

TEMA 13.- ALCOHOLISMO.

1.- INTRODUCCIÓN.

1.1.- DEFINICIÓN.

- ☞ El abuso y dependencia al alcohol son consistentemente los que más daño producen a la sociedad y en la salud.
- ☞ Los manuales de diagnóstico al uso (DSM-III-R, DSM-IV, y CIE-10), distinguen entre:
 - Abuso: Individuos que consumen alcohol reiteradamente, de forma excesiva, pero que nunca muestran síndrome de abstinencia.
 - Dependencia: Individuos que, abusando igualmente del alcohol, muestran síntomas de abstinencia cuando dejan de beber.
- ☞ A pesar de ésta distinción, no se sabe si son dos síndromes diferentes o si se trata de una secuencia temporal, de modo que, un individuo que abuse del alcohol, se convertirá con el tiempo en un sujeto dependiente. Lo que sí se sabe es que, para desarrollar dependencia del alcohol, hay que abusar de él.
- ☞ Ambos síndromes presentan características comunes:
 - Síntomas físicos: peligro de cirrosis, aumento de presión arterial, etc.
 - Psicopatología: trastornos del sueño, del sexo, alucinaciones.
 - Desadaptaciones del entorno social y laboral.
- ☞ En el DSM-IV, cuanto más restrictiva se haga la definición de dependencia, más se extiende la categoría de abuso en detrimento de la dependencia. En el CIE-10, se plantean como síndromes independientes.
- ☞ Las definiciones sobre el alcoholismo son amplias y ambiguas porque:
 - No se sabe si el alcoholismo es abuso, dependencia o ambos.
 - No está claro si es una enfermedad o un síndrome. Esta cuestión tiene implicaciones terapéuticas y conceptuales:
 - Si fuera una enfermedad, un alcohólico sería siempre un alcohólico, y como única terapia la abstinencia (igual que la diabetes).

- Si fuera un síndrome, el paciente podría aprender nuevos hábitos de conducta y llegar incluso a consumir alcohol sin abusar de él.
- Toda enfermedad supone una evolución natural y un curso muy similar, sin embargo, el alcoholismo está sometido a mucha variabilidad.

1.2.- FARMACOLOGÍA DEL ALCOHOL.

- ☞ El alcohol etílico o etanol se produce naturalmente como producto de la descomposición de los carbohidratos vegetales.
- ☞ En la gran mayoría de las sociedades, el alcohol se ingiere como bebida. Debido a las propiedades químicas de su molécula, es igualmente soluble en un medio lipídico que en un medio acuoso. Esta propiedad es fundamental para explicar cómo actúa el alcohol en el cerebro y en otros sistemas celulares periféricos.
- ☞ Sus características químicas permiten al alcohol atravesar fácilmente las membranas celulares de las paredes del estómago y ser rápidamente absorbido y distribuido por el sistema circulatorio a todos los tejidos, incluido el cerebro.
- ☞ Las membranas celulares constituyen barreras que permiten mantener intacto el ambiente interno de la célula y diferenciarlo del ambiente externo a ésta.

Las membranas están compuestas por moléculas de lípidos y proteínas situadas en un orden establecido, pero con capacidad de movimiento a lo largo de la membrana. De este modo, una propiedad muy importante de las membranas celulares es la fluidez.

En el caso concreto de las células del sistema nervioso, el mantenimiento de la estructura de la membrana intacta es fundamental para que la neurona lleve a cabo sus funciones de transmisión de la información nerviosa. El alcohol desordena las membranas neuronales, aumentando la posibilidad de movimiento de los lípidos y las proteínas. Sin embargo, a medida que la ingesta de alcohol se convierte en crónica se observa que las membranas neuronales se vuelven más rígidas, reduciéndose la fluidez.

En ambos casos, sea con administración aguda o crónica, el alcohol impide que las membranas realicen sus funciones normalmente.

- ☞ El alcohol afecta también al ambiente interno de la neurona. Aquellas moléculas del citoplasma neuronal, cuya activación forma parte de la transmisión de la información de neurona a neurona, son también objetivos del alcohol. En algunos sistemas neuronales concretos el alcohol favorece la activación o la síntesis de estas moléculas, resultando un incremento de la respuesta fisiológica.
- ☞ El abuso crónico y la dependencia del alcohol, puede producir lesiones en distintas partes del cerebro, fundamentales para el aprendizaje, la memoria y la coordinación motora:

