



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización

Concept of alcoholism as a disease: history and actualization

Jorge Sánchez-Mejorada Fernández

Universidad Veracruzana

Sánchez Mejorada-Fernández J. Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. Rev Med UV 2007; 7(1): 27-38.

INTRODUCCION

A partir de la epistemología utilizada en la comprensión de un fenómeno, se derivan actitudes, posiciones y acciones ante dicho fenómeno. En el terreno de la atención a la salud y la enfermedad, los enfoques a los diversos problemas han variado a lo largo de los años.

Una primera pregunta se refiere a la ubicación del fenómeno dentro o fuera del campo de estudio de las ciencias de la salud. Otro dilema consiste en determinar qué disciplina atiende el fenómeno: ¿la medicina?, ¿la psicología?, ¿alguna especialidad o corriente de estas u otras ciencias?

En la historia de la humanidad abundan los ejemplos en los que a partir de modelos erróneos o parciales sobre los procesos patológicos, muchos enfermos han sido ignorados, aislados, estigmatizados, castigados o tratados inadecuadamente. El camino recorrido por el alcoholismo y otras adicciones para colocarse en el campo de estudio e intervención de las ciencias de la salud ha sido largo y sinuoso. Es un proceso, por cierto, inconcluso en lo que se refiere a su atención integral y a la definición de políticas públicas que incidan adecuadamente en su prevención en todos los niveles. Sin duda se ha avanzado mucho en el entendimiento del fenómeno desde una

perspectiva de salud-enfermedad. A ello ha contribuido de manera determinante el concepto de enfermedad, desarrollado y promovido a lo largo del siglo XX. Este concepto, comprendido bajo un enfoque integral, ha permitido el avance de metodologías de intervención que responden más eficazmente al alcoholismo que es, sin duda, uno de los problemas prioritarios de salud pública en México y la región latinoamericana en su conjunto. Hay aún un enorme trabajo por realizar.

ABSTRACT

Parting from the epistemology used in the comprehension of a phenomenon, attitudes are derived and so are the positions and actions towards the called phenomenon. In the field of health and sickness attention, the focus on the diverse problems has changed throughout the years.

A first question refers to the location of the phenomenon inside or outside the study field of the health sciences. Another dilemma consists in the determination of the discipline in charge of the phenomenon: medicine? psychology? a specialty or trend of either? Or other sciences?

In the history of human kind the examples in which the erratic or partial models regarding the pathological processes

Recibido 12/02/2007 - Aceptado 20/03/2007

are abundant; many sick patients have been ignored, isolated, stigmatized, punished or treated inadequately. The path that alcoholism and other addictions have crossed for becoming part of the study field and the intervention of the health sciences has been long and problematic. It is a process, in fact, incomplete when referring to their integral attention and the definition of public policies that adequately incite in the prevention, at all levels.

Without a doubt there have been advances in the understanding of the phenomenon from a health-sickness stand view. In this, the concept of disease, developed and promoted throughout the 20th century, has contributed determinately. This concept, understood under the integral focusing, has allowed the advancement of intervention methodologies that corresponds more efficiently to the alcoholism that is, without a doubt, one of the priority problems of public health in Mexico and the Latin-American region, as a whole. There is still a lot of research to be done.

HISTORIA DEL CONCEPTO

El concepto de enfermedad del alcoholismo aparece insinuado en algunas citas antiguas; sin embargo, es hasta el siglo **XX** que el fenómeno alcohólico ha sido estudiado en forma sistemática, descrito con rigor clínico, difundido, aplicado como fundamento en programas de tratamiento y ampliado a través del trabajo terapéutico y de la investigación neuroquímica, genética y neurofisiológica.

En relación con el concepto de enfermedad (*disease concept*), hay que decir que la palabra “*disease*” es definida por el *Diccionario Médico Ilustrado de Dorland* como: “*Cualquier desviación de o interrupción de la estructura o función normales de cualquier parte, órgano o sistema (o combinación de varios) del cuerpo que se manifiesta por un característico conjunto de síntomas y signos cuya etiología, patología y pronóstico pueden ser conocidos o desconocidos*”. Esta definición es útil y permite enmarcar al alcoholismo en ella; sin embargo, es incompleta, ya que no incluye el concepto de “la totalidad del hombre como el ser *sui generis* que es”,¹ y por lo tanto no considera los aspectos psíquicos y sociales inherentes a todas las enfermedades que les confieren el carácter de enfermedades psicosomáticas (integrales). El alcoholismo debe enfocarse en estos términos.

