



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 20 No. 1

Marzo de 2017

LA EVALUACIÓN PSICOFISIOLÓGICA DE ANSIEDAD EN EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA: ESTUDIO DE CASO

Abril Berenice Macías Torres¹, María de Jesús Gómez Zarate², Uriel León Jacinto³, Karla Cristina Razón Hernández⁴ y Dayana Elysandra Hernández Urbina⁵
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México.

RESUMEN

El comportamiento adictivo de alcoholismo es uno de los problemas más frecuentes en el área del sector salud; suele ser considerado como una enfermedad que requiere un adecuado tratamiento de acuerdo con la gravedad de los síntomas que presentan los pacientes. Uno de los síntomas psicológicos más comunes, que impulsa a la persona a la recaída durante la fase de abstinencia es la manifestación de ansiedad, por lo que se ha hecho necesaria su identificación oportuna en el sector salud. Es necesario emplear instrumentos complementarios que permitan la realización de una evaluación psicofisiológica integral que incluya la ansiedad; con el fin de conseguir una medida más objetiva de la misma, durante la fase de abstinencia. En esta investigación se realizó un estudio de caso con un paciente masculino de 47 años. Para la evaluación y diagnóstico se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Test de Ansiedad de Hamilton, la Escala de

¹ Profesora de asignatura interina A de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Correo electrónico: abber.macias@gmail.com

² Profesora de la Universidad Latina Campus Sur, Carrera de Psicología. Correo electrónico: mgomez097@ikasle.ehu.es

³ Profesor de la Universidad Latina Campus Sur, Carrera de Psicología. Correo electrónico: ul.neurocosas@gmail.com

⁴ Universidad Latina Campus Sur, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Correo electrónico: karla_razon@outlook.es

⁵ Facultad de Medicina por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Correo electrónico: elishoshan54@hotmail.com

Evaluación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (CIWA-AR), el Test de Discriminación del Alcoholismo de MICHIGAN (MAST), el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28). Los resultados muestran que la ansiedad tiene un gran impacto en provocar una recaída, por lo que se propone un tratamiento psicológico y médico.

Palabras claves: Alcoholismo, ansiedad, adicción, síndrome de abstinencia.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL EVALUATION ANXIETY IN ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME: CASE STUDY

ABSTRACT

Addictive behavior of alcoholism is one of the most common problems in the area of health sector. It is usually regarded as a disease that requires proper treatment according to the severity of the symptoms experienced by patients. One of the most common psychology symptoms, which drive a person to relapse during the withdrawal phase, is the manifestation of anxiety, so it has become necessary timely identification in the health sector. It is necessary to use additional instruments to enable the completion of a comprehensive psychophysiological evaluation that includes anxiety; with the finality get a measure more objective of the same, during the withdrawal phase. In this research a case study with a male patient aged 47 was performed. For the evaluation and diagnosis Anxiety Inventory Beck (BAI), the Test Anxiety Hamilton, the Rating Scale of Alcohol Withdrawal Syndrome (CIWA-AR), the Test of Discrimination Alcohol MICHIGAN (MAST) was applied the Inventory of Drinking Situations (ISCA) and the General Health Questionnaire Goldberg (GHQ28). The results shows that the manifest of anxiety has a more impact to prove one relapse; Therefore, proposed a treatment psychological and medical.

Key words: Alcoholism, anxiety, addiction, alcohol withdrawal.

El comportamiento adictivo de alcoholismo es uno de los problemas más frecuentes en el sector salud, suele ser considerado como una enfermedad que requiere un adecuado tratamiento de acuerdo con el nivel de afectación en cada uno de los pacientes que lo presentan. El consumo prolongado de alcohol tiene como consecuencia alteraciones a nivel fisiológico (deficiencias vitamínicas, hipertensión arterial, cirrosis hepática) y psicológico (afectación a los procesos cognitivos, manifestación de depresión y ansiedad). Debido a que, una vez presentada la adicción, el paciente se abstiene del consumo y entra en una fase llamada síndrome de abstinencia alcohólica (*alcohol withdrawal*), de acuerdo con Escalante y Escalante (2005). Experimentando cambios a nivel fisiológico,

cognitivo y conductual debido a la dependencia física y psicológica que el paciente manifiesta a causa de la adicción.

Uno de los síntomas psicológicos comúnmente presentado en pacientes que consumen alcohol de manera prolongada, que impulsa a la persona a la recaída durante la fase de abstinencia, es la manifestación de ansiedad, en relación a lo que, se ha hecho necesaria su identificación oportuna en el sector salud; como lo pone en manifiesto la Encuesta Nacional de Adicciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, (2011). De tal forma que, para que ésta sea identificada y tratada en cada uno de los pacientes se requieren herramientas e instrumentos de evaluación que aporten información relevante clínicamente sobre la etiología de la adicción y su relación con los síntomas presentes en el síndrome de abstinencia, entre ellos, la ansiedad. En relación con lo anterior, algunos de los instrumentos que se han empleado de acuerdo a la literatura científica para evaluar estos síntomas, son: la historia clínica, así como la exploración física y psicológica (Cuestionario de Consumo de Alcohol AUDIT, Cuestionario Breve para Alcohólicos CBA, Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica EIDA, entre otros). Una vez empleados los instrumentos, algunos especialistas optan por recomendar o sugerir la prescripción de algún fármaco como tratamiento terapéutico para tratar ansiedad, al igual que, la recomendación de algún tipo de intervención psicológica en caso de que sea necesario. Aunado a lo anterior, se puede entender que el síndrome de abstinencia incluye una serie de síntomas físicos, característicos de la alta activación fisiológica, propia de los estados de ansiedad manifestado por Cano, A. Tobal y González (1994). Por lo que es necesario emplear instrumentos complementarios que permitan la realización de una evaluación integral, que incluya la ansiedad.

