

Centros de Integración Juvenil, AC

**DIRECCIÓN DE TRATAMIENTO Y
REHABILITACIÓN**



**Manual para el Abordaje de los Trastornos por el
Uso de Alcohol (TUA) 2017**



Hangover (The drinker)/Toulouse

DIRECTORIO

Dr. Jesús Kumate Rodríguez
Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

Dr. Roberto Tapia Conyer
Presidente del Patronato Nacional

Sra. Kena Moreno
Fundadora de CIJ y Vicepresidenta Vitalicia del Patronato Nacional

Mtra. Carmen Fernández Cáceres
Directora General

Dr. Ricardo Sánchez Huesca
Director General Adjunto Normativo

Dr. Ángel Prado García
Director General Adjunto de Operación y Patronatos

Lic. Iván Rubén Rétiz Márquez
Director General Adjunto Administrativo

Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado
Director de Tratamiento y Rehabilitación

Revisión:

Mtro. F. Iván Huerta Lozano

Elaboración:

Dra. Ana Belén Ramírez López

Dr. Edgar Vázquez Salcedo

INDICE

- I. Introducción
- II. Justificación
- III. Antecedentes
- IV. Marco teórico
 - 1. El alcohol en la sociedad
 - 2. Concepto y definición: desde “*alcoholismo* hasta *trastornos por el uso de alcohol*”
 - 3. El alcohol como sustancia psicoactiva y legal
 - 4. Situación actual del alcoholismo (su lugar dentro del policonsumo)
 - 5. El consumo de alcohol en CIJ
 - 5.1 Características sociodemográficas
 - 5.2 Motivo de demanda del servicio
 - 5.3 Patrones de consumo
 - 5.4 Tipo de consumidores
 - 6. Consumo de alcohol según etapas vitales y situaciones de vulnerabilidad
 - 7. Patología Dual, Comorbilidad Física y Social en pacientes con TUA
- V. Abordaje de los Trastornos Inducidos por alcohol y los Trastornos por el Uso de Alcohol
 - 1. Síndrome de Intoxicación por Alcohol
 - 2. Síndrome de Abstinencia por Alcohol

- 2.1 Delirium Tremens o Delirium por Abstinencia alcohólica
- 3. Trastorno por el Uso de Alcohol: Abuso y Dependencia
 - 3.1 Tratamiento Farmacológico
 - 3.2 Alternativas de Abordaje Psicológico
 - 3.2.1 El alcohol, un “analgésico psíquico”
 - 3.2.2 Consideraciones preliminares para el abordaje de los trastornos por el uso de alcohol
 - 3.2.3 Intervención o Consejo Breve
 - 3.2.4 Entrevista motivacional
 - 3.2.5 Psicoterapia individual
 - 3.2.6 Psicoterapia grupal
 - 3.2.7 Terapia familiar
 - 3.2.8 Tratamiento de prevención de recaídas
 - 3.2.9 Tratamiento de la patología psiquiátrica asociada a los TUA
 - 3.2.10 Manejo clínico de la patología dual

VI. Diagramas para el Abordaje de los TUA

VII. Apéndice

Dispositivos de apoyo al tratamiento profesional, los Grupos de Ayuda Mutua

VIII. Bibliografía

*...si volviera el amor, si tuviera un hermano,
un amigo, un sueño en la mano,
moriría ese dolor de buscar el calor en el cruel laberinto
de este vaso de alcohol, de estas calles sin sol...*

Rodrigo González, Distante instante

I. INTRODUCCIÓN

Este Manual es un material de apoyo a los Equipos Médico Técnicos (EMT) que ofrecen sus servicios a personas con Trastornos por el uso de Alcohol (TUA), que en primera instancia se desempeñan en cada uno de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) e indudablemente está disponible para todo aquel que lo considere útil en su quehacer profesional.

Abordando la problemática actual del abuso y dependencia de alcohol, datos relevantes muestran que más de la mitad de los pacientes dentro de esta ciénaga han presentado otro trastorno mental subyacente a lo largo de su vida, lo que prevalece por encima de la población general, esto podría explicar la incidencia de los complejos casos actuales, que exigen mayor dedicación y actualización profesional para su abordaje y dirección, esta coexistencia explicada por la presencia de un Trastorno por el uso de Sustancias y otro Trastorno Mental, se conoce como *Patología Dual* (Casas y Guardia, 2002, p. 195), una dualidad que actualmente tiene una gran relevancia dentro de la atención de personas con problemas relacionados al consumo de sustancias. Es evidente y exponencial la complejidad en los patrones de consumo, por lo que debe tomarse en cuenta al decidir la terapéutica óptima para los pacientes y familiares inmersos en las dificultades que el alcohol representa en sus vidas y quienes acuden a Centros de Integración Juvenil solicitando ayuda.

En cuanto a los modelos de tratamiento disponibles, CIJ otorga atención Profesional especializada para los TUA, por lo que el conocimiento que a continuación se desarrolla es basado en la Evidencia Clínica y para uso intencionado de los Profesionales de la Salud «Médicos, Psicólogos y Trabajadores sociales».

II. JUSTIFICACIÓN

Según la ENCODAT 2016-2017 para la población entre 12 a 65 años se observó un consumo de alcohol *per cápita* de 4.58, el consumo de al menos una vez en la vida tuvo una prevalencia de 71%, consumo en el último año de 49.1%, en el último mes del 35.9%, consumo excesivo en el último año de 33.6%, consumo excesivo en el último mes del 19.8%, consumo diario de 2.95%, consumo consuetudinarios de 8.5%, 4% con abuso de alcohol y 2.2% con dependencia, y lo que es alarmante, del total de esta población sólo el 3.9% han recibido tratamiento. El uso de alcohol y sus consecuencias representan la cuarta causa de mortalidad en México acorde a la ENSANUT 2012 y representa el 6.5% de la carga total de enfermedad en México para el año 2015 acorde al Informe Sobre La Salud de los Mexicanos Diagnóstico General De La Salud Poblacional (p.146). Según los resultados de la ENA 2011, el 6.2% de la población entre 12 a 60 años presenta un trastorno por el uso de alcohol, lo que equivale a cerca de 7 millones de mexicanos. El desarrollo de estos trastornos podrían explicarse como consecuencia a la interacción y superposición de múltiples factores, como anormalidades cerebrales, vulnerabilidad genética y/o ambiental, así como la exposición temprana a situaciones de estrés o trauma, lo que *per se* los posiciona como padecimientos complejos.

El consumo de alcohol visto como un grave problema de salud data de hace casi 90 años, los abordajes han evolucionado, siendo actualmente modalidades de tratamiento diversas desde el punto de las ciencias médicas y psicosociales, por lo que la atención de los Trastornos por Uso de Alcohol deben involucrar la participación tanto de Profesionales, Grupos de Ayuda Mutua o Ayuda Mixta (profesionales y grupos de ayuda mutua).

En el caso de CIJ, una Institución que otorga una atención profesional y especializada, sus estrategias terapéuticas y de tratamiento van dirigidas a brindar los mayores beneficios posibles a los pacientes, mediante atención profesionalizada (Médicos, Psicólogos y Trabajadores Sociales), por lo que el desarrollo de herramientas que simplifiquen y fortalezcan su práctica clínica, debe caminar a la par de las demandas de las vivencias y padecimientos actuales de los y las pacientes y con la evidencia que día a día comparten quienes dedican su vida al estudio de estos padecimientos.

III. ANTECEDENTES

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más antiguas en la historia de la humanidad (Muñoz, 2010), actualmente, su abuso y dependencia representan grandes problemas de Salud Mental y Pública, repercutiendo de manera importante en la calidad de vida de los usuarios, de sus familias, de las personas cercanas a ellos, de la sociedad a la que pertenecen.

El consumo actual de alcohol afecta de manera importante no sólo a hombres de edad media, sino también a mujeres, con un inicio del consumo que predomina en la adolescencia como período crítico. Según la ENSANUT 2012, el consumo de bebidas alcohólicas en adultos aumentó considerablemente del 2000 al 2012, observándose las siguientes prevalencias de consumo en el total de adultos mexicanos: 39.7% en 2000, 34.1% en 2006 y 53.9% en 2012. En los hombres el aumento fue de 56.1% en el año 2000 a 67.8% en el año 2012 y en mujeres de 24.3% en el año 2000 a 41.3% en el 2012, por lo que se observa un aumento significativo de consumo en estos grupos de edad.

Siglos atrás se observaba un consumo mayormente relacionado con eventos civiles y rituales religiosos que lo justificaban, durante la Conquista Española se modificaron los patrones tradicionales de consumo, transformándose de uso especialmente limitado, a un consumo indiscriminado (Berruecos, 2013), este consumo indiscriminado persiste al día de hoy, pues el alcohol forma parte ya incluso de la dieta básica para un gran número de personas, funcionando como bebida “hidratante y relajante”, por lo que la necesidad exclusiva de una fiesta o ritual ya no es esencial, lo que puede explicarse analizando las características de nuestro contexto socioeconómico y cultural, en el que el acceso a bebidas alcohólicas desde los adolescentes es bastante sencillo, permisión que se ve favorecida por el no ejercicio de las normas y políticas establecidas respecto a la comercialización de bebidas alcohólicas y a los intereses económicos de las Industrias alcoholeras que enmarañan la problemática.

En CIJ se publicó anteriormente el “*Manual de Tratamiento para Personas que tienen Problemas con su forma de Beber*” con vigencia al año 2016, un manual cuyo enfoque Cognitivo-Conductual permitía guiar a los EMT en su práctica, brindando herramientas para que los pacientes con abuso o dependencia de alcohol desarrollaran la capacidad de remitir y/o prevenir su consumo mediante el entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales de afrontamiento ante situaciones de riesgo.

En esta ocasión construimos y diseñamos un Manual para un abordaje Clínico Práctico que da a los EMT la posibilidad de abordar a los pacientes con los TUA acorde a sus particularidades y necesidades, partiendo de una atención multidisciplinaria.

IV. MARCO TEORICO

1. El alcohol en la Sociedad

El consumo de bebidas alcohólicas, desde el punto de vista antropológico, data de casi el inicio de la existencia del hombre, su consumo tiene múltiples connotaciones y relaciones históricas que obedecían a las necesidades sociales de dichos contextos, documentado su consumo inicial y efectos tóxicos descritos por los egipcios (5000 a.C.), para quienes podían cumplir la función de alimento, uso festivo, medicinal, religioso y/o funerario. En Grecia acontecieron las funciones del alcohol de forma similar a la de los egipcios, el consumo de vino era tan valioso que se deificó el cultivo de la vid y la elaboración e ingesta de vino, siendo *Dionisios* su representante. En Roma también adoptaron a Dionisio como deidad representativa del alcohol, pero transformaron su segundo nombre "*Bakchos*" en *Bacchuso* o *Baco* y a su nombre practicaban "*bacanales*", que fueron ritos de culto en los cuales se bebían cantidades desmesuradas de alcohol y se practicaban tan irresponsablemente que terminaron por suspenderse (Pastor, 2007).

A partir del año 1100 d.C. los árabes introdujeron el alambique, lo que dio lugar a la aparición de bebidas destiladas, las cuales se caracterizan por contener un mayor grado de alcohol en su totalidad, en la Edad Media se produce el *aqua vitae-alkol* que actualmente es conocida como "agua ardiente", la palabra *alkol* significa "esencia básica de la materia" en árabe, desde entonces teniendo gran significado en la vida del hombre. De manera general se cuenta con 2 tipos fundamentales de bebidas alcohólicas, las fermentadas y las destiladas, que se universalizaron persistiendo sus fines básicos de utilización hasta nuestros días. Así fue que por y a pesar de sus efectos psicoactivos, las bebidas alcohólicas se convirtieron en un negocio bastante lucrativo, que interesadamente contribuyó a su abuso y como consecuencia a la aparición e identificación de enfermedades físicas y mentales.

En la segunda mitad del siglo XIX con las revueltas industriales, se identificó el peso de enfermedad atribuida al abuso de alcohol, ya que los obreros tras largas jornadas laborales y explotación laboral, consumían cantidades perjudiciales de bebidas alcohólicas para "enmascarar" los efectos de la fatiga crónica y fueron los *higienistas* quienes a final del siglo XIX mencionaron que "*El alcohol da fuerzas para trabajar, pero provoca enfermedades degenerativas*" (Pastor, 2007).

Al día de hoy las situaciones que dan pie al abuso y uso de alcohol, siguen componiendo un abanico de posibilidades que tienden a predominar algunas sobre otras entre las distintas sociedades, hay factores biológicos, afectivos, hedónicos y sociales involucrados en el consumo excesivo de alcohol, lo que va de la mano con las "exigencias" actuales, donde la frustración de no conseguir o alcanzar lo "impuesto" para una vida de consumo, de competitividad e individualismo, bajo un deterioro en las relaciones personales y sociales, donde la poderosa industria alcoholera con el apoyo del no ejercicio de las políticas públicas favorecen su mercado y consumo, una comercialización que no discrimina edades, ni sexo, tampoco condición socioeconómica y otras importantes vulnerabilidades, lo que

propicia la permanencia del consumo, empañando la delgada línea entre un consumo sano y uno nocivo bajo contextos sociales de violencia y carencia.

2. Concepto y definición “desde alcoholismos hasta TUA”

De las explicaciones más antiguas y fundamentales respecto a los TUA, tenemos a Séneca de la antigua Roma, quien logra diferenciar entre el estado de intoxicación y el estado de dependencia al alcohol, posteriormente, Chaucer, en Inglaterra, también observó diferencias entre los consumidores de alcohol, algunos quienes desarrollaban dependencia y otros quienes no desarrollaban dependencia a pesar del abuso de dichas bebidas. En 1849 se dio la conceptualización de la palabra “alcoholismo” por Magnuss Huss, quien describía las consecuencias físicas de un consumo masivo y prolongado, cuyo concepto es muy similar a los establecidos actualmente (Organización Mundial de la Salud, 1994). Benjamin Ruch (siglo XVIII) habla de la “ebriedad habitual” causada por los “licores espirituosos” como una condición involuntaria, cuya única cura es la abstinencia total, misma condición terapéutica con validez clínica a nuestros días. La concepción anterior, da lugar a la construcción del primer hospital para “ebrios” en E.U.A. y en 1869 posterior a la edificación de decenas de hospitales para el mismo fin, se construye el Asilo de la Ciudad de Nueva York, utilizando el lema “la intemperancia es una enfermedad”, esto relacionado con el “periodo de la temperancia” (siglo XIX y principios del XX) que se caracterizaba por fuertes ideas moralistas, explicando que el alcohol era consumido por personas de insuficiente fuerza moral o débil voluntad, lo que desencadenaba cuadros de intoxicación repetitivos (Sánchez-Mejorada, 2007).

A partir de los años 1930 se revoluciona el concepto de alcoholismo y comienzan a plantearse hipótesis del *alcoholismo como enfermedad*, es entonces que aparece *Alcohólicos Anónimos* y comienza el estudio científico de esta enfermedad. En estos años sobresale del Dr. William D. Silkworth, médico que dedicó su vida al estudio y tratamiento de los pacientes alcohólicos en el Hospital Towns de Nueva York, donde se procedía a la desintoxicación etílica de los pacientes. Entre 1933 y 1934, Bill Wilson, futuro cofundador de Alcohólicos Anónimos, ingresó en cuatro ocasiones a este hospital para recibir atención a su problema de alcoholismo, así fue que construyó una relación íntima con Silkworth. En el transcurso de estos años, el Dr. Silkworth explicó a Bill W. que su problema con el alcohol no se trataba de una falta de moral o de voluntad, sino se trataba de una enfermedad, una enfermedad causada por una “*alergia física y una obsesión mental al alcohol*”, con estas palabras Silkworth se refería a una compulsión y pérdida de control ante la sustancia, a lo que daba una explicación fisiopatológica. Bill emitió una declaración interesante en relación a su dependencia de alcohol como reflexión a una explicación del Dr. Silkworth:

Los que hemos sufrido la tortura alcohólica tenemos que creer que el cuerpo del alcohólico es tan anormal como su mente. No nos convencía la explicación de que no podíamos controlar nuestra manera de beber sencillamente porque estábamos desadaptados a la vida; porque estábamos en plena fuga de la realidad; o porque teníamos una franca deficiencia mental. Estas cosas eran verídicas hasta cierto punto y, de hecho, en grado considerable en algunos de nosotros, pero además, estábamos convencidos de que nuestros cuerpos también estaban enfermos, y opinamos que es

incompleto cualquier cuadro del alcohólico que no incluya este factor físico. Alcoholics Anonymous World Services Inc (A.A. World Services, 1990 en Sánchez-Mejorada, 2007).

Por lo que gracias a la entrega de Silkworth al estudio del alcoholismo permanecen dos aportaciones fundamentales desde entonces y hasta nuestros tiempos:

1. En el alcoholismo influyen factores biológicos y psicológicos, lo que rompe con la visión reduccionista y moralista.
2. El fenómeno de compulsión es de carácter biológico y la solución es la abstinencia total al alcohol.

Al mismo tiempo que Silworth atendió a miles de alcohólicos en el Hospital Towns, Norman Jolliffe, Mark Keller y E.M. Jellinek comenzaron a estudiar el alcoholismo desde el punto de vista científico en el Hospital Psiquiátrico de Bellevue de Nueva York (Sánchez-Mejorada, 2007). Jellinek fue una figura fundamental en el inicio del abordaje de los TUA, definió alcoholismo a “Todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad, o a los dos” y subdividió el concepto en distintos tipos de alcoholismo “especies” designadas con letras griegas (Bolet y Socarrás, 2003).

En 1956 la Asociación Médica Americana (AMA) publicó la siguiente recomendación respecto al alcoholismo “El alcoholismo debe ser visto dentro del contexto de la práctica médica. El consejo de salud de la AMA, su comité de alcoholismo y la profesión médica en general reconocen el Síndrome del Alcoholismo como enfermedad que indudablemente debe recibir atención de los médicos” (Sánchez-Mejorada, 2007).

En 1972 el National Council on Alcoholism establece los primeros criterios que describen un síndrome de tolerancia y abstinencia al alcohol. En 1975 Edwards y Gross describen el conjunto de 7 criterios que aunque posteriormente modificados, el día de hoy definen el síndrome de dependencia al alcohol. Cuatro años después la Organización mundial de la Salud desaprobó el concepto de “alcoholismo” ya que contaba con diversas inconsistencias para lo que estableció el término de “**Síndrome de dependencia del alcohol**” y lo definió como “un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y que acaban interfiriendo en la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor”, desde entonces la palabra “alcoholismo” no aparece dentro de la clasificación internacional de enfermedades en su versión 10 (CIE-10); el autor español Alonso Fernández lo define como el daño biológico, psicológico o social inherente a la ingestión inadecuada del tóxico. (Bolet y Socarrás, 2003). Respecto a la integración del diagnóstico de dependencia del alcohol por el DSM, en 1987 se publica la III edición en la cual los criterios de Tolerancia y Abstinencia no son imprescindibles para integrar su diagnóstico.

Al día de hoy el CIE-10 y el DSM-IV-TR nombran a estos trastornos por el uso de alcohol en dos importantes trastornos: ***el abuso de alcohol y la dependencia de alcohol***. También clasifica a los trastornos inducidos por el alcohol como el ***síndrome de intoxicación y de abstinencia etílica***, estos últimos suelen representar gran demanda de atención los servicios de medicina crítica y urgencias, los cuales suelen ser complicaciones importantes tanto del abuso como de la dependencia de alcohol.

Por otro lado, el DSM V plantea a estos trastornos por consumo de sustancias en una sola entidad, los Trastornos por consumo de alcohol, que engloban tanto al Abuso como a la Dependencia (dependiendo de la gravedad y el tipo de síntomas) pues consideran ambas entidades como un *continuum* y por otro lado los Trastornos inducidos por el alcohol donde permanecen Intoxicación y Abstinencia, y el resto.

Para enfatizar *el trabajo de las mujeres* y reconociendo su gran labor, mencionaremos mujeres que en primer plano lograron sobreponerse a su Trastorno por Uso de Alcohol y en segundo plano, lograron ir muy lejos, luchando para el reconocimiento y atención del alcoholismo como enfermedad. Tenemos casos excepcionales y admirables como el de Marty Mann, una verdadera pionera, quien nació en Chicago, fue la primera mujer homosexual que perteneció a AA, murió con más de cincuenta años de sobriedad, por lo que también es considerada la primera mujer en lograr la recuperación en A.A., llegó en 1939 a A.A. y trabajó incansablemente hasta el final: trabajó en la fundación de AA Grapevine; fundó junto con Bill W. el Consejo Nacional Contra el Alcoholismo actualmente conocido como National Council on Alcoholism and Drug Dependence Inc. en su país natal; escribió libros autorizados sobre el alcoholismo; influyó de manera importante en la legislación del alcoholismo de manera estatal y nacional; trabajo para la mayor comprensión del abuso de alcohol, prevención de los TUA y la Ley de Rehabilitación de 1970, entre otras muchas más. (Desdeakron.blogspot.mx, 2011)

En 1944 al fundarse el Consejo Nacional Contra el Alcoholismo Marty Mann comunicó 3 principios fundamentales que persisten hasta nuestros días:

1. El alcoholismo es una enfermedad y el alcohólico es una persona enferma.
2. El alcohólico puede ser ayudado y vale la pena ayudarlo.
3. El alcoholismo es un problema de salud pública y por lo tanto una responsabilidad pública. (National Council on Alcoholism and Drug Dependence Inc., 2017)

A continuación unas palabras de Marty Mann por A.A.:

Las mujeres alcohólicas tienen en verdad problemas muy especiales. La doble moral trabaja en su contra al igual que el tiempo, “a nadie le gusta ver a una mujer borracha”, es la frase que el mundo repite y que hemos oído hasta sentir náusea. A nosotras tampoco nos gusta verla entre nosotras, mucho menos verla en el espejo, pero si se es alcohólica no hay muchas opciones. En el escenario del rechazo social, hay algo que las mujeres hacen: beber escondidas, encerrarse y presentarse al mundo de vez en cuando, envueltas en excusas y justificaciones que equivalen a una invalidez crónica: invalidez física, mental y espiritual. En estos juegos de ocultamientos las mujeres desconocen cada vez más sus verdaderos pensamientos y sentimientos, que son reemplazados por una gran culpa. Por esta vía pueden llegar a otra puerta falsa, talvez peor que el alcoholismo, porque las separa más de su propia conciencia: los sedantes y otras drogas.

Familia llena de vergüenza, refuerza el ocultamiento, frecuentemente con consecuencias fatales, porque no se solicita a tiempo la atención médica y psicológica necesaria. ¿Qué ha matado a tantas alcohólicas “protegidas” por sus parientes?, ¿el

alcoholismo?, ¡No!, ¡Definitivamente no!, ha sido el estigma. (Marty Mann en Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2003)

También podemos mencionar a Betty Ford (Elizabeth Ann Ford), quien se convirtió en primera dama cuando el presidente Nixon renunció e hizo a su vicepresidente Gerald Ford el presidente interino. Betty fundó el reconocido centro de rehabilitación Betty Center en 1982 en California, con el objetivo de ayudar a todas las personas con dependencia sustancias, pero especialmente para ayudar a las mujeres con estos trastornos. Ella padecía Trastornos por Uso de Sustancias (Alcohol, Opiáceos y Benzodiacepinas) y logró confrontarlos. Muy distinguida por su gran labor social en diferentes ámbitos, por lo que es importante reconocerla junto con muchas otras mujeres que nunca dejaron de luchar para progresar en el terreno de las adicciones. (Biography.com, 2017)

3. El alcohol como sustancia psicoactiva y legal

El alcohol como sustancia psicoactiva

El *alcohol etílico*, también conocido como *etanol*, es una sustancia psicoactiva que se ingiere diluida en bebidas, su fórmula química es $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ ($\text{C}_2\text{H}_6\text{O}$ o $\text{C}_2\text{H}_5\text{OH}$) y pertenece al grupo de alcoholes alifáticos de cadena corta. Es un líquido incoloro, volátil, inflamable y mucho más hidrosoluble que liposoluble, además, con un sabor particular. Se obtiene principalmente de granos, frutos y tubérculos, los cuales son catalizados por levaduras para llevar a cabo la síntesis de carbohidratos más sencillos y posteriormente la producción de etanol (*fermentación*), también suele obtenerse por medio de la *destilación de sustancias fermentadas*, un proceso químico que se caracteriza por la separación de componentes de distintas mezclas, primero por medio de ebullición, lo que produce vapores que llegan a un condensador que se encarga de enfriarlos y posteriormente se logra obtener la sustancia de interés (Téllez y Cote, 2006). Mediante estas técnicas se producen distintos tipos de bebidas alcohólicas, cuyo porcentaje de alcohol y composición varían acorde a las particularidades de cada una y para el gusto de los bebedores.

Según la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-142-SSA1/SCFI-2014, BEBIDAS ALCOHÓLICAS. ESPECIFICACIONES SANITARIAS. ETIQUETADO SANITARIO Y COMERCIAL la Bebida alcohólica fermentada es el “producto resultante de la fermentación principalmente alcohólica de materias primas de origen vegetal, pueden adicionarse de ingredientes y aditivos permitidos en el Acuerdo por el que se determinan los aditivos y coadyuvantes en alimentos, bebidas y suplementos alimenticios, su uso y disposiciones sanitarias. Con contenido alcohólico de 2,0 hasta 20,0% Alc. Vol.” y la Bebida alcohólica destilada es el “producto obtenido por destilación de líquidos fermentados que se hayan elaborado a partir de materias primas vegetales en las que la totalidad o una parte de sus azúcares fermentables, hayan sufrido como principal fermentación, la alcohólica, siempre y cuando el destilado no haya sido rectificado totalmente, por lo que el producto deberá contener las sustancias secundarias formadas durante la fermentación y que son características de cada bebida, con excepción del vodka, susceptibles de ser abocadas y en su caso añejadas o maduradas, pueden estar adicionadas de ingredientes y aditivos permitidos en el Acuerdo por el que se determinan los aditivos y coadyuvantes en

alimentos, bebidas y suplementos alimenticios, su uso y disposiciones sanitarias. Con contenido alcohólico de 32,0 hasta 55,0% Alc. Vol.”

Cuando la persona ingiere etanol, este inicia a absorberse en el tracto gastrointestinal casi de inmediato, el tiempo total que dura la absorción de la cantidad de etanol ingerida varía de 4 a 6 horas, este intervalo depende de los tiempos del vaciado gástrico y/o de la presencia o ausencia de bolo alimenticio o quimo en la cámara gástrica. Un 20% se absorbe en el estómago, aproximadamente el 70-80% en el duodeno-yeyuno y hasta un 10% podría absorberse en el colon. Una mínima parte se oxida en el estómago por algunas isoformas de la enzima alcohol deshidrogenasa, lo que es conocido como metabolismo de primer paso, el cual podría comprometer o aminorar la toxicidad del etanol modificando su biodisponibilidad.

Cuando el etanol entra a la circulación se distribuye entre los distintos sistemas y tiende a concentrarse particularmente en el sistema nervioso central, sangre, ojo y tejido adiposo, atraviesa fácilmente tanto la barrera feto placentaria como la barrera hematoencefálica por difusión actualmente sospechada como facilitada. Del total de etanol absorbido, el 98% sufre biotransformación hepática mediante 3 procesos distintos: el sistema enzimático alcohol deshidrogenasa (velocidad de metabolización no dependiente de concentración), el sistema microsomal de oxidación (velocidad de metabolización concentración-dependiente) y el sistema catalasa, en los peroxisomas (importante a nivel cerebral). Desde este punto de vista existen 2 tipos de acetiladores debido a cierta variabilidad genética de la enzima: lentos (lactantes, adultos mayores, alcohólicos crónicos, hepatópatas, etc.) y rápidos. En los pacientes sanos predomina el sistema alcohol deshidrogenasa para metabolizar el etanol, a diferencia de los alcohólicos crónicos en quienes predomina el sistema microsomal de oxidación como una forma de compensar al sistema alcohol deshidrogenasa, pues el desempeño de este último es insuficiente para metabolizar los consumos continuos y abundantes, lo que explica mayores niveles séricos de acetaldehído y acetato (Izquierdo 2002; Téllez y Cote, 2006; Velasco, 2014).