Por otra parte, la palabra “*disease*”, en su acepción original, procedente del francés antiguo, significa “malestar”. La idea de malestar, de dolor o de sufrimiento asociados a un proceso justifica, en los términos hipocráticos más puros, la intervención médica en su función primordial de aliviar el dolor.

La información recopilada a lo largo de este siglo nos permite ubicar al alcoholismo como una entidad con síntomas característicos, con una evolución predecible, con una etiología –parcialmente entendida– compleja y multifactorial y como una entidad susceptible de responder a determinadas estrategias integrales de tratamiento y rehabilitación.

Una de las referencias antiguas al concepto del alcoholismo como enfermedad la encontramos en Séneca, en la antigua Roma, que estableció cierta diferenciación entre una persona ebria (intoxicada) y una persona que pareciera no tener control sobre episodios repetitivos de ebriedad (dependiente). En el siglo **XIV** en Inglaterra, Chaucer llegó a conclusiones semejantes a las de Séneca.² Ambos visualizaron el alcoholismo como una condición cualitativamente diferente al consumo excesivo de alcohol.

A finales del siglo **XVIII**, Benjamin Rush en Estados Unidos definió la “*ebriedad habitual*” como una condición involuntaria, una enfermedad causada por los “licores espirituosos”.³ De sus escritos, se identifican tres ideas sobre la enfermedad:

- El alcohol como causa del problema.
- La pérdida de control como síntoma característico.
- La abstinencia total como única cura efectiva.

La primera idea resulta insuficiente, aunque no errada; las dos segundas, novedosas para su época, conservan validez clínica y terapéutica en nuestros días.

Este concepto da un primer fruto en 1841: la creación del primer hospital para “*ebrios*” en Estados Unidos. Entre este año y 1874, once hospitales del mismo corte abrirían sus puertas en diferentes ciudades de la Unión Americana. Entre ellos, el Asilo de la Ciudad de Nueva York fue inaugurado en 1869 utilizando el lema “*la intemperancia es una enfermedad*”. Esta institución

auspició la publicación de la revista *The Journal of Inebriety* en 1876, misma que fue editada en forma irregular durante 38 años, hasta que fue discontinuada en forma definitiva a partir de la prohibición del alcohol en 1919.⁴

No obstante estas aportaciones, la mentalidad predominante respecto al alcoholismo a lo largo del siglo XIX y principios del XX –particularmente en Estados Unidos– estuvo inmersa en el “*movimiento de la temperancia*”, corriente de fuertes tendencias moralizantes. Bajo esta perspectiva, el alcohol era visto como una sustancia peligrosa que, usada por personas con insuficiente fuerza moral o débil voluntad, daba por resultado cuadros repetitivos de ebriedad. La prohibición del alcohol en 1919 resultó de la aplicación de este modelo moralista. Esta medida no se tradujo en un menor consumo de alcohol, ni mucho menos en una solución para el problema del alcoholismo. En cambio, creó un tráfico ilegal de proporciones inimaginables. El fracaso de esta ley (suspendida en 1933) y el problema vigente del alcoholismo en la población estadounidense abrieron las puertas a nuevas propuestas y enfoques para entender y abordar este problema.

A partir de la década de los años 30 se inician dos grandes revoluciones en el campo del alcoholismo cuyo escenario principal fue la ciudad de Nueva York. Los dos movimientos tuvieron como punto de partida la hipótesis del alcoholismo como enfermedad y ambos estuvieron más interrelacionados de lo que con frecuencia se reconoce. Estos movimientos son: el nacimiento de Alcohólicos Anónimos y el desarrollo de estudios científicos en el campo del alcoholismo.

En estos años, William D. Silkworth, médico que dedicó su vida profesional al tratamiento de alcohólicos, trabajaba en el Hospital Towns, un gran centro de desintoxicación para alcohólicos. Entre 1933 y 1934, Bill Wilson, futuro cofundador de Alcohólicos Anónimos, ingresó en cuatro ocasiones a dicho centro, a lo largo de las cuales entraría en fructífero contacto mutuo con Silkworth. El médico instruyó a Wilson en sus ideas sobre el alcoholismo como enfermedad. Por primera vez en su vida, Bill W. escuchaba un punto de vista sobre el problema de la bebida no como una falta de voluntad ni como un defecto moral, sino como una enfermedad auténtica.