- Algunas lesiones son macroscópicas: lesiones en el cuerpo calloso, protuberancia, tálamo y cuerpos mamilares, ensanchamiento de los surcos cerebrales y cerebelosos, dilataciones de los ventrículos cerebrales, etc.
 - Otras lesiones son microscópicas: En el hipocampo y en el cerebelo, las prolongaciones dendríticas tienen menor densidad, e incluso, el número de neuronas es menor.
- ☞ Otro efecto de la ingesta continuada del alcohol es el desarrollo de tolerancia (disminución de los efectos de una droga a medida que ésta se consume). Los organismos se adaptan a la presencia continuada de la droga, de modo que, con dosis repetidas de alcohol, éste produce menos efecto, o, son requeridas mayores cantidades de alcohol para producir el mismo efecto.
- Tolerancia metabólica: Se desarrolla porque el alcohol induce a los sistemas enzimáticos que lo degradan (aumenta su degradación metabólica).
 - Tolerancia farmacológica o neuronal: se produce porque la neurona se adapta a la presencia de la droga. La capacidad del alcohol para desordenar las membranas neuronales es cada vez menor.
 - Tolerancia psicológica: (Descrita por Siegel para la morfina). Implica un proceso de condicionamiento clásico: Las drogas (EIs) son autoadministradas en contextos determinados y específicos (ECs), que quedan asociados con los efectos fisiológicos de las drogas (RIs), efectos directos y respuestas de compensación. Con la administración repetida de esa droga en presencia de esas señales ambientales, las mismas señales inducen de forma anticipada, todas las respuestas fisiológicas.
 - La tolerancia continúa aumentando con el tiempo, pero en algunos casos, puede disminuir en las últimas etapas del síndrome lo que denomina Tolerancia reducida.
 - El alcohol desarrolla tolerancia cruzada con otras sustancias: la sedación que se obtiene con una determinada dosis de barbitúrico, será menor en un individuo que ha desarrollado tolerancia al alcohol.
 - Tolerancia aguda: No es un proceso bien conocido, pero, a lo largo de una noche de bebida, aunque los niveles de alcohol en sangre se mantengan iguales, los efectos iniciales del alcohol disminuyen.

2.- CAUSAS DEL ALCOHOLISMO.

- ☞ La ingesta del alcohol es una conducta aprendida y, factores ambientales tienen un importante papel, independientemente de los factores biológicos que influyan en el desarrollo del alcoholismo.

2.1.- EVITACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

- ☞ Se postula que el uso del alcohol se inicia por curiosidad, presión social, o por el deseo de obtener los efectos placenteros atribuidos al consumo del alcohol.
- ☞ El consumo prolongado de este, produce tolerancia a sus efectos, por lo que el sujeto tiene que aumentar la cantidad y la frecuencia de ingesta para lograr el mismo efecto. Si el alcohol se retira rápidamente del sistema, habrá un tiempo de desajuste entre la retirada y la vuelta a la normalidad de las células nerviosas. El sistema tendrá que compensar por algo que ha cesado de estar presente.
- ☞ La consecuencia es una alteración en la función, opuesta a la que el alcohol causó en primer lugar. Esto es lo que se llama síndrome de abstinencia, que puede ser psicológico o físico, o ambos, severo o grave, corto o largo, y que depende de una multitud de factores individuales, ambientales y sociales. Este síndrome puede ser tan intenso y aversivo que los sujetos afectados mantendrán la ingesta con el fin de evitar estos síntomas.
- ☞ La principal crítica a esta hipótesis es que alcohólicos desintoxicados en centros de tratamiento especializados pueden recaer en la bebida mucho después de que los síntomas de abstinencia hayan desaparecido.
- ☞ Otros problemas se originan de las observaciones que indican que las recaídas son frecuentemente asociadas con situaciones particulares, por ejemplo, situaciones de estrés, donde la explicación en esta hipótesis parece tenue.

2.2.- MECANISMOS DE RECOMPENSA.

- ☞ Los individuos se hacen dependientes de los efectos positivos del alcohol.
- ☞ El valor de recompensa del alcohol se define empíricamente por su efectividad de mantener la conducta de ingesta. El alcohol podría ser así un reforzador sin la necesidad de recurrir a modelos donde, deliberadamente, disfunciones putativas psicológicas o estrés fueran las causas subyacentes a la conducta dependiente. El alcohol se bebería por su capacidad de recompensa.
- ☞ No obstante, el descubrimiento de que el alcohol pueda actuar como un reforzador positivo no acierta a explicar completamente la dependencia. Esta hipótesis no explica, por ejemplo, por qué los sujetos tardan en volverse dependientes, ya que los beneficios positivos del alcohol son percibidos por el bebedor muy tempranamente en el curso del desarrollo de la dependencia.

2.3.- HIPÓTESIS ADAPTATIVA.