La enzima alcohol deshidrogenasa convierte el etanol en acetaldehído, cuyos inhibidores son el 4-metilpirazol o femipazol. La enzima acetaldehído deshidrogenasa, convierte el acetaldehído en ácido acético, este se transforma en acetyl CoA la cual entra al ciclo de Krebs, dando lugar a la síntesis de cuerpos cetónicos, colesterol, ácidos grasos y reacciones de conjugación con distintos fármacos. La acetaldehído deshidrogenasa puede inhibirse por medio del disulfiram un medicamento actualmente utilizado para la deshabituación alcohólica, hay otros fármacos con fines terapéuticos distintos al tratamiento para los TUA como el metronidazol, nitrofuranos, sulfonilureas, y cefalosporinas, que también inhiben la acción de esta enzima. Por lo que resultado de los procesos anteriormente mencionados se consigue la desaparición del etanol del cuerpo humano a una velocidad de 8 a 12 ml/h (Izquierdo 2002; Téllez y Cote, 2006; Velasco, 2014).

Efectos a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC)

El abuso de etanol conlleva a la modificación tanto fisiológica como morfológica del Sistema Nervioso Central, ya que es uno de los sistemas diana para su toxicidad, tras su consumo crónico suelen afectarse distintas regiones del encéfalo, pudiendo identificarse:

atrofia cortical, compromiso de los lóbulos temporales, frontales, área prefrontal, sistema límbico y cerebelo, entre las áreas mayormente identificadas (Cristóvão, Broche y Rodríguez, 2015).

El etanol actúa predominantemente como *depresor no selectivo* de las funciones del SNC, de manera aguda potencia los efectos del ácido gamma-aminobutírico (GABA) en un importante número y tipo de sus receptores, lo que aumenta la conductancia o entrada del ion cloro a la célula y por tanto induce una hiperpolarización neuronal, con disminución de la excitabilidad y por lo tanto de las funciones de múltiples áreas del SNC. De manera contraria inhibe al receptor NMDA de aspartato-glutamato, por lo tanto, inhibe la vía glutamatérgica, la vía activadora más importantes del SNC, así como las distintas interacciones de esta vía con las de otros neurotransmisores (Velasco, 2014).

La aparente reacción estimulante inicial de una persona intoxicada por etanol, se debe a la pérdida de los mecanismos inhibitorios de control vía GABA por ser un depresor no selectivo, inhibirá además de las vías excitatorias, las vías inhibitorias. En un inicio, producirá una alteración de la conducta y el lenguaje, con activación del circuito cerebral de la recompensa, las personas suelen percibir euforia, confianza en sí mismos y en los demás, sensación de vitalidad, mayor velocidad “aparente” para la integración del pensamiento entre otras (Velasco, 2014 y Cristóvão, Broche y Rodríguez, 2015). Estas sensaciones y percepciones iniciales pueden desempeñarse como reforzadores positivos para la continuidad del consumo, principalmente para un consumo recreativo. Conforme mayor sea el grado de alcoholemia, mayor los signos y síntomas de depresión neurológica, por lo que si persiste la ingesta de alcohol posterior a los síntomas anteriormente mencionados, es muy probable que la persona comience con dificultades para la coordinación motora y del lenguaje, además de una conducta que podría depender de la personalidad del consumidor y/o el grado de intoxicación, pudiendo expresar y comportarse con autocompasión, confidencialidad, depresión y/o violencia, ya que anteriormente mencionamos la afección del área prefrontal, involucrada en la constitución de la personalidad de un individuo, un área que cuenta con un gran número de aferencias de otras áreas corticales y subcorticales, por lo que cumple un papel fundamental respecto a la profundidad de los sentimientos de una persona, con participación también en la respuesta de iniciativa y juicio (Snell, 2007). Además de lo anterior, la persona moderadamente intoxicada puede cursar con disartria, ataxia y labilidad emocional (Velasco, 2014).

De las funciones que suelen verse notablemente comprometidas durante la intoxicación etílica, se encuentran las de evaluación e integración sensitiva, es frecuente que las personas bajo efectos del etanol perciban una menor velocidad al conducir un automóvil que la velocidad a la que realmente circulan, tienden a percibir más alejados los objetos que lo que realmente pueden encontrarse, siendo incapaces de reconocer situaciones que ponen en peligro su vida.

Si el individuo permanece ingiriendo etanol, entonces se llegará a una depresión importante el SNC, observándose un paciente confuso, estuporoso o comatoso, con el riesgo de llegar a un paro cardiorrespiratorio.

Gracias a los estudios de neuroimagen cada vez más sofisticados, es posible observar una disminución en el metabolismo de glucosa en pacientes bajo intoxicación alcohólica y un aumento de la irrigación sanguínea en dichas áreas encefálicas. En estudios por emisión de positrones, se ha llegado a observar una disfunción serotoninérgica con menor sensibilidad durante la intoxicación etílica en hombres jóvenes con rasgos de la personalidad antisocial, quienes tienen mayor riesgo a desarrollar abuso y dependencia de etanol. Como ya se ha mencionado anteriormente, los efectos del GABA median las respuestas inhibitorias en la intoxicación, sin embargo, se hayan involucrados otros neurotransmisores como por ejemplo la Dopamina y Endorfinas en el reforzamiento positivo de esta condición aumentando su transmisión y siendo regulado por la amígdala, estas vías se han estudiado con mayor profundidad, al punto de que actualmente se cuenta con fármacos que actúan a estos niveles y que pueden indicarse como tratamiento actual de los TUA cuando el paciente sea candidato a ello, más adelante se abordarán particularmente (Izquierdo, 2002).

Anteriormente se pensaba el alcohol atravesaba la membrana lipídica de las células en el SNC por difusión simple y era así como podía ejercer sus distintos efectos, pero en los últimos años se han reconocido proteínas o receptores de membrana que interactúan con la molécula, predominantemente participan el sistema gabaérgico (GABA-A y GABA-B dosis respuesta) y el sistema glutamatérgico (etanol bloquea los receptores NMDA impidiendo la entrada de calcio a la neurona, bloqueo que también puede inhibir la salida de otros neurotransmisores como la dopamina, y noradrenalina). En cuanto a los receptores nicotínicos de acetilcolina y ya que los pacientes con algún TUA presentan un importante consumo de nicotina, hay una teoría que menciona que durante la intoxicación aguda de etanol (dosis bajas) ocurre un aumento de la transmisión de esta vía, lo cual suele expresarse como estimulación motora y mediación de propiedades de recompensa (consumo agudo). Respecto a los receptores de calcio dependientes de voltaje, al entran en contacto con el etanol se inhiben lo que impide el paso de dicho catión al interior de la célula. Los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico son estimulados durante la intoxicación aguda de etanol, por lo que a nivel de Núcleo Accumbens ocurre una liberación de ambos neurotransmisores, por lo que ambos son mediadores el uno del otro.

En el consumo crónico la respuesta de la serotonina está disminuida, esto se asocia con la disminución del control de impulsos, trastornos del afecto y agresividad, de forma aguda en pacientes que no presentan una dependencia crónica ocurre un efecto reforzador negativo, suelen cursar con disforia, trastornos afectivos y control de impulsos. En el caso del reforzamiento positivo, está relacionado con la activación del sistema dopaminérgico mesolímbico, se ha documentado que existe un aumento de dopamina en el N. Accumbens tras un consumo crónico de etanol, su ingesta aguda activa también el área tegmental ventral, lo que dará pie al aumento de descargas en neuronas dopaminérgicas tras la inhibición de interneuronas gabaérgicas. En cuanto al sistema opioide, la administración de etanol induce al aumento en la expresión génica de endorfinas y encefalinas en el encéfalo, con la consecuente síntesis de las mismas. Otros hallazgos científicos recientes informan acerca de un polimorfismo en la subunidad 6 del receptor GABA-BDZ, que podría ser un factor de riesgo neurobiológico para el abuso y dependencia de ambas sustancias y con posibilidad de transmitirse genéticamente (Izquierdo, 2002).

De manera que los efectos del etanol en el SNC se equilibran tanto por la inhibición de respuestas excitatorias como por la inhibición de respuestas inhibitorias, predominando los efectos inhibitorios tras potenciar la acción de neurotransmisores como el GABA y bloquear respuestas estimulantes como las del glutamato.

El siguiente cuadro explica de manera breve los efectos del etanol en su interacción con los distintos neurotransmisores (y/o sus receptores), proteínas y canales:

Cuadro. 1

Sistema	Efecto farmacológico	Manifestaciones clínicas
GABA, NA, 5 HT-3, DA, Opioide, Adenosina	+	Sedación/Activación/Euforia/Ansiolisis/Náuseas /Incoordinación
NMDA, Muscarínico, Canales Ca ++	-	Sedación y/o Amnesia

GABA=Acido Gamma Amino Butírico, NA=Noradrenalina, 5HT=Serotonina, DA=Dopamina, NMDA=N-Metil-D-Aspartato
(+)=Activación, estimulación, (-)=Inhibición.

Adaptado de: Rubio G., 2000 en Izquierdo 2002.

Como está bien descrito desde hace años y aún más hoy tras el gran interés en el entendimiento de las adicciones, el sistema mesolímbico funciona como regulador de la conducta de búsqueda y del sistema de recompensa, pertenece a un grupo de sistemas que funcionan mediante la señalización de dopamina, sus proyecciones tienen origen en el Área Tegmental Ventral (ATV) y se prolongan hacia el Núcleo Accumbens (NAcc) situado en la base del cuerpo estriado y la corteza prefrontal. Hay distintas vías que pueden dar pauta al aumento de niveles de dopamina en el sistema mesolímbico, una de ellas y que explica la liberación de dopamina relacionada con el consumo de etanol, es por la vía de las endorfinas. Gracias al avance científico y por medio de estudios altamente sensibles, como las técnicas de microdiálisis y estudios ultramicroscópicos recientes de la estructura de neuronas gabaérgicas aferentes al ATV, se han identificado receptores opioides Mu (μ) en estas neuronas aferentes, cuando estos son activados, inhiben la liberación de GABA en las neuronas del ATV y por tanto aumenta la liberación de dopamina en el NAcc. Como se ha mencionado anteriormente, ya que el etanol estimula la liberación de endorfinas y estas al ser ligandos para el receptor Mu, aumenta la liberación de dopamina, lo que explica los efectos placenteros que perduran el consumo de etanol. La acción de los opioides en el circuito de recompensa es tan trascendente que existen fármacos como la Naltrexona que actúa a nivel de este neurotransmisor y que es de elección como tratamiento para prevención de recaídas en pacientes que cursan con TUA (León, González, León, de Armas, Urquiza y Rodríguez, 2015).

Lo anterior es una explicación neurobiológica general de cómo el consumo de etanol desencadena dependencia, sin embargo, actualmente se han identificado múltiples relaciones con otras estructuras y circuitos encefálicos al circuito de recompensa (León et al., 2015).

Respecto a otras interacciones farmacológicas del etanol tenemos que el abuso de alcohol aumenta la depresión del sistema nervioso central que producen las benzodiazepinas y ocasiona posible amnesia anterógrada (especialmente con triazolam y las benzodiazepinas potentes y de vida media corta). Incrementa la toxicidad del clometiazol por disminución

de su metabolismo. Produce aumentos ocasionales de las litemias plasmáticas por un mecanismo no conocido, desencadena también una posible reacción de tipo aversiva al ketoconazol, algunas cefalosporinas (especialmente cefamandol, cefoperazona, cefotetán y latamoxef), con clorpropamida y con metronidazol. El ácido acetilsalicílico disminuye significativamente la oxidación gástrica del etanol, ocasionando un aumento de la biodisponibilidad de este último. Hay que tener en cuenta las posibles interacciones relevantes con anticoagulantes orales, antiinflamatorios no esteroideos, bloqueantes β -adrenérgicos, bromocriptina, digitoxina, digoxina, isoniazida, metotrexato, nifedipino, nitroglicerina, paracetamol, etc. (Nanni, 2014).

El alcohol como sustancia legal

Según la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2015) el consumo de alcohol aumentó en edades cada vez menores, la mayoría bebiendo su primera copa antes de los 14 años de edad, esto es un foco rojo para reflexionar acerca de los factores que están influyendo en pro de su consumo. Los cambios psicosociales que caracterizan los tiempos actuales repercuten un consumo normalizado desde edades tempranas y la percepción social respecto al consumo de bebidas alcoholizadas y sus consecuencias, es un factor que impacta de manera negativa.

Como se ha mencionado anteriormente, el consumo de alcohol representa una gran carga de morbimortalidad en México por sí sólo, junto con el tabaco, son las dos sustancias psicoactivas más consumidas en el mundo, por tanto, las que representan mayores costos por “dependencia” y a pesar de un panorama tan nocivo y decadente para quienes se encuentran inmersos en la problemática, su restricción de producción, comercialización, consumo y accesibilidad son mínimamente limitados, con baja diferencia de accesibilidad entre los distintos países actualmente (Menéndez y di Pardo, 2006).

La Escuela Chilena de Salud Pública, fue pionera en aterrizar la problemática del alcohol desde un punto de vista salubrista (epidemiológico y clínico) y de tomar iniciativas para reducir el impacto nocivo que desde los años cincuenta se había identificado, con una influencia positiva en toda Latinoamérica. Posterior a esto, México diseñó y aplicó el programa sobre “Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas” iniciando en el año de 1986 y vigente al día de hoy. Históricamente las iniciativas comenzaron tras el reconocimiento del alcohol como enfermedad mental y posteriormente reconocieron la gravedad del problema que representaba la cirrosis hepática alcohólica, sin embargo aún no se cuenta con algún programa diseñado específicamente para esta enfermedad (Menéndez y di Pardo, 2006).

El conjunto desnutrición/alcoholismo, ha sido considerado como la principal causa de letalidad en la cirrosis hepática, considerado como una clara expresión de marginalidad y pobreza que se vivían en los diversos sectores del país desde los años cuarenta (Flores y Espinosa, 1965; Celis y Nava, 1970; citados en Menéndez y di Pardo, 2006). Posterior al reconocimiento de fatal patología, se reconocen características que ya habían sido descritas desde principios del siglo XX, es decir, la dualidad entre trastornos del estado de ánimo como la depresión y alcoholismo, esquizofrenia y alcoholismo, bipolaridad y alcoholismo, por lo que desde entonces se reconoce esa íntima vinculación patológica que potencializa la

gravedad de ambos trastornos mentales y transforma la sintomatología, haciendo más compleja la expresión de la enfermedad, principalmente los trastornos que involucran cuadros de psicosis (Menéndez y di Pardo, 2006). Del mismo modo hay una dualidad nociva en torno al abuso de alcohol, por una parte las consecuencias crónicas como la dependencia y la cirrosis hepática y por otra parte las muertes, accidentes y discapacidades consecuencia a situaciones bajo estado de intoxicación etílica, en contextos de delincuencia y violencia, en el cual las mujeres siguen representado el mayor porcentaje de víctimas en Latinoamérica según Heise y García Moreno (en Menéndez y di Pardo, 2006), lo cual implica violencia del hombre a la mujer, de la mujer a sus hijos y entre los distintos miembros de la familia. Por lo que en una interminable variedad de escenarios de violencia, el alcohol se encuentra involucrado. También cada vez es más frecuente que los adultos mayores (tras su incremento en la pirámide poblacional) se encuentren solos en casa y bajo efectos del alcohol, ya sea que presenten un trastorno por el uso de alcohol o una mayor intoxicación a menor dosis debido a su vulnerabilidad y deterioro en las distintas funciones orgánicas según Wolf et al. (2003 en Menéndez y di Pardo, 2006). Por lo que el consumo de alcohol es nocivo literalmente, tanto interna como externamente.

En cuanto a las cantidades de alcohol consumidas en el país, se cuenta con registros de las bebidas “legales” comercializadas, sin embargo, toda la producción y distribución “clandestina” de las mismas se desconoce, por lo que las cifras o estadísticas con las que contamos siguen siendo parciales y probablemente mucho menores.

Según el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 subraya la necesidad de contextualizar el gran problema en torno al alcohol, ya que la 5ª causa de mortalidad nacional son las enfermedades hepáticas asociadas al consumo, abuso y/o dependencia de alcohol (12,534 defunciones y una tasa de 10.7) datos que ha dado el INEGI, 2012. Por lo que en los Objetivos, Estrategias y Líneas de acción se estableció la “ESTRATEGIA 1.4. Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones” y en su apartado “1.4.6. Incrementar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo”.

Una estrategia importante que forma parte de las acciones establecidas por la OMS y en la cual México se suscribió a partir del año 2010 se conoce como Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol (EMRUNA) dentro de la cual se han llevado a cabo 2 acciones principales: la difusión de información respecto al abuso y dependencia de alcohol vía internet, y junto con la CENAPRE, la aplicación de programas de alcoholimetría en puntos del país con las tasas de mortalidad por accidentes automovilísticos relacionados al consumo de alcohol.

Según el Quinto Informe de Labores de la Secretaría de Salud 2016-2017 se procedió a:

1. Durante el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se firmaron nueve convenios específicos de colaboración con entidades federativas (Colima, Chihuahua, Durango, Aguascalientes, Hidalgo, Tabasco y Zacatecas) y jefaturas delegacionales de la Ciudad de México (Álvaro Obregón y Azcapotzalco), con los siguientes objetivos:

- Fortalecer los Consejos Estatales contra las Adicciones.
 - Instalar Consejos Municipales contra las Adicciones, especialmente en los municipios prioritarios (COMCAS).
 - Fortalecer, homologar e implementar el Programa de Alcoholimetría “Conduce sin Alcohol”, a escala nacional;
 - Promover espacios 100% libres de humo de tabaco.
 - Fortalecer las acciones de prevención de adicciones con la participación de la ciudadanía.
 - Apoyar la implementación del Modelo Mexicano de Justicia Terapéutica.
2. Se concluyó el trabajo de campo de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016, y presentó los resultados nacionales iniciales
 3. Con la finalidad de incrementar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 la CONADIC otorgó capacitación en 30 estados para la implementación, homologación y/o fortalecimiento del Programa Nacional de Alcoholimetría “Conduce sin Alcohol”.
 4. Actualmente se reportan avances importantes en la homologación, implementación o fortalecimiento del Pro- 3/ Estos son: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luís Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. grama “Conduce sin Alcohol” en 277 ciudades del país. En tal sentido, 31 estados y 309 municipios han recibido capacitación en la operación del programa. El 69.5% de los municipios donde se ha impartido capacitación cuenta ya con puntos de revisión de alcoholimetría. Con estas acciones se ha contribuido a que los accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol se hayan reducido de 20 a 37 por ciento.
 5. Por otro lado, en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención del Consumo de Bebidas Alcohólicas en Menores de Edad, la CONADIC, COFEPRIS, el Sistema Federal Sanitario y las Comisiones Estatales contra las Adicciones realizaron acciones conjuntas de vigilancia sanitaria, con operativos simultáneos en las 32 entidades federativas. Durante abril de 2017 se llevaron a cabo acciones de verificación de no venta de alcohol a menores en 1,126 establecimientos a nivel nacional y se sensibilizó a 6,719 personas sobre el uso nocivo del alcohol. Los operativos se han mantenido en los meses de mayo y junio en algunas entidades, donde se ha logrado visitar 454 establecimientos adicionales, en los cuales se ha sensibilizado a 6,651 personas más.
 6. Asimismo, se continúa participando en los operativos denominados Mala Copa que se realizan en la Ciudad de México. En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se visitaron 117 establecimientos, en los cuales se aplicaron 187 sanciones por incumplimiento a la Ley General para el Control del Tabaco y por

venta de bebidas adulteradas, y se dispuso la suspensión de la barra de preparación de bebidas alcohólicas.

7. Entre muchas más intervenciones preventivas de tratamiento y de seguimiento a personas con TUA o consumo perjudicial.

Respecto al Informe de Rendición de Cuentas 2006-2012 por la Secretaría de Salud, los resultados de las estrategias anteriores contra el uso nocivo de alcohol y sus consecuencias, tenemos los siguientes:

1. Se llevaron a cabo operativos que permitieron asegurar miles de litros de alcohol que no reunía las condiciones sanitarias.
2. Se distribuyeron ejemplares impresos, entre los que destacan por su volumen el tríptico ABC de las Drogas; Prevención del Consumo de Alcohol, el Adolescente y su Familia; Prevención de Adicciones en Adolescentes, Guía para el Maestro de Secundaria, y las Guías de Ayuda Dirigida a Familiares de Personas que Consumen Drogas.
3. Se suspendieron anuncios publicitarios irregulares de bebidas alcohólicas
4. Se levantaron informes de verificación publicitaria y órdenes de suspensión relacionados con bebidas alcohólicas.
5. Se llevaron a cabo operativos de verificación a establecimientos productores de bebidas alcohólicas y de venta, en distintos estados del país. Como resultado de dichas acciones, establecimientos suspendieron sus actividades operativas y se aseguraron miles de litros de bebidas alcohólicas.
6. Se fortaleció el Programa Nacional de Alcohómetría, con la adquisición de equipos, impresoras y boquillas.
7. Se capacitaron personas de las secretarías de Tránsito, Vialidad y Seguridad Pública y Salud de distintas entidades federativas, en los temas de alcohol y cuerpo humano, y en el uso y calibración de equipos.
8. Se llevaron a cabo terapias y tratamientos, en beneficio de adolescentes que iniciaron el consumo de alcohol y/o drogas, entre otros.

Con lo anterior, podemos observar que los esfuerzos permanecen y se adaptan a las necesidades actuales y características de nuestra sociedad, sin embargo, ¿qué se está o no se está haciendo?, ¿qué se está o no se está respetando?, las consecuencias persisten y se incrementan al igual que el consumo, por encima de la ley.

Respecto a los mitos y dilemas del consumo de alcohol, en un estudio interesante llevado a cabo en una comunidad rural de Morelos (Carrasco, Natera, Arenas, Reyes y Pacheco, 2015), las personas a quienes se entrevistó tienen una percepción de la venta de alcohol como un negocio, mencionan que la venta de estas bebidas representa buenas ganancias por el costo de los permisos que se otorgan y por tanto no conviene para algunos sectores limitar su venta. Respecto a la percepción de la regulación de la venta, *se vio favorecida la percepción a la venta de bebidas*, por ejemplo, existe necesidad de control de su venta, porque las autoridades sólo limitan la venta a menores de edad y a horarios especiales, temen a la regulación estricta por la probabilidad de que “aumente la venta clandestina”, además de que algunas autoridades desconocen la normatividad en torno al consumo de alcohol. Este es un ejemplo de los fines de lucro y del daño indiscriminado a distintos niveles individuales y sociales.

Por otro lado, acorde al Informe de Situación Regional sobre el alcohol y la Salud en las Américas (OPS, 2015), en la mayoría de los países, son empresas privadas quienes producen y comercializan el alcohol, sin marcos legales que reglamenten y vigilen en pro de la Salud Pública. Entre las distintas intervenciones que se han desarrollado para limitar el consumo de alcohol y que han resultado eficaces tenemos: la imposición por ley de una edad mínima para la compra; imponer el monopolio estatal de las ventas al por menor; restricción de horarios y días de venta.

En México al igual que en la mayoría de los países de la Américas, la edad mínima requerida para la compra de alcohol es a partir de los 18 años, sin embargo, esta ley no se respeta del todo o se respeta mínimamente. Otro factor que impacta negativamente es la exposición a la mercadotecnia en pro del consumo, lo cual puede repercutir en los patrones de consumo actuales, las empresas gastan miles de millones en mercadotecnia rebasando el PIB de las poblaciones a las que exponen sus productos, por lo que sería bastante difícil controlar el poder comercial que imponen las industrias alcoholeras. En las Américas, tanto las restricciones parciales como la autorreglamentación de la industria son dos grandes intervenciones que tratan de controlar el consumo de alcohol, aunque, las restricciones parciales sólo funcionan “parcialmente” puesto que el tipo de comunicación actual entre los jóvenes a través de las redes sociales entorpece el cometido, por la falta de regulación del marketing vía internet, consecuentemente “hay infracción de las medidas autonormativas y los gobiernos no obligan a cumplirlas”, de modo que terminan por no funcionar, en México la imposición de restricciones a la televisión nacional a la publicidad de las bebidas alcohólicas más consumidas es parcial, lo cual permite una difusión que incite al consumo (OPS, 2015).

A partir de un estudio llevado a cabo en los EE. UU., se expusieron datos que revelaron lo siguiente: por cada anuncio de más que ven los jóvenes, aumenta en un 1% el número de bebidas que consumen, y por cada dólar de más invertido en publicidad por persona, aumenta en un 3% el número de bebidas consumidas. (Snyder et al., 2006 en OPS, 2015)

Los precios de las bebidas también representan una intervención para la disminución o aumento del consumo de alcohol. El aumento del precio de las bebidas alcohólicas disminuye la compra principalmente en consumidores jóvenes, lo que ayuda a promover patrones de consumo menos nocivos desde cortas edades, por lo que a mayores impuestos acorde al poder adquisitivo de la población, menor prevalencia de episodios de abuso en el consumo. (Xuan Z, et.al., en OPS, 2015). Dentro de esta intervención, específicamente el aumento de impuestos indirectos, ha mostrado la reducción del consumo de alcohol y sus efectos perjudiciales, pero dicha eficacia como en todas las intervenciones anteriores, también depende de manera importante de la supervisión y control del estado. En México hay impuestos al consumo sobre todas las bebidas alcohólicas, pero no todas las bebidas tienen otorgado un impuesto acorde a la inflación, si bien existe un impuesto de valor agregado sobre el alcohol, estos impuestos tienen resultados insuficientes para la disminución de su consumo.

4. Situación actual del alcoholismo (su lugar dentro del policonsumo)

Según el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT, 2015), el policonsumo es el consumo combinado de distintas sustancias psicoactivas (SP), ya sean legales o ilegales, en un mismo periodo de tiempo. Actualmente, este patrón de consumo es frecuentemente identificado en personas que acuden a recibir algún tratamiento para tratar los trastornos por el uso de drogas. La intención de esta práctica de consumo, puede ser el conseguir un equilibrio o desequilibrio entre los distintos efectos o sensaciones al combinar distintas drogas, por ejemplo, podrían combinarse para conseguir un efecto mucho más potente al de cada sustancia por separado, para aminorar el efecto una sustancia de la otra o para conseguir un efecto distinto al que provoca cada sustancia por separado. Datos de este Observatorio informan que el policonsumo se practica principalmente bajo momentos de ocio y puede provocar el reforzamiento de una conducta adictiva, así como dificultad del diagnóstico, por lo tanto, este patrón de consumo interfiere en la integración de un Plan de Tratamiento dirigido y especializado y por tanto empobrece el pronóstico de la persona.

Según la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España 2015-2016 (EDADES) el ODET informa que el 41.7% de la población entre 15 y 67 años, consumió dos o más SP en los últimos 12 meses antes de la encuesta. En los 30 días previos 1 de cada 3 individuos realizaron policonsumo, de los cuales el 25.7% consumió 2 SP distintas. El policonsumo (dos o más sustancias) encuentra su más frecuentemente entre los hombres de 25 a 34 años, la mitad de ellos consumió dos o más sustancias diferentes en el último año, siendo también el grupo de edad donde se aprecia una mayor diferencia entre la prevalencia de policonsumo registrada por hombres y mujeres. De manera distinta, los grupos de mayor edad son los que registran una menor diferencia entre hombres y mujeres, donde el consumo de hipnosedantes mujeres adquiere mayor dimensión.