Silkworth entendía este problema como la combinación de una “*alergia física*” con una obsesión mental. Diría Wilson al referirse a una declaración del médico:

*En ésta confirma que 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 verdícas 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.*⁵

Si bien la idea de la alergia como tal no es sostenible actualmente, a lo que Silkworth se refería en realidad era a una respuesta “anormal” caracterizada por la compulsión y la pérdida de control ante la sustancia adictiva (en este caso el alcohol) que, como bien sabemos actualmente, es uno de los síntomas cardinales de cualquier farmacodependencia. Silkworth entendía que esta respuesta incontrolable estaba determinada físicamente o fisiológicamente, hecho que ha sido fundamentado por los estudios científicos.

La deuda con Silkworth no se agota en sus ideas sobre la enfermedad del alcoholismo, sino que se amplía a la influencia que ejerció sobre Bill Wilson en su recuperación. De sus ideas deben destacarse los dos siguientes puntos como aportación respecto al alcoholismo como enfermedad:

–En el alcoholismo influyen factores biológicos y psicológicos, enfoque que rompe con las ideas reduccionistas de corte moralista y algunos esbozos psicoanalíticos propios de la época.

–Ante el fenómeno de la compulsión, que es de carácter biológico, la solución es la abstinencia total del alcohol.

Silkworth no se orientó hacia la investigación protocolaria. No obstante, sus ideas se basaban en

observaciones clínicas sistemáticas. En su paso por el Hospital Towns, se dice que tuvo la oportunidad de atender aproximadamente a 10,000 alcohólicos.

En la misma década, en Nueva York, se inició un movimiento relacionado con el estudio del alcoholismo desde el punto de vista científico. El escenario fue el Hospital Psiquiátrico de Bellevue, al que están ligados los nombres de Norman Jollife, Mark Keller y E.M. Jellinek.

En este hospital Jollife emprendió una investigación sobre los miles de pacientes que ingresaban a esta institución. En la medida en que estudiaba las llamadas “enfermedades alcohólicas” (complicaciones médicas del alcoholismo) concluyó que el problema primario era el alcoholismo propiamente dicho y que por lo tanto los estudios debían orientarse a este proceso. Para ello invitó a Jellinek, quien en ese momento investigaba sobre aspectos neuroendocrinos de la esquizofrenia. Jellinek aceptó y, desde 1940 hasta su muerte ocurrida en 1963, dedicó sus esfuerzos al estudio y difusión del concepto de enfermedad del alcoholismo.⁶

Sus trabajos sobre el tema suman más de 90 títulos; uno de los más importantes es: “Etapas en la evolución del alcoholismo”, estudio que se basó en encuestas realizadas a miembros del movimiento de Alcohólicos Anónimos. Esta obra sentó las bases para una comprensión sistemática del alcoholismo como un proceso, en el cual un individuo se inicia y avanza progresivamente a través de fases o etapas de dependencia creciente del alcohol. Esta descripción ha tenido una gran influencia en los cuestionarios de auto-evaluación diagnóstica de alcoholismo y de otras farmacodependencias. Otras de sus publicaciones notables son:

- “El deseo imperioso del alcohol.”
- “El síndrome de privación del alcoholismo.”
- “Alcoholismo como género y algunas de sus especies.”
- “El concepto de enfermedad del alcoholismo.”

Esta última, publicada en 1960, representa, en buena medida, una compilación de sus conclusiones acumuladas a lo largo de 20 años de intenso trabajo sobre el tema.

Jellinek amplía y desarrolla, en el terreno de la investigación, los postulados de Silkworth en torno a un componente físico en el alcoholismo. Aborda y define con

claridad fenómenos cruciales para entender los cuadros de dependencia a sustancias químicas: la tolerancia, la supresión y la pérdida de control. Por primera vez estos fenómenos empezarían a ser entendidos en términos fisiológicos o mejor dicho fisiopatológicos, para sentar así las bases de toda la investigación posterior sobre los factores biológicos del alcoholismo.

Jellinek es considerado, con justificada razón, como el hombre más influyente en la creación de un enfoque científico, abierto y racional sobre el alcoholismo, pues logró superar los paradigmas anteriores que limitaban las posibilidades de un abordaje clínico adecuado.

