

EL ALCOHOLISMO, NUEVOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- *Dr. Homero Estrella
- **Sr. Fernando Salazar
- **Srta. Imelda Villota

OBJETIVO

Redefinir los aspectos clínicos del alcoholismo para que permitan una rehabilitación adecuada y efectiva del paciente.

CONCEPTO

La historia de las concepciones respecto a este problema es muy conocida y de innecesaria descripción en este trabajo, basta destacar que las más difundidas responden a las filosofías predominantes en las diferentes estructuras sociales. El estudio del alcoholismo no comienza verdaderamente sino a mediados del siglo XIX, con Magnus Huss (1852), Magnon (1874), como factor de degeneración.

Ante los conceptos empíricos y difusos del alcoholismo como abuso, enfermedad o envenenamiento, provocado por la ingesta de etanol (1), o que se trata de un consumo excesivo que afecta a la salud del individuo y/o perturba sus relaciones sociales (2), observamos los esfuerzos de la escuela francesa (3) por demostrar que se trata de una conducta patológica y de la fenome-

nológica (4), que encuentra en el "hábito" del beber, una red complicada de sistemas de valor, actitud que determina la conducta de los individuos y de los grupos, es decir, aislando el concepto de lo social, lo histórico y lo dialéctico, para responder adecuadamente al "tomar a la vida como experiencia", de la fenomenología (5)

Ocasionalmente, las investigaciones psicológicas y sociológicas sistemáticas, desarrolladas a partir de los numerosos trabajos de E. M. Jellinek en el Yale Center of Alcohol Studies, han visto desarrollarse con los avances de las investigaciones biológicas, las complejas desviaciones del metabolismo, trastornos carenciales y perturbaciones funcionales y de las investigaciones paraclínicas (electroencefalograma, neumoencefalografía) Todo esto nos ha permitido una mejor delimitación del problema, una mejor comprensión y fundamentalmente una orientación correcta en los procesos de rehabilitación

Así, el alcoholismo se entiende ahora como una enfermedad, como una entidad nosológica perfectamente estructurada, en la que tiene primordial importancia el principio de valoración dinámica de los síntomas, es decir, el conocimiento exacto del movimiento dialéctico de los trastornos a lo largo del tiempo de evolución y sus combinaciones características que nos permiten el diagnóstico en determinado periodo o estadio. (Ver cuadro)

DIAGNOSTICO

Solamente la presencia del síndrome narcomaniaco nos permite aislar al hábito, de la enfermedad alcohólica y es el que nos evidencia el diagnóstico clínico de la enfermedad, aún antes de que se presenten las complicaciones somatovegetativas (6) Sin embargo, con fines didácticos, en el pre-grado, proponemos también tomar en cuenta los cambios reaccionales que nos permiten mayor opción de seguridad diagnóstica.

Significación diagnóstica tienen en la práctica, los siguientes signos de narcomanía alcohólica

- * Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas.
- ** Estudiantes de Medicina.

- 1 - Síntomas de dependencia:
 - 1.1. tendencia a la alcoholización.
 - 1.2. pérdida de autocontrol
 - 1.3. síndrome de abstinencia
- 2.- Síntomas de cambio de la reactividad.
 - 2.1. cambios de la tolerancia hacia el alcohol
 - 2.2. cambios de la forma de utilización
 - 2.3. cambios en el carácter de la embriaguez.

Tiene gran interés también la pérdida del reflejo defensivo del vómito.

1. SINTOMAS DE DEPENDENCIA

1.1. Tendencia a la alcoholización

Es el estado psíquico de alegría y sensación de bienestar que siente el individuo entre la perspectiva de ingesta de licor. Se observa con frecuencia la búsqueda de "motivos" o pretextos para la libación por parte de estos individuos.

Se han hecho muchos experimentos para descubrir el mecanismo de la tendencia al alcoholismo, sin embargo un conocimiento totalmente aceptado no se tiene hasta ahora. Pero juzgando por la clínica de la tendencia, se enuncian dos tipos fundamentales, (7):

1. Tendencia obsesiva (dependencia psíquica)
2. Tendencia compulsiva (ilustra la dependencia física).

La tendencia, en nuestro criterio, es el primer síntoma de la enfermedad y es un signo orgánico de disminución (degradación) de la personalidad.