En este grupo de consumidores, cuando el policonsumo fue de dos SP una de ella fue el alcohol prácticamente en el total de los casos, en frecuencia le siguió el tabaco y posteriormente los hipnosedantes, si fuese el caso de consumo de una sustancia ilegal (menos del 5.6%) la marihuana fue la más consumida. Cuando el consumo fue de tres SP se consumieron prácticamente en la totalidad de los casos alcohol y tabaco, igualmente la tercera sustancia más frecuentemente consumida fue cannabis (59,3%) y el tipo hipnosedantes toma gran importancia (40.2%). Las sustancias menos consumidas comienzan a tomar importancia cuando entran en un policonsumo 4 sustancias psicoactivas como por ejemplo alcohol, tabaco, marihuana y, en el que además, el 45,1% consumió hipnosedantes y el 44,2% cocaína. En consumidores de más de 5 SP distintas, prevalece el consumo de cocaína en polvo en el 87,9%, éxtasis en el 50%, anfetaminas en el 42.7% y 4 de cada 10 consumieron alucinógenos y/o hipnosedantes.

Por lo que el consumo de alcohol se encontró generalizado entre los consumidores de SP; más del 90% de aquellos que consumieron cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos bebieron alcohol en el mismo periodo. El consumo de alcohol también predomina entre los fumadores (85,3%) y, en menor medida, entre aquellos que tomaron hipnosedantes (72,4%).

En el siguiente cuadro veremos la proporción (% en columnas) de consumidores de otras drogas además del alcohol entre las personas de 15-64 años (referencia temporal últimos 12 meses). España, 2015.

Cuadro. 2

	Alcohol	Tabaco	Hipnosedantes con o sin receta	Hipnosedantes sin receta	Cannabis	Cocaína polvo	Cocaína base	Cocaína y/o base	Éxtasis	Anfetaminas	Alucinógenos	Heroína	Inhalables volátiles	Nuevas sustancias
Alcohol	100	44.1	11.3	2.1	11.4	2.4	0.2	2.5	0.7	0.7	0.7	0.1	0.1	1.0

Adaptado de: OEDT Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015) * Sustancias psicoactivas legales e ilegales.

Respecto al *binge drinking* (“atracones” de bebida), su prevalencia así como de las intoxicaciones etílicas se incrementa conforme aumenta el número de sustancias diferentes consumidas en el último año.

Respecto a las características sociodemográficas de los consumidores, el mayor porcentaje de consumidores de 2 o más SP fueron hombres que se encontraban entre 25 y 34 años de edad (el 50% 2 o más SP en el último año). Entre los que consumen 3 o más SP el rango de edad es de 15 a 24 años, hombres en el 28.1% y mujeres 13.1%. En consumidores de 4 o más SP el grupo de hombres de 25 a 34 años es el que registra una mayor prevalencia (6,2%), aunque a partir de esa edad, el porcentaje se sitúa por debajo del 5%.

En mujeres 2 SP consumidas mayormente a la edad de 45 a 54 años de edad, para posteriormente disminuir el consumo a una sola SP a partir de los 55 años.

Respecto al estado civil de los consumidores prevalecen solteros durante el tiempo que son policonsumidores, sólo el 19,6% de las personas que consumieron más de tres sustancias diferentes en el último año estuvieron casados/as. Además, la proporción de individuos con estudios universitarios es superior en la población que no ha realizado policonsumo en los últimos 12 meses. En relación con la percepción sobre el propio estado de salud, el porcentaje que considera tener buena salud es inferior en la población que ha realizado policonsumo. De hecho, esta opinión se encuentra menos extendida a medida que se reconoce el consumo de un mayor número de sustancias diferentes, hasta que 1 de cada 4 personas que han consumido más de tres sustancias distintas en el último año no cree gozar de buena salud. (OEDT, 2017)

El consumo de alcohol dentro del policonsumo, es especialmente utilizado como atenuante de los efectos de otra sustancia o para atenuar los efectos en la abstinencia de alguna otra. Una combinación muy común es la de cocaína y alcohol, en la cual los efectos del alcohol suelen controlarse con una dosis de cocaína, o al revés, una dosis elevada de cocaína que produce una respuesta de estimulación importante, suele atenuarse ingiriendo bebidas alcohólicas. Por lo que suele desarrollarse un patrón de consumo que aumenta el riesgo de sobredosis de cocaína, intoxicaciones alcohólicas graves, complicaciones renales y

complicaciones hepáticas, ya que es una combinación que potencializa la toxicidad y por tanto el daño físico y mental del consumidor.

En usuarios de crack la combinación con alcohol también es frecuente, ya que es un modo de reducir la ansiedad generada tras la abstinencia, estas experiencias de “sube y baja” dan pie a patrones de consumo muy nocivos y que suelen provocar daño pulmonar y hepático.

El riesgo de consumir alcohol con otras sustancias que se metabolizan por las mismas vías, como algunos hipnosedantes por ejemplo, aumenta el riesgo de una depresión cardiorrespiratoria importante, ya que las enzimas hepáticas implicadas para suelen ser insuficientes para su conversión a otros metabolitos que pueden ser eliminados del cuerpo y por tanto la toxicidad de la sustancia puede incrementar, poniendo en mayor riesgo la vida de la persona.

Algunos puntos importantes a considerar, es la legalidad, fácil acceso, normalización social, entre otros factores que influyen en pro del consumo de alcohol, ya que es de las SP mayormente mezclada con otras, pues además, los consumidores siguen utilizándola fuera de la concepción del alcohol como droga o sustancia con potencial adictivo y nocivo, lo que la hace un problema grave y emergente dentro del policonsumo, con la necesidad de controlar su comercialización e informar a los consumidores del gran peligro que representa su combinación con otras drogas o sustancias, lo que también implica bebidas energizantes mezcladas con alcohol, ya que se ha visto impactan incluso de manera mortal en los consumidores.

5. El consumo de alcohol en CIJ

5.1 Características sociodemográficas

Durante el primer semestre del año 2017, asistieron 2406 usuarios que consumieron alguna vez en la vida tabaco y alcohol, nunca antes habían solicitado atención en CIJ, de ellos y ellas el 23.1% consumió únicamente alcohol, el 19.2% tabaco y el 57.7% consumió ambas sustancias.

De los pacientes que consumieron únicamente alcohol, el 37.1% fueron mujeres y 62.9% fueron hombres, ingresaron a tratamiento a una edad aproximada de 29.1 años, iniciando el consumo aproximadamente a los 16.2 años, por lo que transcurrieron 13 años antes de solicitar atención profesional, el 63.5% de estos pacientes había consumido alcohol en el mes previo y el 62.8% reportó que sus principales problemas asociados al consumo de alcohol fueron familiares.

El grupo de usuarios que consumieron tanto alcohol como tabaco, acudieron a solicitar tratamiento a un promedio de 38.8 años, el 52% reportó que el tabaco les había provocado más problemas que el alcohol, en el 48% el alcohol les había ocasionado más problemas, en el mes previo a la solicitud el 47.5 habían consumido alcohol y tabaco, 11.8% sólo consumió alcohol, en este lapso de tiempo el 12.5% abusó de la bebida diariamente. De este grupo de usuarios, el 58.3% refirieron problemas familiares y el 53.9% refirieron problemas de salud.

De manera proporcional 1.7 hombres por 1 mujer consumieron tanto únicamente alcohol como alcohol y tabaco.

Los usuarios que acudieron a demandar tratamiento para consumo de alcohol acudieron acompañados en mayor porcentaje comparado con quienes acudieron a recibir tratamiento para el consumo de tabaco o ambas sustancias.

El 52 % de los/las pacientes que únicamente consumieron alcohol acudieron solos/as, el 60.4% se encontraban solteros y 22.2% estaban casados, el 47.7% tenían nivel de estudios hasta la secundaria y 24.7% bachillerato, aunque la mayor parte se dedicaba a estudiar y trabajar, 44.8% y 34.2% respectivamente. El 51.7% fueron evaluados con nivel socioeconómico medio bajo (Gutiérrez, 2017).

5.2 Motivo de demanda del servicio

En el 89.9% de los casos la demanda de servicio fue por el consumo de bebidas alcohólicas, solicitando tratamiento por decisión propia en el 32.9% al igual que por condicionamiento escolar y poco menos por recomendación familiar (32.4%). El 38.7% de los pacientes no había realizado ninguna acción para dejar de beber y el 15.8% había realizado intentos para dejar de beber voluntariamente. Los principales problemas asociados al consumo fueron los familiares ya que los refirieron el 62.8% de los usuarios, seguidos de los problemas escolares en el 32.9%, los problemas psicológicos en el 29.7% y finalmente los problemas de salud en el 29.1% de los casos.

5.3 Patrones de consumo

Los usuarios exclusivos de alcohol, como se mencionó anteriormente, iniciaron el consumo a los 16.2 años, con un consumo de estas sustancias psicoactivas por 12.9 años antes de acudir a tratamiento en CIJ. El 95% de los usuarios consumió alcohol en el último año y el 63.5% en el último mes, 17.8% abusaron de la bebida diariamente (4 copas en hombres y 3 en mujeres) y el 28.1 lo hizo menos de 1 vez a la semana.

De manera global, desde el primer semestre del año 2005 al segundo semestre del año 2013, el alcohol es la sustancia psicoactiva mayor consumida alguna vez en la vida tomando en cuenta el total de CIJ del país, ya que a partir del año 2014 la cannabis es la mayormente consumida por los usuarios, siendo el alcohol la siguiente más consumida.

Por otro lado, la tendencia global respecto al consumo en los últimos 30 días, en el periodo del primer semestre del año 2005 al primer semestre del año 2017, el alcohol es la segunda sustancia psicoactiva más consumida, turnándose con la cannabis en los últimos 3 años por el segundo y tercer lugar cambiando estos últimos semestres.

5.4 Tipo de consumidores

Del total de pacientes atendidos durante el primer semestre del año 2017 en CIJ, el 79.9% consumieron alcohol alguna vez. Respecto al grado del usuario, el mayor porcentaje (54%) fueron consumidores funcionales, lo que significa que aunque el consumo es importante, la persona no deja de realizar actividades productivas y a su beneficio como estudiar, trabajar o ambas. Posteriormente predominan los consumidores disfuncionales en el 19%, quienes debido a que no desarrollan alguna actividad productiva. A continuación siguen los consumidores sociales (14%), los experimentadores (10%) y finalmente los que se encuentran en remisión del consumo de alguna SP (3%). Es importante mencionar, que como se observa en las estadísticas, el mayor porcentaje de pacientes son funcionales aunque persista el consumo de la SP, pero siendo más específicos, el deterioro físico y mental es más evidente a corto plazo en consumidores de sustancias como el crack, heroína y metanfetaminas comparado con los pacientes con algún TUA quienes tardan más tiempo en acudir a una instancia de salud y a recibir tratamiento, ya que como se ha mencionado reiteradamente la “normalización social” o la aceptación social hacen igualmente se acuda a recibir atención especializada muchos años después de iniciar su consumo (Sistema Integral de Información Estadística de CIJ, 2017).

6. Consumo de sustancias según etapas Vitales y Situaciones de vulnerabilidad

6.1 Alcohol y embarazo

El alcohol en el embarazo puede impedir un neurodesarrollo pleno en el producto por presencia de trastornos neurológicos, sin referirnos en específico al síndrome alcohólico fetal (SAF), estos son más frecuentes, su prevalencia en España se ha estimado del 1% de todos los nacimientos y engloba trastornos de la memoria, lenguaje, aprendizaje, atención, praxias y cognición social entre las más descritas (Socidroalcohol, 2013).

El SAF es un conjunto de anomalías craneoencefálicas, cerebrales, alteraciones del crecimiento posnatal, disfunciones neurológicas, cognitivas e intelectuales. Se ha determinado el efecto tóxico del alcohol es importante durante la 3ª semana de gestación, en la cual se pueden producir graves daños estructurales y funcionales al producto (Suzuki, 2007 en Socidroalcohol, 2013). Durante las semanas gestacionales 7 a 20ª el riesgo de afectar el desarrollo del cerebro y cuerpo calloso es alto. (Rubert, 2006 y Riley 1995 en Socidroalcohol, 2013). En el tercer trimestre de gestación el alcohol puede inducir microcefalia y pérdida neuronal y glial, ocasionando disfunciones neurológicas (Dikranian, 2005 en Socidroalcohol, 2013). Estas consecuencias dependerán del patrón de consumo de alcohol en la madre, incluyendo el consumo de otras drogas, estado nutricional y edad de la madre.

Por lo anterior, se sugiere que a mujeres que acuden a tratamiento por problemas relacionados a sustancias, mujeres embarazadas y quienes planean un embarazo se investigue el patrón actual de consumo de sustancias psicoactivas y sus antecedentes de consumo durante embarazos previos, además de antecedentes perinatales relacionados con el consumo de sustancias, con el fin de brindar la mejor atención y un abordaje terapéutico acertado y en beneficio del binomio.

6.2 Alcohol y Vejez

En un artículo de revisión por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) se menciona “La hipótesis del envejecimiento prematuro (HEP)”, la cual menciona que pacientes mayores de 50 años con consumo crónico de etanol, serán más susceptibles a un envejecimiento neurológico acelerado. Estos pacientes tienen una mayor vulnerabilidad citopática a las sustancias psicoactivas atribuida por la edad, más todas las áreas encefálicas que se verán afectadas, afirman que en la literatura científica actual predominan tanto los modelos basados en las características individuales de los alcohólicos como los modelos basados en la vulnerabilidad de los sistemas cerebrales, subrayando el deterioro del área prefrontal y el cerebelo, reconociendo la función de este último como memoria de trabajo, procesamiento lingüístico, análisis de la información espacial y regulación emocional, además de su imprescindible papel en los movimientos voluntarios, el equilibrio y el movimiento ocular (Laakso M.P., 2000 y Schulte T., 2005 en Cristóvão, Broche y Rodríguez , 2015).

6.3 Edad y Sexo

Tomando al sexo como factor de vulnerabilidad, se suponía que el cerebro de las mujeres sería más vulnerables que el de los hombres al consumo de alcohol, sin embargo, se ha encontrado que ambos son afectados de distinta manera cuando son bebedores crónicos: se han encontrado mayor cantidad de alteraciones en la memoria episódica en el caso de los hombres y mayores dificultades en la memoria visuoespacial en las mujeres (Yonker JE, 2005 en Cristóvão, Broche y Rodríguez , 2015), respecto al patrón de consumo, se encontró que el consumo moderado puede afectar más a hombres que a mujeres y el consumo esporádico y crónico es más grave en las mujeres.

Un estudio por Sullivan (2000, en Cristóvão, Broche y Rodríguez, 2015) comparó el rendimiento de mujeres y hombres alcohólicos con controles no-alcohólicos en un grupo de pruebas neuropsicológicas. Comparado con los no alcohólicos mujeres y hombres el grupo de alcohólicos presentó alteraciones visuoespaciales y en el equilibrio. En el caso de los hombres alcohólicos (pero no en las mujeres alcohólicas) se encontraron alteraciones en las funciones ejecutivas y las mujeres alcohólicas (no presentes en los hombres alcohólicos) se encontraron dificultades en la memoria a corto plazo y en la fluidez verbal. Sin embargo, para dichos deterioros se requiere de mayor evidencia experimental y clínica, pues aún son estudios no concluyentes.

En otra literatura se menciona que mujeres están más protegidas biológica y culturalmente que los varones hacia el consumo de alcohol, sobre todo en su consumo más intensivo, abusivo y peligroso (Malone, Northrup, Mayn, Lamis y Lamont, 2012 en

Socidrogalcohol, 2013), pero en los últimos años ha habido un incremento significativo del consumo de alcohol en mujeres adolescentes, sobre todo en forma de “atracones” de bebida conocidos como *binge drinking* (Clark, 2004, en Socidrogalcohol, 2013), esto relacionado con las tendencias actuales de la “igualdad de género” con publicidad y mensajes que hacen pensar que no hay diferencia biológica para el metabolismo de bebidas alcohólicas entre hombres y mujeres.

También en el caso de la edad, que ya se ha mencionado anteriormente; los cambios naturales del envejecimiento se han asociado con el incremento en la vulnerabilidad al consumo de alcohol. Por ejemplo, Kalant H., ha descrito que los adultos mayores cuando consumen alcohol tienen mayor concentración de esta sustancia en la sangre comparado con personas jóvenes, principalmente a causa de la disminución del contenido de agua que presentan en el cuerpo, lo cual dificulta el metabolismo del alcohol (1998 en Cristóvão, Broche y Rodríguez, 2015). También se ha demostrado que muchos cambios neuroanatómicos que de manera natural acompañan al envejecimiento son observados de igual forma en pacientes que han consumido etanol de manera sistemática y en exceso, estos cambios, explicados por la Hipótesis del Envejecimiento Prematuro de Schulte y Laakso (2000 en Cristóvão, Broche y Rodríguez, 2015).

6.4 Trastornos mentales y adictivos en los padres

Un gran número de estudios han encontrado una fuerte relación entre el consumo excesivo de alcohol por parte de los padres y el posterior problema de consumo de alcohol en los hijos (Ohannessian et al., 2004 y Stone et al., 2012 en Socidrogalcohol, 2013), quienes suelen presentar, además del abuso de alcohol, otros trastornos mentales y del comportamiento. En jóvenes se ha relacionado mayormente a factores ambientales que a genéticos (Kerr et al., 2012 en Socidrogalcohol, 2013), debido a la alta accesibilidad al alcohol en su casa, la actitud más favorable a que sus hijos tomen bebidas alcohólicas y otros factores del ambiente familiar. De hecho, existen evidencias que confirman que el tratamiento eficaz de los trastornos mentales de los padres (que incluiría el abuso de alcohol y drogas) podría reducir la prevalencia de enfermedad mental y conductas adictivas en la siguiente generación. Es decir, que el tratamiento eficaz de los padres podría convertirse además en prevención para su descendencia (McLaughlin y cols., 2012 en Socidrogalcohol, 2013).

7. Patología Dual, Comorbilidad física y Social en pacientes con TUA

Patología Dual

El diagnóstico dual se conceptualizó formalmente a partir de los años 1980 en pacientes que sufrían tanto Trastornos Mentales como Trastornos Adictivos (también trastornos mentales). Algunos órganos Internacionales Estadounidenses (National Institute of Mental Health, NIMH; National Institute on Drug Abuse, NIDA; National Institute on Alcohol and Alcoholism, NIAAA; Center for Substance Abuse Treatment, CSAT; Center

for Mental Health Services, CMHS; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA), lo denominan Co-occurring Disorders, por lo que el término de Patología Dual (PD) haciendo referencia a ambos trastornos coexistentes es aceptado en muchos países del mundo (Souza y Machorro, 2014).

La Patología Dual se puede definir como la presencia simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital de un trastorno adictivo y otro trastorno mental. (Szerman y Martínez-Raga, 2015 en Sociedad Española de Patología Dual; SEPD, 2015).

Se ha tratado de encontrar y describir su etiología, pero aparentemente es tan compleja que aún no se conoce del todo. Se ha identificado la participación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales, que contribuyen al desarrollo de estos trastornos una vez que la persona ha estado expuesta (Volkow, 2004; Volkow, 2007; Arias et al, 2013, Szerman y Martínez-Raga, 2015 en SEPD, 2015). Existe una teoría que concibe a la Patología Dual como un Trastorno del Neurodesarrollo, por lo que suelen aparecer desde edades muy tempranas y adquieren distintos fenotipos, los cuales explican los síntomas presentes en pacientes con PD (Szerman et al, 2013 en SEPD, 2015).

Se estima que por lo menos el 44% de los pacientes admitidos por un TUA presenta algún otro trastorno mental, de manera inversa cerca del 34% de los pacientes con algún trastorno mental cursa con algún TUA (Inaba y Cohen, 2007 en Pascual et. al, 2013). Siendo más específicos el trastorno bipolar incrementa 3,6 veces el riesgo de aparición de una dependencia alcohólica, los trastornos de ansiedad 3,2 veces y los trastornos externalizantes en 2,8 (Swendsen et al., 2010 en Socidrogalcohol, 2013). Por lo tanto esta dualidad entre el alcoholismo y la patología psiquiátrica no puede ser atribuida al azar.

Sólo una minoría de personas que consumen sustancias psicoactivas desarrollan un trastorno por dependencia, anteriormente existía la teoría de que el consumo frecuente y en mayores cantidades de la sustancia psicoactiva desencadenaba la dependencia, sin embargo, en la actualidad el paradigma gira entorno a las vulnerabilidades individuales de las personas que presentan rasgos y enfermedades mentales concomitantes.

Prevalencia de Patología Dual

En los diferentes centros de atención a las adicciones, se ha identificado que la Patología Dual más que excepción, tiende a ser una regla en los usuarios. Se conoce que la mayoría de los pacientes con alguna enfermedad mental grave niega u oculta padecer algún problema con el consumo de sustancias e incluso desconocen que el abuso de tabaco o alcohol, no es una enfermedad, mucho menos es una enfermedad mental, por el estigma social tan fuerte que aún existe acerca de las enfermedades mentales vistas como una debilidad o decisión consciente.

En los Centros de Integración Juvenil e intensivamente a partir del año 2018, se pretende el diagnóstico intencionado de Patología Dual, ya que a partir de datos epidemiológicos y estadísticas actuales, se ha reconocido la prevalencia tan alta de consumo en pacientes con distintos trastornos mentales.

Se ha identificado la presencia de Trastornos por Uso de Sustancias en el 70 a 80% de pacientes con esquizofrenia (Westermeyer et al, 2006 en SEPD, 2015), en el 60% de pacientes con bipolaridad (Comptom et al, 2007 en SEPD, 2015), en más del 70% de pacientes con Trastornos de la Personalidad graves, más del 30% en pacientes con depresión y ansiedad graves (Comptom et al, 2007 en SEPD, 2015) similar al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Wilens et al, 2007 en SEPD, 2015)

En literatura mexicana, las personas con dependencia de alcohol presentaron en el 78.9% comorbilidad psiquiátrica y personas con abuso de alcohol el 64.48% presentó comorbilidad asociada.

Algunos expertos en el área como Souza y Machorro (2014), nos invitan a recordar que no hay síntomas y signos que permitan un diagnóstico diferencial sencillo entre los trastornos mentales y mucho menos entre los diagnósticos adictivos y otros trastornos mentales, atribuyéndolo a: la plasticidad de la psicopatología, la variación toxicológica inherente a los trastornos mentales, los instrumentos y la técnica nosopropedéutica que se requieren para cada caso que puede ser tan distinto a otro.

La evaluación clínica especializada, minuciosa y completa es indispensable y se sugieren las siguientes interrogantes para la integración del diagnóstico dual:

- ¿el cuadro clínico precedió al inicio trastorno por uso de sustancias o es subsecuente a este?
- ¿el cuadro clínico persiste un mes posterior a la remisión al síndrome de abstinencia aguda o intoxicación severa de la o las sustancias consumidas?
- ¿los síntomas son coherentes con la sustancia consumida?
- ¿existe historia de estos síntomas durante los periodos de abstinencia?
- ¿existe el antecedente familiar de síntomas correspondientes al cuadro clínico del paciente sin el antecedente de consumo de sustancias en dicho familiar?

Cada una de las distintas sustancias psicoactivas, pueden desencadenar la aparición de otro trastorno mental, por ejemplo, los síntomas psicóticos pueden presentarse durante la intoxicación o abstinencia de: alcohol, cannabis, alucinógenos, disolventes volátiles, y psicoestimulantes. Por lo que acorde al tipo de sustancia y los síndromes que desencadena su consumo, debe integrarse el diagnóstico diferencial con trastornos mentales no inherentes al consumo de sustancias o subsecuentes al consumo de las mismas.

Organismos de salud oficiales recomiendan una mejor captación, evaluación y mantenimiento de los pacientes con patología dual tomando en cuenta las siguientes estrategias (NICE, 2014 en Souza y Machorro, 2014):

- Realizar evaluación clínica completa
- Tamizar a pacientes psicóticos por trastornos adictivos o trastornos mentales
- Determinar la gravedad del uso y conductas de riesgo asociado
- Excluir la enfermedad orgánica y/o las complicaciones físicas del Trastorno Adictivo, incluida cualquier posible interacción de medicamentos o sustancias;

- Indagar en la Historia Familiar los antecedentes de psicosis y eliminar los apoyos familiares, laborales, sociales que favorezcan los cuadros psicóticos
- Determinar la expectativa del individuo acerca del tratamiento a recibir y el grado de motivación/disposición para el cambio actitudinal/conductual hacia la salud
- Evaluar el grado de riesgo de autolesión, descuido, heteroagresividad y riesgos de los demás contra su persona, incluida la explotación
- Como parte integral del manejo y dado que forman parte importante del mismo, se deben considerar asimismo, las necesidades del cuidador de estos pacientes, para prevenir el Síndrome de Fatiga (*Burned out*)

A continuación presentamos un cuadro con los más frecuentes trastornos psiquiátricos asociados a los TUA y datos clínicos relevantes.

Cuadro. 3

Trastornos mentales inducidos por el consumo de alcohol

	Episodio psicótico transitorio	Alucinosis Alcohólica
Frecuencia en pacientes dependientes al alcohol	25%	Poco frecuente (0.4-1%)
Durante la Abstinencia	Sí	Sí
Durante la Intoxicación	Sí	Sí
Manifestaciones clínicas	• Alteraciones en la percepción (alucinaciones auditivas y visuales), repentinas y fugaces, entre 24 y 72 horas, que generan sorpresa en el paciente y su entorno. No alteraciones fisiológicas, psicomotoras, ni alteración de la conciencia. • Se relaciona con riesgo de <i>delirium tremens</i> y alucinosis alcohólica.	• Se trata de un cuadro de alucinaciones auditivas y/o visuales que aparece durante o tras un episodio de gran ingesta etílica. • Las alucinaciones son de inicio agudo y duración breve (semanas) y sin alteraciones del nivel de conciencia. Se pueden acompañar de falsos reconocimientos, ideas delirantes, siendo las más frecuentes las de referencia y un estado emocional alterado. • Riesgo de impulsos hétero o auto agresivos • No hay conciencia de enfermedad • Recuperación del insight a medida que el fenómeno alucinatorio disminuye
Opciones de Tratamiento	• Tratamiento de la Intoxicación o Abstinencia • Sintomático	• Tratamiento de la Intoxicación o Abstinencia • Antipsicóticos atípicos

Fuente: Pascual et. al, (2013). Alcoholismo; Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA, 3ª edición. Madrid: Socidrogalcohol. Recuperado de: <http://www.socidrogalcohol.org/phocadownload/Publicaciones/manuales-guias/gua%20cnica%20basada%20en%20la%20evidencia%202014.pdf>

Cuadro. 4

Trastorno	Opciones de Tratamiento
Trastorno de ansiedad inducido por alcohol	• Tratamiento del Trastorno Inducido por el consumo de alcohol (ver el apartado de Tratamiento para los trastornos Inducidos por el alcohol (Cfr. Abordaje): • Tratar el síndrome de intoxicación o síndrome de abstinencia. Para este último con benzodiacepinas como fármacos de primera elección, a periodos cortos y con reducción progresiva de dosis. • No se recomienda utilizar fármacos con efectos anticolinérgicos como la clorpromacina o tioridacina. • Utilizar posteriormente antidepresivos con perfil ansiolítico o anticomiciales, según sea el caso.
Trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol	• Si la depresión en pacientes con abuso o dependencia a sustancias se relaciona con los efectos secundarios de la sustancia, los tratamientos antidepresivos serán eficaces si paralelamente se consigue la abstinencia. • Llevar a cabo un proceso de desintoxicación si es necesario. (Cfr. Abordaje)

Fuente: Nanni Alvarado, RI. (2014). Tratado de Patología Dual. Ciudad de México: APM, AMEPAD y BIOQUIMED.