La influencia de la nueva visión fue enorme. La Asociación Médica Americana (AMA) publicó la siguiente recomendación en 1956: “*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 justificadamente debe recibir atención de los médicos.*”³

En la misma década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluiría la Dependencia del Alcohol dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

John Wallace, autor contemporáneo estudioso de los modelos del alcoholismo y su tratamiento afirma:

*Es difícil identificar un concepto que haya tenido mayor impacto en el campo de la farmacodependencia que el concepto tradicional de la enfermedad del alcoholismo. La noción de que las personas farmacodependientes sufren de enfermedades permitió que surgieran respuestas sociales y personales no imaginables bajo otras propuestas teóricas. La aceptación del concepto de enfermedad sirvió para reducir el estigma asociado al problema, ayudó a muchos a buscar tratamiento, alentó el desarrollo de fondos para la investigación, prevención y tratamiento de los farmacodependientes.*⁷

ESTUDIOS ETIOLÓGICOS

Las aportaciones de los estudios en los campos de la genética, de las neurociencias y sobre marcadores biológicos nos permiten profundizar en el modelo biológico

de la enfermedad del alcoholismo. Las contribuciones más significativas se resumen a continuación.

Los estudios genéticos

El hecho de que la prevalencia de alcoholismo es mayor en personas con familiares directos alcohólicos es una observación antigua bien documentada en la actualidad. El estudio de los papeles respectivos de los genes y del medio ambiente social en el desarrollo del alcoholismo requería del diseño de estudios especiales. Esta necesidad fue cubierta, al menos en parte, por los estudios en gemelos, los estudios de adopción y en hijos de alcohólicos. A ellos referiremos sintéticamente.

Estudios en gemelos

El hecho de que los gemelos monocigóticos (“idénticos”) posean exactamente la misma carga genética entre ellos, permite el estudio comparativo con los gemelos dicigóticos (“fraternos”) cuyas cargas genéticas son sólo tan similares como puedan ser las de dos hermanos no gemelos entre sí.

Este hecho permite establecer hasta qué punto un rasgo o característica puede ser dependiente de los genes, del ambiente o de ambos. De acuerdo con este razonamiento, si una condición está determinada en forma absoluta por la genética, la concordancia entre gemelos idénticos debe ser de 100%. Si interactúan factores genéticos con factores psicosociales puede esperarse que la concordancia en gemelos monocigóticos sea menor a 100%, pero tendría que ser superior a la observada en gemelos dicigóticos.

Entre los estudios más importantes de este tipo, están el de Kay en Suecia y el de la Administración de Veteranos en Estados Unidos.⁸ Los resultados de concordancia para alcoholismo en ambos estudios son de: 58% para gemelos idénticos y de 28% para gemelos fraternos, siendo esta diferencia significativa entre ambos grupos.

La mayoría de los estudios de este corte –no todos– coinciden con estos resultados, mismos que apoyan la idea de que en el alcoholismo participan factores genéticos. Sin embargo, también puede inferirse de estos datos que otros factores tienen que interactuar con los genes para que se desarrolle la dependencia, ya que de ser la herencia el único factor, la concordancia esperada en monocigóticos sería igual o muy cercana a 100%.

Estudios de adopción

Éstos también representan un método útil para discriminar el papel del ambiente y de la genética en relación con el desarrollo de alcoholismo. Entre los autores clásicos que han incursionado en este terreno, están Goodwin en Dinamarca y Cloninger en Suecia.

Goodwin, en 1976, publicó los resultados de un estudio realizado en Dinamarca.⁹ En la primera etapa de este protocolo, comparó dos grupos de hijos adoptivos. En un grupo, uno de los padres biológicos (generalmente el padre) era alcohólico; en el otro, este antecedente era negativo. En los hogares de crianza también se controló esta variable, siendo el antecedente de alcoholismo mínimo y similar para ambos grupos. Los resultados de esta fase mostraron que la prevalencia de alcoholismo fue 2.5 veces superior en los hijos biológicos de alcohólicos en relación con el grupo control (hijos biológicos de no alcohólicos).

La segunda etapa llevó a comparar la población alcohólica de hijos biológicos de alcohólicos criados en hogares no alcohólicos con sus hermanos biológicos que habían permanecido al lado del padre alcohólico. Los resultados mostraron que no había diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Estos hallazgos reafirmaron las hipótesis del componente genético en el alcoholismo.