- ☞ Considera la dependencia al alcohol como un intento del consumidor de reducir el malestar que existía antes de que comenzase la ingesta del alcohol.
- ☞ Para que se desarrolle la dependencia son necesarias tres condiciones:
 - El alcohol se emplea para adaptarse al malestar,
 - El consumidor no advierte medio mejor de adaptación
 - El uso del alcohol lleva a la larga a un incremento del malestar general.
- ☞ Muchos investigadores rechazan limitarse a la aproximación adaptativa y abogan por que la dependencia al alcohol implica más que uno de los mecanismos propuestos.
- ☞ Cualquier teoría que quiera explicar la dependencia al alcohol debe tener en cuenta los siguientes hechos:
 - Individuos que aparentemente han tenido la misma exposición al alcohol, unos se hacen dependientes mientras que otros no.
 - Individuos dependientes que han intentado conductas de abstinencia han fracasado en repetidas ocasiones y, sin embargo, tienen éxito en un intento subsecuente.

2.4.- DISPOSICIÓN GENÉTICA.

- ☞ La predisposición genética ha sido propuesta como una de las posibles causas del abuso y del desarrollo de dependencia del alcohol. Los datos de que se dispone hasta ahora no parecen apoyar un modelo mendeliano de transmisión, pero apoyan la posibilidad de que una parte de la varianza del alcoholismo sea explicada por los factores genéticos.

3.- DESARROLLO Y CURSO EVOLUTIVO DEL ALCOHOLISMO.

3.1.- CURSO EVOLUTIVO.

- ☞ Tradicionalmente, el alcoholismo ha sido considerado como un trastorno progresivo, con aparición sucesiva de distintos síntomas, manifestaciones y complicaciones a medida que la ingesta excesiva de alcohol aumenta.
- ☞ El curso evolutivo del alcoholismo refleja, de hecho, un deterioro progresivo en aspectos psicológicos, sociales y fisiológicos:
 - Fase prealcohólica:
 - La ingesta de alcohol va progresando de una actividad social y agradable a una panacea para aplacar las tensiones de cada día.
 - La tolerancia al alcohol aparece relativamente pronto.
 - Empieza a beber alcohol antes y después de ingerirlo socialmente.
 - Necesita beber cada vez mayor cantidad y con más frecuencia para obtener los efectos psicotrópicos deseados.
 - Alcoholismo temprano:
 - Suelen comenzar a presentarse episodios cortos de amnesia. Se trata de fallos de memoria durante o tras el consumo excesivo de alcohol.
 - No obstante, hay que señalar que muchos alcohólicos progresan a estadios más avanzados de dependencia del alcohol sin experimentar este tipo de amnesias.
 - Los síntomas de abstinencia empiezan a aparecer y el sujeto inicia cada vez más tempranamente la ingesta de alcohol.
 - Algunos sujetos empiezan a padecer de trastornos del sueño, despertándose durante la noche.
 - En este contexto el alcohol pasa a ser fuente de creciente preocupación para el sujeto. El alcohol interfiere cada vez más en su vida cotidiana, y el sujeto percibe que su conducta le roba tiempo y dinero.
 - Pronto se acompañan sentimientos de culpa que llevan a que la bebida se efectúe de una forma más escondida. La conducta típica de mantener botellas escondidas en lugares cotidianos tales como la casa, el coche,... se manifiesta durante esta fase. El bebedor en este período, se muestra

extremadamente defensivo y hace todo lo posible por negar, a sí mismo y a los demás, sus problemas con el alcohol.

- Fase crucial:
 - Empieza cuando en el sujeto aparece el fenómeno de la pérdida de control.
 - El sujeto que llega a esta fase se ha convertido en un adicto al alcohol.
 - Durante este tiempo puede aparecer el fenómeno de la tolerancia reducida, por lo que el sujeto puede alcanzar la intoxicación con cantidades menores de alcohol que anteriormente no le producían tal efecto. El sujeto lucha por mantener el control.
 - Desde el punto de vista social, su vida comienza a desintegrarse, en casa, en el trabajo,...

- Fase crónica:
 - Supone la derrota total ante el alcohol, y se caracteriza porque el sujeto puede permanecer ebrio durante una semana o más. En esta situación beberá cualquier cosa que contenga alcohol.
 - Lesiones físicas del hígado y cerebro se presentan en este período, que, junto a la desnutrición y déficit vitamínicos derivados del desinterés por el cuidado personal, pueden finalmente abocar al coma etílico y a la muerte.

☞ No todo alcohólico sigue un proceso progresivo coincidente con las mencionadas cuatro fases, habiendo múltiples y diferentes formas de desarrollar la dependencia alcohólica. Tampoco todo alcohólico invariablemente culmina hasta el proceso de completo deterioro; algunos consiguen moderar su consumo de forma que no desestructuran su entorno familiar y social.

3.2.- PATRONES DE USO.