El alcoholismo es aquella enfermedad crónica de comienzo lento e incidencia que aparece a cualquier edad de acuerdo con Mayer, (1983), con una etiología multifactorial, en la cual durante su comienzo, desarrollo y mantenimiento,

intervienen diversos factores de tipo: genético, orgánico, psicológico, cultural y ambiental (Mustaca y Kamenetzky, 2006). Se puede decir que estos factores funcionan como desencadenantes para desarrollar tal enfermedad y que el consumo repetitivo de alcohol tiene como consecuencia un cambio en la fisiología del individuo que lo hace dependiente a ella; ya que, una vez que la persona experimenta estos cambios es posible hablar de una adicción al alcohol (dependencia física, pérdida de control de la conducta, síndrome de abstinencia). El abstenerse del consumo de alcohol provoca el llamado síndrome de abstinencia alcohólica (*alcohol withdrawal*), que es un desorden fisiológico, que causa síntomas como: incremento de los procesos activadores del sistema nervioso central, temblores, sudores, náuseas, cefaleas, aumento de la frecuencia cardíaca y en la mayoría de los casos, ansiedad.

De acuerdo con la descripción anterior, se puede dividir al síndrome de abstinencia en tres fases:

1^a) Se presenta después de beber intensamente, tiene una duración de entre 5 y 6 horas. Sus síntomas principales son: temblores intensos, agitación, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, calambres abdominales, transpiración profunda y alucinaciones.

2^a) Aparecen convulsiones y tiene una duración de entre 15 y 30 hrs.

3^a) Denominada Delirium Tremens (DTs) Caracterizado por alucinaciones alarmantes, delirios extraños, agitación, confusión, hipertermia y taquicardia (Secades y Rabuñal, 2010).

No obstante, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2011); sobre consumo de alcohol, para la población total y por sexo, se observó en las tres prevalencias de consumo: “alguna vez en la vida, últimos doce meses y último mes” (Ibíd.), un crecimiento significativo en cada una de ellas en el periodo 2002 a 2011. De modo que, la prevalencia en “alguna vez en la vida” pasó de 64.9% a 71.3%; la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% (Ídem). El crecimiento proporcionalmente mayor de consumo de alcohol se presentó en la prevalencia del último mes de 19.2% a 31.6%, mientras que los datos por sexo, se observó la

misma tendencia de 2002 a 2011, en la vida en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%.

Por otra parte para entender el comportamiento adictivo, es importante describir la sustancia (alcohol) y características de la misma. El alcohol, es la sustancia que contiene alcohol etílico, tóxica para el organismo (Estruch, 2002); aquella molécula ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$) responsable de la conducta adictiva a nivel Sistema Nervioso Central, que provoca un efecto en el incremento inhibitorio de ácido gamma-aminobutírico (GABA), estado de sedación, disminución de ansiedad e inhibición de la transmisión excitatoria del ácido glutamatérgico. Por lo que si el consumo se interrumpe bruscamente, ocurre una activación de la transmisión glutamatergica e inhibición GABAérgica produciendo el síndrome de abstinencia y deseo compulsivo de consumir la sustancia (Estruch, 2002). Así mismo, entre las formas de uso, se encuentra: la administración por vía oral, *Eyeballing* (aplicación sobre mucosa ocular), Tampodka (tampones impregnados de alcohol), Oxi-shots (nebulizadores que permiten inhalar el alcohol, que entra en el organismo junto con una porción de oxígeno) y mezcla con bebidas energéticas.

No obstante, para conocer los niveles de consumo se convierte el volumen de alcohol ingerido en gramos o centímetros cúbicos de etanol al día. Ver cuadro 1, donde se presentan los niveles de ingesta de alcohol normal.

Cuadro 1. Niveles de ingesta de alcohol

Bebida	%	ML consumidos	Gramos de ingesta
Cerveza	6°	250	12 g
Vino	12° - 18°	125	18g
Licores	30° - 50°	50	13.2 g
whisky	43°	50	17.2 g
Champán	12°	100	9.6 g
Sidra	6°	150	7.2 g

Gramos de mililitros bebida x graduación de la bebida

De ingesta = $X \cdot 0.8$ _____

Alcohólica 100

Tomado de: Estruch, R. (2002). Efectos de Alcohol en la Fisiología Humana. *Adicciones*, Vol. 14.

Con relación a lo anterior, una vez identificado los niveles de ingesta; es necesario hacer referencia a la vida media de niveles de etanol en sangre, pues estos alcanzan su punto máximo en 40-70 minutos cuando el estómago está lleno, una vez que los niveles en sangre son alcanzados la desaparición es lineal. Concentración tóxica: > 400 mg/dl. Dosis letal mínima: 450 mg/dl varía según el individuo (Escalante, 2005). En el cuadro 2, se presentan los niveles de vida media.