1.2. Pérdida del autocontrol

Se refiere a dos hechos fundamentales:

- a) pérdida de control de cantidad
- b) pérdida del control situacional

Dicho en otras palabras, autocontrol cuantitativo y situacional.

Este síntoma tiene una sola génesis, pero des-

de los puntos de vista clínicos, son varias. Inclusive el enfermo tiene una serie de explicaciones ante su conducta que depende directamente de su relación con el medio.

En la pérdida del control de la cantidad, el individuo inicia la ingesta de etanol y no lo abandona, hasta conseguir la embriaguez. La alta tolerancia al alcohol y la pérdida del control provocan graves formas de embriaguez que se acompañan de amnesia.

La pérdida del control de la cantidad, es un síntoma que surgiendo en el primer período de la enfermedad se queda permanentemente como un medidor, como una manifestación que determina la intensidad de la tendencia y el nivel de tolerancia en las siguientes etapas del proceso.

La pérdida del control de la situación, es la pérdida de la capacidad de juzgar el momento y el lugar que permite o no el consumo de alcohol (dependiente del grado de cultura e inteligencia del individuo).

La pérdida del control de la cantidad, aparece a los 2 o 3 años de formada la tendencia; a los 10 a 15 años, aparece la pérdida del control situacional.

1.3 El síndrome de abstinencia

Es un síndrome que estuvo en discusión hasta cuando la OMS, da significación a la privación alcohólica, con singulares características.

Dinámica del síndrome de abstinencia:

Este síndrome solo puede diagnosticarse en presencia de síntomas vegetativos. Algunos autores consideran que sin síndrome de abstinencia no puede hablarse de alcoholismo, para nosotros, existe una dinámica en el apareamiento de este síndrome en los diferentes períodos de la enfermedad (8).

Al comienzo, aparece luego de la ingesta de

una dosis maximal de alcohol y no aparece después de dosis medias. Es posible eliminar el penoso estado, mediante la administración de estimulantes como ducha fría, café, té, etc.

En la segunda fase, no depende de la cantidad de alcohol ingerida, ya que pequeñas dosis provocarán tremor, midriasis, hipertensión.

En la tercera etapa, aparece ya el complejo somatovegetativo, que se une a la alteración psíquica, previa a la psicosis; esta fase aparece en la etapa culminante, en el apogeo de la enfermedad, que está muy cerca a la fase terminal de la misma.

El síndrome de abstinencia dura de uno a tres días, al comienzo de la enfermedad y en el período terminal dura de una a tres semanas; los síntomas aparecen poco a poco, en forma lenta.

Síndrome de abstinencia como síndrome deficitario.

Para nosotros, el síndrome de abstinencia imita a una intoxicación, especialmente por la cantidad de síntomas vegetativos que presenta; esto nos hace pensar, que lo que se produce, son una serie de mecanismos de compensación, que se exige al organismo en estado específico de intoxicación y que con el tiempo provocará una dependencia para el alcohol, dada en definitiva, por la necesidad de estimular el sistema adrenérgico. Esta actitud hipotalámica, explicaría por qué ayudan los estimulantes en las primeras etapas del surgimiento del síndrome y por qué después se requieren tranquilizantes.

Nuestra posición se sintetiza, sobre la génesis de la abstinencia, como experiencia compensadora del levantamiento de la homeostasis, en los niveles de dependencia física hacia un narcótico específico, que se confirma en las observaciones de la opiomanía.

El cambio de la calidad en el estado del organismo, la pérdida del reflejo del vómito, la trans-

formación en la forma de embriaguez (en este caso amnesia) y el cambio en la forma del consumo, son una demostración de una nueva forma de vida biológica, a un plano inferior.

2. SINTOMAS DE CAMBIO DE LA REACTIVIDAD:

Se refiere a las manifestaciones que experimenta el organismo frente a la ingesta de alcohol, cuando se ha instalado la enfermedad.

