco hacía ningún esfuerzo por acercarse a ellos: se avergonzaba de sí mismo. Se sentía desesperado con pocas ganas de seguir viviendo aquel infierno; a veces se planteaba el suicidio.

Agustín aceptó hacer tratamiento. Cumplió las normas terapéuticas. Pasó por las etapas de desintoxicación, deshabitación y rehabilitación en la Comunidad Terapéutica y pisos de Rauxa. Aprendió a reconocer sus cambios emocionales, a contrastarlos, relacionarlos con su adicción y a aplicar las estrategias preventivas. Inició su reinserción laboral en "La Terrasetta" restaurante sin alcohol y en la Cooperativa Rauxa, desarrollando de nuevo sus habilidades laborales. En poco más de dos años estaba preparado para manejar su enfermedad de dependencia del alcohol. Inició tratamiento de tabaquismo.

Hizo unos cursillos de preparación para gestionar una portería. Logró trabajo. Mas adelante recuperó la relación con sus hijos, quienes se incluyeron en Terapias de familia ofreciéndole apoyo.

Agustín sigue bien. A veces tiene momentos difíciles pero los comunica para evaluar y corregir...por si la adicción se quiere enseñorear. Lo hace en el grupo de Alcohólicos Rehabilitados de Rauxa o llamándome directamente.

Agustín, además, es un ejemplo para los pacientes que inician tratamiento. Es voluntario en Rauxa. A veces actúa en la estación de Sants donde inició su periplo de rehabilitación para explicárselo bien a los "nuevos" de la Furgoneta.

Todos agradecemos a Agustín su esfuerzo por ganar su libertad y esperanza día a día, cumpliendo sus normas terapéuticas básicas que le mantienen en sobriedad y permiten un cambio real de estilo de vida.

Espero y deseo que este artículo contribuya a mejorar la actitud ante los enfermos alcohólicos, así como a reflexionar sobre los posibles cambios para prevenir y tratar mejor esta enfermedad.

Mi agradecimiento a la Fundación Paco Candel y a Paco por ser inspirador de bondad.

Dra M<sup>a</sup> Luisa Marín Puig  
Cardenal Vives i Tutó,41,entlo 4<sup>a</sup>  
08034 Barcelona  
TF 93 2047184 **móvil: 616445559**  
[15280lmp@comb.cat](mailto:15280lmp@comb.cat)

Associació Rauxa  
Dr Rizal,14,bajos  
08006 Barcelona  
Tf: 93 4156298  
[asrauxa@rauxa.org](mailto:asrauxa@rauxa.org)