Trastornos mentales y comorbilidad alcohólica

Cuadro. 5

Trastorno Psiquiátrico	Frecuencia de TUA	Puntos relevantes	Opciones de Tratamiento
Trastornos de Ansiedad	60%	• Se debe intentar conseguir la abstinencia • Se debe practicar una desintoxicación forzada • Es necesario diferencial entre trastorno de ansiedad y ansiedad por abstinencia etílica (posterior a la desintoxicación = más de 4 semanas). • Precaución con el uso de benzodiacepinas por mayor riesgo de tolerancia y dependencia; pueden utilizarse en crisis o agudizaciones, valorando la elección por aquellas con semivida corta y por no más de 8 a 12 semanas.	• De manera general: Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) como: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram y sertralina (en hepatopatía crónica: fármacos de semivida corta como paroxetina) • Los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN) pueden utilizarse • Los antidepresivos tricíclicos pueden utilizarse en algunos casos, con precaución. • TEP: Desipramina o Paroxetina o Topiramato + Disulfiram (Tratamiento farmacológico para el TUA) + Psicoterapia/Prevención de recaídas/Técnicas de relajación/Relajación progresiva de Jacobson/Biofeedback

		• El consumo de alcohol puede preceder y promover el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP).	
Esquizofrenia	22.1% 3.6 veces más que la Población General	• El consumo de alcohol: aumenta el riesgo de conductas violentas, provoca menor apego al tratamiento antipsicótico y mayor riesgo de discinesia tardía. • Aumenta la sedación de los antipsicóticos, por lo que algunos(as) pacientes deciden suspender el tratamiento.	• Antipsicóticos atípicos (Clozapina) ó Risperidona (en estudio) + Tratamiento farmacológico para el TUA + Modelos mixtos motivacionales/programas de contingencias/prevenición de recaídas/grupos de ayuda mutua/terapia familiar * Disulfiram no recomendado en pacientes con sintomatología psicótica activa o deterioro cognitivo intenso.
Trastorno Bipolar	50%-60%	• Alta prevalencia de enmascaramiento de síntomas	• Ácido Valpróico y Quetiapina (eutimizantes) ó Lamotrigina y Aripiprazol (eutimizantes) + Naltrexona (Tratamiento farmacológico para el TUA) + Psicoeducación/Grupo de Ayuda Mutua/ Psicoterapia
Trastornos delirantes (celotipia) También llamada paranoia alcohólica	1 a 4%	• El alcohol potencia la idea celotípica (potencia cualquier idea delirante) y no es la causa primaria del trastorno delirante, en él influyen otros factores (genéticos, hormonales u orgánicos). • El alcohol inhibiría el freno conductual y la capacidad ejecutiva del córtex prefrontal facilitando el desarrollo de la idea celotípica ya existente, y también podría contribuir a potenciar la idea al producir una impotencia sexual que daría una explicación "lógica" al contenido delirante.	• Tratamiento farmacológico para el TUA + Intervenciones Psicosociales
Trastorno Antisocial de la Personalidad		• No hay un tratamiento farmacológico específico, por lo que el tratamiento farmacológico se	• Fármacos para la inestabilidad emocional: Antidepresivos (Citalopram) Estabilizadores del estado de ánimo (Carbamacepina, Valproato sódico)

		establecerá acorde a los rasgos y/o síntomas que presente el/la paciente. Ejemplo: impulsividad y agresividad.	• Fármacos para la desorganización cognitiva (Haloperidol) • Fármacos para la impulsividad y agresividad (Fluoxetina), etc. + Tratamiento farmacológico para el TUA + Intervenciones Psicosociales
Trastorno límite de la personalidad	58% 2.52 veces más riesgo que la Población general Pacientes con TUA riesgo de desarrollar TLP 9,8% al 14,7%	• No hay un tratamiento farmacológico establecido, por lo que el tratamiento farmacológico se establecer acorde a los rasgos y/o síntomas que presente el/la paciente. Ejemplo: Inestabilidad emocional e Impulsividad.	• Ácido valproílico, topiramato, gabapentina, lamotrigina, oxicarbamacepina (eutimizantes) y/o Quetiapina, olanzapina, Aripiprazol (antipsicóticos) + Naltrexona o Disulfiram (Tratamiento farmacológico para el TUA) + Intervenciones Psicosociales
TDAH	17-39%	• Solapamiento de síntomas. • Se recomiendan instrumentos de cribado validados en adictos como herramienta de apoyo al diagnóstico (WURS, ASRS).	• Atomexitina + Tratamiento farmacológico para el TUA + Psicoeducación/Entrenamiento de habilidades/Grupo de Ayuda Mutua/Psicoterapia
Trastornos del estado de ánimo (Depresión)	15 al 80%	• Si el cuadro depresivo es previo a la dependencia o abuso de sustancias, el tratamiento farmacológico antidepresivo es absolutamente necesario y su administración o no, influyen en la evolución tanto del trastorno por uso de sustancias como del trastorno depresivo. • En algunos casos se ha relacionado la alteración del estado de ánimo con el estilo de vida y con las dificultades sociales vinculadas al uso de alcohol. En estos casos es prioritario el control del consumo de la sustancia, que junto al consejo terapéutico puede ser más eficaz que el tratamiento psicofarmacológico antidepresivo. • Interacción del alcohol	• ISRS (Imipramina ó Fluoxetina) • Valorar asociación con otro antidepresivo no ISRS • Valorar necesidad de cambio a Venlafaxina o Tricíclico • Valorar la necesidad de potenciar con eutimizante y T3 + Tratamiento farmacológico para el TUA + Psicoterapia/Intervenciones Psicosociales

		con antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (ISRS e IMAO). • El Acamprosato y el Disulfiram interactúan con los Antidepresivos Tricíclicos.	
Trastornos de la alimentación	37%	• Mayor frecuencia en bulimia nerviosa y anorexia bulimia purgativa. • El alcoholismo (8-20%) y los trastornos afectivos (8-82%) son antecedentes heredofamiliares frecuentes en las y los pacientes con Trastornos de la alimentación.	• ISRS en dosis elevadas (fluoxetina) • Topiramato (bulimia con atracones) + Tratamiento farmacológico para el TUA + Psicoterapia/Entrevista motivacional
Trastornos del sueño	Presente en el 18% de las personas con algún TUA	• El sueño de los pacientes alcohólicos es corto, fragmentado y superficial durante la abstinencia aguda. Durante el primer año de abstinencia, el sueño mejora lentamente, aunque algunos aspectos permanecen alterados tras 27 meses de abstinencia. El insomnio y la fragmentación del sueño, que persiste tras unos 5 meses de abstinencia de alcohol, pueden estar relacionados con la posibilidad de recaída a los 14 meses. • Utilizar fármacos hipnótico-sedantes, únicamente para el tratamiento de la abstinencia/desintoxicación etílica.	• Pueden utilizarse los antihistamínicos, como hidroxicina, difenhidramina, doxilamina, etc. Tiempo corto y no diariamente. • Antipsicóticos atípicos a dosis bajas. • Eutimizantes anticomiciales como la gabapentina. • ISRS con efectos sedativos como la trazodona o mirtazapina. + Tratamiento farmacológico para el TUA + Relajación/Meditación/Biofeedback/Ejercicio físico moderado/ Psicoterapia/Higiene del sueño en general.
Disfunciones sexuales	8-54% de disfunción eréctil y del 31-58% de falta de deseo sexual en pacientes alcohólicos	• En hombres que inician tratamiento para disfunción sexual 1 de cada 3 presentaban abuso o dependencia de alcohol, sin diagnóstico del TUA.	• Sildenafil, tadalafilo, vardenafilo, apomorfina y alprostadil. (valorar efectos adversos y características de cada uno acorde a la individualidad de los pacientes) + Tratamiento farmacológico para el TUA + Intervenciones Psicosociales
Trastornos depresivos en adultos/as	12 al 30% de adultos mayores con	• Trastornos depresivos no diagnosticados y	• Antidepresivos ISRS con efectos sedantes • Evitar uso de benzodiacepinas

mayores	algún TUA presentan trastornos depresivos	tratados perpetúan la persistencia del TUA. • La pérdida de las relaciones interpersonales, del rol social, dolor crónico y discapacidades físicas, deterioro del autocuidado y reducción de habilidades de afrontamiento son factores de riesgo para esta dualidad. • Proceso de desintoxicación puede durar semanas o meses, más dosis bajas de fármaco por más tiempo • Abstinencia de benzodiacepinas suele durar meses	+ Tratamiento farmacológico para el TUA + Consejería profesional/Intervención breve
---------	---	--	---

Fuente: Pascual et. al, (2013). Alcoholismo; Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA, 3ª edición. Madrid: Socidrogalcohol. Recuperado de: <http://www.socidrogalcohol.org/phocadownload/Publicaciones/manuales-guias/gua%20cnica%20basada%20en%20la%20evidencia%202014.pdf>

Fuente: Nanni Alvarado, RI. (2014). Tratado de Patología Dual. Ciudad de México: APM, AMEPAD y BIOQUIMED.

Comorbilidad física

El consumo de alcohol está involucrado en el desarrollo de más de 60 enfermedades crónicas y agudas. Dentro de los padecimientos agudos, como los traumatismos graves secundarios a accidentes automovilísticos y las lesiones físicas causadas por un consumo excesivo de alcohol ocasional, podrían provocar daño irreversible de órganos y sistemas. Hay datos que indican que el 20 al 80% de las admisiones en los servicios de urgencias tienen estas relacionadas con el consumo de alcohol (OPS, 2008), además de que el consumo de alcohol dificulta las intervenciones de tratamiento y terapéuticas, ya que por ejemplo bajo el efecto de etanol no se recomienda el uso de ciertos fármacos o maniobras, como las intervenciones quirúrgicas, para las cuales es necesario proceder a la sedación y anestesia, utilizándose fármacos suelen tener sinergia con el etanol, lo que puede poner en peligro incluso la vida del paciente.

Es importante mencionar la importancia del diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad física en los pacientes que cursan con algún TUA, ya que además del daño mental y neurológico provocado por el abuso y dependencia de alcohol, muchos pacientes presentan enfermedades previas o subsecuentes al consumo, las cuales hay que tener en cuenta al momento del diagnóstico y tratamiento. Al diagnóstico porque existe síndromes característicos de enfermedades orgánicas que también pueden presentar los pacientes con algún TUA, por ejemplo, pacientes con hipotiroidismo pueden simular un episodio o trastorno depresivo y entonces tendría que realizarse diagnóstico diferencial con algún trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol, para cuyas entidades el abordaje terapéutico es distinto, este es sólo un ejemplo de los muchos que podrían presentarse.

También es importante realizar el diagnóstico de la comorbilidad porque hay pacientes con trastorno por dependencia de alcohol que suelen presentar disfunción de algún órgano vital específico, por ejemplo hígado, respecto a este en algunos pacientes con consumo crónico de alcohol suele presentarse insuficiencia hepática secundaria o no cirrosis alcohólica y si este paciente cursa con síndrome de abstinencia alcohólica debe decidirse utilizar o no fármacos de primera línea que en este caso son benzodiacepinas, lo que podría poner en riesgo la vida del paciente si no se tiene la experiencia necesaria para el abordaje de estos casos, por lo que el tratamiento va de la mano con la comorbilidad y particularidad de cada paciente.

El cuadro siguiente explica los principales sistemas y órganos con daños causados y/o concomitantes a los TUA:

Cuadro. 6

Sistema neurológico	Demencia neurodegenerativa
	Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff
	Deterioro cognitivo y degeneración cerebelosa
Sistema gastrointestinal	Reflujo Gastroesofágico
	Esofagitis por reflujo
	Esteatosis hepática alcohólica
	Hepatitis alcohólica
	Cirrosis hepática alcohólica
Sistema endócrino y metabólico	Pancreatitis
	Cetoacidosis alcohólica
	Hipoglucemia
	Hiperuricemia
	Dislipidemias
	Desnutrición
Sistema hematológico	Diabetes Tipo II
	Aumento del volumen corpuscular medio
	Deficiencia de ácido fólico y Vitamina B12
	Megaloblastosis por alteración en la absorción gastrointestinal
	Trombocitopenia
Procesos neoplásicos malignos	Alteración de la coagulación en hepatopatía crónica severa
	Tracto gastrointestinal
	Hígado
Sistema cardiovasculares	Mama
	Cardiomiopatía dilatada
	<i>beriberi-húmedo</i>
	Evento Vascular Cerebral
	Hipertensión
	Arritmias cardíacas
Sistema inmunológico	Enfermedad cardíaca coronaria (ECC)
Sistema osteomuscular	Leucopenia
Sistema reproductivo	Osteoporosis
	Miopatías
Índice de mortalidad	Puede afectar la fertilidad en hombres y mujeres
	En mujeres menores de 45 años y hombres menores de 35 años aumenta la mortalidad de manera global, independientemente de la dosis consumida

Fuente: Modificado de Anderson, P., Gual, A., Colon, J. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
Se han agregado algunas otras enfermedades importantes Fuente: Pascual et. al, 2013. Alcoholismo; Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA, 3ª edición. Recuperado de: <http://www.socidrogalcohol.org/phocadownload/Publicaciones/manuales-guias/gua%20clinica%20basada%20en%20la%20evidencia%202014.pdf>

Consecuencias Sociales de los Trastornos por Uso de Alcohol

Desde el punto de vista social, múltiples áreas se ven afectadas en las personas que presentan consumo de riesgo o TUA, pero también estas consecuencias sociales negativas suelen ser graves e incluso mayores para terceros, por ejemplo: un tercero puede sentir miedo al pasar en la vía pública cuando hay un grupo de personas alcoholizadas, por lo que decide tomar otro camino; o alguna persona puede dormir mal porque los vecinos se encontraban en una fiesta y consumieron bastante alcohol, por lo que la fiesta se prolongó hasta muy tarde y el sonido de la música se escuchaba con alta potencia; como se ha mencionado en repetidas ocasiones, el hecho de normalizar socialmente el consumo de alcohol, nos hace ser tolerantes a situaciones que en muchas ocasiones son nocivas para nuestra salud y no alcanzamos a darnos cuenta incluso años después, ya que se ha desarrollado o perpetuado alguna enfermedad o trastorno secundario y no precisamente por el consumo de alcohol, sino por la convivencia con cercanos que padecen de algún TUA.

Un segundo impacto se refiere a los casos de violencia y delincuencia, pues están muy asociados a contextos entorno al consumo de alcohol, ya que es más fácil verse implicados en delitos bajo los efectos del alcohol, así como actos de violencia física, sexual y familiar (Abbey et al. 2001; Testa y Parks, 1996 en OPS, 2008), sin embargo, no solo las personas que violentan se han identificado bajo los efectos del alcohol, sino también las personas violentadas. Dentro de los mismos problemas o consecuencias familiares, se identifica el consumo de alcohol en un tercio de los hechos violentos de pareja, mayor prevalencia de divorcios y separaciones donde alguno de los dos comprometidos presenta algún TUA, ocurriendo lo mismo los casos de abuso a menores de edad, siendo más frecuentes cuando los adultos se encuentran en estado de intoxicación etílica. En el ámbito laboral también son más frecuentes las riñas con compañeros o la baja productividad, mayor ausencia laboral y enfermedad en los empleados con abuso o dependencia de alcohol. Los accidentes automovilísticos y traumas graves también aumentan bajo el consumo de alcohol, ya que se ha observado una disminución importante de estos eventos al ponerse en marcha los alcoholímetros en los distintos puntos de la ciudad. De igual manera y como consecuencia en madres que abusan de bebidas alcohólicas durante el embarazo, se documentan problemas perinatales, como síndromes congénitos caracterizados por malformaciones, dismorfias, déficits cognitivos y retraso psicomotor que se observan a lo largo del crecimiento y desarrollo del niño, además de que suele aumentar el riesgo de aborto, parto pretérmino y otras complicaciones obstétricas y perinatales (OPS, 2008).

Dado todo lo anterior debe intervenir socialmente para reforzar la red de apoyo y orientar a las personas que padecen algún TUA, intentando brindar una atención integral y adecuada a las necesidades de cada uno de los pacientes, sus familias y cercanos, permitiendo conseguir buena adherencia terapéutica y buen pronóstico a corto, mediano y largo plazo, para lo cual una salud social es indispensable.

V. Abordaje de los Trastornos Inducidos por alcohol 7 Y los Trastornos por Uso de Alcohol

1. Síndrome de Intoxicación etílica

El síndrome de intoxicación etílica es una entidad descrita hace milenios, siendo de las primeras intoxicaciones reportadas y estudiadas en la historia, las personas intoxicadas por etanol suelen cursar sin secuelas, ya que el cuadro remite en horas con una baja tasa de mortalidad, excepto cuando existe una combinación de sustancias psicoactivas que explican el cuadro, es entonces que el riesgo de muerte aumenta considerablemente (Secretaría de Salud [SS], 2013). La intoxicación etílica está implicada en el mayor porcentaje de accidentes automovilísticos y de escenarios violencia en múltiples ámbitos. Su diagnóstico se lleva a cabo mediante el interrogatorio y la exploración física y se confirma mediante la medición de etanol en sangre. El tratamiento suele ser de sostén y para prevenir sus principales complicaciones.

Clínica

Los síntomas y signos que caracterizan a un síndrome de intoxicación, tendrán una relación directamente proporcional al nivel de alcoholemia, por lo que en la siguiente tabla se categorizan acorde a:

Cuadro. 7

INTOXICACIÓN	ETANOL (MG/DL)	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Intoxicación legal	50-100	Euforia, verborrea, desinhibición e incoordinación.
Intoxicación leve	100-200	Farfullar de palabras, labilidad emocional, torpeza motora, ataxia, alteración de reflejos, somnolencia y náuseas.
Intoxicación moderada	200-300	Lenguaje incoherente, agresividad, letargia, estupor y vómitos.
Intoxicación grave	300-400	Depresión del SNC, coma. Hipotermia, midriasis bilateral poco reactiva, hipotonía, abolición de los reflejos osteotendinosos, bradicardia e hipotensión.
Intoxicación potencialmente letal	Mayor a 400	Depresión respiratoria, convulsiones, shock, muerte.

Fuente: Diagnóstico y tratamiento de la Intoxicación aguda por alcohol etílico en el adulto en segundo y tercer nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 2013.

La dosis tóxica de etanol en adultos es igual y mayor a 5g/kg, aunque hay otros factores que influyen, como presencia de tolerancia, el tipo y la cantidad de bebida ingerida, la rapidez del consumo, ingesta simultánea o no de alimentos, circunstancias ambientales, personalidad y consumo de otros medicamentos (hipnosedantes, aquellos metabolizados vía hepática, etc.), influyen en las características de la intoxicación.

Algunos episodios de amnesias alcohólicas también conocidos como “lagunas” o *black outs*, se refieren a las amnesias, en ocasiones de horas, que algunos pacientes presentan tras una intoxicación alcohólica aguda.

Otras manifestaciones importantes que suelen observarse son: depresión vascular que se debe a factores vasopresores centrales y a depresión respiratoria; hipotermia, que está favorecida por la primera fase de vasodilatación cutánea y sensación de calor, con aumento de la pérdida calórica y también pérdida del termostato central de la temperatura; trastornos de la motilidad esofágica y aparición de reflujo gastroesofágico, favoreciendo el desarrollo de esofagitis por reflujo; gastritis, que suele observarse por medio de endoscopia, entre otros (SS, 2013). Por lo que además de que el etanol afecta como órganos diana al cerebro e hígado, también afecta de manera importante otros órganos y sistemas tanto de manera aguda como crónica.

Diagnóstico

Acorde al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª edición Texto Revisado (DSM-IV-TR) el diagnóstico de la intoxicación aguda por alcohol se integra de la siguiente manera:

- Ingestión reciente de alcohol.
 - Cambios psicológicos o de comportamiento, desadaptativos clínicamente significativos de los que suelen aparecer durante o poco después de su consumo: Sexualidad inapropiada,
 - Comportamiento agresivo
 - Labilidad emocional
 - Deterioro de la capacidad del juicio y deterioro de la capacidad laboral o social, que se presenta durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante el consumo de alcohol o poco después:
 - Lenguaje farfullante
 - Incoordinación
 - Marcha inestable
 - Nistagmus
 - Deterioro de la atención o la memoria
 - Estupor o coma.
- Los síntomas no se deben a enfermedad médica o se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Acorde a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 10 (CIE-10) el Síndrome de Intoxicación aguda se define como un “Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas”.

También existe una variedad de la Intoxicación etílica, conocida como Intoxicación alcohólica patológica, en la cual la persona se comporta bruscamente de manera agresiva o violenta, lo cual no ocurre en individuos en estado sobrio o después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas. Estos episodios podrían durar de minutos a horas y suelen ir seguidos de un estado de somnolencia, del cual el paciente se despierta sin recordar nada.

Entre la comorbilidad psiquiátrica asociada al Síndrome de Intoxicación Alcohólica tenemos al Delirium por intoxicación por alcohol que se define según el DSM-IV-TR como:

A. Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.

C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de 1 o 2.

1. los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante la intoxicación por alcohol
2. el consumo de medicamentos se estima relacionado etiológicamente con la alteración*

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los que son propios del síndrome de intoxicación y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

***Nota:** El diagnóstico debe hacerse como delirium inducido por sustancias si está relacionado con el uso de la medicación.

Otros trastornos inducidos por el alcohol

El consumo crónico y excesivo de alcohol puede inducir a trastornos psiquiátricos orgánicos como:

- Demencia tras el consumo continuado.
- Trastorno amnésico persistente- Síndrome de Korsakof.
- Trastornos delirantes.

También se pueden producir otros trastornos psiquiátricos como:

- Trastornos del estado de ánimo, especialmente depresiones.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos sexuales.
- Trastornos del sueño.

Estos trastornos no se diferencian de los trastornos psiquiátricos funcionales, pero tienden a la remisión espontánea, en pocos días o semanas, cuando el paciente efectúa un tratamiento de desintoxicación y consigue abandonar el consumo de alcohol.

Se debe especificar si se acompañan de alteraciones perceptivas si las alucinaciones, con juicio de realidad intacto o las ilusiones auditivas, visuales o táctiles aparecen en ausencia de delirium, y que el sujeto percibe que son producidas por el alcohol o ausencia de éste. Si hay alteración del juicio, pueden deberse a un cuadro psicótico (algunos de ellos se abordarán en el Capítulo 7, Patología Dual y Comorbilidad Física de los TUA)

Tratamiento

Como se ha mencionado al principio de este apartado, el tratamiento para la intoxicación etílica es de sostén, ya que no existe algún antídoto que neutralice o inhiba al etanol.

En la Consulta Externa de CIJ, no se practica la desintoxicación de pacientes, por lo que de primera instancia se les informará a usuarios y familiares que en el Centro no se practica la desintoxicación etílica, por lo que serán canalizados a su domicilio o a centros o instancias donde puedan atender su situación. También se les aconsejará que acudan nuevamente al CIJ una vez que haya remitido el cuadro de intoxicación y la persona se encuentre en estado de sobriedad.

Si se trata de pacientes con cuadros de Intoxicación leve, se les canalizará a su domicilio siempre y cuando tengan acceso y/u oportunidad de atención profesional-especializada y cuenten con el equipo necesario para proceder a la desintoxicación. Acorde a la literatura, 3 de 4 pacientes pueden ser desintoxicados ambulatoriamente con éxito cuando son atendidos por profesionales experimentados, además de que los pacientes prefieren ser atendidos en su casa (Stockwell et al. 1990, en Socidrogalcohol, 2010).

Si se trata de pacientes que no tienen acceso u oportunidad a una atención médica en su domicilio y/o además se trata de un cuadro de intoxicación moderada a grave, serán canalizados a Centros Toxicológicos cercanos o a Unidades de Atención Hospitalaria que cuenten con servicio de urgencias o con el equipo y personal capacitado.

A continuación se presenta un cuadro que resume el proceso de desintoxicación etílica de manera general:

Intoxicación Leve	Intoxicación moderada a severa
• Practicar el ABC (valorar situación de urgencia). • Vigilar que el paciente no sufra traumatismos. • Vigilar la permeabilidad de la vía aérea. • Vigilar el riesgo de vómito y complicaciones respiratorias (valorar uso de medicamentos). • Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo. • Si no hay signos de depleción de volumen ni hipoglucemia, no es necesaria la infusión de fluidos intravenosos. • Practicar dextrostrix y pauta una perfusión de glucosa si presentara hipoglucemia. • Canalizar una vía con solución glucosada al 10% a un ritmo de perfusión de 14 gotas/minuto. Posteriormente se administrará 10g de glucosa I.V. en bolo. • Si han pasado más de 2 horas de la ingesta se puede remitir al paciente a su domicilio bajo vigilancia familiar. • Mantener al paciente abrigado para evitar hipotermia.	• Practicar el ABC (valorar situación de urgencia). • Solicitar etanol en sangre. • Si no es posible el dextrostrix, se recomienda la administración intravenosa de dextrosa. • Vigilancia de la vía aérea, y hemodinámica. • En caso de depresión respiratoria o coma, se seguirán las medidas y protocolos de soporte vital, así como prevención postural y farmacológica de bronco aspiración. • Ante estado de coma y aspiración se procederá a la intubación y ventilación mecánica, así como tratamiento anticonvulsivante en caso de crisis convulsivas. • Fluidoterapia: Se recomienda utilizar solución glucosada al 5%, con solución de cloruro de sodio al 0.45%. (tratar alteraciones en el metabolismo acido-base) • En caso de agitación puede utilizarse haloperidol. • MVI puede utilizarse en servicios de urgencias: en casos especiales, no de rutina. • Tratar encefalopatía de Wernicke característica del alcoholismo crónico y agudo por déficit de vitamina B1 (tiamina) administrando la misma.

Pronóstico

El alcohol es una sustancia tóxica y la gravedad de su intoxicación dependerá del grado y tiempo de alcohol consumido. Dicha toxicidad afecta a todos los órganos y sistemas del cuerpo, por lo que consumido en una dosis baja y a baja frecuencia, será muy probable que sus efectos reviertan.

Su consumo excesivo y crónico se ha asociado al desarrollo del síndrome de dependencia al alcohol, pero también a numerosas enfermedades inflamatorias y degenerativas que pueden acabar con la vida de los sujetos que lo sufren (SS, 2013).

En el caso de los pacientes que acuden a CIJ la mayoría con abuso, dependencia y policonsumo, el pronóstico dependerá del compromiso a los órganos diana, por tanto del deterioro físico y mental que presente la persona desde el momento en que acude a la Institución, tomando en cuenta sus respectivas vulnerabilidades (genética, sexo, edad, ambiente psicosocial, etc.)

2. Síndrome de Abstinencia de Alcohol

El Síndrome de Abstinencia de Alcohol (SAA) es el conjunto de síntomas y signos que aparecen cuando una persona que ha bebido importantes cantidades de alcohol disminuye o suspende el consumo, suele presentarse predominantemente en personas con una dependencia de larga evolución, es una de las principales complicaciones del Trastorno por dependencia de alcohol y al igual que el síndrome por intoxicación, suele presentar distintos grados de severidad, llegando a comprometer de manera importante la vida e integridad de la persona afectada.

Como se ha mencionado en el Capítulo 3, el consumo agudo de alcohol desencadena una respuesta depresora del SNC por aumento de ácido gamma-aminobutírico principal inhibidor neuronal y una disminución de los receptores Nmetil-Daspartato del glutamato el principal excitador, así como una disminución de la noradrenalina, esto ocurre de una manera aguda. Sin embargo, el consumo crónico de alcohol, desencadena cambios adaptativos en los receptores de distintos neurotransmisores lo que disminuye la respuesta de los mismos, por ejemplo, tienen a expresarse a la baja los receptores de GABA-A, D2 y D3 de dopamina y en algunos casos del 5-hidroxiindolacético (HIAA), de manera contraria, tienen a expresarse y funcionar a la alta NMDA y sistema opioide, por lo tanto, al estar presente una hiporegulación de los receptores GABA y cesar el consumo de alcohol, se expresa la hiper regulación del glutamato, siendo la respuesta GABA insuficiente para contrarrestar los signos y síntomas de hiperactividad que suelen caracterizar al síndrome de abstinencia alcohólica. También se ha documentado que la hipomagnesemia y déficits de electrolitos y vitaminas influyen en su aparición, por lo que es una heterogénea participación de distintos sistemas del cuerpo, que también se ven afectados. Por otra parte, la aparición de fenómenos *kindling* (estímulos eléctricos o bioquímicos que ocasionan cambios conductuales o convulsiones que en condiciones normales no se darían) podrían explicar la aparición de síndromes de abstinencia cada vez más graves, cuando estos suelen ser frecuentes (Bermudez, Otero y Tomé, 2016).