Cuadro 2. Vida media de niveles de etanol en sangre

Concentración de alcohol en sangre	Influencia del estado alcohólico	Grado de intoxicación
10-50	Estado subclínico	-
30-120	Estado eufórico Disminución de la capacidad de atención, concentración y funciones intelectuales.	Leve
90-250	Estado de excitación	Medio

	Inestabilidad emocional	
180-300	Estado de confusión Disturbios en la marcha Desorientación	Moderado
250 -400	Estado de estupor Disturbios en la marcha y en el habla Confusión mental	Severo
350-500	Estado de coma Anestesia alcohólica	Muy severo
Mayor de 400	muerte	-

Tomado de: Escalante, K. Escalante, G. (2005). Historia Natural del Alcoholismo. *Revista de la Facultad de Medicina* Vol. 2.

Por otro lado, en el uso recreativo del consumo de etanol, se puede encontrar que actualmente en el mundo occidental en ocasiones sociales el consumo suele ser normal y deseable en diversas rutinas como: celebrar, tranquilizar, calmar la sed, abrir el apetito, acompañar las comidas, dormir, alegrar, disminuir el dolor de origen físico o psíquico. Por lo tanto los vínculos asociativos contextuales, cognitivos y emocionales de su consumo son variados enfatizado por Escalante y Escalante (2005).

REACCIONES ADVERSAS

El consumo prolongado de alcohol puede afectar a nivel fisiológico diferentes sistemas, entre ellos se encuentran implicados: el Sistema Digestivo (esófago, estómago, intestino delgado, páncreas y deficiencias vitamínicas), Sistema Cardiovascular (ritmo cardiaco, función ventricular, presión arterial), Sistema Nervioso Central (electrofisiología, metabolismo y circulación cerebral); al igual que, problemas sociales (ámbito laboral, familiar) y psicológicos como la manifestación de ansiedad referido por Estruch, (2005).

ANSIEDAD

Entre los síntomas referidos anteriormente se hará énfasis en la manifestación de ansiedad que presentan los pacientes una vez que se muestra el cuadro de abstinencia alcohólica, pues de acuerdo con Arana y Rosembaum (2006), la ansiedad es una emoción humana universal, que en su mayor parte no requiere un tratamiento médico, sin embargo, puede llegar a causar una alteración en la capacidad de respuesta adaptativa en el individuo y que se puede presentar de las siguientes formas:

1. Una respuesta normal ante un acontecimiento estresante.
2. Síntoma de un trastorno de ansiedad.
3. Síntoma de otro trastorno psiquiátrico como depresión.
4. Síntoma de una enfermedad médica como la tirotoxicosis.

Por otra parte el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), menciona las siguientes características diagnosticas de ansiedad inducido por sustancias. Dos o más de los siguientes síntomas:

1. Hiperactividad automática (sudoración, o más de 100 pulsaciones por minuto)
2. Temblor distal en manos
3. Insomnio
4. Náuseas o Vómito
5. Alucinaciones visuales, táctiles o transitorias
6. Agitación psicomotora
7. Ansiedad
8. Crisis epilépticas

Criterio A: Se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.

Criterio B: Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en que aparecen los síntomas.

Criterio C: Las alteraciones no se explican por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias.

Criterio D: No efectuarse el diagnóstico si los síntomas de ansiedad aparecen solo en el transcurso de un delirium.

EL USO DE BENZODIACEPINAS (BZD)

Aunado a lo anterior, una vez identificado el síntoma de ansiedad durante el síndrome de abstinencia alcohólica, es necesario referir el uso de benzodiazepinas, que han sido comúnmente utilizados como tratamiento terapéutico para tratar a pacientes con dependencia alcohólica. Pues es un grupo con diversos componentes químicos sintetizados en 1880, posteriormente fue en 1960 cuando el clordiazepóxido fue introducido por primera vez en Estados Unidos y que fueron los agentes farmacológicos para de abstinencia alcohólica (Lejoyeux, Solomon y Ades, 1999). Mediante lo anterior, se puede decir que estos son fármacos ansiolíticos, sedantes, antiepilépticos y relajantes musculares que son muy útiles para la práctica clínica.

TIPOS DE BENZODIACEPINAS PARA EL USO TERAPÉUTICO

El etanol y benzodiazepinas tienen múltiples similitudes desde cómo actúan a nivel fisiológico en el organismo sobre:

Receptores (GABA): Principal neurotransmisor de SNC, en el cual las benzodiazepinas mejoran los síntomas de abstinencia de etanol mediante sustitución de los efectos de GABA, en el incremento de afinidad del receptor GABA_A.

Sistemas noradrenérgicos: La ingestión de etanol aumenta la actividad de locus coeruleus (neuronas se activan, incrementan niveles de noradrenalina) como respuesta causan taquicardia, hipertensión y temblor, las benzodiazepinas bloquean este sistema.

Eje hipotálamo- pituitario-adrenal (HPA): Elevación de niveles de corticosteroides manifiestan alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, el uso de benzodiazepinas disminuye el estrés que eleva la hormona adrenocorticotropina y corticosteroides, bloqueando el eje hipotálamo hipófisis. No obstante; para la realización de un programa de rehabilitación el fármaco tiene que cumplir con características de un efecto rápido, larga duración de la acción, un margen de seguridad y farmacocinética. Ya que se han realizado estudios en pacientes que por el consumo prolongado de etanol padecen daños hepáticos, por lo que tienen dificultades de metabolización y oxidación del fármaco en hígado, a diferencia de algunos casos que el daño no es tan severo y puede tener mayor eficacia en metabolización de BZD (Arana y Rosenbaum, 2002).