Los cambios que experimenta el metabolismo en la utilización prolongada de alcohol, actúan también como signos y síntomas determinados en el diagnóstico del alcoholismo.

2.1 Cambios de la tolerancia hacia el alcohol:

El primero en darle una seria importancia a la tolerancia del alcohol fue JELLINEK, él la utilizaba para el diagnóstico, por cuanto consideraba a este indicador como la expresión de la resistencia del organismo al alcohol (tolerancia psíquica y tisular). (9)

Se han hecho muchas investigaciones para la explicación de este fenómeno, MELLAMBY-BUGMARK sostiene que depende de las variaciones en la absorción del alcohol. Es discutible. Lo cierto es que depende de muchos factores; según nuestra experiencia, se debe a variaciones en la reactividad del sistema nervioso, sin perder de vista al hígado, que es el que más sufre durante todo el período de alcoholismo.

En el hombre sano, la débil embriaguez aparece cuando la concentración en sangre es de 0,03 por ciento de alcohol, la intoxicación aparece con 0,2 por ciento, la concentración de 0,4 por ciento produce apatía, estupor y luego la muerte.

Por qué aumenta la tolerancia?, es una pregunta aparentemente fácil, pero que hasta ahora no tiene una satisfactoria respuesta. La OMS expresa, que es una respuesta lógica el acostumbramiento. Pero esto no explica en nada la dinámica de la enfermedad.

Para nosotros, el índice de tolerancia nos da bases para la apreciación diagnóstica, después del conocimiento de dos circunstancias:

1. Cuál fue la tolerancia en el momento mismo que comenzó el acostumbramiento (cuando se inició con el alcohol), en cuantas veces la resistencia disminuyó cuando fue interrogado sobre la tolerancia al aguardiente.

2. Cuál fue la dinámica de la tolerancia en el tiempo, cuando llegó a la más alta tolerancia, cuántos años se mantuvo en esa dosis y comenzó a disminuir la frecuencia y la cantidad. El esclarecimiento de esta pregunta nos da la posibilidad de juzgar, si se encuentra el enfermo en el comienzo, en el apogeo o en el período terminal del alcoholismo.

2.2 Cambios en la forma de utilización:

En los períodos de embriaguez habitual la ingesta es esporádica, sin periodicidad. Así continúa durante un tiempo variable que va desde algunos meses hasta varios años, en el transcurso del cual va aumentando la cantidad y posteriormente la frecuencia. Ya en el segundo estadio observamos ingestas de varios días con intervalo variable, que no excede nunca de 15 días y siendo el período de más alta tolerancia, las cantidades son también elevadas.

Poco a poco, la frecuencia va aumentando y la cantidad necesaria para la embriaguez va disminuyendo hasta el III estadio, cuando el individuo permanece constantemente embriagado, con ingestas diarias mínimas de alcohol.

2.3 Modificación en el carácter de la embriaguez:

El carácter o actividad fisiológica del alcohol es por demás conocida, es decir la euforia, la inhibición motora, agitación verbal, etc.; pero este carácter cambia con el proceso del acostumbramiento. Solamente al comienzo puede observarse embriaguez fisiológica (10); luego, el individuo

en la embriaguez es agresivo, recuerda los hechos injustos, es perseverante en sus discursos, el contenido de sus expresiones refleja el estado emocional; el sueño solamente aparece luego de la dosis máxima de ingesta; más adelante, cuando se inicia la demencia, desaparece la agresividad, hay disminución en todas las funciones, su discurso es caótico y perseverante. La dinámica de la embriaguez en el curso de la enfermedad es de sumo interés desde el punto de vista de la fisiopatología, nosotros vemos cómo en el curso del proceso, cae la actividad adrenalítica del alcohol y aparece desinhibición y afecto negativo.

El análisis de la embriaguez alcohólica demuestra la falta de fundamento de lo que afirmaron los psicoanalistas, respecto a que el alcohol es un medio que permite liberar las tendencias agresivas, que es una etapa en la dinámica de la enfermedad y no precisamente el comienzo.