☞ Tradicionalmente se aceptan tres patrones principales de abuso o dependencia de alcohol:

- Consiste en el consumo regular y diario de grandes cantidades de alcohol
- Consumo abundante pero limitado regularmente a los fines de semana

- Beber hasta el estado de embriaguez en episodios que pueden durar días, semanas o meses, intercalados entre períodos largos de abstinencia total.
- ☞ Un sujeto dependiente puede adoptar uno de estos patrones o puede evolucionar de uno a otro, o combinarlos a lo largo de su carrera como bebedor abusivo de alcohol. Probablemente sean los factores sociales y culturales los que den cuenta de la distribución de los sujetos alcohólicos respecto a los patrones de bebida.
- ☞ Jellinek (1960) propuso cinco patrones o tipos básicos del beber excesivo y los nombró con las cinco primeras letras del alfabeto griego. Otros autores consideran que la definición es demasiado amplia y se centran en sólo dos tipos que coexisten en la sociedad española actual:
- Alcoholismo gamma: Habitual en países en los que se acostumbra a beber licor. Consiste en períodos de embriaguez diaria durante semanas o meses. Existe dependencia física que se manifiesta por los síntomas del síndrome de abstinencia cuando se deja de ingerir la dosis de alcohol habitual. Entre borrachera y borrachera, el alcohólico gamma, o se abstiene de beber, o bien lo hace de modo muy moderado. Los períodos de abstinencia son de tiempo variable.
 - Alcoholismo delta: Es común en zonas donde la viticultura es prominente y se considera normal consumir vinos de mesa varias veces al día todos los días. Se caracteriza por un elevado volumen en el consumo diario de alcohol, aunque el sujeto retiene su capacidad de evitar las disfunciones de la intoxicación patente. El sujeto no es consciente de una falta de control. Beberá todos los días una cantidad determinada, pero no hay compulsión a exceder la cantidad.

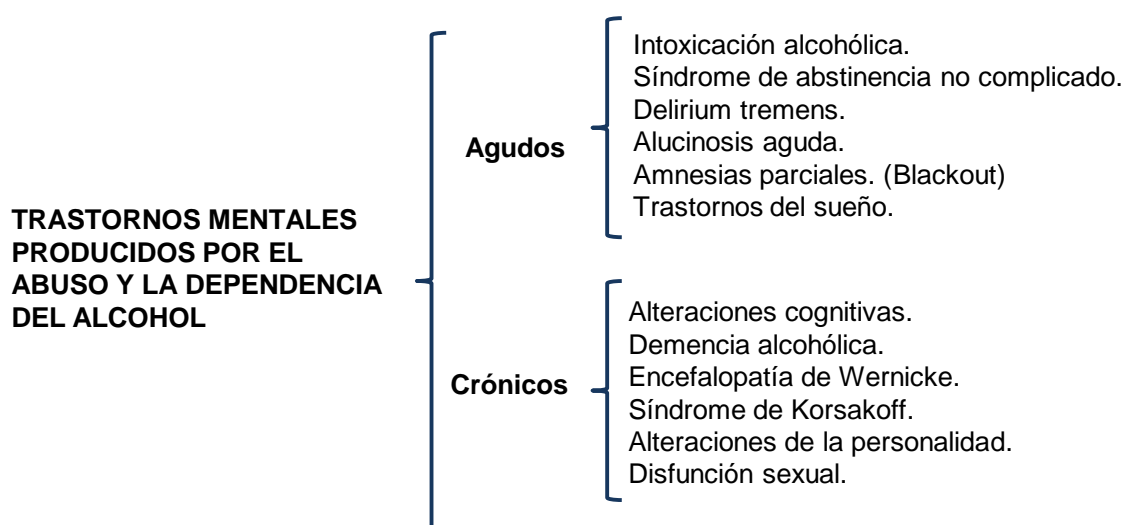
4.- PSICOPATOLOGÍA DEL ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.

4.1.- TRASTORNOS MENTALES PROVOCADOS POR EL ALCOHOL.

- ☞ Desde antiguo, la ingestión excesiva de alcohol provoca trastornos, agudos o crónicos, del SNC y en particular del cerebro. Sin embargo, hasta el siglo XIX estos conocimientos no comenzaron a sistematizarse.
- ☞ Tradicionalmente se consideró que la psicopatología del alcohol no era otra que la consecuencia de la acción directa y exclusiva de éste sobre el SNC. Pero con el tiempo, las repercusiones de la malnutrición asociada al consumo excesivo de alcohol han demostrado ser decisivas en las manifestaciones de algunos de estos trastornos.
- ☞ Entre los procesos neuropsicológicos alterados ligados al consumo del alcohol podemos diferenciar dos clases en relación al curso de la disfunción cerebral:

- Procesos agudos: de aparición brusca e irreversible, relacionados con la intoxicación de alcohol o con situaciones de abstinencia, tales como amnesias temporales, alucinosis y delirium tremens.
- Procesos crónicos: que cursan de forma lenta e insidiosa y con tendencia a la irreversibilidad, que se manifiestan en forma de trastornos cognitivos, de la personalidad y afectivos.

☞ La cuestión de la reversibilidad de estos procesos está todavía en discusión, pero un rasgo típico de la mayoría de ellos es su remisión con la abstinencia prolongada y tratamientos coadyuvantes.