Clínica

La aparición de los síntomas puede ocurrir aproximadamente 8 horas después de que se suspende el consumo de alcohol, suelen ser más marcados al segundo y tercer día, y pueden durar hasta 5-7 días, si se prolongan más de una semana, se conoce como Síndrome de abstinencia prolongado (Behnke, 1976; Longo, 2014; Mirijello, 2015; en Bermudez et. al, 2016).

A continuación observaremos una tabla que presenta los estadios del Síndrome de abstinencia y sus características:

Estadio	Tiempo	Clínica
I	6-8 primeras h	Temblor, nerviosismo, ansiedad, anorexia y/o náuseas, taquicardia e hipertensión. En un gran número de casos no hay progresión.
II	Hasta el día, 8° día	Diaforesis, insomnio, hiperactividad, temblor marcado y alucinaciones principalmente auditivas. El paciente persistirá lúcido y consciente de que dichas alucinaciones no son reales
III	Primeras 48 h	Convulsiones tónico-clónicas generalizadas, característicamente no acompañadas de período postictal. Pueden verse favorecidas por la presencia de hipomagnesemia o un antecedente previo de epilepsia.
IV	3er-5° día	Alteración del estado mental o confusión global con agitación, hiperactividad y alucinaciones de predominio visual (delirium tremens —DT—). Puede ser la presentación inicial, especialmente en aquellos pacientes con factores de riesgo o episodios previos de SAA o DT (hipótesis del fenómeno de <i>klinding</i>). Puede asociarse hipertermia, hipertensión maligna y convulsiones, además de alteraciones metabólicas, respiratorias o cardiovasculares. Se calcula que las tasas de mortalidad hospitalaria entre los pacientes con delirium son de hasta un 4%.

Adaptado de: Bermúdez Ramos, M., Otero Antón, E. y Tomé, S. Tratamiento del paciente alcohólico y del síndrome de abstinencia alcohólica. *Medicine*, 12(10), 583-90. Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/0ByzdoA_hYEgYkpqN0JrUGt6MUE/view?pref=2&pli=1

Diagnóstico

La Abstinencia de Alcohol según el DSM-IV-TR se define como:

- CRITERIO A: la interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades, más 2 o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio anterior: hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones), temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias (o ilusiones), agitación psicomotora, ansiedad y crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas). Además los síntomas anteriores
- CRITERIO B: provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto y no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Este síndrome puede cursar con alteraciones perceptivas, por lo que se debe especificar si se acompaña de: alteraciones perceptivas, alucinaciones, con juicio de realidad intacto o las ilusiones auditivas, visuales o táctiles aparecen en ausencia de delirium, y que el sujeto percibe que son producidas por el alcohol o ausencia de éste. Si hay alteración del juicio, pueden deberse a un cuadro psicótico por lo que hay que realizar en todos los casos diagnóstico diferencial.

Según la CIE-10 respecto a la Abstinencia de alcohol, el consumo crónico y excesivo de alcohol puede inducir a cambios neuroadaptativos. Cuando dicho consumo se interrumpe o disminuye pueden aparecer signos de hiper excitabilidad neuronas que cursan con: hiperactividad autonómica (taquicardia, taquipnea, hipertensión arterial), temblor distal de

manos, insomnio, náuseas y vómitos, ansiedad, sensación de necesidad imperiosa de beber (craving) para aliviar los síntomas.

Cuando se presenta un cuadro grave de abstinencia, pueden ocurrir crisis convulsivas generalizadas, ilusiones perceptivas o incluso alucinaciones (visuales, táctiles, auditivas), ideas delirantes secundarias, insomnio y agitación psicomotriz. Es el llamado Delirium tremens por abstinencia severa de alcohol.

Además de la confirmación de la supresión o disminución del consumo de alcohol y de los criterios clínicos previamente mencionados (DSM-IV-TR y CIE-10), es necesario descartar de otros procesos médicos y psiquiátricos que podrían presentar un síndrome similar y si es posible realizar las siguientes pruebas de laboratorio y gabinete: medición de etanol en sangre, antidoping, hemograma, bioquímica sanguínea con medición de magnesio, pruebas de funcionamiento hepático y pancreático, pruebas de coagulación, electrolíticos séricos, gasometría, radiografía de tórax y otras pruebas más específicas para confirmar procesos infecciosos de vías respiratorias superiores en caso de que se sospechen.

Determinación de la Gravedad del SAA

Una vez confirmado el diagnóstico es importante determinar la gravedad, ya que será de utilidad para establecer el tratamiento y terapéutica pertinentes. Para esto se puede utilizar la escala *Clinical Institute of Withdrawal Assessment-Alcohol revised* por sus siglas en inglés CIWA-Ar, un cuestionario que evalúa distintos síntomas otorgando un puntaje 0 a 7 acorde a su gravedad, puede obtenerse una puntuación total entre 0 y 675. A partir de los resultados se clasificará el SAA como leve (entre 0-8), moderado a grave (10-15 puntos) o muy grave (más de 16 puntos).

Cuadro. 10

Clinical Institute of Withdrawal Assessment-Alcohol revised (CIWA-Ar). Sullivan y Col. 1989	
Náuseas y vómitos. Preguntar: “¿Se siente mal del estómago? ¿Ha vomitado?” 0 No náuseas ni vómitos 1 Náuseas ligeras sin vómitos 4 Náuseas intermitentes con arcadas	Ansiedad. Preguntar: ¿Se siente nervioso? Observación 0 Tranquilo 1 Ligeramente ansioso 4 Moderadamente ansioso, reservado 7 Se mueve sin cesar
Temblor. Observación 0 No temblor 1 Temblor no visible pero puede sentirse al tacto 4 Temblor moderado con las manos extendidas 7 Temblor severo incluso con las manos en reposo	Trastornos visuales. Preguntar: “¿Está viendo algo que le inquieta?” Observación 0 No hay 1 Sensibilidad leve 3 Sensibilidad moderada 5 Alucinaciones graves 7 Alucinaciones continuas
Sudoración paroxística. Observación 0 No sudor 1 sudoración leve en palmas de las manos 4 Sudoración visible en la frente 7 Sudoración profusa generalizada	Trastornos táctiles. Preguntar: “¿Siente algo extraño en su piel?” Observación 0 No 1 Prurito, pinchazos, ardor o adormecimiento leves 2 Leves

	3 Moderados 5 Alucinaciones táctiles graves 7 Alucinaciones continuas
Agitación. Observación 0 Actividad normal 1 Actividad un poco mayor de lo normal 4 Moderadamente inquieto	Trastornos auditivos. Preguntar: “¿Está escuchando algo que lo alarma?” Observación 0 No 1 Intensidad o capacidad para asustarse muy leve 3 Intensidad o capacidad para asustarse moderada 5 Alucinaciones auditivas graves 7 Alucinaciones continuas
Cefalea, sensación de plenitud en la cabeza. No considerar la sensación de mareo 0 No hay 1 Muy leve 2 Moderada 3 Moderadamente grave 4 Grave 5 Muy grave 6 Extremadamente grave	Orientación y entorpecimiento del sensorio. Preguntar: “¿Qué día es? ¿Dónde está? ¿Quién es?” 0 Orientado 1 No puede añadir datos en serie 2 Desorientado para la fecha en menos de dos días de calendario 3 Desorientado para la fecha en más de dos días de calendario 4 Desorientado en lugar, persona o ambas cosas
Total CIWA-Ar: _____	Puntuación máxima posible: 67 puntos.

Se ha desarrollado una escala para identificar a aquellos pacientes con riesgo de desarrollar un SAA grave, se utiliza con el objetivo de poder establecer un tratamiento profiláctico previo, la PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale) una escala que toma en cuenta antecedente de ingesta previa de alcohol en los últimos 30 días, un cuestionario acerca de episodios o síntomas previos y combinación de alcohol con benzodiacepinas, barbitúricos u otras drogas y, por último, la alcoholemia y la presencia de hiperactividad autonómica (Maldonado, Sher, Das, Hills Evans, Frenklach, Lolak, et. al, 2015). Se consideran en riesgo de desarrollar un episodio de SAA a aquellos pacientes con una puntuación de la PAWSS igual o superior a 4.

Por lo que esta escala podría comenzar a utilizarse como herramienta de tamizaje para la prevención de SAA graves, pues ha mostrado buenas características psicométricas y valor predictivo *entre pacientes hospitalizados médicamente enfermos*, ayudando a los médicos a identificar a aquellos en riesgo de SAA complicada y permitiendo la prevención y tratamiento oportuno de SAA complicada. (Maldonado et. al, 2015).

Tratamiento

Una vez determinada la gravedad del SAA (utilización de CIWA-Ar) se procederá a asistir inmediatamente los casos moderados y graves.

En los casos leves y moderados, podría establecerse un tratamiento ambulatorio si en el curso de 36 horas no existe progresión de los síntomas además de que se haya descartado antecedentes de: SAA grave previos, Delirium Tremens, edad avanzada, patología del SNC concomitante, convulsiones, desequilibrio hidroelectrolítico, enfermedad hepática crónica, desnutrición, vómito o diarrea severos, riesgo de suicidio, dependencia severa aunado a no disposición a ser valorado diariamente, manejo ambulatorio fallido, trastorno agudo físico o psiquiátrico, abuso de múltiples sustancias y red de apoyo primario pobre.

A continuación se presenta un cuadro que sugiere el tipo de tratamiento médico acorde a la gravedad del SAA, se puede observar que el tratamiento puede constar de una modalidad ambulatoria con o sin farmacoterapia VO, hasta un internamiento en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con BZD en infusión, por lo que también puede prescribirse el tratamiento según la sintomatología del paciente.

Cuadro. 11

	SAA Leve CIWA-Ar 0-8	SAA Moderado CIWA-Ar 10-15	SAA Grave CIWA-Ar >16
Modalidad de tratamiento	Ambulatorio	Ambulatorio y/o Hospitalización	Hospitalización
Medidas generales	♣ Ambiente tranquilo ♣ No exposición a estímulos luminosos	♣ Ambiente tranquilo ♣ Evitar medidas de contención física ♣ En el caso necesario debe corregirse la deshidratación con reposición de volumen y electrolitos así como la hipomagnesemia si existe ♣ Se administrará tiamina antes de los sueros glucosados (otras vitaminas del grupo B en caso necesario) ♣ Se instaurará la nutrición lo antes posible, escogiendo la vía más adecuada en función del nivel de consciencia del paciente.	♣ No exposición a estímulos ♣ En el caso necesario debe corregirse la deshidratación con reposición de volumen y electrolitos así como la hipomagnesemia si existe ♣ Se administrará tiamina antes de los sueros glucosados (otras vitaminas del grupo B en caso necesario) ♣ Se instaurará la nutrición lo antes posible, escogiendo la vía más adecuada en función del nivel de consciencia del paciente.
Farmacoterapia de primera elección	♣ Podría no utilizarse ♣ Podría utilizarse vía oral a dosis fijas	♣ Benzodiacepinas (BZD) ♣ Contar con disponibilidad de antídoto: flumazenil) valorando vía de administración	♣ Benzodiacepinas (BZD) ♣ Contar con disponibilidad de antídoto: flumazenil) vía intravenosa
Fármacos de segunda línea, potenciadores o para sintomatología asociada	♣ Opciones farmacológicas: Diazepam, Lorazepam ♣ Baclofeno	♣ Opciones farmacológicas: Diazepam, Lorazepam ♣ Cambiar vía de administración de BZD de ser necesario	♣ Opciones farmacológicas: Diazepam, Lorazepam ♣ Cambiar a infusión continua de BZD de ser necesario ♣ Haloperidol ♣ Propofol ♣ Dexmetomidina

Pronóstico

La evolución es variable, dependiendo de la gravedad del paciente, ya que como se mencionó anteriormente, algunos requerirán de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos en cambio otros podrán llevar seguimiento desde su hogar. Al igual que en el Síndrome de Intoxicación etílica, cuyo pronóstico empeora con la presencia de policonsumo, en el SAA, el antecedente de episodios previos graves, género masculino, edad avanzada, patología dual, comorbilidades médicas (insuficiencia hepática y enfermedad pancreática, cardiopatías, etc.), mayor consumo alcohólico, uso de fármacos sedativos como parte del tratamiento, un CIWA-Ar mayor de 15, entre otros, son algunos de los factores que suelen estar presentes cuando la evolución de los pacientes con SAA es mala.

2.1 Delirium por Abstinencia de Alcohol o Delirium Tremens

Cerca del 50% de las personas con un Trastorno por Uso de Alcohol presentan síntomas de abstinencia cuando reducen o suspenden el consumo de alcohol y en 3 a 5% de estas personas pueden aparecer crisis convulsivas, confusión severa que suele corresponder a Delirium o ambos. Por lo que es necesario que los médicos sepan reconocer estos SAA graves con el objetivo de prevenir muertes y reducir costos de hospitalizaciones prevenibles. Algunos otros estudios han demostrado que del 3 al 5% de los pacientes con un SAA que se hospitalizan, presentan Delirium por abstinencia alcohólica.

Diagnóstico

Según el DSM-IV-TR el Delirium por abstinencia de alcohol se caracteriza por:

- A. Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas laboratorio, de que los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante poco después de un síndrome de abstinencia.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de abstinencia de sustancias sólo cuando síntomas cognoscitivos excedan de los propios del síndrome de abstinencia y cuando los síntomas sean la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Según la CIE-10 el Delirium por abstinencia de alcohol se define como una alteración de la atención y la conciencia que se acompaña de disfunciones cognoscitivas. Su curso es de característica fluctuante y muchas veces incluye:

- Agitación
- Síntomas psicóticos: alucinaciones visuales zoópsicas microzoópsicas, ideas persecutorias, percepción de situaciones y visiones extrañas, delirio ocupacional como actuación de la actividad habitual del paciente, etc.
- Fiebre de origen central
- Taquicardia
- Hipertensión arterial y
- Deshidratación

El delirium por abstinencia, usualmente comienza 3 días posteriores a la aparición de síntomas de SAA y dura en promedio 2 a 3 días (rango de 1 a 8 días de duración). Las causas principales de muerte en estos pacientes son la hipertermia, arritmias cardíacas, crisis convulsivas o por sus comorbilidad médicas.

El delirium por abstinencia se puede predecir cuando se establecen puntajes del CIWA-Ar mayores a 15, especialmente cuando está asociado a hipertensión sistólica >150mmHg o taquicardia >100lpm, convulsiones por abstinencia de recién comienzo (presentes en el 20% de los pacientes con delirium) o episodios previos de convulsiones y delirium, edad avanzada, mal uso de otros depresores del SNC y presencia de comorbilidad física (hipomagnesemia, hipocalemia, trombocitopenia, cardiopatías, hepatopatías, etc.).

Tratamiento

El mejor tratamiento para el Delirium por abstinencia es su prevención por medio de la detección y tratamiento previos para el SAA.

Los objetivos principales una vez instaurado el cuadro, son el control de la agitación, disminución del riesgo de convulsiones, prevención de daño orgánico y muerte. Ya que la agitación suele ser el síntoma que compromete de manera importante el pronóstico del paciente, es recomendable que una vez hecho el diagnóstico, se valore el ingreso de la persona a la UCI (Schuckit, 2014). Una vez más al igual que en el tratamiento para el SAA, las benzodiacepinas son el estándar de oro como fármacos de primera línea.

En el cuadro siguiente se mostrarán esquemas de tratamiento sugeridos para el abordaje del Delirium por Abstinencia de Alcohol (Delirium Tremens):

Cuadro. 12

Abordaje sugerido para el Delirium por Abstinencia de Alcohol (Delirium Tremens)	
♣ El paciente recibirá tratamiento intrahospitalario, preferentemente en la UCI. ♣ Realizar la medición de electrolitos séricos, hemograma (hematocrito y plaquetas), gasometría, pruebas de funcionamiento hepático y pancreático. ♣ Monitorización y vigilancia continua de signos vitales cada 15-30min, se recomienda un lugar silencioso y con luz tenue. Llevar a cabo la reorientación de Persona, Espacio y Tiempo. ♣ Administración de Tiamina Vía Intravenosa: 500mg una o dos veces al día por 3 días. ♣ Administración de medicamentos para controlar la agitación, promover el sueño y para elevar el umbral de convulsiones ♣ Administrar farmacoterapia primaria utilizando Benzodiacepinas IV (preferiblemente) y a dosis altas hasta conseguir somnolencia (aún excitable), permanecer monitorizando los signos vitales del/la paciente, hasta que el Delirium disminuya, lo que tiende a tardar aproximadamente 3 días. La dosis del primer día debe ser suficiente para controlar los síntomas diana, ejemplo Diazepam a 15mg dosis.	
Régimen de Diazepam	Régimen de Lorazepam
I. Administrar 10-20mg IV u VO cada 4h si es necesario. II. 1. Iniciar tratamiento con 5 mg (2.5 mg/min) 2. Si es necesario, repetir 10 min después 3. Si es necesario, administrar 10 mg, 10min después 4. Si es necesario, administrar 10 mg nuevamente, 10min después 5. Si es necesario, administrar 20 mg, 10 min después	I. 1. Administrar 8 mg IV, IM o VO cada 15 min si fuese necesario 2. Si después de que el paciente ha recibido 16 mg el delirium continua siendo grave: Administrar un bolo de 8mg IV Posteriormente administrar 10-30 mg por hora. II. 1. Administrar de 1 a 4 mg cada 5-15 mg si es necesario, como alternativa: administrar de 1-40 mg IM cada 30-60 min si es necesario.

6. Continuar administrando de 5-20 mg por hora de ser necesario
2. Continuar dosis cada hora para mantener somnolencia en el paciente, si es necesario.
3. Además de las BDZ administrar antipsicóticos como el Haloperidol, para controlar agitación o alucinaciones (dosis de 0.5–5.0 mg IV o IM cada 30–60 min para agitación y alucinaciones graves) si fuese necesario. (No exceder 20mg)
4. Como alternativa: 0.5–5.0 mg VO cada 4 hr y hasta 30 mg).

(para ambas BZD vigilar toxicidad por acumulación de propilenglicol)

Traducido y adaptado de: Schuckit, MA. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). N Engl J Med 2014, 371, 2109-13.

Todo esquema farmacológico debe tomar en cuenta la comorbilidad psiquiátrica y física de cada persona, por lo que se deberán hacer los ajustes y medidas de seguridad necesarias antes de administrar cualquier fármaco. El cuadro anterior es un ejemplo de esquema que puede ser utilizado.

Pronóstico

Hace medio siglo, la mortalidad de los pacientes que presentaban DT era aproximadamente del 30%. Actualmente con el conocimiento y práctica de terapias intravenosas efectivas, el cuidado de la corrección de alteraciones electrolíticas, la administración de vitaminas y el tratamiento de comorbilidad física concomitante ha permitido que la tasa de mortalidad se haya reducido en la actualidad a un 1-2%, tomando en cuenta las características de cada paciente (Saunders y Janca, 2003).

3. Trastornos por el Uso de Alcohol: Abuso y Dependencia

Clínica

La detección y evaluación a través de la historia clínica para la detección de los TUA es crucial, siendo necesaria una evaluación dirigida, indagando el patrón de consumo de alcohol, y llevando a cabo un interrogatorio y exploración física intencionados a la identificación de comorbilidad mental y física acorde al patrón de consumo y características particulares de los y las pacientes, sugiriendo la utilización de herramientas que apoyen la integración diagnóstica, terapéutica y pronóstica.

Evaluación del patrón de consumo

La indagación del consumo de bebidas alcohólicas puede realizarse de distintas formas, una opción puede ser cantidad y frecuencia, interrogando qué cantidad de alcohol consume y su periodicidad, pueden establecerse periodos fijos, por “consumo habitual” (Dawson, 2003 en Socidrogalcohol, 2010) o por cantidad consumida en los últimos días, tratando de no cometer un sesgo de información, para lo que se recomienda interrogar intervalos de tiempo y consumo escalado (Greenfield, 2000 en Socidrogalcohol, 2010). Otra forma de determinar el patrón de consumo de alcohol es por estimación de consumo diario, donde se interroga que cantidad de alcohol consume diariamente en un determinado periodo de tiempo (semana, mes, año, etc.), para lo que se requiere mayor tiempo de evaluación, pero la estimación suele ser más exacta que las anteriores. (Greenfield, 2000 en Socidrogalcohol, 2010)

Para poder calcular fácilmente el consumo de alcohol se recomienda utilizar la Unidad de medida UBE, el término UBE se refiere a la Unidad de Bebida Estándar establecida por la Organización Mundial de la Salud pues ayuda a medir fácil y estandarizadamente el consumo diario de alcohol de una persona, (Griffith et al. 2003 en Socidrogalcohol, 2010)

La fórmula es la siguiente: $UBE = \text{volumen en litros por el porcentaje de alcohol que contiene la bebida por } 0.8$. De manera global practica cada UBE equivale a 10 gramos de alcohol (varía por país de 8 a 13 gramos), por lo que así podrá medirse el consumo dependiendo de los mililitros ingeridos y del porcentaje de alcohol que contiene cada bebida, este porcentaje de alcohol varía de manera importante si se trata de una bebida fermentada a una bebida destilada, pero también varía el grado de alcohol entre cervezas o vinos por poner otro ejemplo, por lo que se interrogara profundamente el tipo de bebida consumida, si es necesario solicitar el nombre de las bebidas para corroborar el % de alcohol por cada mililitro y llegar a ser más exactos al determinar el tipo de consumo que presenta cada persona. Aunque la medición por UBE no es del todo exacta nos aproxima bastante y como complemento, sugerimos en todo caso posible, la medición por gramos de alcohol si el/la paciente y familiares pueden brindar la información.

A continuación observaremos una tabla que nos muestra algunos ejemplos de UBES acorde a las bebidas más consumidas en nuestro país:

Cuadro. 13

Bebida	% de alcohol	Cantidad (ml)	Gramos de alcohol	UBE (s)
Cerveza	4.5	340	12	1
Vino tinto o blanco	12	127	12	1
Ron/Whisky/Tequila	38	40	12	1

En el [Diagrama 3](#) y retomando el modelo diagnóstico del Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo por sus siglas en inglés NIAAA, se sugiere interrogar de primera instancia si la persona consume alcohol, si resulta afirmativo, se procederá a indagar si consume una dosis superior a la de bajo riesgo, la cual corresponde a 4 o más bebidas (UBE) en un solo día en mujeres y 5 o más (UBE) en un solo día en hombres,

basta este consumo en una sola ocasión para que se integre diagnóstico de consumo de riesgo según el NIAAA, también el resultado en el cuestionario AUDIT ≥ 8 en hombre y ≥ 4 en mujeres corresponde a un consumo de riesgo por lo que ambos resultados son suficientes para proceder a descartar un TUA. Posterior a que se ha establecido un consumo de riesgo se procederá a establecer un promedio de consumo UBES/semana y se sugiere su cálculo regular durante el seguimiento de los/las pacientes. Posteriormente se procederá a indagar si hay presencia de criterios para abuso o dependencia de alcohol acorde a los criterios que se cumplan en cada caso.

Se ha criticado acerca de lo que implica continuar la evaluación para todas las personas que al menos una vez en el último año han consumido más allá de la dosis de consumo de bajo riesgo, y aunque pueda haber un mayor número de falsos positivos, también se plantea la interrogante del beneficio que representa, pues se valora la oportunidad de tratamiento y no la oportunidad de tratamiento a falsos negativos (NIAAA, 2015).

Características de la entrevista

La entrevista médica debe estar dirigida y estructurada de tal modo que nos arroje la información necesaria. Es una entrevista que debe percibirse y entenderse de manera simple, clara y que parezca rutinaria para los pacientes, intentando crear un ambiente de confianza con ellos y sus familiares. Deben de reconocerse a pacientes especialmente vulnerables e identificarse la necesidad de intervenciones urgentes desde el comienzo de la entrevista (personas en situación de calle, personas con problemas familiares graves, personas con presencia de patología dual y cuadros agudos, personas con comorbilidad física que necesiten atención médica urgente, necesidad de algún medicamento, etc.). La información recabada también debe indagarse a los familiares o personas cercanas para llevar a cabo un interrogatorio lo más fidedigno posible o para completar información que el paciente desconoce o niega y cuando el clínico así lo considere. Se sugiere que esta entrevista debe incluir:

- Padecimiento actual
- Patrón de consumo de alcohol y otras Sustancias Psicoactivas
- Debe contemplarse la posibilidad de auto o heteroagresividad y debe garantizarse que el sujeto no sufra ni pueda infringir daño (evaluar el riesgo autolítico y de violencia, evaluar el espacio físico y la necesidad de presencia de otras personas).
- Antecedentes Familiares de Consumo de Sustancias, Otros Trastornos Mentales y No Mentales
- Antecedentes Personales Patológicos (Mentales y No Mentales) y No patológicos
- Antecedentes de Salud Sexual
- Interrogatorio por Aparatos y Sistemas.

Exploración física

Durante la exploración es necesaria la búsqueda intencionada de manifestaciones que indiquen comorbilidad física relacionada al consumo de alcohol, como ejemplo la enfermedad hepática:

- Hígado graso alcohólico: muchos asintomáticos, otros; hepatomegalia, malestar en el cuadrante superior derecho, náusea y rara vez ictericia.
- Hepatitis alcohólica: muchos asintomáticos, otros; fiebre, nevos en araña, dolor abdominal, hipertensión portal, ascitis, hemorragia por várices sin cirrosis, etc.
- Cirrosis hepática alcohólica: inespecíficos como dolor vago en el cuadrante superior derecho, fiebre, náusea y vómito, diarrea, anorexia, malestar general, ascitis, edema, hemorragia de la porción superior del tubo digestivo, ictericia y encefalopatía. A la exploración física del hígado y vaso, suelen estar aumentados de tamaño y el borde hepático es firme y nodular.
- Otros frecuentes: ictericia esclerótica, eritema palmar, telangiectasias, crecimiento de la glándula parótida, hipocratismo digital, emaciación muscular o la aparición de edema. Varones pueden tener disminución de pelo corporal y ginecomastia, lo mismo que atrofia testicular, lo cual es consecuencia de anomalías hormonales o de un efecto tóxico directo del alcohol sobre los testículos. En las mujeres con cirrosis alcohólica avanzada suelen ocurrir irregularidades menstruales y algunas pueden presentar amenorrea. Los cambios suelen revertirse después de suspender el consumo de alcohol (Harrison, 2016).

En pacientes con algún TUA, el riesgo para la mayor parte de trastornos y enfermedades comórbidos, aumenta proporcionalmente con el grado de alcohol consumido. Las afecciones físicas identificadas con mayor frecuencia en pacientes con TUA se mencionarán en el Capítulo 7. Patología Dual y Comorbilidad física en pacientes con TUA.

Diagnóstico

Trastorno por Abuso de Alcohol

El Trastorno por abuso de alcohol según el DSM-IV-TR es:

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa), Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia),

- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física),
- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Por otra parte el Abuso de alcohol según la CIE-10 es un Consumo perjudicial, se trata de una forma de consumo de alcohol que causa daño a la salud, tanto de tipo físico o mental, conductual, etc. Debe haber pruebas claras de que el consumo de alcohol ha causado un daño físico, psicológico o conductual, incluida la capacidad de deterioro del juicio. El daño debe ser claramente identificable y específico. La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de 12 meses. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con el alcohol en el mismo período de tiempo, excepto las intoxicaciones agudas.

Además de los criterios anteriores, el concepto de consumo perjudicial de la OMS, se acerca a los establecidos por el DSM-IV-TR y la CIE-10 para Trastorno por Abuso de alcohol, el cual se define como “un patrón de beber que causa daños a la salud física y mental, con un consumo medio regular de 40g diarios de alcohol en mujeres, y más de 60g diarios en hombres. El consumo excesivo ocasional (*binge drinking*), que puede ser particularmente perjudicial para la salud, es definido como el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola sesión.