El empleo de las Benzodiazepinas se basa en los siguientes puntos:

1. Presencia de un síndrome que corresponda a las Benzodiazepinas
2. Empleo de terapias no farmacológicas apropiadas cuando esto sea indicado
3. Evaluación de la duración aproximada del tratamiento
4. Hacer un balance de riesgos y beneficios
5. Ajustar las dosis para optimizar los efectos secundarios
6. Vigilar la posibilidad de abuso
7. Suspender gradualmente el fármaco después de un tratamiento
8. Replantear el diagnóstico y la opción terapéutica si el paciente responde mal (Arana y Rosenbaum, 2002). Ver cuadro 3, donde se presenta los tipos de benzodiazepinas para tratamiento terapéutico de ansiedad.

Cuadro 3. Datos de benzodiazepinas disponibles

Preparados	Dosis equivalente (mg); vía oral	Inicio del efecto tras una dosis vía oral	Vida media de distribución	Vida media de eliminación (h)
Clodiazepóxido (Librium y genéricos)	10,0	Medio	Lenta	30-100
Diazepam (Valium y genéricos)	5,0	Rápida	Rápida	30-100
Lorazepam (Altiván y genéricos)	1,0	Intermedio	Intermedio	10-20
Oxazepam (Serax)	15,0	Intermedio- Lento	Intermedio	8-12

Tomado de: Arana, W. Rosenbaum, F. (2002). *Drogas Psiquiátricas*. Medical Center: Charleston.

Cuadro 3, se puede observar algunos datos de benzodiazepinas disponibles, utilizadas para tratamiento terapéutico del síntoma de ansiedad, al igual que, vida de distribución y eliminación de los mismos.

LA EVALUACION PSICOFISIOLÓGICA

Por lo referido anteriormente, para hacer la prescripción de algún fármaco (BZD), durante la fase de abstinencia; es necesario hacer una evaluación integral. Por lo que la evaluación psicofisiológica surge como una posible alternativa y complemento, a datos obtenidos durante la evaluación; con el fin de conseguir una medida más objetiva sobre el consumo experimentado por la persona, cuando se enfrenta a determinados estímulos asociados al alcohol (Bernaldo y Arce, 2002).

El síndrome de abstinencia alcohólica (*alcohol withdrawal*), es un desorden fisiológico, que causa diversos síntomas a consecuencia de la adicción (compulsión para buscar y consumir la sustancia, pérdida del control para limitar el

consumo y la aparición de un estado emocional negativo al no tener la sustancia); entre la sintomatología está la manifestación de ansiedad como un factor que impulsa al paciente a una recaída, eso es lo que marca la literatura pero: ¿Qué tanto influye la dependencia física, psicológica y el contexto en el que se encuentra el paciente para presentar niveles de ansiedad durante el síndrome de abstinencia alcohólica y provocar una recaída? ¿En qué niveles de ansiedad es necesario la recomendación de intervención psicológica y prescripción de algún fármaco como tratamiento terapéutico del mismo en el síndrome de abstinencia alcohólica?

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se tiene como objetivo realizar una evaluación psicofisiológica del síntoma de ansiedad durante el síndrome de abstinencia alcohólica en un caso clínico, al igual que, recomendar algún tipo de intervención psicológica y la prescripción de algún fármaco como tratamiento terapéutico. De esta manera, caracterizar la ansiedad como un síntoma en el síndrome de abstinencia alcohólica, mediante la aplicación de instrumentos de evaluación psicofisiológica para la detección del estado actual de ansiedad en el que se encuentre el paciente.

MÉTODO.

Esta investigación se centra en la presentación un estudio de caso, para realizar una evaluación y diagnóstico con un paciente masculino, de 47 años con síndrome de abstinencia alcohólica, quien es referido por uno de los padres para conocer las posibilidades de rehabilitación y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El paciente fue referido por uno de los padres quien acudió a la clínica por cuestiones personales, durante su evaluación comentó el caso de su hijo para conocer las posibilidades de rehabilitación y tratamiento. Así mismo, se programó una pre entrevista con el paciente. Otorgándole un consentimiento informado en el cual se le da a conocer los objetivos de la investigación, evaluación y diagnóstico.

De tal manera que, se tomaron en cuenta consideraciones éticas de: anonimato y autonomía para retirarse del estudio en el momento que el paciente lo considere necesario. No obstante, para recabar información y poder formular el Caso Clínico aplicaron los siguientes instrumentos: Entrevista Psicológica (AMAPSI), Historia Clínica (Antecedentes heredo familiares, personales patológicos, no patológicos, estado actual del paciente, entre otros). Posteriormente; para la evaluación psicofisiológica se seleccionaron/administraron las siguientes pruebas de acuerdo con el Caso Clínico: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Test de Ansiedad de Hamilton, Escala de Evaluación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (CIWA-AR), Test de Discriminación del Alcoholismo de MICHIGAN (MAST), Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28). Para la presentación, organización y sumatización de los datos recabados se realizó un análisis descriptivo, mediante la presentación de gráficas. Mismas que fueron ordenadas en cuatro grandes rubros de acuerdo a la especificidad que evalúan (ansiedad, alcoholismo, síndrome de abstinencia alcohólica, salud general), para la realización de evaluación y diagnóstico.