4.1.1.- Agudos.

☞ Intoxicación alcohólica:

- La intoxicación es el resultado del consumo reciente de cantidades excesivas de alcohol.
- Existe una gran variabilidad individual en cuanto a los niveles de alcohol en sangre que son necesarios para que se presenten signos de intoxicación.
- Los efectos conductuales y psicológicos son parecidos a los de otros agentes hipnóticos sedativos.
- Estos efectos son impredecibles y dependen en gran medida del individuo, su estado mental y las circunstancias ambientales donde la ingestión ocurre.

- Con el aumento de los niveles de alcohol, el estado mental y el medio ambiente se hacen progresivamente menos importantes, dominando la sedación y la conducta, pudiéndose llegar a la pérdida de conciencia.
- La duración de un episodio de intoxicación depende de la cantidad y tipo de bebida consumida, la rapidez de la ingesta y el desarrollo de tolerancia a corto plazo.
- Cuando los niveles de alcohol en sangre aumentan, los signos de intoxicación son más evidentes que cuando los niveles van descendiendo.
- Los signos fisiológicos característicos de la intoxicación comprenden pronunciación y lenguaje incorrecto y balbuceante, incoordinación, marcha inestable, nistagmus, deterioro de la atención o memoria y, finalmente, estupor o coma.

Síndrome de abstinencia no complicado:

- La aparición de este síndrome coincide con la interrupción o reducción de la ingesta de alcohol por un sujeto que físicamente depende del alcohol o ha estado bebiendo alcohol durante días, semanas o meses.
- Los síntomas se desarrollan cuando la concentración de alcohol en el organismo desciende a un nivel más bajo del umbral necesario para evitar la manifestación de estos síntomas. Normalmente, a las pocas horas de haber ingerido el último trago.
 - Los temblores son una característica muy temprana. Al comienzo sólo se nota en los dedos y en las manos, aunque pueden venir acompañados de una sensación de hormigueo en la musculatura interna. Cuando el temblor se agrava, aparecen interferencias con tareas tales como afeitarse o vestirse. La lengua, las extremidades y el tórax pueden empezar a temblar en casos más agudos.
 - La hiperactividad autonómica (sudoración, taquicardia, etc.) es un síntoma del cuadro de abstinencia del alcohol. Ansiedad, irritabilidad, inquietud, etc. son también características del síndrome referido. Anorexia, náuseas y vómitos pueden añadirse al cuadro típico de cesación del trastorno alcohólico.
 - Es frecuente que haya insomnio, y puede haber alucinaciones visuales o auditivas antes de quedarse dormido o al despertar. Los síntomas y signos alcanzan su máximo al tercer día después de dejar de beber, y luego empiezan a desaparecer, de tal modo que para el final de la primera semana sólo se observan en el sujeto trastornos menores.
- En la mayoría de los casos no se llega a la fase de delirium tremens ni ataques convulsivos graves.

Delirium tremens:

- Se produce en algunos alcohólicos como consecuencia del cese de consumo de alcohol, como una exageración de los síntomas pronunciados de la abstinencia.
- Los síntomas comienzan entre el segundo y cuarto día de abstinencia, y de no existir mortalidad suele terminar con un episodio de sueño que se puede prolongar durante muchas horas.
- El síndrome comienza con ansiedad, insomnio, temblores, taquicardia y transpiración fuerte.
- A continuación tiene lugar la fase de delirium con desorientación, fluctuación del nivel de consciencia, alucinaciones, miedo intenso y temblores con agitación motora. El término tremens alude expresamente a estos síntomas motores. El temblor es grave, generalizado y se comunica a las estructuras adyacentes, de tal modo que cuando el paciente se acuesta, incluso la cama puede ponerse a temblar.
- En algunos casos, aunque raros, pueden aparecer crisis convulsivas y progresar hasta el estado epiléptico tipo gran mal, en el cual a cada convulsión le sigue inmediatamente otra, sin darle tiempo al sujeto de recuperar la consciencia.
- Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas y táctiles, y su contenido atemoriza al sujeto.
- Cuando hay delirios, éstos son de naturaleza paranoide y pueden entenderse, en parte, como intentos del paciente de explicar sus alucinaciones.
- El delirium tremens, por regla general, se agrava durante la noche, período en que la ausencia de los estímulos normales, la restricción del contacto humano y la disminución de la iluminación y del ruido agravan el estado delirante.

Alucinosis alcohólica:

- Episodio con síntomas psicóticos que se produce tras una fuerte intoxicación alcohólica en la que el individuo ha estado consumiendo dosis grandes de alcohol durante varios días. Durante este episodio no hay desorientación ni pérdida de consciencia.
- Aparecen alucinaciones auditivas de contenido amenazante y acusador.
- Las alucinaciones visuales son muy poco frecuentes.
- Aunque no es lo más usual, también pueden presentarse ideas delirantes congruentes con las alucinaciones que hacen pensar en un esfuerzo del individuo por situar estas alucinaciones en un contexto coherente.