REFLEJO DEL VOMITO Y LA AMNESIA

La pérdida del reflejo del vómito, no solamente significa que la tolerancia ha perdido su indicador, sino que ésta continúa su desarrollo. Este es un reflejo necesario que aparece en casi todas las intoxicaciones, es un mecanismo necesario de defensa. No profundizaremos en los casos de desaparición o reaparición temporal, que depende de trastornos intestinales o cuando el reflejo ha desaparecido en un alcohólico que acostumbra a beber vino y reaparece cuando ingiere aguardiente. La ausencia del vómito puede ser el indicador de una alta tolerancia.

La amnesia en esta enfermedad, es la incapacidad de recordar detalles aislados, episodios, hechos ocurridos durante la intoxicación. Es un signo que aparece sin falta en el comienzo del proceso, aparece al 1 o 2 años y casi al mismo tiempo que el síndrome de abstinencia.

En la dinámica del curso de la enfermedad, el reflejo del vómito, desaparece y la amnesia surge, con la dosis máxima; pero luego aparece con las dosis menores hasta cuando se inicia la degenera-

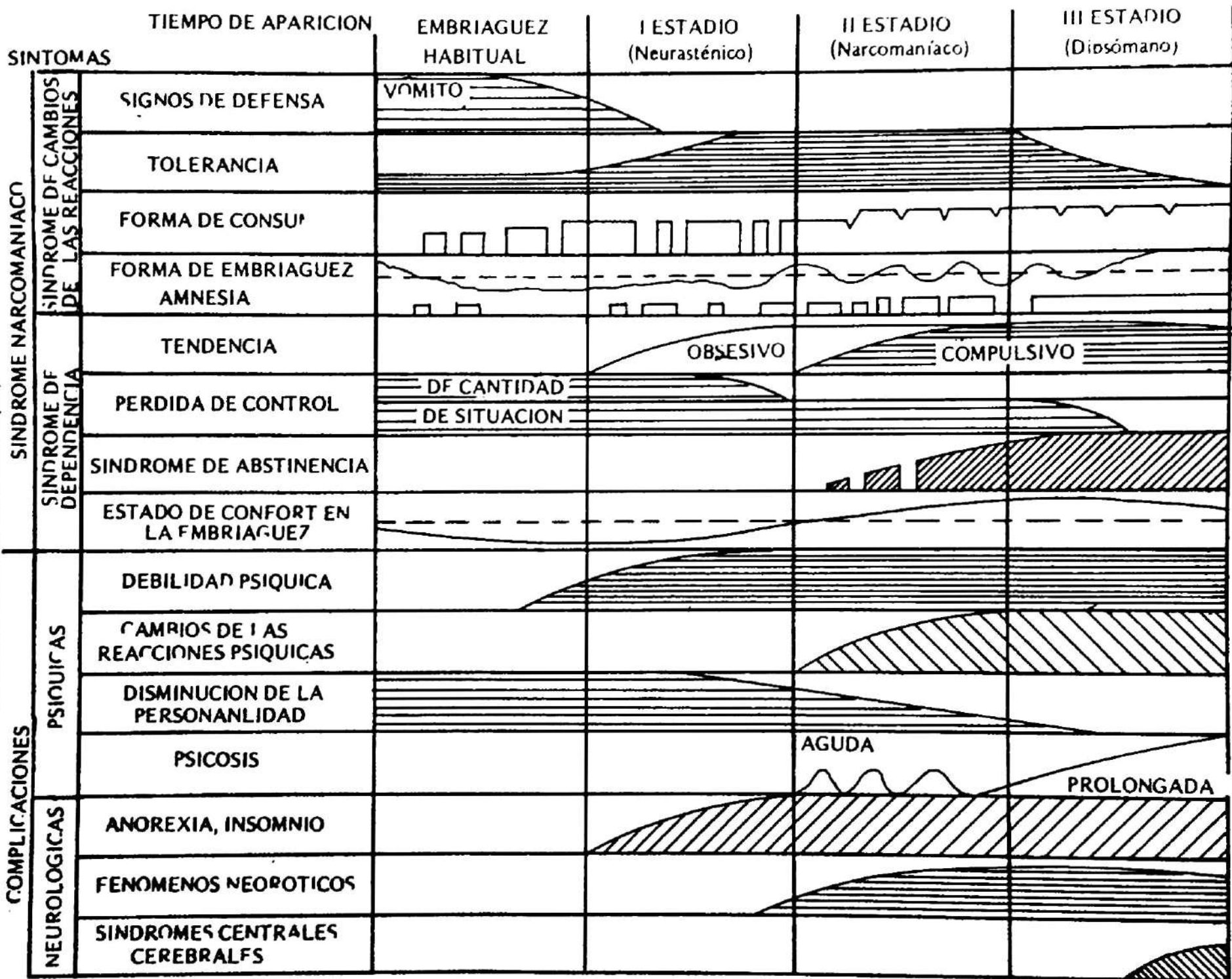
ción del encéfalo, no se puede hablar de un olvido catatónico, a menudo el material olvidado se extiende sólo a sucesos desagradables (DIETHELM BARR), esto es aún más interesante y demuestra el mecanismo funcional de trastorno; en la embriaguez —lo que se demuestra en la práctica clínica y en las investigaciones de GREINER y COGERSMITH— es de que en estado sobrio, el alcoholismo no posee tales medios de defensa emocional, olvidar el material desagradable, aumento de la reacción ante los estímulos negativos externos y tiene tendencia a la percepción sensitiva y a fijar hechos relacionados con emociones negativas. Pero no debemos olvidar, que no se trata de un fenómeno solamente psicológico o fisiológico, sino como algo más serio, con base orgánica. La amnesia alcohóli-