Los estudios de Cloninger en Suecia arrojan resultados similares a los del estudio danés;¹⁰ sin embargo, sugieren fuertemente algo que ya Jellinek había mencionado: la existencia de varios tipos de alcoholismo. Concretamente se describen:

- El alcoholismo tipo **I** que ocurre en hombres y mujeres, es menos severo que el tipo **II** y está asociado con alcoholismo de instalación en la adultez en alguno de los padres biológicos. En esta variedad, la influencia ambiental se considera importante ya que factores psicosociales afecta su ocurrencia y severidad en la población predispuesta genéticamente.
- El tipo **II** se caracterizó por un alcoholismo severo, significativamente influenciado por factores genéticos y cuya expresión pareció relativamente inafectada por factores ambientales. Esta forma de alcoholismo se presentó sólo en hombres, más tempranamente,

con frecuencia en la adolescencia y se asoció con conducta agresiva.

Cabe mencionar que otro autor, Hill, describió un tercer tipo de alcoholismo, similar al tipo **II** de Cloninger, pero sin conducta agresiva. Mark Schuckitt encontró en un estudio en 1974 una mayor prevalencia de alcoholismo en hijos biológicos de alcohólicos, comparados con hijos adoptados por padres alcohólicos.⁸

Estudios en hijos de alcohólicos

El mismo Schuckitt ha estudiado dos poblaciones homogéneas en cuanto a una serie de variables: todos son hombres jóvenes, de raza blanca y de clase media estadounidense. La diferencia entre ambos grupos radica en que uno está compuesto por hijos de padre alcohólico y el otro por hijos de padre no alcohólico. En ambas poblaciones estudia la sensibilidad inicial al alcohol y el desarrollo de alcoholismo.¹¹

Los resultados de este estudio orientan a ubicar tanto el antecedente del padre alcohólico como la alta tolerancia inicial al alcohol como factores decisivos de alto riesgo para el desarrollo de alcoholismo. También se incluye el estudio de ciertos marcadores biológicos que serán descritos en el próximo apartado.

Marcadores biológicos

Este término se refiere a características heredadas que pueden asociarse con una enfermedad, ya sea directamente en su etiología o a través de factores que transmiten vulnerabilidad. En el caso del alcoholismo, se han estudiado variables bioquímicas, electrofisiológicas y de respuesta individual al alcohol en población alcohólica o de alto riesgo (hijos de alcohólicos), y se ha encontrado en algunos estudios datos interesantes que mencionamos a continuación:¹⁰

Marcadores bioquímicos:

- Actividad de la enzima monoaminoxidasa (**MAO**) plaquetaria disminuida en alcohólicos. En algunos estudios, este hallazgo se ha limitado a los alcohólicos tipo **II** de Cloninger.
- Actividad de la enzima adenilciclasa plaquetaria disminuida en alcohólicos en abstinencia.

- Índice de captura plaquetaria de serotonina aumentada en individuos de alto riesgo (hijos de alcohólicos).
- Ausencia de una isoenzima: la aldehidodeshidrogenasa, responsable de la degradación del primer metabolito del alcohol, el acetaldehído, en el hígado. (Específicamente entre 30 y 50% de los orientales carecen de esta enzima, lo que produce, al contacto con el alcohol, enrojecimiento facial, taquicardia y ardor epigástrico. Este cuadro, genéticamente determinado, es un buen ejemplo de un factor ligado a una menor vulnerabilidad para el desarrollo de alcoholismo en esta población.)

Marcadores electrofisiológicos:

- Aumento de la actividad del ritmo beta y disminución de la actividad del ritmo alfa en el electroencefalograma de sujetos de alto riesgo (hijos de alcohólicos).
- Reducción de la amplitud de la onda P300 (potencial evocado) en respuesta a estímulos sensoriales en hijos de alcohólicos.