INSTRUMENTOS

1. Evaluación de Ansiedad

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Prueba que evalúa síntomas somáticos de ansiedad, consta de un cuestionario de 21 preguntas con un rango de 0 a 63 puntos, cada ítem tiene cuatro posibles opciones de respuesta: En absoluto, Levemente, Moderadamente y Severamente.

Test de Ansiedad de Hamilton: Instrumento que consta de un total de 14 preguntas, evalúan aspectos psíquicos, físicos y conductuales de ansiedad. Se califica de 0 a 4 puntos cada ítem ("0" ausente, "1" leve, "2" moderado, "3" grave y "4" muy grave); evaluando tanto frecuencia como intensidad, el rango es de 0 a 56 puntos.

2. Síndrome De Abstinencia Alcohólica

Escala de Evaluación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (CIWA-AR): Escala que evalúa la severidad del síndrome de abstinencia alcohólica, clasifica por grados los síntomas en una escala de puntos; en la práctica clínica, se utiliza esta escala para cuantificar y evaluar los síntomas, al igual que, la valoración de la necesidad de tratamiento farmacológico.

3. Alcoholismo

Test de Discriminación del Alcoholismo de Michigan (MAST): Cuestionario que evalúa problemas relacionados con el consumo de alcohol y la gravedad del mismo, al igual que, consecuencias negativas asociadas. Cuenta con 25 ítems, como norma general la puntuación total oscila entre 0-35 puntos.

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA): Instrumento que tiene como objetivo medir situaciones específicas de consumo de alcohol, que se pueden identificar en el individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída. Conformado por 100 reactivos que están diseñados para medir en 8 categorías (situaciones de consumo), divididos a su vez en dos grandes grupos.

Situaciones personales: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol y necesidad de consumir.

Situaciones que involucran a terceras personas: conflicto con otros, presión social y momentos agradables. La calificación se obtiene sumando los reactivos que corresponda a cada categoría o subescala. Una vez obtenido los puntajes se pueden convertir en un puntaje final “índice de problema”.

4. Salud General

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28): Cuestionario sugerido para evaluar objetivamente los niveles de salud, la respuesta debe abarcar las últimas semanas; consta de 28 ítems dividida a su vez en cuatro subescalas (síntomas somáticos, ansiedad insomnio, disfunción social y depresión).

RESULTADOS

Historia Clínica y Entrevista Psicológica: Caso Clínico

Para la presentación del Caso Clínico se estructuró de la siguiente manera:

- Primera sección refiere datos de identificación, datos físicos y motivo de consulta del paciente.
- La segunda sección describe historia del problema y antecedentes.
- La tercera describe aspectos conductuales durante la entrevista.

1. Identificación, datos físicos y motivo de consulta del paciente:

Edad: 47 años

Sexo: masculino

Estado civil: soltero

Hijos: dos

Profesión/Ocupación: empresa de seguridad

Nivel de estudios: primaria

Nivel socioeconómico: estable

Lateralidad: diestra

Fecha de inicio del padecimiento/problema: 3 años aprox.

Frecuencia cardíaca: 110 pulsaciones/min.

Estatura: 1.70 mts.

Peso: 95 kg.

Temperatura: 37 °C

Motivo de consulta: Paciente de 47 años de edad con estudios de primaria, es referido por uno de los padres quien comenta el caso, para conocer las posibilidades de rehabilitación y tratamiento por consumo de alcohol.

2. Historia del problema: Durante la entrevista el paciente menciona que el consumo de alcohol era en un principio satisfactorio, pues se la pasaba bien con sus compañeros de trabajo. Conforme aumento la ingesta su conducta se volvió problemática, ya que comenzó a ausentarse en su empleo, al igual que, problemas con su familia; pues el paciente comenta que en ocasiones llegó a ser

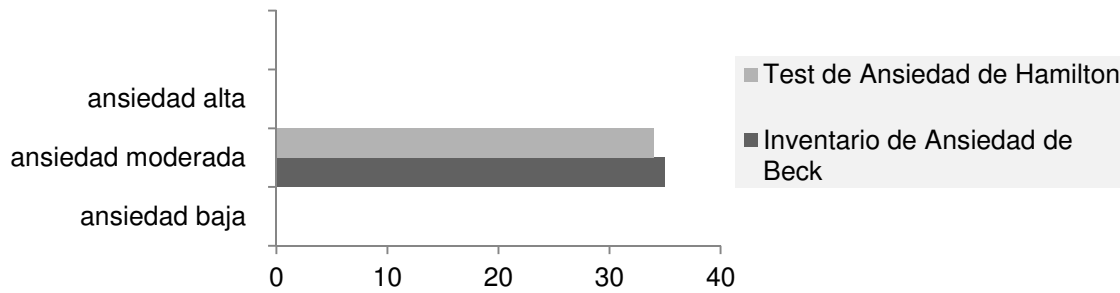
agresivo con su esposa e hijos de 4 y 5 años. Lo cual provocó su divorcio hace aproximadamente dos años, al igual que, la pérdida de su empleo. Actualmente el paciente se encuentra viviendo con sus padres, aunque la madre comenta que el problema continúa, ya que constantemente tiene problemas en el ámbito laboral y familiar.