Como herramienta para el diagnóstico de los TUA, puede utilizarse el cuestionario AUDIT, por lo que si al aplicarlo se obtiene un puntaje ≥ 8 suele indicar un consumo de riesgo o algún TUA, se sugiere analizar el [Diagrama 3](#) como guía diagnóstica para Trastorno por Abuso de Alcohol.

Trastorno por Dependencia de Alcohol

Diagnóstico

Según el DSM-IV-TR el Trastorno por dependencia del alcohol es un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes, en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

- b) El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado
2. Abstinencia definida por cualquiera de los siguientes ítems:
- a) Se toma alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
b) Se toma alcohol con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo del que inicialmente se pretendía.
3. El alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol su consumo, o en la recuperación de los efectos
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol
7. Se continúa consumiendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo

Normalmente la dependencia alcohólica es con dependencia fisiológica. Puede presentar diversos cursos: remisión total o temprana, remisión parcial temprana, remisión total sostenida, remisión parcial sostenida, en terapéutica con antagonistas, en entorno controlado y puede ser, a su vez, leve, moderado o grave.

Una vez establecido el diagnóstico, es necesario especificar si este ocurre:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Por otro lado la Dependencia del alcohol según la CIE-10 también llamado alcoholismo crónico, se puede integrar como un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de alcohol, además deben presentarse al menos tres de las siguientes manifestaciones, más de un mes, o en repetidas ocasiones al menos durante 12 meses:

1. Deseo intenso o sensación de compulsión a beber alcohol.
2. Disminución de la capacidad de controlar el consumo, en cuanto se inicia el mismo, o a las cantidades consumidas, con cantidades mayores o durante más tiempo del deseado, o deseo persistente, o esfuerzos por reducir el consumo sin éxito.
3. Cuadros fisiológicos de abstinencia, cuando se reduce o cesa el consumo: temblor, ansiedad, insomnio, agitación, náuseas, vómitos, crisis convulsivas, etc. Mismo que se tratan de paliar consumiendo alcohol.
4. Pruebas de tolerancia a los efectos del alcohol como, necesidad de aumentar las dosis para obtener los mismos efectos, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

5. Preocupación por el consumo de alcohol, con abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés, a causa del consumo de alcohol; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para conseguir, obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la bebida.
6. Consumo persistente de alcohol a pesar de los daños que le producen al individuo, de manera que no lo abandona de forma voluntaria a pesar de saber que le está perjudicando (no conciencia de enfermedad).

Puede ser con consumo continuo, episódico o intermitente.

Para evaluar el Consumo de Riesgo y los Trastornos por Uso de Alcohol, actualmente se utiliza un cuestionario construido y validado por la OMS con su primera edición en 1989 y actualizada en 1992, conocida como AUDIT (Alcohol Use Disorders identification test), este cuestionario puede responderse en 2-4 minutos, consta de 10 preguntas con opción de respuesta de 0 a 4 e interroga consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol, demostrándose que tiene buena precisión, sensibilidad y especificidad para la detección de abuso y dependencia. Este cuestionario puede aplicarse tanto como entrevista oral o como cuestionario de autopase tomando en cuenta las capacidades cognitivas y la cooperación del paciente. Puede ser utilizado tanto para pacientes que se encuentran en un hospital general, personas que se encuentran deprimidas o que han intentado suicidarse, otros pacientes psiquiátricos, personas que acuden a los servicios de urgencias, personas en situación de calle, presos, personas que acuden al médico general o aquellos multados por motivos legales al encontrarse bajo los efectos del alcohol, además de personas especialmente vulnerables que tienen más riesgo de desarrollar algún TUA como lo son varones de edad mediana, adolescentes, migrantes o con empleos como sexoservidores, animadores, ejecutivos de empresas, camareros, etc (Babor, Higgins, Saunders y Monteiro, 2001). Por lo que se sugiere su utilización como guía de apoyo al diagnóstico y tratamiento del consumo de riesgo y los TUA. Si se aplica este cuestionario y si se obtiene un puntaje ≥ 8 suele indicar un consumo de riesgo o algún TUA. Específicamente para una Dependencia de Alcohol el puntaje establecido por la OMS es un AUDIT de 20 a 40 puntos, cumpliendo además con los criterios para Trastorno por Dependencia de alcohol, previamente descritos (Cfr. [Diagrama 3](#)).

Aunque existen otras cuestionarios y test diagnósticos como AUDIT-C, CAGE, entre otros, estos han presentado una fiabilidad y validez menor a AUDIT para diagnóstico de dependencia de alcohol (Babor et. al, 2001).

Tanto los Consumos de riesgo como los TUA deben ser evaluados frecuentemente, puesto que obedecen a un continuo, esto quiere decir a que a través del estudio de la evolución y desenlace de las personas que los padecen, se ha observado que cursan de abstinencia a dependencia, de consumo de bajo riesgo a consumo de riesgo y posteriormente a consumo perjudicial, de no tener daño físico y mental subsecuente, a tener leve daño físico y mental subsecuente, para que posteriormente algunos lleguen a perder la función de algún órgano, como por ejemplo, insuficiencia hepática. Todo lo anterior puede cambiar a lo largo de la vida de una persona, pasando de dependiente abstinente y viceversa, por lo que su aparición o remisión podrían estar influenciadas por múltiples factores, como los ambientales y los del comportamiento, así como a la dinámica de las políticas comerciales, de igual manera, son sensibles al tratamiento que reciba la persona (OPS, 2008).

3.1 Tratamiento farmacológico para los TUA

Como prioridad, se hará mención de que el tratamiento que da mejores resultados para personas que presentan un Trastorno por Uso de Sustancias, es el tratamiento multidisciplinario, por lo que las intervenciones sugeridas deben de estar integradas con un enfoque biopsicosocial, es decir, tratamiento farmacológico, psicológico y social adecuados para cada caso, por lo que se recomienda el uso de intervenciones amplias.

Por medio de distintos estudios se ha observado que el tratamiento farmacológico para los TUA está subutilizado, durante muchos años consistía en fármacos que conseguían la inhibición y reversión de los efectos del alcohol, actualmente gracias a los avances científicos y tecnológicos, se ha podido conocer de manera más amplia el funcionamiento de los circuitos cerebrales relacionados con su consumo, por lo que tanto del estudio de los circuitos relacionados con el GABA-NMDA glutamato y el sistema de recompensa con la participación fundamental del sistema opioide endógeno y la dopamina (Socidrogalcohol, 2013), han permitido el diseño y comercialización de fármacos actualmente aprobados para el tratamiento de los TUA

También actualmente se han estudiado con mayor interés los mecanismos de *Craving* y *Priming*, los cuales aún suelen conceptualizarse de forma indistinta. Por lo que en estos terrenos aún hay lagunas de conocimiento.

Específicamente para el Abuso y Dependencia de alcohol el tratamiento está encaminado a tratar la deshabituación etílica, prevención de recaídas y *Craving*. Afortunadamente en el campo de las adicciones, los Trastornos por Uso de Alcohol como de Tabaco han sido de los más estudiados, por lo que las alternativas terapéuticas cuentan con un soporte científico con la suficiente evidencia para poder otorgar un tratamiento con buenos resultados. Aunado a esto, la capacitación de médicos y otros profesionales de la salud respecto al tratamiento de los TUA es muy necesaria, práctica y también es posible.

Los siguientes medicamentos han mostrado efectividad y han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) y aunque existe una amplia variedad de psicofármacos, no han sido aprobados aún para los trastornos de abuso y dependencia de alcohol, por lo que sólo se mencionarán de forma general y se ahondará mucho más en aquellos que sí han sido aprobados: Disulfiram, Naltrexona oral, Naltrexona Intravenosa y Acamprosato cálcico.

Estos medicamentos están aprobados para reducir el consumo, evitar la recaída en consumo excesivo, alcanzar y mantener la abstinencia u obtener una combinación de estos efectos. Tal como el tratamiento para cualquier otra enfermedad crónica, los esfuerzos para conseguir adherencia de los y las pacientes al tratamiento será proporcional a la efectividad de estos medicamentos.

A continuación aparece una tabla que explica las principales características de cada uno de los fármacos aceptados por la FDA para el tratamiento de la dependencia alcohólica:

Cuadro. 14

	Disulfiram	Naltrexona Oral (VO) e Intravenosa (IV)	Acamprosato
Mecanismo de acción	Inhibe el metabolismo intermedio del alcohol, ocasionando una acumulación de acetaldehído y una reacción de rubor, diaforesis, náusea y taquicardia si el paciente consume alcohol.	Bloquea los receptores opioides resultando en una reducción del ansia y menor gratificación en respuesta a la bebida.	Afecta los sistemas neurotransmisores GABA y de glutamato, pero su actividad relacionada con el alcohol es incierta.
Frecuencia de administración	Diaria	Diaria VO Mensual (cada 30 días) IV	Tres veces al día
Usos clínicos y candidatos	1. Pacientes que presentan Trastorno por Dependencia de alcohol activo. 2. Quienes han logrado la Abstinencia antes de iniciar el tratamiento, pero que presentan síntomas de ansiedad y recaídas. 3. Idealmente pacientes que estén motivados a conseguir la abstinencia. 4. Quienes estén dispuestos a tomar disulfiram bajo la supervisión de algún familiar o algún programa de tratamiento. 5. Pacientes con mala respuesta al tratamiento psicosocial por sí solo.	1. Pacientes que han logrado abstenerse al consumo de alcohol en un ambiente ambulatorio previo al inicio del tratamiento (no ha mostrado beneficio en pacientes que persisten consumiendo alcohol al inicio del tratamiento). *También se utiliza como tratamiento para prevención de recaídas en pacientes con dependencia a opioides. 2. Pacientes con mala respuesta al tratamiento psicosocial.	1. Pacientes que presentan Trastorno por Dependencia de alcohol activo. 2. Quienes han logrado la Abstinencia antes de iniciar el tratamiento, pero que presentan síntomas de ansiedad y recaídas (no se ha visto beneficio en pacientes que no han completado un proceso de desintoxicación o no han conseguido abstinencia por cuenta propia previo al inicio del tratamiento). 3. Pacientes con mala respuesta al tratamiento psicosocial.
Contraindicaciones	Uso concomitante de alcohol o preparaciones que contienen alcohol o metronidazol; enfermedad arterial coronaria; enfermedad grave del miocardio; hipersensibilidad a los derivados del caucho	VO. Durante el uso de opioides o en abstinencia aguda de opioides; necesidad prevista de analgésicos opioide; hepatitis aguda o falla hepática. IV. Además de las	Insuficiencia renal grave ($\text{CrCl} \leq 30\text{ml/min}$).

	(thiuram).	anteriores: masa muscular inadecuada para inyección intramuscular profunda; erupción o infección en el lugar de la inyección.	
Precauciones	Cirrosis o insuficiencia hepática, enfermedades cerebrovasculares o daño cerebral; psicosis (actual o antecedente); diabetes mellitus; epilepsia; hipotiroidismo; insuficiencia renal. *Sugerir a las/los pacientes que lleven consigo una tarjeta de cartera para alertar al personal médico en caso de emergencia.	VO. Otras enfermedades hepáticas; insuficiencia hepática; historial de intentos suicidas. Si se requiere analgésicos opioides, se podrán necesitar dosis mayores y la depresión respiratoria podrá ser más profunda y prolongada. *Sugerir a las/los pacientes que lleven consigo una tarjeta de cartera para alertar al personal médico en caso de emergencia. IV. Hemofilia u otros problemas de sangrados.	Insuficiencia renal moderada (ajuste de dosis para CrCl entre 30 y 50 ml/min); depresión o ideas y conducta suicida. Embarazo de Categoría C. Cirrosis
Reacciones adversas graves	Reacción del disulfiram al alcohol; hepatotoxicidad, neuritis óptica, neuropatía periférica, reacciones psicóticas.	VO. Precipitará el síndrome de abstinencia severa si el paciente tiene dependencia de los opioides; hepatotoxicidad (aunque no parece ser una hepatotoxina a las dosis recomendadas). IV. Igual que naltrexona oral, además de infección en el sitio; depresión y casos inusuales incluyendo neumonía alérgica e ideas y conducta suicida.	Los casos inusuales incluyen ideas y conducta suicida.
Efectos secundarios frecuentes	Sensación de sabor metálico en la boca; dermatitis; somnolencia transitoria moderada.	VO. Náusea, vómitos, disminución del apetito, dolores de cabeza, vértigo, fatiga, somnolencia, ansiedad IV. Igual que naltrexona oral, además, reacción en el sitio de la inyección; dolor de articulaciones; dolores musculares o calambres.	Diarrea, somnolencia.
Interacción con otros medicamentos	Anticoagulantes tales como warfarina; isoniazida; metronidazol; dilantina; cualquier medicamento no prescrito que contenga alcohol.	Medicamentos opioides (bloquea su acción).	No se conoce ninguna interacción clínicamente importante.

Dosis usual para adultos	Dosis oral: 250 mg diarios (rango de 125 mg a 500 mg). <u>Antes de prescribir:</u> Evalúe la función hepática. Advierta al paciente (1) que no debe tomar disulfiram por lo menos 12 horas después de beber y que puede ocurrir una reacción del alcohol al disulfiram hasta 2 semanas después de la última dosis; y (2) que evite el alcohol en la dieta (por ejemplo: salsas y vinagres), medicamentos que no necesitan receta médica (por ejemplo: jarabes para la tos) y artículos de tocador (por ejemplo: colonia, enjuague bucal). <u>Seguimiento de laboratorio:</u> Monitorear la función hepática.	Dosis oral: 50 mg diariamente. <u>Antes de prescribir:</u> Los pacientes deben estar libres del uso de opioides por un mínimo de 7 a 10 días antes de comenzar. Si siente que hay riesgo de precipitación en una reacción de síndrome de abstinencia a los opioides, administre la naloxona. Challenge test. Evalúe la función hepática. <u>Seguimiento de laboratorio:</u> Monitoree la función hepática. Dosis IM: 380 mg dados como inyección intramuscular profunda en el glúteo, una vez al mes. <u>Antes de prescribir:</u> Igual que naltrexona oral, además examine el sitio de la inyección para comprobar si hay una masa muscular y condición de la piel adecuadas. <u>Seguimiento de laboratorio:</u> Monitorear la función hepática.	Dosis oral: 666 mg (dos tabletas de 333 mg) tres veces al día o, para pacientes con insuficiencia renal moderada (CrCl 30 a 50 ml/min), reducir a 333 mg (una tableta) tres veces al día. <u>Antes de prescribir:</u> Evalúe la función renal. Establezca la abstinencia.
Uso en el embarazo y lactancia	Embarazo: La FDA no ha asignado una categoría de embarazo. El uso seguro de este medicamento durante el embarazo no ha sido establecido. Por lo tanto, el disulfiram debe usarse durante el embarazo solo cuando, a juicio del médico, los probables beneficios superen los posibles riesgos. Lactancia: No prescriba ni administre disulfiram a las madres lactantes.	Embarazo: Categoría de Embarazo FDA C Lactancia: Se informó la transferencia de naltrexona y 6β-naltrexol a la leche humana con naltrexona oral. Debido a que los estudios en animales han demostrado que la naltrexona tiene un potencial de tumorigenicidad y otras reacciones adversas graves en los lactantes, se debe tomar una decisión de tratamiento individualizada, independientemente de si la madre que amamanta deberá suspender la lactancia o suspender la naltrexona.	Embarazo: Categoría Embarazo FDA C Lactancia: No se sabe si el acamprosato se excreta en la leche humana.

Todo tratamiento se debe ajustar a las particularidades del paciente y al criterio del médico.

Adaptado y modificado de: Substance Abuse and Mental Health Services Administration and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2015). Medication for the Treatment of Alcohol Use Disorder: A Brief Guide. HHS Publication No. (SMA) 15-4907. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

3.2 Alternativas de Abordaje Psicológico

3.2.1 El alcohol, un “analgésico psíquico”

La relación entre los usos que puede tener una sustancia y aquel que la consume tiene un antecedente muy fuerte en la obra de Sigmund Freud, quien en sus estudios *Über Coca* publicados en 1884; y todavía dedicado a la investigación neurológica, destacó no solo el uso de ciertas sustancias como agente anestésico, sino el que también pueden cancelar el dolor psíquico; es decir, se trataría de una especie de “analgésico psíquico”, tesis esta última que no es abandonada en ningún momento y tiene tres ejes de elaboración claramente ubicables a lo largo de su obra propiamente psicoanalítica:

- 1) La sustancia (sea morfina, alcohol, tabaco, etc.) como reemplazante de la masturbación infantil, que es llamada “adicción primordial” (2006^a, p. 314). Debiéndose entender por lo anterior que se trata en ambos casos, tanto en el consumo de sustancias como en la masturbación, que lo puesto en primer plano es la búsqueda y obtención de una satisfacción inmediata en el propio cuerpo y que prescinde de la mediación de la palabra o la fantasía, podemos decir entonces: un puro autoerotismo.
- 2) En un momento más avanzado de su obra, sigue el modelo de la narcosis en general y de la borrachera en particular, para destacar que ahí se produce por vía del tóxico un estado comparable al de la manía o de los delirios erotómanos y donde se sobre-invierte la imagen narcisística del yo (de ahí que en psicoanálisis tenga pertinencia hablar de toxicomanías y no de adicciones).
- 3) Partiendo de la premisa que de todo padecimiento procede de tres fuentes que son inherentes a toda sociedad humana: el mundo exterior, la interacción con los otros y la constitución misma del aparato psíquico, la sustancia aparece como paliativo contra esos malestares ineliminables y le llama “quitapenas”, es, por así decirlo, una consolación ante el sufrimiento. Se ve entonces la importancia que tienen para el padre del psicoanálisis las características singulares del lazo que une al sujeto con la sustancia que consume.

En su texto *“El malestar en la cultura”* (2006c), Freud señala no solamente que hay un malestar inevitable en la existencia humana, sino también diversas maneras de aminorar dicho malestar, allí figuran el amor, la religión, la sublimación pero también los estados de intoxicación; es decir, Freud da a los narcóticos un valor de remedio frente a la vida humana, leemos “Para soportarla, no podemos prescindir de calmantes. («Eso no anda sin construcciones auxiliares», nos ha dicho Theodor Fontane.”) Los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas.” (p. 75)

Cada una de estas estrategias va a tener distintas consecuencias y resuelven el problema de manera específica, en el caso del uso de sustancias no va a dejar de señalar que influyen sobre el quimismo “los métodos más interesantes son los que procuran influir sobre el propio organismo. Es que al fin todo sufrimiento es solo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos, y sólo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro

organismo.” (p. 77) y un poco más adelante afirma: “El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación.” (*Ídem*) Se entiende entonces que la intoxicación, en este caso la ingesta de alcohol, no es un método simbólico para vérselas con un padecimiento, es precisamente su revés, ofrece una solución por fuera del campo de la palabra y es lo que representa su mayor peligro.

Es por la imposibilidad de acceder a un placer ilimitado y siempre disponible que el consumo de una sustancia o la reiteración de una conducta pueden devenir compulsivos y generar un estado comparable al de la manía o al de los delirios erotómanos. Es por ello que el sujeto acaba por retirarse de la realidad humana, de las personas y objetos otrora placenteros, denostando todo vínculo y recurso simbólico para terminar soldando su cuerpo al uso de la sustancia. Debido a este mecanismo, indudablemente psíquico, es que en psicoanálisis, reiteramos, se prefiere hablar de toxicomanías, no de adicción. El consumo entonces provee de una paradójica salida: ofrece la obtención de una satisfacción plena mediante la posesión absoluta del objeto tóxico y, al mismo tiempo, empuja al sujeto hacia una soldadura letal con ese mismo objeto.

Ya en 1906, Karl Abraham (2008), en su artículo “*Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo*”, planteó que hay hombres que se aficianan al alcohol porque les proporciona un sentimiento de hombría, aunque juntamente, el alcohol no sólo destruye la sublimación de los impulsos sexuales, sino que también muchos alcohólicos padecen de impotencia. Por eso Abraham dice que el alcohol es un “falso amigo”. Los sujetos que recurren a él porque creen ver aumentada su virilidad, ya que les da una sensación de poder sexual, en cambio resultan despojados de ese poder; sin embargo, generalmente no reconocen el fraude, continúan atados al alcohol, identificándolo con su sexualidad. De esta forma, el alcohol se convierte en un sustituto de la sexualidad misma.

Aquello que Abraham denomina “falsa amistad” (p. 77) refiriéndose al vínculo de alguien con el alcohol, está en la misma línea del comentario de Escobedo (2003) al señalar la “infundada reputación de afrodisíaco” del éxtasis. Con esta última droga, los sujetos se encuentran más predispuestos a vincularse socialmente; hombres y mujeres se acercan con mayor facilidad, no obstante, es solo bajo sus efectos. El mercado y las modas producirán diferentes sustancias para solucionar un problema que, si bien no tiene solución, puede encararse por otra vía donde el deseo y el goce no resulten ya tan inconciliables.

Hoy es frecuente que a la persona no le alcance con recurrir a una sola sustancia y cada vez es más infrecuente el “*alcohólico puro*”. Parecería que en cada época se ponen de moda determinadas sustancias con sus diferentes efectos, que incluso tienen su particularidad en cada sujeto, aunque, cualesquiera que sean los tóxicos empleados, la causa del padecimiento siempre es singular, es imprescindible despojarse de cualquier creencia en una fórmula de curación que fuera generalizable para la heteroclita serie de los padecimientos: solo al analizar cada caso se podrá precisar la función que el tóxico ha desempeñado, la función que ha sostenido en la economía libidinal de cada cual.

Una primera indicación estaría dada por la urgencia de salir de “un callejón sin salida”: pedirle al bebedor que se abstenga de aquello que ha declarado, o se le ha señalado por otros, no poder hacerlo por sus propios medios; es decir, beber. A tener en cuenta también que del bebedor no solemos escuchar una demanda efectiva de tratamiento, ellos parecen la mayor de las veces estar “satisfechos” con la solución que el alcohol provee, eso que

Freud llama “el arquetipo de un matrimonio dichoso” (2006b, p. 182), el que establecen el bebedor y su botella. En cambio, proponemos ubicar un punto de incógnita y promover a partir de ahí una pregunta sobre el sujeto, su deseo, la relación con sus modos de satisfacción, su economía libidinal.

Desde el punto de vista médico, la dependencia de alcohol es una *“entidad caracterizada e integrada por un conjunto de fenómenos, conductuales, cognitivos y fisiológicos, para los cuales la necesidad por el consumo de alcohol es prioritario incluso ante otras actividades o acciones de la vida que anteriormente eran mucho muy importantes y placenteras para la persona”* (OPS, 2008).

Actualmente y gracias al desarrollo de la ciencia y tecnología, se tiene más conocimiento de las ciencias genómicas, las cuales nos han mostrado y explicado que hay diversos genes que participan como factores protectores o precipitadores ante los TUA. Ya que conocemos que el ser humano es un ser cuyo organismo es complejo física y mentalmente, también las interacciones del cuerpo humano con el ambiente lo son, por lo que la respuesta genética también depende de las características del ambiente en el que se desarrolla la persona, a mayor consumo de bebidas alcohólicas o un ambiente que promueva su consumo, mayor riesgo de patrones nocivos facilitadores de enfermedades físicas y mentales.

Una de las características más importantes cuando una persona desarrolla dependencia al alcohol, es el deseo intenso de beber y difícil control del consumo, por lo que la persona al volver a consumir siente esa desaparición a alivio de los síntomas presentes.

3.2.2 Consideraciones preliminares para el abordaje de los trastornos por el uso de alcohol

Dado que los Trastornos por el uso de Alcohol suelen presentar comorbilidad médica, psiquiátrica o policonsumo, deberían ser evaluados en un periodo preferentemente breve en el que se efectúe la exploración clínica, completando la fase de Evaluación y Diagnóstico, integrando la información que puedan recabar todos los profesionales

Es importante evaluar el grado de comprensión o de disposición al cambio por parte del paciente, su nivel de motivación hacia el cambio y hacia el tratamiento que podemos ofrecerle y también evaluar la gravedad del Trastorno por el uso de Alcohol. Con frecuencia el paciente no tiene conciencia de la gravedad de su consumo y su demanda de tratamiento se centra en otros aspectos que él sí reconoce, como su patología médica o psiquiátrica, aunque en la mayoría de los casos el paciente no la asocia al consumo de alcohol, o bien busca tratamiento para apaciguar las presiones familiares, laborales o legales que le han impulsado a pedir ayuda terapéutica.

Cuando el paciente tiene una buena conciencia de su adicción al alcohol es posible trabajar motivacionalmente para establecer una relación de confianza en el Equipo Médico Técnico, de modo que podamos contar con su colaboración, esto se logra respetando los objetivos personales del paciente.

Por otro lado, los familiares tienen sus propios objetivos, que con frecuencia no coinciden ni con los del paciente ni con los del equipo de profesionales. Los familiares y allegados han sufrido repetidamente las consecuencias del consumo de alcohol, y han desarrollado ansiedades ante la posibilidad de un nuevo consumo descontrolado. Si trazar unos objetivos terapéuticos, que concuerden con los del paciente para su necesaria colaboración del paciente, puede ser tarea difícil en algunos casos, conseguir además que los familiares acepten y colaboren con dichos objetivos, puede resultar todavía más complicado. No podemos dejar de subrayar que la colaboración de unos y otros aumenta las posibilidades de éxito del tratamiento y, por tanto, conviene promoverlo.

Cuando el paciente colabora y el tratamiento funciona, no es imprescindible la participación de los familiares, pero si ellos no comprenden o no comparten los objetivos terapéuticos, la dinámica familiar puede seguir siendo desfavorable y la conflictiva familiar o de pareja se puede convertir en un factor de riesgo de recaída o en una importante interferencia que puede minar el esfuerzo del paciente y llegar a confundirle en sus objetivos. La desaprobación y la desconfianza inflexible, de su pareja o familiares, pueden hacer dudar al paciente del esfuerzo que está haciendo para recuperarse, aumentando las probabilidades de una recaída.

La oferta terapéutica que acostumbran a hacer los profesionales (al paciente) suele estar basada en criterios de salud y seguridad para el propio paciente. Sin embargo, los objetivos personales con frecuencia no coinciden con dichos criterios. Dado que la eficacia de cualquier tratamiento del alcoholismo depende de la participación y la colaboración por parte del propio paciente, necesitamos saber qué desea y qué no desea hacer el paciente; a qué estaría dispuesto a comprometerse y también qué puede obstaculizar su compromiso.

Habitualmente, cuando el paciente no comprende su adicción al alcohol como una problemática con efectos a largo plazo y con un elevado riesgo de recaída, tampoco se propone seriamente un abandono completo y definitivo del consumo de alcohol. Además, tarde o temprano se va a encontrar con una ocasión para consumir y, si su compromiso con la abstinencia continuada es poco firme, lo más probable es que se inicie un nuevo proceso de recaída.

En las primeras etapas del tratamiento la demanda del paciente y de sus familiares suele ser que le ayudemos a controlar su consumo de alcohol. Aunque parezcan dispuestos a dejar de beber, tanto el paciente como sus familiares pueden llegar a suponer que después de unas semanas podrá retornar a un consumo moderado de alcohol y sin problemas, tal y como lo hacen otras personas y lo que ellos consideran como retornar a la “normalidad”. Esta suele ser la creencia básica de los pacientes u sus familiares, que lo normal es tomar bebidas alcohólicas con moderación y sin problemas y que tras unos días sin beber, el problema habrá desaparecido. Podemos decir entonces que en las etapas iniciales del tratamiento, la expectativa de que el paciente mantenga una abstinencia continuada de alcohol es algo que tiene más que ver con los objetivos de los profesionales que con los del propio paciente.