Respuesta al alcohol:

Los estudios de Schuckitt han mostrado los siguientes datos al comparar poblaciones de hijos de padre alcohólico (**H.A.**) con hijos de padre no alcohólico (**H.N.A.**):^{10, 11}

- Mayor hipersensibilidad a los efectos placenteros de la intoxicación inicial en los **H.A.**
- Severidad reducida a los efectos intoxicantes del alcohol en dosis bajas a moderadas en los **H.A.** (alta tolerancia al alcohol), manifestada por mejor desempeño motor que el grupo de **H.N.A.**
- Cambios neurohormonales menores en el grupo de **H.A.**, al contacto con el alcohol, manifestados en los niveles de cortisol, prolactina y hormona adenocorticotrópica.
- Menor respuesta electroencefalográfica en los **H.A.**, después de ingerir alcohol, con respecto a los **H.N.A.**

El estudio de los marcadores biológicos permite inferir la existencia de factores metabólicos heredados que parecen estar relacionados con la vulnerabilidad para desarrollar alcoholismo. Estos hallazgos pueden llevar,

en un futuro no lejano, a la identificación precisa de poblaciones de alto riesgo, lo que permitirá el diseño de estrategias de prevención primaria y secundaria en estos grupos.

Con base en los estudios referidos, es posible concluir que el estado actual de conocimientos nos permite hablar de la presencia de factores genéticos en la transmisión del alcoholismo. Queda por resolver cuáles son específicamente estos factores, cómo se transmiten y cuál es su importancia relativa en la expresión de la enfermedad. De acuerdo con Schukitt, un factor que sin duda se hereda es la tolerancia al alcohol. Por el momento resulta científicamente válido hablar de una susceptibilidad o vulnerabilidad genética, cuya ponderación en la génesis del alcoholismo podría estar en relación con diferentes tipos de la enfermedad. Se requieren más estudios en esta dirección para llegar a conclusiones definitivas.

Los estudios neurobioquímicos

Los avances en las neurociencias han permitido entender mecanismos inherentes a la tolerancia y a la dependencia física, síntomas bien conocidos desde el punto de vista clínico, en el nivel molecular.

El alcohol y otras drogas psicoactivas interfieren con la disponibilidad de ciertos neurotransmisores a nivel sináptico, lo que da lugar a la aparición de síntomas específicos. Los síntomas dependerán de la influencia particular de cada una de las sustancias psicoactivas sobre los diferentes neurotransmisores.

Los neurotransmisores más comúnmente alterados en los procesos de abuso de drogas son: el ácido gamma-aminobutírico (**GABA**), la acetilcolina, la noradrenalina, la dopamina, la serotonina y la beta endorfina.

La correlación entre las diferentes drogas de abuso, el neurotransmisor afectado y la función alterada se muestran en la tabla 1.¹²

- Sueño **REM** o **MOR** es el sueño de movimientos oculares rápidos durante el cual se produce los sueños y que juega un papel importante en el descanso y la reposición.

Como se observa en esta tabla el alcohol afecta fundamentalmente al **GABA**, que al regular al resto de los transmisores juega un papel determinante en muy variadas

Tabla I
Efectos de las drogas sobre los neurotransmisores

NEUROTRANSMISOR	ACCIÓN FUNCIONAL	DROGA DE ABUSO
GABA	Inhibición general de otros neurotransmisores (función reguladora)	Alcohol Sedantes Fenciclidina
Acetilcolina	Balancea dopamina Memoria	Fenciclidina
Noradrenalina	Modula el afecto Mantiene el sueño	Anfetaminas Cocaína Fenciclidina
Dopamina	Balancea acetilcolina Estimula centro del placer Modula el afecto Afecta procesos intelectuales	Anfetaminas Cocaína Fenciclidina
Serotonina	Modula el afecto Mantiene el sueño Participa en sueño REM *	Agentes psicodélicos Fenciclidina
Beta endorfina	Modula el afecto Modula la percepción del dolor Inhibe la liberación de noradrenalina	Opiáceos Fenciclidina

Fuente: Giannini J., Miller N. **ASAM**. Review Course Syllabus.

funciones. De ahí la gama tan florida de los síndromes de intoxicación y de supresión alcohólicas en los que puede alterarse desde la motricidad y el equilibrio hasta el estado de conciencia y prácticamente todas las funciones mentales.^{13, 14}

En la persona dependiente, el sistema nervioso se adapta al uso continuo del alcohol de modo que funciona “adecuadamente” cuando éste se encuentra presente. Desde una perspectiva neurobioquímica, puede entenderse que el uso en dosis crecientes, repetitivo y compulsivo del alcohólico obedece a los siguientes factores:

1. El desarrollo de la tolerancia que implica la necesidad de utilizar dosis más altas para obtener los efectos deseados.
2. La evitación de los síntomas de supresión o abstinencia desencadenados por la suspensión del alcohol.
3. y el reforzamiento positivo creado por los sistemas de recompensa.