Antecedentes: La información referente a la Historia Clínica se obtuvo en la entrevista con el paciente y un familiar. Se reporta que hace medio año presentó una congestión alcohólica aguda, lo cual fue tratada y a la que aparentemente recuperó su funcionalidad. Actualmente el paciente se encuentra bajo administración de Captopril y Tribe 12 para tratar hipertensión, en cuanto a la alimentación es normal, aunque se pudo notar que presenta problemas de sobrepeso e hinchazón facial. Respecto al consumo de alcohol continúa su ingesta diariamente.

3. Aspectos conductuales durante la entrevista: Se presenta un hombre con edad aparente a la edad cronológica, en adecuadas condiciones y aliño personal. Se mostró atento y alerta ante las preguntas que se le realizaban, aunque cabe mencionar que, inicialmente se encontraba nervioso y preocupado. No obstante, durante el progreso de la entrevista se mostró más relajado; en cuanto a su apariencia se observó que manifestaba rubor facial y sudoración excesiva.

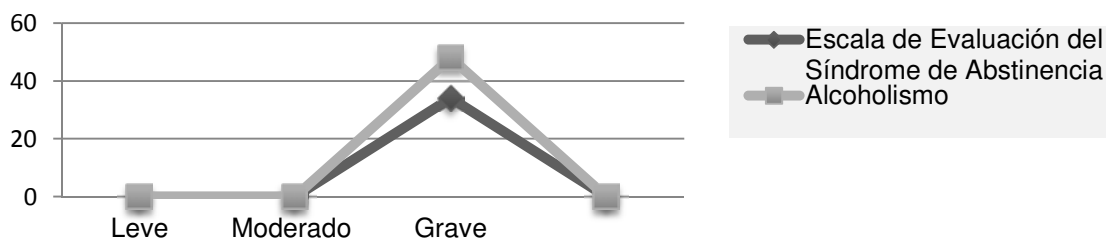
A continuación se presentan las siguientes gráficas de resultados obtenidos de las pruebas administradas en el paciente, organizadas de acuerdo con los cuatro rubros mencionados anteriormente.

Gráfica 1 Evaluación de Ansiedad



Gráfica 1, se puede observar en el Inventario de Ansiedad de Beck y el Test de Ansiedad de Hamilton que el paciente manifiesta problemas de ansiedad moderada/grave, una vez que se presenta el síndrome de abstinencia alcohólica. Se refieren síntomas significativos como: incapacidad de relajación, aumento de frecuencia cardiaca, sudoración, rubor facial, insomnio y problemas musculares.

Gráfica 2 Síndrome de Abstinencia Alcohólica y Alcoholismo



En la Gráfica 2, se muestra aquellos problemas relacionados con el consumo de alcohol y la severidad con la que se presenta el síndrome de abstinencia alcohólica una vez que se restringe del consumo del mismo.

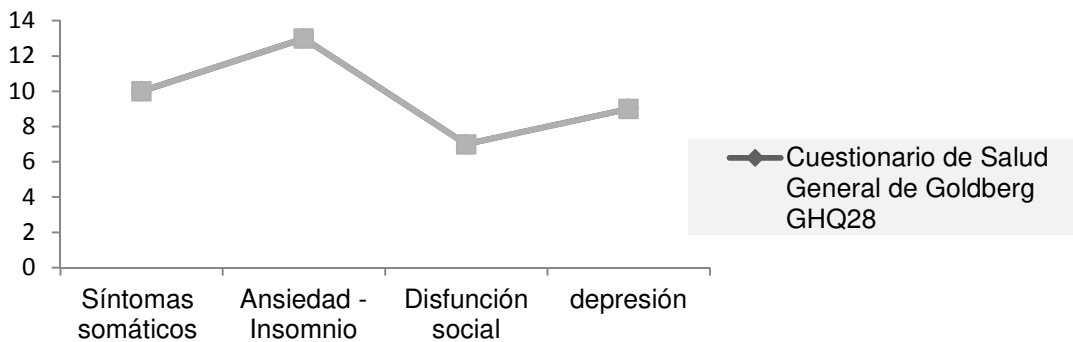
Tabla1 Categorías de situaciones de consumo de alcohol

Categorías de Situaciones de Consumo	Porcentaje
Emociones desagradables	65%
Malestar físico	33.3%
Emociones agradables	33.3%
Presión	46.6

Momentos agradables con otros	26.6%
Probando autocontrol	30%
Necesidad física	60%
Conflicto con otros	80%

Tabla 1, muestra el porcentaje de las categorías de situaciones de consumo de la prueba Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA); el cual se encontró que los porcentajes predominantes, de acuerdo con los resultados obtenidos, fueron: Conflicto con otros (80%), Emociones Desagradables (65%) y Necesidad Física (60%).

Gráfica 3 Salud General



Gráfica 3, en los resultados referentes a Salud General expuestos, se puede observar una mayor puntuación en la Subescala Ansiedad-Insomnio, subsecuente con la Subescala Síntomas Somáticos.