Cuando el paciente no colabora con el tratamiento o no consigue alcanzar los objetivos de reducción sustancial de su consumo de alcohol, es preferible hacer un cambio de objetivo terapéutico hacia la abstinencia continuada de alcohol, ya que si el paciente mantiene un

consumo excesivo de alcohol puede poner en peligro la salud, la propia seguridad y la de las personas de su entorno.

3.2.3 Intervención o Consejo Breve

Es frecuente que al momento de consultar, los pacientes minimicen los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, por ello, el Equipo Médico Técnico puede y debe ofrecer a los bebedores de riesgo una intervención o consejo breve que apunte al cambio del comportamiento de los pacientes y el establecimiento de las primeras pautas terapéuticas.

Habitualmente incorpora algunos o todos los ítems siguientes: retroalimentación sobre el consumo de alcohol de la persona y cualquier daño relacionado con el alcohol; aclaración en cuanto a lo que constituye el consumo de alcohol de bajo riesgo; información sobre los daños asociados con el consumo peligroso de alcohol; beneficios de reducir la ingesta; superación motivacional; análisis de situaciones de alto riesgo para beber y estrategias de afrontamiento; y desarrollo de un plan personal para reducir el consumo. (Thomas, 2001).

Generalmente se trata de 4 a 6 sesiones, dependiendo de la severidad de las complicaciones, aunque en ocasiones se debe recurrir a un tratamiento especializado y focalizado. Hay terapias que combinan distintos modelos, y prácticamente todos ellos utilizan un soporte motivacional para trabajar con los pacientes, de hecho hay estudios que valoran la eficacia de la intervención breve utilizando las técnicas motivacionales.

3.2.4 Entrevista motivacional

La entrevista motivacional sistematiza la intervención de los profesionales a partir de los distintos estadios de cambio, que es un proceso no solo encaminado a conseguir y mantener la abstinencia sino a realizar cambios en la persona a largo plazo y mantenerlos como logros vivenciales.

Los estadios de cambio los definieron Prochaska y DiClemente (en Torres, 2010), en la precontemplación el sujeto es ajeno a su problemática aunque su alrededor empieza a preocuparse por su conducta, en la fase contemplativa aunque no está decidido a iniciar un cambio, va siendo consciente de su situación y así puede ir preparándose para la acción. La acción sería la puesta en marcha de un proceso terapéutico, que iría seguido de un mantenimiento de la abstinencia y de los cambios y así conseguir la remisión estable, aunque en alguna ocasión se producen recaídas en el consumo que obligan a reiniciar el ciclo.

La severidad de los problemas relacionados con el consumo, la patología médica y psiquiátrica asociada, y la motivación del paciente hacia el cambio será básica para definir el tipo de tratamiento que va a seguir cada paciente. Es un método basado en la motivación hacia el cambio, por medio de la exploración y resolución de las ambivalencias del paciente a partir de cinco principios básicos, en primer lugar, trata de destacar los intereses y los problemas de la persona referentes a la actualidad del sujeto, en segundo lugar, se trata de responder selectivamente al discurso del paciente de manera que se

resuelva la ambivalencia y se motive a la persona a cambiar, en tercer lugar, se trata de un método de comunicación en lugar de un conjunto de técnicas, en cuarto lugar, se centra en la motivación intrínseca para el cambio y en quinto y último lugar, dentro de este enfoque, el cambio se produce a causa de la importancia de los valores propios de la persona.

Prochaska y DiClemente (en Torres, 2010) proponen cinco técnicas principales para aplicar este método; 1) expresar empatía, 2) desarrollar discrepancias, 3) evitar la argumentación, 4) enfrentar las resistencias y 5) apoyar la autoeficacia. En concreto, los alcohólicos que voluntariamente buscan ayuda para resolver su problema de consumo, son los que más se benefician de la Entrevista Motivacional, siendo necesario poner más énfasis en las estrategias de cambio que permitan el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

3.2.5 Psicoterapia individual

En el espacio de psicoterapia individual y tal como se ha destacado en la Guía Técnica de Consulta Externa “es de suma importancia reconocer la pertinencia de un espacio terapéutico individual en el proceso de rehabilitación, el cual involucra una serie de factores psíquicos, emocionales y actitudinales que es necesario tratar en el marco de una escucha terapéutica que atienda la singularidad de cada paciente, ya que es precisamente en ese contexto único y personal donde se ha gestado el síntoma adictivo” (CIJ, 2017). En esta tarea, es de vital importancia que el paciente identifique sus factores y situaciones de riesgo, valorar los conflictos con otras personas, la presión de otros para consumir, el sentirse frustrado, estar ansioso, deprimido o enojado, sentirse incapaz de afrontar determinadas situaciones, estar celebrando algo, estar con excompañeros de consumo, etc.

Para evitar recaídas se propone un establecimiento de un compromiso y motivación de cambio, la instauración del cambio y su mantenimiento, según las estrategias motivacionales. Pero en definitiva todo pasaría por la capacidad de la persona de ubicar su problema específico y estrategias de resolución de mismo.

3.2.6 Psicoterapia grupal

Técnica encaminada a trabajar con un grupo de personas con problemas relacionados con el alcohol, que no presentan alteraciones sociales o psicopatológicas graves, y que se comprometen a participar activamente en el mismo, con la conducción de un terapeuta cualificado. El objetivo de toda psicoterapia es el desarrollo de las potencialidades de una persona, a través de una comunicación entre terapeuta y paciente y la utilización, por parte del terapeuta, de técnicas y procedimientos experimentalmente verificados. No existe ninguna técnica específicamente diseñada para el desarrollo de una intervención grupal del alcoholismo, más bien, puede decirse que existen tantas técnicas como orientaciones, al igual que existe en la intervención individual. Numerosas investigaciones apoyan la terapia de grupo por su éxito terapéutico, medido por tasas más altas de abstinencia, mayor adherencia durante el tratamiento (mayor número de asistencias a las sesiones de grupo y posteriormente a las de seguimiento), mejoran en un número de variables relacionadas con la calidad de vida, presentan mayor compromiso, etc. Debemos destacar otras ventajas de este tipo de intervención, como son:

- Rentabilidad. Con un número menor de terapeutas se puede llegar a un mayor número mayor de pacientes.
- Oportunidad de recibir un tratamiento integral. Pudiendo abordar otras áreas tan importantes como las relaciones interpersonales.
- Efecto socializante. El grupo favorece la relación entre los miembros y se producen mecanismos de influencia social, que son una fuente potencial para el cambio de actitudes y conductas.
- Ayuda a disminuir la negación y huida que los adictos hacen de su problema. El grupo facilita su aceptación, disminuyendo los sentimientos de soledad, culpa, vergüenza, incapacidad o impotencia.
- Incremento de la motivación de la abstinencia.
- Tratamiento de las situaciones emocionales que a menudo inducen al adicto a mantener su conducta adictiva, siendo en su mayoría experimentadas por otros miembros del grupo.
- Aumenta la capacidad de reconocimiento, anticipación y afrontamiento de situaciones de riesgo.
- Favorece la autonomía personal, mediante la progresiva superación de las tendencias dependientes.
- La dinámica grupal proporciona oportunidades terapéuticas y diagnósticas especialmente valiosas cuando se les sabe leer y encausar.

El objetivo de todo dispositivo grupal consiste en aprovechar la trama intersubjetiva que se desarrolla al interior del grupo como una herramienta clínica que posibilita a los miembros, escuchar a los otros como una vía para escucharse también así mismo, esto es, la terapia grupal permite un diálogo donde el aprendizaje y la experiencia del grupo enriquece a cada uno de sus integrantes (CIJ, 2017).

3.2.7 Terapia familiar

Los Trastornos por el uso de Alcohol representan un problema de larga evolución y se encuentran vinculados con una amplia diversidad de problemas relacionales, siendo el familiar uno de los que principalmente debemos atender por los siguientes motivos:

- El sistema familiar debe ser reconstruido, ya que suele ser el primer afectado de forma directa (estilos de relación entre los miembros, roles y patrones de conducta adquiridos, violencia, paternidad/maternidad inadecuada, disfunciones sexuales, etc.) y/o indirecta (a partir de la inestabilidad creada por problemas económicos, laborales, etc.). El beneficio del ambiente familiar es indudable desde el inicio de la abstinencia, siendo a su vez un factor de motivación para el paciente para mantener su compromiso de abstinencia.
- La dinámica familiar mantenida a lo largo de posiblemente años, conlleva una adopción de roles y atribuciones o soluciones problemáticas, tales como sentimientos de culpa, renegación del problema, codependencia, etc. que genera malestar.

- Aquellas personas que conviven con el consumidor habitual de alcohol pueden ser muy útiles en identificar el contexto social del paciente cuando bebe y en consecuencia, proporcionar apoyo para cambiar la conducta.

Debemos entender como familiar a cualquier persona que se encuentre vinculada afectivamente con el adicto. La intervención con los familiares es de suma importancia, ya que puede favorecer la aparición, mantenimiento y consolidación de conductas y actitudes asociadas a la abstinencia. Si el familiar participa en el tratamiento de la conducta adictiva recibirá información, pautas de ayuda y apoyo, posibilitando o facilitando el debido cambio en paralelo al familiar alcohólico. Además de trabajar con los familiares las distintas etapas del proceso de adicción (iniciación del consumo, esfuerzos positivos y negativos que lo han mantenido, aparición de los síntomas, conductas de consumo, etc.) se les enseña a identificarse como variables intervinientes de forma directa, tanto en estímulos externos, historia de aprendizaje y agentes de control de contingencias.

Inicialmente debemos abordar los problemas o situaciones familiares que pueden desencadenar conductas de consumo y, posteriormente, valorar si todo ello pueden ser respuestas ante consumos o viceversa. Empero, la intervención familiar no sólo se centra en detectar y aprender a responder ante situaciones relacionadas con el consumo de su familiar, el objetivo de la intervención en familiares también se orienta hacia la reducción de emociones negativas como el estrés, ansiedad, sentimientos de culpa, labilidad afectiva, así como la detección y abandono de roles inadecuados; mejora de la comunicación y relaciones afectivas entre los miembros; etc. Los procesos que surgen de la terapia grupal para familiares son similares a los que aparecen en el grupo de alcohólicos, recibiendo y dando apoyo.

3.2.8 Tratamiento de prevención de recaídas

Los pacientes que presentan Trastornos por el Uso de Alcohol, se encuentran en un estado que se va a manifestar con síntomas de abstinencia prolongada, entre los cuales destacan los de ansiedad, labilidad afectiva y trastornos del sueño, que se encuentran en íntima relación con estados de “*craving*” por el alcohol, por ello es importante que los pacientes cuenten con herramientas para tramitar tales episodios.

Una vez conseguida la abstinencia será importante mantener tanto el no consumo como los cambios conseguidos, por ese motivo es conveniente realizar programas encaminados a que la persona evite nuevos consumos. Se considera recaída la reiniciación en el consumo después de haberlo interrumpido, a partir de un tratamiento realizado, sea cual sea el consumo y especialmente si comporta pérdida de control.

Una de las bases de los programas de prevención de recaídas es la identificación y análisis de las situaciones de riesgo y alto riesgo:

- Conflictos con otras personas.
- Presión de otros para consumir.
- Estados de frustración, tristeza, enojo, aburrimiento o euforia.
- Sentirse incapaz de afrontar una situación difícil.

- Malestar físico.
- Tener o no dinero.

Para evitar la recaída será importante el entrenamiento en habilidades sociales y enfrentamiento con las situaciones de riesgo, trabajar ocasiones concretas e identificar los factores de estrés psicosocial individual. En este sentido serán situaciones de alto riesgo, los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales, la presión social. Otras situaciones de alto riesgo son los estados físicos negativos, el poner a prueba el control personal y la capacidad de respuesta a los estímulos. Trabajar la prevención de recaídas tiene como principales objetivos los siguientes:

1. Identificar, anticipar y analizar sus propias situaciones de alto riesgo: Identificar estímulos que disparan el deseo de consumir, las situaciones de presión social frente al consumo, clarificar las actitudes y creencias hacia el consumo, así como aprender a observar, distinguir y nombrar las propias respuestas emocionales.
2. Analizar la importancia de los problemas familiares, laborales o los relacionados con otras áreas de la vida de la persona y plantear posibles alternativas ante los mismos.
3. Reconocer los sentimientos como señales para el cambio de conducta.
4. Tomar conciencia del modo de actuar ante diferentes situaciones de alto riesgo.
5. Identificar todas las posibles estrategias de afrontamiento que permitan reducir las situaciones de alto riesgo enunciadas.
6. Entrenar en estrategias y habilidades de afrontamiento.
 - Aprender a manejar las fuentes de estrés.
 - Proporcionar estrategias efectivas de afrontamiento ante el deseo de consumir.
 - Aprender a distinguir las consecuencias a corto y a largo plazo, valorando éstas últimas.
 - Desarrollar estrategias para afrontar la presión social.
 - Plantear nuevos hábitos de uso del tiempo libre y desarrollar planes para alcanzarlos.
 - Restablecimiento de la vida social.
 - Promover un cambio en la orientación de las metas personales hacia objetivos a largo plazo.
7. Toma de conciencia del nivel de tolerancia a la frustración de los participantes y desarrollo de la misma.

El objetivo final de estos programas es procurar e incrementar la motivación hacia el mantenimiento de la abstinencia y de los cambios psicosociales trabajados.

3.2.9 Tratamiento de la patología psiquiátrica asociada a los TUA

Como ya se mencionó, *Patología Dual* no es un término oficialmente reconocido por el *DSM IV* o la *CIE 10*; pero se ha convertido en un sinónimo de un tipo específico simultaneidad coexistencia o, más propiamente, comorbilidad diagnóstica: la presencia de un trastorno mental; por ejemplo, esquizofrenia o un trastorno de la personalidad antisocial y el uso de sustancia tóxica o trastornos por consumo de sustancias, en este caso, alcohol. Se puede considerar, pues, como la intersección entre los trastornos adictivos y los trastornos mentales (Zarate, 2010).

Los especialistas plantean la importancia de distinguir claramente cuál es el diagnóstico principal (es decir la dependencia a drogas o el otro trastorno que se presenta concomitantemente) ya que se considera que establecer un diagnóstico diferencial es imprescindible para definir el tratamiento. Es especialmente importante advertir que el uso de drogas puede neutralizar, encubrir e incluso potenciar los síntomas de los trastornos mentales y que, por lo tanto, se debe proceder con cautela al momento de promover tratamiento en abstinencia sin tener en consideración lo anterior, ya que se podría provocar una agudización de la sintomatología propia del trastorno mental o propiciar un periodo de descompensación. Se plantean, como se ve, problemas técnicos, clínicos y discusiones interdisciplinarias.

En la esfera del trastorno mental, tanto el Eje I, en sus cuadros psicóticos y neuróticos graves, como el Eje II, son susceptibles de consideración dentro de una configuración dual. En cuanto a la problemática de drogas, tanto el uso inadecuado, como el abuso patológico y la dependencia en sí misma, pueden concebirse dentro de este tipo de configuraciones.

No obstante, existe un grupo de afectaciones que deben ser excluidas de la consideración de la Patología Dual, como son todas aquellas reactivas y transitorias a eventos vitales o efectos de determinadas sustancias o situaciones, como lo pueden ser, siguiendo el DSM-IV-TR, cuadros por intoxicación aguda, que remiten tras la metabolización del tóxico, y tras los cuales el individuo recupera su nivel de funcionamiento anterior o cuadros reactivos por efecto del síndrome de abstinencia a determinadas sustancias, que se resuelven satisfactoriamente tras su conclusión.

Esta reflexión nos conduce a considerar la Patología Dual no tanto en base a categorías diagnósticas cerradas, sino en función de variables de naturaleza dimensional. Estas son:

- Impacto de la situación psicopatológica o de consumo sobre el funcionamiento vital del paciente.
- Relación de influencia recíproca de ambos ejes.
- Funcionalidad de ambas circunstancias.
- Duración en el tiempo y antecedentes.
- Gravedad y pronóstico.
- Deterioro personal y social.

La insuficiencia de servicios, aunada a una falta de cultura de cuidado de la salud mental por parte de la población, nos ha llevado a ser uno de los países que presentan los niveles

más bajos de búsqueda de ayuda profesional especializada por parte de quienes padecen algún trastorno mental o de la personalidad.

De acuerdo con María Elena Medina Mora (2003), en México menos del 20% de quienes presentan algún trastorno afectivo acude a un médico para buscar tratamiento. Y quienes sí lo hacen, pueden tardar hasta 14 años antes de acudir en búsqueda de algún tratamiento. Lo anterior se suma a la ausencia de una política efectiva de atención en todo el sector salud pues de aquellas personas que sí acuden a un médico para ser atendidos por trastornos mentales o afectivos, únicamente el 50% recibe un tratamiento médico mínimo adecuado, lo cual, de acuerdo con la experta, consiste en un mínimo de cuatro sesiones de psicoterapia, o al menos dos visitas con un psiquiatra, recibiendo tratamiento con fármacos durante algún periodo.

Los objetivos del tratamiento de los trastornos duales son básicamente conseguir la retirada del alcohol y demás sustancias, junto con la estabilización de los demás trastornos médicos y psiquiátricos. Se pueden producir episodios de agudización o crisis que requieren tratamiento inmediato, pero conviene discriminar si la urgencia es prioritariamente médica, psiquiátrica, adictiva o social. Las situaciones de riesgo elevado psiquiátrico son aquellas en que la persona puede poner en peligro su propia vida o la de los demás, debido a su conducta violenta e impulsiva, cuya peligrosidad aumenta cuando el paciente se encuentra intoxicado.

El programa de tratamiento debería estar fundamentado en una buena relación terapéutica. La intervención psicoterapéutica inicial se orienta hacia persuadir y motivar al paciente para que se implique y comprometa con el programa, pero el terapeuta tendrá que explorar lo que el paciente desea y necesita y trabajar el vínculo con el paciente para favorecer una buena adherencia terapéutica. El paciente dual requiere un proceso terapéutico que va a durar varios meses, antes de que consiga una remisión estable y dicho proceso puede ser perjudicado por la disparidad entre los enfoques diagnósticos y terapéuticos de los diversos profesionales que le atienden.

Un único equipo de profesionales bien entrenados, tanto en conductas adictivas como en salud mental, cuya intervención sea integrada, no de tipo secuencial ni tampoco en paralelo; que sea sensible a las particularidades de cada paciente son los factores que pueden ofrecer un mayor rendimiento terapéutico (Nanni, 2014).

La recuperación es un proceso lento, que cursa con etapas de remisión, que se alternan con múltiples episodios de crisis o recaídas. El paciente requiere reevaluación periódica y cambios en el plan terapéutico, a medida que se van descifrando, con su propia ayuda, las claves de su compleja y singular problemática. La experiencia y la formación del profesional permitirán que se pueda seguir avanzando en cada nuevo tramo del tratamiento, en las que el paciente suele desviarse de sus objetivos a largo plazo y empieza a dar vueltas en círculo, repitiendo de manera estereotipada decisiones erróneas, que suelen llevarle a la recaída o a la reagudización de su cuadro psicopatológico. Un abordaje psicoterapéutico confrontativo va a aumentar su defensividad y los intentos de forzar estados de introspección van a producirle un intenso malestar emocional que puede disparar un estado de *craving* de alcohol, de otras drogas o bien abuso de la medicación tranquilizante. Por ello es fundamental implementar un programa de Prevención de

Recaídas, que faciliten la detección de las “señales” de recaída, la identificación de los factores que contribuyen a estas y el desarrollo de estrategias de intervención específica para cada caso. Las experiencias estresantes habituales, que no suelen alterar el funcionamiento de una persona saludable, pueden tener un intenso impacto en el paciente con diagnóstico dual y pueden llevarle a la recaída

Resulta necesario ofertar el servicio de *Intervención en Crisis*, que atienda al paciente y también a sus familiares afectados, asimismo se recomienda que a éstos últimos se les pueda brindar atención en los espacios especialmente diseñados para ellos: *Grupo/Sesión de Contención Consultoría Familiar, Grupo de Familiares, Terapia Familiar, Nueva Red*, etcétera.

El tratamiento ambulatorio convencional suele ser insuficiente para el paciente que presenta una grave comorbilidad psiquiátrica. El alcoholismo, asociado a un trastorno mental grave, en un cuadro de policonsumo, requiere un abordaje a largo plazo y por etapas, que puede durar años, no semanas o meses y se beneficia más de las intervenciones motivacionales que de las intervenciones orientadas al convencimiento de un estado de abstinencia, que a la larga se tornan frecuentemente de carácter confrontativo. Se han propuesto cuatro etapas sucesivas de tratamiento que tienen una cierta superposición:

1. Compromiso: desarrollar relaciones de confianza o una alianza de trabajo.
2. Persuasión: ayudar al paciente a percibir y reconocer las consecuencias adversas del consumo de sustancias y desarrollar su motivación hacia la recuperación.
3. Tratamiento activo: ayudarlo a conseguir la remisión estable, aunque se trate de una remisión parcial, que ya resulta un paso importante en los pacientes graves.
4. Prevención de recaídas: ayudarlo a mantenerse en remisión estable.

Si bien los pacientes alcohólicos de baja gravedad pueden alcanzar la remisión estable en un periodo breve de tiempo, los que presentan patología dual grave van a necesitar tratamientos más largos, y un periodo de seguimiento ocasional para alcanzar la remisión estable de su enfermedad mental y también del uso de alcohol.

Como contrapartida, una visión sesgada y parcial de los profesionales que sólo contemplan una de las facetas de esta compleja problemática (solo los trastornos mentales o únicamente el consumo) o de aquellos que sólo asisten a un fragmento de todo el proceso de recuperación, no resulta tan útil para el paciente ni para sus familiares y puede resultar, al mismo tiempo, desalentador para el propio profesional, cuando verifica que muchos de sus pacientes no consiguen progresar hacia la remisión estable, recaen o agudizan sus problemáticas.

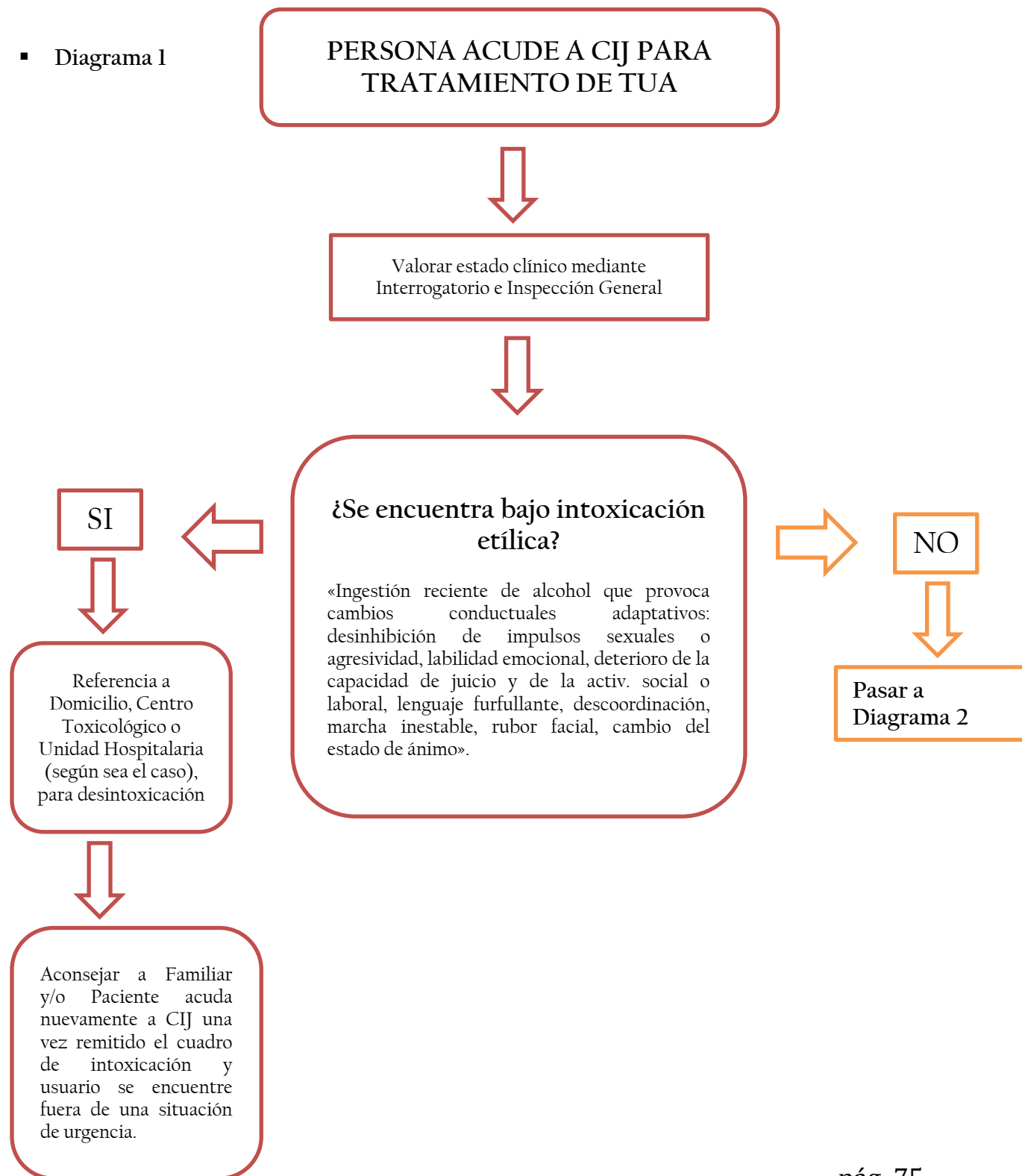
3.2.10 Manejo clínico de la Patología Dual

A este respecto, Ricardo Nanni (2014) afirma que dentro del contexto del abordaje psicoterapéutico es imprescindible aclarar y fundamentar el diagnóstico, fijar los objetivos a corto y largo plazos, así como establecer con claridad y precisión cuáles son los términos del contrato terapéutico. Nos recuerda asimismo, la importancia de incluir en la medida de lo posible a la familia. En el tratamiento específico de la patología dual, podemos resumir su propuesta en los siguientes puntos:

1. Es necesario estabilizar los síntomas psiquiátricos agudos, o los de abuso de sustancias, como paso previo al proceso del tratamiento.
2. Antes de efectuar el diagnóstico psiquiátrico y desarrollar el tratamiento a largo plazo, se recomienda observar al paciente durante un periodo libre de sustancias de tres a seis semanas de duración.
3. Hay que tratar de forma eficaz ambos trastornos, o no se obtendrá mejoría en ninguno de ellos.
4. La psicoterapia de forma aislada no constituye un tratamiento eficaz para los pacientes con patología dual.
5. Puede ser necesario no esperar episodios sostenidos de abstinencia o disminución efectiva en el consumo en las etapas iniciales del tratamiento, aunque no debe permitirse el consumo indefinido si el paciente permanece en tratamiento.
6. El tratamiento debe tener una frecuencia de dos a tres veces por semana en los pacientes en régimen ambulatorio (Consulta Externa), aunque es recomendable realizar un tratamiento intensivo (Centro de Día) hasta conseguir la estabilidad de ambos trastornos.
7. Cuando más de un terapeuta participa del tratamiento, es indispensable la comunicación frecuente entre ellos a fin de evitar la manipulación por parte del paciente, u orientaciones divergentes en el tratamiento por parte de los profesionales involucrados.
8. Las recaídas son potencialmente más frecuentes en pacientes con trastornos psiquiátricos y adictivos que en los que sufren un único trastorno, sin que esto refleje necesariamente un fracaso del tratamiento.
9. Hay que considerar especialmente las intensas reacciones transferenciales, Por ello, una de las premisas principales del tratamiento es que hay que motivar al paciente; sin embargo, esta motivación debe buscarse en el propio proceso de tratamiento.
10. Se debe estimular, pero no forzar, la participación del paciente en espacios grupales.

VI. Abordaje de los Trastornos por el Uso de Alcohol

▪ Diagrama 1



▪ Diagrama 2

¿Se encuentra bajo síndrome de abstinencia?