- La psicosis casi siempre empieza a aliviarse cuando el paciente suspende su ingestión alcohólica, con excepción de los bebedores excesivos con síntomas demenciales marcados, y entre aquellos pacientes que más tarde se diagnosticarán como esquizofrénicos.

📖 Amnesias parciales (Blackout):

- Se manifiesta como una amnesia total o parcial para lo ocurrido mientras el individuo estaba ebrio.
- Los períodos de amnesia pueden durar horas, e incluso días.
- Estas amnesias pueden ser el resultado de los efectos tóxicos del alcohol sobre los procesos de la memoria. Durante la fase de embriaguez, el alcohólico puede retener en su memoria lo percibido, pero el olvido se produce muy rápidamente. Sin embargo, algunos datos nos hacen pensar que la consolidación se ha llevado a cabo, ya que algunos alcohólicos informan recuperar el recuerdo de los acontecimientos olvidados cuando vuelven a ingerir alcohol.
- Kopelman (1991) describe tres formas de amnesia alcohólica:
 - Amnesia dependiente del estado: en la que el individuo cuando está ebrio, esconde dinero y bebida que no puede encontrar cuando está sobrio. Sin embargo, en el siguiente episodio de ingesta se dirige directamente al escondite.
 - Amnesia fragmentaria: no existe una demarcación clara del momento en el que aparece o finaliza la pérdida de memoria, y que se caracteriza por presentar “islotos” de recuerdos preservados de los periodos que abarca la amnesia.
 - Amnesia en bloque: tiene un comienzo y un final muy bien definidos. Cuando el individuo supera el periodo amnésico describe una sensación de “tiempo perdido” sin islotos de recuerdos preservados. Estos episodios pueden transcurrir en forma de “fugas” durante las cuales el individuo puede llegar a perderse y a vagabundear. Una vez finalizado el episodio, la persona no recuerda nada y no tiene conciencia de la fuga. La duración de las fugas varía de minutos a días.

📖 Trastornos del sueño:

- La depresión que sobre el SNC ejerce el alcohol está acompañada de una disminución de la actividad electroencefalográfica y de un aumento de la amplitud de las ondas de menor frecuencia.

- Una sola dosis de alcohol dentro de límites moderados, si se toma antes de dormir, promueve el sueño durante la primera mitad de la noche y reduce la latencia al sueño de una forma dependiente de la dosis.
- Durante la segunda mitad de la noche se incrementa el MOR más allá de lo normal y el sujeto despierta. Por lo tanto, tomar alcohol antes de dormirse no produce en realidad ningún beneficio neto por lo que respecta a la cantidad o calidad del sueño.
- El consumo repetido de grandes cantidades de alcohol reduce de modo considerable o suprime totalmente el tiempo que se pasa en el estado MOR. Esto debería utilizarse como un indicador diagnóstico de dependencia física del alcohol.

4.1.2.- Crónicos.

Alteraciones cognitivas:

- Aproximadamente entre un 50 y un 70% de los alcohólicos presenta alteraciones cognitivas. En la mayoría de los individuos, después de una abstinencia prolongada, estas alteraciones se normalizan, si no total, al menos parcialmente.
- Las alteraciones cognitivas más frecuentemente asociadas con el consumo crónico de alcohol son:
 - Trastornos intelectuales y del razonamiento complejo,
 - Trastorno de la memoria
 - Trastornos de la atención.
- En pacientes alcohólicos adultos se ha constatado que el cociente intelectual (CI) global se sitúa en torno a la media poblacional. Sin embargo, en las pruebas que implican manipulación, coordinación sensoriomotriz compleja y velocidad, la ejecución de los alcohólicos es peor que la ejecución de los individuos normales.
- Una de las funciones cognitivas que se conserva intacta en los alcohólicos es la memoria a largo plazo, y especialmente la memoria para acontecimientos remotos. Sin embargo, cuando se evalúa el aprendizaje y recuerdo verbal y visual, se observa que los déficit de memoria correlacionan con el tiempo de abstinencia.
- Aquellos individuos que llevan años de abstinencia no se diferencian de los normales.

- Estos trastornos a los que hemos aludido son típicos de las alteraciones del lóbulo frontal y también han sido descritos en individuos con traumatismos frontales y en pacientes esquizofrénicos que mostraban una actividad frontal disminuida.
- Debido a que en los alcohólicos los deterioros más grandes se producen en tareas visoespaciales algunos autores han defendido la existencia de una disfunción del hemisferio derecho. Sin embargo, también se han descrito en tareas verbales que podrían suponer disfunciones del hemisferio izquierdo.