De acuerdo con la evaluación psicofisiológica se puede inferir que el paciente presenta Trastorno de Ansiedad “Grave” Inducido por Sustancias (alcohol), durante el síndrome de abstinencia alcohólica, ya que se tiene información suficiente para sustentar un diagnóstico sólido del mismo. Además; se encontró con relación a lo anterior, que dicho comportamiento adictivo se manifiesta en su mayor parte a situaciones específicas (fiestas, reuniones, amigos), lo que genera un mayor impulso a consumir la sustancia y provocar una recaída.

DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos de las pruebas administradas *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*, *Test de Ansiedad de Hamilton* se encontraron problemas de ansiedad (grave), tomando como referencia a Secades y Rabuñal (2010), quienes también reiteran que el abstenerse del comportamiento adictivo en el consumo de alcohol provoca el llamado síndrome de abstinencia alcohólica, siendo éste un desorden caracterizado por la manifestación de diversos síntomas (aumento de frecuencia cardíaca, temblores, sudores y ansiedad), que también son referidos en el paciente. Por otra parte Arana y Rosembaum (2002), mencionan que la ansiedad es aquella emoción humana, que en su mayor parte no requiere de un tratamiento médico, puede ser manifestado por: una respuesta ante un estímulo estresante, síntoma de un trastorno psiquiátrico y/o síntoma de una enfermedad médica.

Aunado a lo anterior, la evaluación psicofisiológica surge como una posible alternativa y complemento a datos obtenidos durante la evaluación; con el fin de conseguir una medida más objetiva sobre el consumo experimentado por la persona, cuando se enfrenta a determinados estímulos asociados al alcohol referido por Bernaldo y Arce, (2002). Lo cual se pudo contrastar, en la evaluación de la severidad del problema de ansiedad en el paciente, que es indispensable la prescripción de tratamiento farmacológico (uso de benzodiazepinas), para tratar ansiedad durante fase de abstinencia alcohólica. Ya que el uso de benzodiazepinas es comúnmente utilizado para tratar a pacientes con dependencia alcohólica, pues estos son fármacos ansiolíticos, sedantes, antiepilépticos y relajantes que son útiles para la práctica clínica de acuerdo con Solomon y Ades, (1999).

Por lo que el uso de benzodiazepinas actúa a nivel fisiológico como: incremento de afinidad del receptor GABA, bloqueo de sistemas noradrenérgicos y bloqueo del eje hipotálamo-pituitario-adrenal enfatizado por Arana y Rosenbaum (2002). No obstante; para la realización de un programa de rehabilitación el fármaco tiene

que cumplir con características de un efecto rápido, larga duración de la acción, un margen de seguridad y farmacocinética. Ya que se han realizado estudios en pacientes que por el consumo prolongado de etanol padecen daños hepáticos, por lo que tienen dificultades de metabolización y oxidación del fármaco en hígado, a diferencia de algunos casos que el daño no es tan severo y puede tener mayor eficacia en metabolización de BZD (Arana y Rosenbaum, 2002). De tal forma que; para la selección y administración del fármaco se tiene que tener en cuenta efectos secundarios, aceptación por parte del individuo al tratamiento, considerar la posibilidad de dependencia del mismo y el estado de salud del paciente (problemas metabolización del fármaco) para su administración. En contraste con lo anterior, si se observa desde un contexto social sobre consumo de alcohol, para la población total y por sexo, se observó en las tres prevalencias de consumo: “alguna vez en la vida, últimos doce meses y último mes” (Ibíd.), un crecimiento significativo en cada una de ellas en el periodo 2002 a 2011. De modo que, la prevalencia en “alguna vez en la vida” pasó de 64.9% a 71.3%; la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% (Ídem) de acuerdo con la (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011). No obstante; Escalante (2005), retoma que actualmente en el mundo occidental en ocasiones sociales el consumo de alcohol suele ser normal y deseable en diversas rutinas como: celebrar, tranquilizar, calmar la sed, abrir el apetito, acompañar las comidas entre otros. Ya que, esto indica que el uso y consumo de alcohol tiene una gran implicación social.

Así mismo; tomando en cuenta a Mayer, (1983), el alcoholismo es aquella enfermedad crónica de comienzo lento e incidencia que aparece a cualquier edad. Siendo una enfermedad con una etiología multifactorial, en la cual durante su comienzo, desarrollo y mantenimiento, intervienen diversos factores de tipo: genético, orgánico, psicológico, cultural y ambiental (Mustaca y Kamenetzky, 2006). En relación con los resultados obtenidos, hay una influencia significativa del contexto en el que se encuentra el paciente, pues de acuerdo con los resultados del *Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)*, se obtuvo un porcentaje mayor en la categoría conflicto social (80%), lo cual se puede