ca es un parcial opacamiento de la conciencia en la intoxicación, frente al cual no se alteran importantes funciones vitales, actividades motoras y otras, prácticamente no se altera la orientación en el espacio. A menudo la conducta del enfermo es correcta y la alteración de su conciencia se compara con la de la epilepsia.

Del 10 al 20 por ciento de alcohólicos padecen de epilepsia al EEG, que probablemente se debe a alteraciones metabólicas de Na, Ca, mineral, electrolitos, etc., o a verdaderas epilepsias cuyo apareamiento, según las últimas teorías se deben a la alteración del cambio del PABA y la piridoxina.

o . o . o . o . o . o . o . o

DINAMICA DE LOS SINTOMAS (11)



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Salvat Editores, Enciclopedia Salvat Diccionario. Barcelona: Ed. Salvat, 1.978. Tomo I, p. 89-90.
- 2.- Cecil-Loeb. Tratado de Medicina Interna. 9 ed. México: Ed. Interamericana, 1.977.
- 3.- Ey, Henry. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ed. Toray-Mason, 1.978, p. 260.
- 4.- Pages Larraya, Fernando. "Modos culturales de beber en los aborígenes del Chaco". Acta Psiquiat. Psicol. Lat. Buenos Aires 22(1): 21, Ene-Mar, 1.976.
- 5.- Evangelista, Ofelia; Enrique Soforcada y Juan Marconi. "Estudio de la actitud hacia el alcohol". Acta Psiquiat Psicol Am Lat Buenos Aires 21(2): 95, 1.975.
- 6.- Marosov, G.V. y V.A. Romasenko. Enfermedades psíquicas y nerviosas. Moscú: Ed. Medicina, 1.976. p. 170 (rus)
- 7.- Schneider, P.B. Psicología aplicada a la Práctica Médica. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1.978.
- 8.- Portnov, A.A. y S.N. Piatnizkaya. Clínica del alcoholismo. Leningrado: Ed. Medicina, 1.973 p. 30, 67, 105. (rus).
- 9.- Alonso, F. y Fernandez. Compendio de Psiquiatría. Madrid: Ed. Oteo, 1.978. p. 43.
- 10.- Estrella, Eduardo. Medicina Aborigen. Quito: Ed. Epoca, 1.977, p. 89.
- 11.- Portnov, A.A. y S.N. Piatnizkaya. Clínica del alcoholismo. Lenigrado: Ed. Medicina, 1.973. p. 137, 200, 250.