Encefalopatía de Wernicke:

- Descrito por Wernicke en 1885. Se presenta en alcohólicos crónicos con una nutrición deficiente.
- Tiene una fisiopatología característica con lesiones simétricas de las estructuras cerebrales que rodean al tercer ventrículo, al acueducto y al cuarto ventrículo.
- Se observa que estos pacientes están desorientados y con falta de atención. Muchos de ellos presentan una disminución de los niveles de consciencia y, en ausencia de tratamiento, se puede llegar al estupor, coma y muerte.
- Se evidencia otra sintomatología neurológica asociada: el nistagmus, la ataxia y la oftalmoplejia, con lesiones en los núcleos oculomotores, abducens y vestibular.
- Su etiología es debida a la falta de tiamina (vitamina B), típica en individuos que consumen crónicamente alcohol. Las deficiencias de vitamina B en los alcohólicos son el resultado de una combinación de malnutrición, absorción gastrointestinal reducida de la vitamina B, y disminución de su almacenamiento hepático y aprovechamiento. Estos últimos factores son inducidos por el consumo crónico del alcohol.
- Las deficiencias en los procesos de la vitamina B podrían tener un origen genético o adquirido y estas diferencias podrían explicar por qué no todos los adictos al consumo de alcohol desarrollan esta encefalopatía.
- Otra hipótesis etiológica es que el alcohol induzca per se neurotoxicidad, independientemente de los déficit en tiamina. De hecho está probado que el alcohol genera atrofia cerebral.

Síndrome amnésico de Korsakoff:

- Se caracteriza por un fuerte deterioro en las funciones de la memoria anterógrada y de la memoria retrógrada, apatía, y preservación de las capacidades sensoriales y otras capacidades intelectuales.

- No es usual que en individuos no alcohólicos, pero que han tenido una encefalopatía, se presente el síndrome de Korsakoff. Esto hace suponer que en la etiología de este síndrome la contribución de la neurotoxicidad inducida por alcohol tiene un peso específico. Sin embargo, se conocen casos de personas no alcohólicas que han desarrollado un síndrome amnésico de Korsakoff.
- Algunos autores han señalado que la fisiopatología de Wernicke puede provocar igualmente fuertes déficit de memoria. La distinción entre el síndrome de Korsakoff y la encefalopatía de Wernicke no es necesariamente clara y precisa. Desde el punto de vista patológico existe una superposición de las áreas afectadas en los dos síndromes. Debido a esta falta de demarcación clara entre ambas enfermedades, se ha propuesto, por varios autores, usar el término “síndrome de Wernicke-Korsakoff”, que describiría los dos síndromes.

Alteraciones de personalidad:

- A menudo en los individuos dependientes del alcohol, en los bebedores de abuso e incluso en los bebedores sociales se observan cambios de la personalidad que pueden repercutir en su vida social, laboral y familiar.
- Estos cambios normalmente implican tendencia a la irritabilidad, con pérdida de control y de inhibiciones.
- Estos individuos presentan también mayor incidencia de accidentes domésticos, absentismo laboral y una forma de conducción temeraria.
- Se han descrito también episodios agudos de conducta agresiva y violenta, con amnesia posterior de lo ocurrido.
- Schuckit (1973) propone explicar estas relaciones con una perspectiva evolutiva. Este autor defiende que si la conducta antisocial precede al alcoholismo en 7 a 10 años, se debe considerar que el trastorno primario es la conducta antisocial. Pero el alcohol puede conducir también a conducta antisocial.

Disfunción sexual:

- El alcohol afecta tanto a la conducta sexual como a la fisiología de la reproducción. El uso crónico del alcohol produce una atrofia en las gónadas de ambos sexos (testículos y ovarios), generando trastornos eréctiles y disminución de la espermatogénesis en el hombre y menor fertilidad en la mujer.
- Es un hecho clínico repetidamente observado que tanto el hombre como la mujer dependientes y/o que abusan del alcohol, presentan trastornos sexuales:

- Los hombres pueden manifestar alteraciones de todas las fases de la respuesta sexual, disminución del deseo, trastornos eréctiles e inhibición orgásmica. Los trastornos sexuales ligados a la condición de alcoholismo crónico
- En la mujer son menos conocidos, habiéndose descrito, no obstante disfunciones sexuales, fundamentalmente disminución del deseo y anorgasmia, así como problemas de pareja.

4.2.- TRASTORNOS ASOCIADOS.

☞ El alcohol ha sido implicado como el agente responsable de una variedad de disfunciones psiquiátricas, y paralelamente, problemas psiquiátricos han sido descritos como causas de la dependencia del alcohol.

4.2.1.- Esquizofrenia.

☞ El análisis de la relación entre esquizofrenia y alcoholismo es complejo, ya que hay muchas maneras en las que los dos trastornos pueden interaccionar.

- El abuso y dependencia del alcohol pueden ser crónicos, y en su curso la esquizofrenia podría aparecer de una forma concurrente.
- La esquizofrenia podría ser una causa del efecto tóxico del alcohol, o exacerbar una psicosis crónica.
- Finalmente, el abuso y la dependencia alcohólica podrían ocurrir como consecuencia de la psicosis.