interpretar como un alto riesgo en el paciente el contexto y/o la situación en el que se encuentra, pues ciertas situaciones fungen como desencadenadores para provocar una recaída. No obstante, también se obtuvo un puntaje alto en la categoría necesidad física (60%), se puede inferir que la dependencia física también tiene una implicación importante en estos contextos o situaciones. Por lo que se pretende tomar en cuenta el empleo de terapias no farmacológicas apropiadas para tratar problemas de: autocontrol (aprender a moderarse para reducir comportamientos excesivos) y modificación de hábitos en dichos contextos; en correlación con, una rehabilitación farmacológica.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con la evaluación psicofisiológica realizada en el paciente en correlación con lo discutido anteriormente, se puede inferir que la manifestación de ansiedad es uno de los síntomas que tiene un gran impacto en la recaída del paciente durante el síndrome de abstinencia alcohólica, lo cual requiere un tratamiento tanto psicológico como médico. Es decir; llevar a cabo una psicoterapia en relación con la prescripción de benzodiacepinas como tratamiento terapéutico. Para ello es necesario emplear instrumentos complementarios en la evaluación de salud física, psicológica y contextual de lo que marca la literatura científica, para realizar una evaluación que aporten información relevante clínicamente sobre la etiología de la adicción y su relación con los síntomas presentes durante la fase de abstinencia. Ya que este fue el objetivo de dicha investigación presentada en un estudio de caso. No obstante, de acuerdo con el caso clínico presentado se le recomienda al paciente como plan de tratamiento acudir a psicoterapia, que en este caso la más recomendable de acuerdo a las necesidades del paciente sería la terapia cognitivo-conductual, para tratar modificación de hábitos, técnicas de autocontrol (el paciente reajuste su entorno para controlar su propia conducta), entrenamiento de habilidades de afrontamiento (aprenda a tratar situaciones estresantes) y auto-observación (detectar las consecuencias que mantienen el consumo excesivo). Por otra parte se sugiere que la psicoterapia sea acompañada con tratamiento farmacológico

(benzodiazepinas). Debido a que no hay problemas de metabolismo o daño hepático en el paciente, se recomienda la administración de Diazepam (Valium), por su acción duradera y efecto rápido después de su administración, para tratar el problema. De tal forma que, al inicio del tratamiento farmacológico es recomendable efectuar un programa con dosis de carga para controlar la sintomatología de manera rápida. En relación con, el ajuste de dosis, para tratamiento terapéutico es necesario acudir a la clínica para su prescripción. Así mismo, durante el programa de rehabilitación se sugiere la aplicación de las pruebas: *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)* y *Escala de Evaluación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (CIWA-AR)*, para poder llevar a cabo un control/monitoreo del síntoma de ansiedad y síndrome de abstinencia alcohólica. Por lo que si el diagnóstico de ansiedad es exacto y el paciente responde al fármaco y a la terapia cognitivo-conductual, se podría constituir una base de la cual partir para manejar niveles de ansiedad en el síndrome de abstinencia.

Es por ello que esta investigación tiene como base la evaluación psicofisiológica, pues aporta de cierta manera una posible alternativa de instrumentos y herramientas complementarias para la evaluación y diagnóstico del paciente; con el fin de conseguir una medida más objetiva sobre el consumo experimentado por la persona, abordándolo como un ser biopsicosocial e integral, ya que para la identificación oportuna del síntoma de ansiedad en el síndrome de abstinencia alcohólica se requiere del trabajo de diferentes especialistas en el área del sector salud, debido a que la adicción es una dependencia física, psicológica y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th edition). Washington, DC: Author.
Recuperado de: <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>
- Arana, W. Rosenbaum, F. (2002). **Drogas Psiquiátricas** (4^a edición). Madrid: Marbán Libros.
- Bernaldo, M. Arce, F. (2002). La evaluación del deseo de consumo condicionado a estímulos relacionados con drogas. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, 2 (2), 237-252. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen2/num2/47/la-evaluacin-del-deseo-de-consumo-condicionado-ES.pdf>
- Buela, Y. Sierra, J. (2002). Normas para la Redacción de Casos Clínicos. **Revista Internacional de Psicología Clínica y de Salud**, 2 (3), 525-532.
Recuperado de: www.aepc.es/ijchp/especial.php?especial=esp3
- Cano, A. Tobal, M. González, H. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. **Anales de Psicología**, 10 (2), 145-156.
Recuperado de: www.um.es/analesps/v10/v10_2/05-10_2.pdf
- Escalante, K. Escalante, G. (2005). Historia Natural del Alcoholismo. Centro de Investigaciones Psicológicas Facultad de Medicina. **Revista de la Facultad de Medicina**, 2 (2), 24-30.
Recuperado de: www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21728/1/articulo3.pdf
- Estruch, R. (2002). Efectos de Alcohol en la Fisiología Humana. **Adicciones**, 14 (1), 43-61.
Recuperado de: www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/519
- Garry, M. Pear, J. (2008). **Modificación de Conducta** (8^{va} Edición). Madrid: Pearson Educación.
- Lejoyeux, M. Solomon, J. y Ades, J. (1999). Benzodiazepine Treatment for Alcohol- Dependent Patients. **Alcohol & Alcoholism**, 33 (6), 563-575.
Recuperado de: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/alcalc/33/6/563.full>
- Mayer, W. (1983). Alcohol abuse and alcoholism: The psychologist's role in prevention, research, and treatment. **American Psychologist**, 38 (10), 1983, 1116-1121.
Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.38.10.116>

Mustaca, A. Kamenetzky, G. (2006). Alcoholismo y Ansiedad: Modelos Animales. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (3), 343-364.

Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-039/349.pdf>

Secades, R. Rubuñal, R. (2010). Curso Temporal del Síndrome de Abstinencia Alcohólica en un Hospital General. *Adicciones*, 22 (2) ,141-146.

Recuperado de: www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/203

Secretaría de Salud Encuesta Nacional de Adicciones (2011). *Reporte de Alcohol* (1ª edición). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Secretaría de Salud.

Recuperado de: www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/