« Suspensión de ingesta de alcohol que provoca manifestaciones adaptativas: náusea, vómito, sudoración, agitación, ansiedad, alteraciones del sueño, alteraciones táctiles (como piquetes, comezón, ardor, parestesias, formicación, “sensación de toques eléctricos”, alucinaciones táctiles), alteraciones visuales o auditivas incluyendo alucinaciones, hipertermia, taquicardia, incremento de la frecuencia respiratoria, hipertensión, temblor.»



SI



Valorar grado de abstinencia etílica (se sugiere utilizar la escala CIWA-Ar)



Abstinencia
Leve



SI



Si no requiere atención intrahospitalaria:

1. Iniciar Fase de Evaluación Clínica y Diagnóstico (FECD)
2. Valorar uso de Farmacoterapia durante FECD
3. Iniciar protocolo para diagnóstico y tratamiento de TUA: Consumo de riesgo, Abuso o Dependencia



NO



1. Iniciar Fase de Evaluación Clínica y Diagnóstico (FECD)
2. Iniciar tratamiento para TUA: Consumo de riesgo, Abuso o Dependencia



Abstinencia
Moderada-
Severa



SI



Paciente requiere atención hospitalaria si presenta:

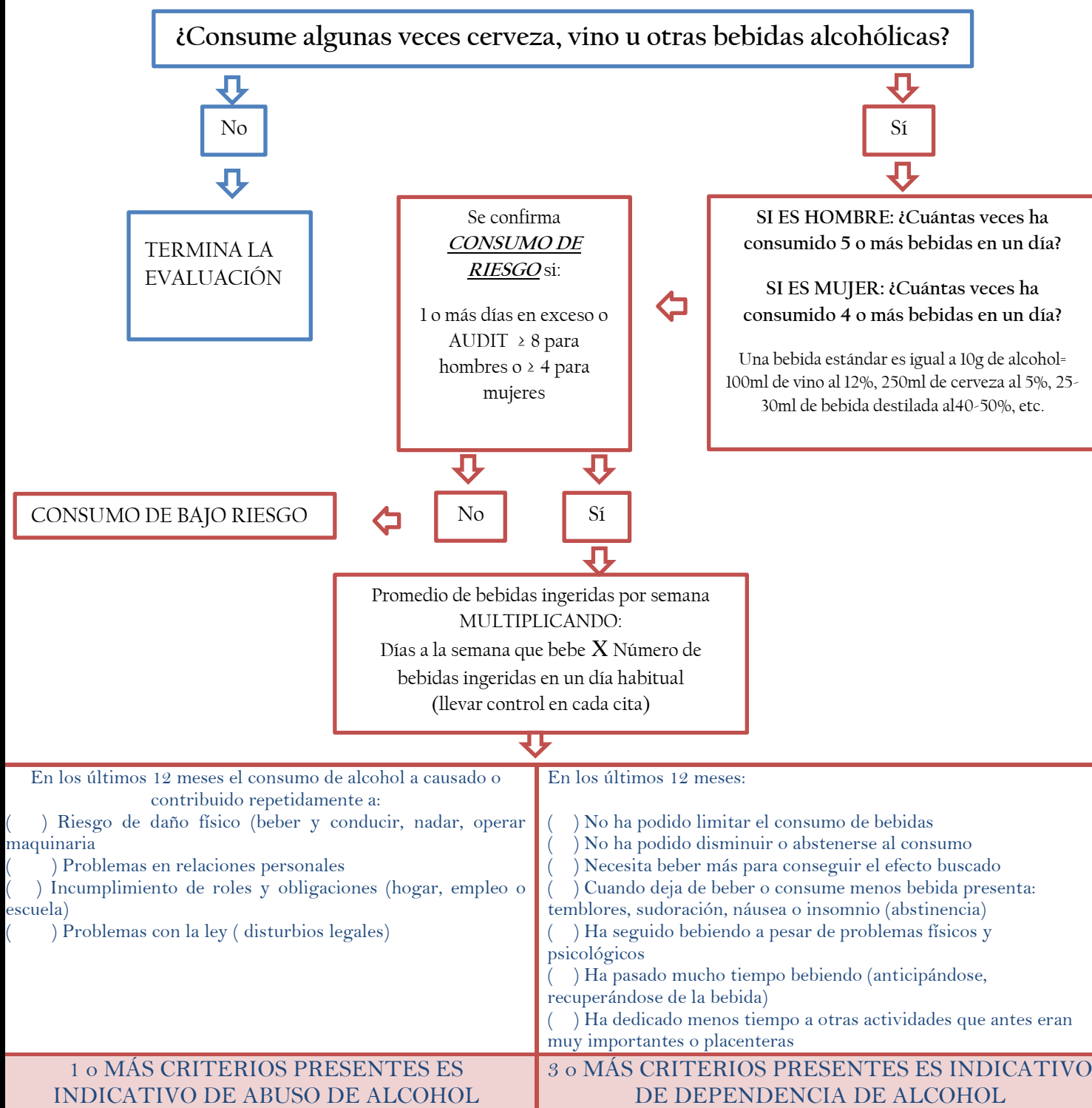
- Confusión o alucinaciones
- Epilepsia o antc. de crisis convulsivas
- Desnutrición
- Vómito o diarrea severos
- Riesgo de suicidio
- Dependencia severa aunado a no disposición a ser valorado diariamente
- Manejo ambulatorio fallido
- Síntomas de abstinencia incontrolables
- Trastorno agudo físico o psiquiátrico
- Abuso de múltiples sustancias
- Red de apoyo primario pobre

NO



▪ Diagrama 3

Diagnóstico de Consumo de Riesgo y Trastornos Por el Uso de Alcohol



Adaptado de: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2015, revisada de 2005). Ayudando a Pacientes que Beben en Exceso. Una Guía para Profesionales de la Salud. Publicación de los NIH No. 7 - 3769-S. Recuperado de: https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/Spanish/Guide_2009_span.pdf

Tratamiento multidisciplinario sugerido acorde al diagnóstico establecido

Cuadro. 15

Consumo/Trastorno	Tratamiento médico	Tratamiento psicológico	Tratamiento por Trabajo social
Consumo de bajo riesgo AUDIT 0-7: en mujeres <4 o en hombres <8	1. Educación para la Salud física y mental 2. Aconsejar permanecer dentro de límites de consumo para edad y sexo 3. Recomendar límites menores de consumo o abstinencia acorde a indicaciones médicas 4. Ser abierto al hablar sobre el consumo de alcohol 5. Abordar trastornos físicos y mentales coexistentes 6. Indagar consumo anualmente	1. Intervención Consejo Breve	1. Educación para la Salud Social 2. Fortalecimiento de redes de apoyo a pacientes vulnerables (ejemplo: adolescentes con problemas en el hogar o en la escuela)
Consumo de riesgo AUDIT 8-15: en mujeres ≥ 4 o en hombres ≥ 8 No cumple criterios para abuso o dependencia	1. Consejo médico 2. Abordar trastornos físicos y mentales coexistentes 3. Indagar consumo anualmente	1. Intervención Consejo Breve	1. Educación para la Salud Social 2. Fortalecimiento de redes de apoyo a pacientes vulnerables
Abuso de alcohol AUDIT 16-19: Cumple 1 o > criterios para abuso de alcohol	1. Consejo médico 2. Valorar control farmacológico del abuso (si no se observa respuesta favorable con el tratamiento psicosocial) 3. Abordar trastornos físicos y mentales coexistentes	1. Entrevista Motivacional, Psicoterapia (Individual, Grupal, Familiar), Prevención de Recaídas y Seguimiento.	1. Educación para la Salud Social 2. Fortalecimiento de redes de apoyo a pacientes vulnerables. 3. Participación en Grupos de Ayuda Mutua
Dependencia de alcohol AUDIT 20-40: Cumple 3 o > criterios para dependencia de alcohol	1. Valorar control farmacológico de la abstinencia 2. Valorar control farmacológico de la dependencia 3. (Para ambos, si no se observa respuesta favorable con el tratamiento psicosocial) 4. Abordar trastornos físicos y mentales coexistentes	1. Entrevista Motivacional, Psicoterapia (Individual, Grupal, Familiar), se recomienda tratamiento intensivo (Centro de Día) Prevención de Recaídas y Seguimiento.	1. Educación para la Salud Social 2. Fortalecimiento de redes de apoyo a pacientes vulnerables 3. Participación en Grupos de Ayuda Mutua

Dispositivos de apoyo al tratamiento profesional, los Grupos de Ayuda Mutua

Haremos especial referencia a los grupos constituidos alrededor de la figura de Alcohólicos Anónimos (A.A.), quienes promueven un modelo de trabajo no profesional con el objetivo específico de deshabitación de la bebida, aunque el llamado “plan de recuperación” se ha extendido a otro tipo de padecimientos (uso de drogas, trastornos alimenticios, etc.), el principio es el mismo: la conformación de una comunidad de trabajo a partir de la propia experiencia en relación a un problema en común, en este caso específico, la incapacidad de elegir cuándo parar de beber.

El NIDA (2010) sostiene que una de “las características de un tratamiento efectivo para drogadicción es que el/la paciente participe en programas de ayuda mutua durante y después del tratamiento sirviendo de apoyo para mantener la abstinencia”, aunque, es importante recordar que éstos no reemplazan los servicios médicos, terapéuticos y de reinserción social; tampoco son un grupo terapéutico en sentido estricto sino un dispositivo de apoyo.

El programa está integrado por los Doce Pasos de A.A. que son un conjunto de principios de naturaleza espiritual (aunque no en un sentido religioso) propuestos como una forma de vida, con el doble objetivo de dejar de beber y reintegrar al ex bebedor a una vida social útil. Por otra parte, las Doce Tradiciones de A.A. rigen la vida de la Comunidad en sí misma, resumen los medios por los que A.A. mantiene su unidad y se relaciona con el mundo a su alrededor, la forma en que esa comunidad vive y se desarrolla.

Los principios básicos de A.A., tal como son entendidos en la actualidad, fueron tomados en su mayor parte de los campos de la medicina, la psicología (se tiene registro de correspondencia entre C.G. Jung y Bill W.) y la religión, entendida como un ejercicio espiritual. Todas estas ideas fueron adoptadas como resultado de observar el comportamiento de la Comunidad de A.A. y sus necesidades.

Al ser un grupo no profesional, se entiende que está conformado por quienes comparten un mismo problema, por la que la participación directa de alguien ajeno a esa problemática puede llegar a entorpecer el desarrollo de un grupo propiamente de ayuda mutua, lo cual no quiere decir que el grupo no pueda solicitar la presencia de un profesional, el grupo de ayuda mutua la puede solicitar cuando la necesite, cuando la cree conveniente. Hay grupos que muchas veces buscan que haya un profesional que les dé una determinada charla, una determinada conferencia, o buscar el apoyo de un profesional para en un momento de crisis poder ayudarles a superarlas. Podemos hablar entonces de la no-implicación directa del profesional dentro del grupo de ayuda mutua, incluso dentro del contexto de Centros de Integración Juvenil, donde se indica la presencia de un miembro del EMT durante el desarrollo de las sesiones y su correspondiente registro.

Teniendo presente que existe un convenio nacional entre CIJ y la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., proponemos las siguientes consideraciones para la

conformación del grupo de ayuda mutua que sesione en las unidades, todo esto basado en la experiencia que nos han compartido los equipos en espacios como supervisiones o acompañamientos en línea :

Experiencias de implementación de Grupos de Autoayuda en los CIJ:

- Uno de los equipos explicó a los pacientes en una Asamblea Comunitaria en qué consisten los Grupos de Autoayuda, organizando después una actividad de Juego de Rol para que los pacientes la coordinaran en presencia del EMT, este ejercicio se repitió hasta que finalmente la coordinación del Grupo de Autoayuda quedó a cargo de los pacientes.
- Otra experiencia fue la de partir del Grupo de Nueva Red, con la colaboración de familiares de pacientes se avanzó para organizar el Grupo de Ayuda Mutua, éste también se vio fortalecido con la inclusión de una voluntaria que trabaja temas de comunicación familiar a partir de técnicas narrativas. De acuerdo a las experiencias compartidas, podemos decir que ha sido recurrente este recurso, el de formar el Grupo de Autoayuda del Centro a partir de un servicio ya consolidado.
- Es significativa la colaboración con participantes de AA para formar el Grupo de Autoayuda de Centro de Día, se han obtenido muy buenos resultados en este trabajo compartido cuando es antecedido por procesos de capacitación y sensibilización no solo de las características de la población sino de los modos de trabajo, principios, procedimientos y normativas de CIJ, donde queda establecido que esta cooperación forma parte de un proceso terapéutico y de tratamiento que está a cargo del EMT de CIJ y que el Grupo de Autoayuda no es un tratamiento en sí mismo.

Dificultades a tener en cuenta en la conformación y funcionamiento de estos dispositivos:

- Por las características del dispositivo de Grupo de Autoayuda, que requiere la participación y toma de la palabra por parte de quienes asisten, así como por las características de la población atendida (adolescentes en su mayoría), se requiere de un fuerte trabajo para implicar a los pacientes en las actividades o temáticas propuestas, lo cual se llega a traducir en apatía y deserción hacia los pacientes y frustración hacia los profesionales.
- Se detecta asimismo dificultad al interior de los EMT ya que a causa de las distintas actividades y las exigencias propias de éstas, así como la falta de personal voluntario dificultan llevar a cabo Actividades de Centro de Día en general, y la conformación de Grupos de Autoayuda en lo particular.
- Si bien es cierto que la cooperación con filiales de AA ha resultado exitosa en algunas experiencias, también es necesario mencionar que en la conformación de Grupos de Autoayuda de Centros de Día ha habido algunas dificultades en esta colaboración, mencionaremos las más frecuentes: uso de vocabulario inadecuado, irrespeto a la singularidad de los pacientes, emisión de juicios de valor, problemas para adecuar el programa de los Doce Pasos al contexto y necesidades de los pacientes de CIJ e intentos de captación de participantes para grupos y actividades externos al tratamiento de CIJ y en sustitución de éste; en términos generales, se puede decir que las complicaciones se han presentado cuando no ha sido posible establecer de antemano y con claridad los puntos en común para el trabajo.

- Se presenta otra dificultad debido a las disparidades en los horarios de actividades de los pacientes.
- Por parte de los pacientes, aquellos que han tenido un periodo en un Anexo se muestran reacios a participar en los Grupos de Autoayuda ya que suponen que se trabaja en la misma línea.

Los Grupos de Autoayuda como facilitador para la adhesión a los tratamientos y alcance de los objetivos establecidos por el EMT en sus Planes de Tratamiento:

- Los Grupos de Autoayuda han contribuido a situar al tratamiento como un proceso tanto para los familiares como para los pacientes mediante el intercambio de experiencias, lo que a su vez permite ir destacando los logros que se van alcanzando y disminuyendo las ansiedades por obtener resultados en la inmediatez.
- La adhesión a estos grupos se ha visto favorecida cuando las temáticas y contenidos están vinculados a los intereses de los integrantes, lo que permite que las participaciones se vuelvan efectivamente vivenciales, fomentando el sentimiento de pertenencia. Uno de los Centros compartía que en su experiencia se implementó al análisis de letras de canciones.
- Se tienen buenas experiencias también con la incorporación de pacientes de Consulta Básica en un tramo avanzado de su tratamiento, sin que necesariamente se haga el cambio de modalidad a Centro de Día, a éstos, el Grupo de Autoayuda les ha apoyado para mantenerse en abstinencia.

Sugerencias y estrategias de solución:

- En relación a la vinculación con los Grupos de AA y algunas de las problemáticas arriba referidas, pero también de las buenas experiencias reportadas; por ejemplo, contactar con la Central de AA para confirmar la afiliación del grupo con el que se está haciendo el acercamiento y posible vinculación; la segunda, con hacer un trabajo previo entre las dos instancias, todavía sin la participación de los pacientes, para delimitar adecuadamente en qué términos se desarrollará este lazo de cooperación.
- Teniendo en consideración que una de las dificultades recurrentes para la continuidad no solo del Grupo de Autoayuda sino de la población atendida en la modalidad de Centro de Día tenía que ver con el momento del tratamiento en que esta opción de cambio de modalidad se le ofertaba al paciente y que en ese proceso la inclusión al Grupo de Autoayuda parecía tardía, surgió la idea de hacer de éste el espacio por medio del cual el paciente se vaya incluyendo en la dinámica del Centro de Día; es decir, proponerlo en un momento inicial al cambio de modalidad.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES, INC., (2008) Alcohólicos Anónimos (AA), El relato de Cómo Muchos Miles de Hombres y Mujeres Se Han Recuperado del Alcoholismo, 3ra. Edición, New York City
2. Abraham, K. (2008). "Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo.", en Psicoanálisis Clínico, Aguilar, Uruguay.
3. Anderson, P., Gual, A., Colón, J. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington. D.C.: OPS.
4. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
5. APA. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
6. Babor, TF., Higgins Biddle, JC., Saunders, JB., Monteiro, MG. (2001). AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al segundo consumo de Alcohol; Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Ginebra, Suiza. Recuperado: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT_spa.pdf
7. Bermúdez Ramos, M., Otero Antón, E. y Tomé, S. (2016). Tratamiento del paciente alcohólico y del síndrome de abstinencia alcohólica. Medicine, 12(10), 583-90. Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/0ByzdoA_hYegYkpqN0JrUGt6MUE/view?pref=2&pli=1
8. Berruecos Villalobos, L. (2013). El consumo de alcohol y el alcoholismo en México: el caso de las comunidades indígenas. El Cotidiano, (181), 73-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32528954010> ISSN 0186-1840
9. Biography.com. (27 de Abril 2017). Betty Ford Biography.com. EE.UU. Recuperado de: <https://www.biography.com/people/betty-ford-9298615>
10. Bolet Astoviza M., Socarrás Suárez MM. (2003). El Alcoholismo, Consecuencias y Prevención. Rev Cubana Invest Biomed, 22(1), 25-31. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v22n1/ibi04103.pdf>
11. Carrasco Gómez, M., Natera Rey, G., Arenas Monreal, L., Reyes Morales, H., Pacheco Magaña, LE., (2015). Las necesidades de salud y la respuesta social en una localidad rural: Metáforas y dilemas frente al consumo de alcohol. Salud Mental,

12. Casas, M., y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones, Vol. 14, Supl. 1.
13. Centros de Integración Juvenil (CIJ), A.C. (2017) Guía Técnica de Consulta Externa Básica. Recuperado de:
<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/Organizacion/GTCONEXBAXX.pdf>
14. Cristóvão Calado, JM., Broche Pérez, Y., Rodríguez Méndez, L. (2015). Efectos nocivos del consumo prolongado de alcohol sobre el sistema nervioso central. Arch Neurocién (Mex), 20(1), 79-85. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2015/ane151i.pdf>
15. Escobedo, A. (2005) MDMA o Éxtasis', en Historia General de las Drogas. Ed. Espasa, 1297-1305.
16. Freud, S. (1980) "Über Coca" (1884) en Escritos sobre la cocaína, Anagrama, Barcelona.
17. Freud, S. (2006a) Carta 79 (1897) en Obras completas, 2º Ed. Vol. I, Amorrortu, Buenos Aires, 301-302.
18. Freud, S. (2006b) Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa (Contribuciones a la psicología del amor, II) (1912) en Obras completas, 2º Ed. Vol. XI, Amorrortu, Buenos Aires, 169-183.
19. Freud, S. (2006c) El malestar en la cultura (1929) en Obras completas, 2º Ed. Vol. XXI, Amorrortu, Buenos Aires, 57-140.
20. Guerrero López, CM., Muñoz Hernández, JA., Sáenz de Miera Juárez, B., Reynales Shigematsu, LM. Consumo de alcohol en México, 2000-2012: Estrategias mundiales para reducir su uso nocivo. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales; Evidencia para la política pública en salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
21. Gutiérrez López, AD. (2017). Consumo de Alcohol y Tabaco en solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil en el primer semestre de 2017. (usuarios exclusivos de drogas legales), (Nivel Nacional Y Entidades Federativas). México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 17-05d.
22. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Villatoro-Velázquez JA., Reséndiz Escobar E., Mujica Salazar A., Bretón-Cirett,

- M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Recuperado de www.inprf.gob.mx www.conadic.gob.mx www.cenadic.salud.gob.mx
23. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
 24. Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA). (2015). Ayudando a Pacientes que Beben en Exceso: Guía para profesionales de la salud., edición actualizada del 2005. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud. Rockville, MD. Recuperado de: https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/cliniciansguide2005/spanish/Guide_2009_span.pdf
 25. Izquierdo, M. (2002). Intoxicación Alcohólica Aguda. Adicciones, 14, 1, 175-193. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/523/518>
 26. Kasper, DL., Hauser, SL., Jameson, JL., Fauci, SA., Longo, DL., Loscalzo, J. Hepatopatía Alcohólica y Cirrosis Alcohólica. (2015). En Harrison: Principios de Medicina Interna (19 ed.), Vol.
 27. León Regal, M., González Otero, L., León Valdés, A., de Armas García, J., Urquiza Hurtado, A., Rodríguez Caña, G. (2014). Bases neurobiológicas de la adicción al alcohol. Revista Finlay, 4(1), 40-53. Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/253>
 28. Maldonado, JR., Sher, Y., Das, S., Hills Evans, K., Frenklach, A., Lolak, S., et al. (2015). Prospective validation study of the prediction of alcohol withdrawal severity scale (pawss) in medically ill inpatients: a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. Alcohol, 50(5), 509-18. Recuperado de: <https://academic.oup.com/alcalc/article/50/5/509/198370>
 29. Mann M., en Desdeakron.blogspot.mx. (2011). Marty Mann "Las Mujeres También Sufren". México. Recuperado de: <http://desdeakron.blogspot.mx/2011/08/marty-mann-las-mujeres-tambien-sufren.html>
 30. Marty Mann en Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos. (2003). La mujer alcohólica: una lucha contra el estigma. Marzo (9), p. 8. Recuperado de: http://aamexico.org.mx/ccp/aliados/Ganar_Aliados_09.pdf

31. Medina, M.E; et. al. (2003) 'Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios' Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México Salud Mental, vol. 26, N° 4, agosto, 2003,
32. 1-16
33. Menéndez, EL., di Pardo, RB. Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. Desacatos; Revista de Ciencias Sociales, (20), 29-52. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13902002> ISSN 1607-050X
34. Muñoz de Cote Orozco J. (2010) Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad. AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura. 2010; págs. 42-52.
35. Nanni Alvarado, RI. (2014) 'Tratamientos de los trastornos adictivos', en Revista Ciencia, Enero-Marzo 2014, recuperado el 20 de Abril de 2017 en: http://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Tratamientos.pdf
36. Nanni Alvarado, RI. (2014). Tratado de Patología Dual. Ciudad de México: APM, AMEPAD y BIOQUIMED.
37. National Council on Alcoholism and Drug Dependence Inc. (14 de Agosto de 2017). Our Founder: Marty Mann, Alcoholism Pioneer, 1904-1980. New York; EE.UU. Recuperado de: <https://www.ncadd.org/about-ncadd/about-us/our-founder-marty-mann>
38. NIDA (2010) Principios de tratamiento para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. Recuperado de: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
39. Norma Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCFI-2014. Bienes y Servicios. Bebidas Alcohólicas. Especificaciones Sanitarias. Etiquetado Sanitarios y Comercial. Recuperado de: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/142ssa15.html
40. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2015). Informe 2015 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf
41. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2016). EDADES 2015-2016: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES_Informe_.pdf

42. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
43. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC : OPS, 2015. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11108%3A2015-regional-report-alcohol-health&catid=1893%3Anews&Itemid=41530&lang=es
44. Pascual Pastor, F., Guardia Serecigni, J., Pereiro Gómez, C., Bodes García, J. (2013). "Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol" (3ª edición). Madrid: Socidrogalcohol. Recuperado de: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/belenr/Mis%20documentos/Download/s/gua%20cnica%20basada%20en%20la%20evidencia%202014%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/belenr/Mis%20documentos/Download/s/gua%20cnica%20basada%20en%20la%20evidencia%202014%20(1).pdf)
45. Pastor, FP. (2007). Aspectos antropológicos del consumo de bebidas alcohólicas en las culturas mediterráneas. Salud y drogas, vol. 7 (2), 249-262. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83970203> ISSN 1578-5319
46. Pereiro, C. (2010). Manual de adicciones para médicos especialistas en formación (PDF). Madrid: Socidrogalcohol. Recuperado de: <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol/file/17-manual-de-adicciones-para-medicos-especialistas-en-formacion,-editor-cesar-pereiro-2010.html?tmpl=component>
47. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Recuperado de: www.presidencia.gob.mx
48. Sánchez Mejorada-Fernández J. (2007). Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. Rev Med UV, 7(1), 27-38. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2007/muv071e.pdf>
49. Saunders, JB., Janca, A. (2003). Delirium Tremens: su etiología, historia natural y tratamiento. RET, Revista de Toxicomanías, (36). Recuperado de: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET36_2.pdf
50. Schuckit, MA. Recognition and Management of Withdrawal Delirium (Delirium Tremens). (2014). Engl J Med, 371, 2109-13. DOI: 10.1056/NEJMr1407298. Recuperado de: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMr1407298>
51. Secretaría de Salud – Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2015). "Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015. Diagnóstico General de la Salud Poblacional" [Internet]. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-sobre-la-salud-de-los-mexicanos-2015>

52. Secretaría de Salud. (2012). Informe de Rendición de Cuentas 2006-2012. Recuperado de: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/rendicion_de_cuentas/pdf/i rc_ss.pdf
53. Secretaría de Salud. (2013). Diagnóstico y tratamiento de la Intoxicación aguda por alcohol etílico en el adulto en segundo y tercer nivel de atención. México. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE_256_13_INTOXICACIONETILICA/ISSSTE_256_13_EYR.pdf
54. Secretaría de Salud. (2017). 5º Informe de Labores 2016-2017. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/254434/5to_IL_SS.pdf
55. Snell, RS. (2007). Neuroanatomía Clínica. 7ª edición. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.
56. Souza y Machorro, M. Qué es patología dual: utilidad y circunstancias. (2014). Asociación Psiquiátrica Mexicana: Psiquiatría, 1(3), 16-29. Recuperado de: <http://www.psiquiabraspm.org.mx/publicaciones/RevistaAnterior/2014Septiembre-Diciembre/2014Septiembre-Diciembre.pdf>
57. Substance Abuse and Mental Health Services Administration and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2015). Medication for the Treatment of Alcohol Use Disorder: A Brief Guide. HHS Publication No. (SMA) 15-4907. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado de: http://attnetwork.org/userfiles/file/MidAmerica/Medication%20for%20the%20treatment%20of%20alcohol%20use%20disorder%20brief%20guide_SAMHSA.pdf
58. Téllez Mosquera, J., Cote Menéndez, M. (2006). ALCOHOL ETÍLICO: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. Rev Fac Med Univ Nac Colomb, 54(1), 32-47. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n1/v54n1a05.pdf>
59. Thomas, B y Higgins-Biddle, J. (2001) 'Intervención Breve Para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol, Un manual para la utilización en Atención Primaria', OMS, recuperado el 6 de noviembre de 2017 en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf
60. Torres, G. (2010) 'La entrevista motivacional en adicciones', Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39, Suplemento 2010, 171-187. Recuperado el 6 de noviembre de 2017 en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a12.pdf>
61. Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau López, L., Mesías, B., Barral, C., Basurte Villamor, I., Rodrí-guez Cintas, L., Martínez Raga, J., Piqué, N., Casas, M. (2015). Libro Blanco. Recursos y Necesidades: Asistenciales en Patología Dual. Madrid;

Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). Recuperado de:
<http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual.pdf>

62. Velasco Martín, A. (2014). Farmacología y Toxicología del Alcohol Etílico, o Etanol. An Real Acad Med Cir Vall, 51, 242-248. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5361614>
63. Zarate San Agustina, A, et. al. (2010) Patología dual, Barcelona, Masson.