☞ Un serio examen de los datos obtenidos hasta el momento parece indicar que aunque esquizofrenia y alcoholismo pueden coincidir en el mismo sujeto, la combinación no es común. No obstante, es importante notar que un paciente alcohólico puede desarrollar síntomas psicóticos (alucinosis aguda, delirium tremens, etc.) que no indican que el sujeto esté padeciendo esquizofrenia y que, aun teniendo toda clase de reservas sobre los estudios efectuados hasta el momento, parece que muy pocas alucinosis alcohólicas acaben desarrollando esquizofrenia.

4.2.2.- Trastornos del estado de ánimo.

- ☞ A menudo, el consumo excesivo y crónico de bebidas alcohólicas se asocia con depresión, pero generalmente la depresión parece ser una consecuencia y no una causa de la bebida.
- ☞ Los episodios depresivos pueden ser severos y cumplir los criterios diagnósticos para la depresión. En la mayoría de los casos, los síntomas desaparecen o mejoran en un período de tres a cuatro semanas de abstinencia al alcohol.
- ☞ Muchos de estos episodios depresivos pueden ser una causa directa de la acción farmacológica y/o tóxica de alcohol.
- ☞ Se pueden ofrecer diferentes explicaciones que, antes que contradictorias entre sí, tienden a ser complementarias:
 - El abatimiento del humor puede desarrollarse como una reacción mental comprensible a las consecuencias que los hábitos de beber le imponen al alcohólico.
 - La depresión puede tener su origen en cuadros neuroquímicos que tienen lugar como consecuencia de la ingestión excesiva de alcohol.
 - La combinación de la dependencia del alcohol y la depresión se encuentra en la personalidad de los dependientes. Es decir, algunas personas empiezan a beber en exceso en parte porque tienen un temperamento crónicamente disfórico sobre la vida y sobre sí mismos, y por ello reaccionan de manera neurótica con depresión ante las tensiones psicológicas.
 - La relación se encuentra en la aparición de una o más fases de depresión en individuos que tienen personalidades básicamente sanas, pero que beben mucho a fin de aliviar sus tensiones emocionales y trastornos afectivos.
- ☞ Algunos individuos con trastornos bipolares del ánimo desarrollan problemas con el alcohol, y viceversa. En estos casos, la ingesta de alcohol es más probable que aumente durante los episodios maníacos que durante las depresiones. Sin embargo, la cuestión está aún sin determinar, dado el limitado número de estudios con los que se cuenta.
- ☞ La sintomatología depresiva resultado del abuso excesivo del alcohol es en parte responsable de la alta proporción de suicidios en los sujetos consumidores. Es interesante destacar que los suicidios asociados al alcohol pueden darse tanto en estados de intoxicación como en estados de sobriedad.

4.2.3.- Trastornos de ansiedad.

- ☞ Existe una enorme base de datos sobre prevalencia, curso y desarrollo, predisposición genética y eficacia de tratamientos que han comparado aspectos conductuales, farmacológicos y psicoterapéuticos.
- ☞ La mayoría de los estudios se han centrado en estados de ansiedad, tales como ansiedad generalizada, ataques de pánico y fobias.
- ☞ Aunque hay algunos estudios que parecen indicar que los estados de ansiedad preceden al abuso o dependencia de la bebida alcohólica, otros demuestran un incremento del estado ansioso durante períodos de abuso de alcohol, seguidos de una mejora sustancial en subsecuentes períodos de abstinencia.
- ☞ Todas estas observaciones sugieren que la ansiedad puede haber jugado un papel en el desarrollo de la dependencia del alcohol, aunque la relación entre ambos tipos de trastornos permanezca oscura y sea necesaria más investigación para resolver esta cuestión satisfactoriamente.

4.2.4.- Celopatía

- ☞ Las dudas y sospechas patológicas respecto a la fidelidad del compañero sexual son excusas que tanto hombres como mujeres acuden con frecuencia para explicar su dependencia al alcohol.
- ☞ Los sentimientos de celos van desde sospechas ligeras y transitorias, cuando el individuo se encuentra intoxicado, hasta las convicciones firmes que persisten durante la abstinencia. Tales acusaciones de celos pueden venir acompañados de violencia.
- ☞ Tradicionalmente, la celopatía en los individuos que consumen excesivo alcohol se considera el resultado tanto de los efectos tóxicos de la sustancia en sí como de las reacciones del sujeto ante las dificultades sexuales que el alcohol ocasiona en los bebedores abusivos.
- ☞ La impotencia sexual y la pérdida de interés en el acto sexual son frecuentes entre los hombres dependientes como efecto transitorio inmediato a la intoxicación alcohólica y como efecto duradero a largo plazo.