El desarrollo de la tolerancia se explica, desde el punto de vista bioquímico, como una alteración progresiva en la estructura y en la función neuronal, particularmente en la sinapsis, en la que los neurotransmisores modifican su cantidad y su función. A este fenómeno se le llama *neuroadaptación*.

Los síntomas supresivos son la respuesta del sistema nervioso “adaptado” ante la suspensión del alcohol. Es decir, en el alcohólico el alcohol implica estabilidad neuroquímica que se traduce clínicamente en bienestar o alivio. Su ausencia genera síntomas dolorosos que se evitan eficazmente con nuevas ingestas.

El tercer mecanismo que explica la dependencia desde el punto de vista bioquímico es el efecto “recompensante” de las drogas psicoactivas.¹⁵ Los mecanismos de recompensa a nivel cerebral han sido estudiados en mamíferos no humanos, en los que se ha visto que tienden a la administración voluntaria y repetitiva de sustancias psicoactivas. Esta conducta se explica por la activación de sistemas recompensantes (placeros) en el cerebro, en los que el componente dopaminérgico es crucial. También se sabe que las neuronas relacionadas con opioides y los receptores opioides juegan un papel en este proceso.¹⁵ ¹⁶ La estimulación química de los efectos recompensantes generan la necesidad creciente de volver a estimularlos por la misma vía. Hasta qué punto estos sistemas se encuentran desbalanceados previamente a la adicción es un punto sobre el que se ha especulado sin llegar a conclusiones definitivas; sin embargo, esta hipótesis puede ligarse con la vulnerabilidad genética, que pudiera explicarse como una deficiencia en ciertos sistemas de neurotransmisores.

La propiedad de activar estos sistemas recompensantes marca la diferencia entre las sustancias de abuso (adictivas) y otros fármacos, cuyas propiedades farmacológicas no incluyen la activación de sistemas placeros. Las técnicas modernas de imagenología cerebral muestran contundentemente las alteraciones en la disponibilidad de neurotransmisores y los circuitos recompensantes estimulados o privados en cerebros de individuos adictos al alcohol y a otras drogas.

En relación con esta gran cantidad de evidencias científicas, en 1982 la *Asociación Americana de Medicina Adictiva (ASAM)* emitió la siguiente declaración:

Con base en muchos años de experiencia clínica, reforzada por investigación reciente y continua sobre los aspectos genéticos, bioquímicos y fisiológicos de los efectos del alcohol en los sistemas vivientes y sobre los alcohólicos y sus familias, la ASAM concluye que el Alcoholismo es una enfermedad

*compleja, primaria y fisiológica, y no un trastorno primario de la conducta ni una manifestación sintomática de ningún otro proceso mórbido.*¹⁷

Mas tarde, como se verá en el siguiente apartado, la **ASAM** consideraría la participación de los factores no biológicos en el alcoholismo; sin embargo, se infiere que, en esta declaración, el objetivo era llamar la atención sobre la importancia de los hallazgos realizados en el campo biológico, dejando fuera para siempre cualquier explicación que no tomara en cuenta estos factores.

DEFINICIÓN CLÍNICA INTEGRAL

Entre muchas definiciones existentes, la adoptada por la **ASAM** y por el **NCADD** (*National Council on Alcohol and Drug Dependence*) resulta útil, completa y actualizada. La transcribimos a continuación literalmente, como fue publicada en 1990, y analizamos el sentido de cada uno de los términos utilizados:

*“El alcoholismo es una enfermedad primaria y crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales, que influyen sobre su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Se caracteriza por presentar en forma continua o periódica: pérdida de control sobre la bebida, preocupación por la droga alcohol, uso del alcohol a pesar de sus adversas consecuencias, y distorsiones en el pensamiento, principalmente negación.”*¹⁸

- **Enfermedad:** Se refiere a una discapacidad involuntaria. Se manifiesta en un conjunto de fenómenos anormales presentados por un grupo de individuos. Estos fenómenos se asocian con una serie de características, por las que estos individuos difieren de la norma, y que los coloca en desventaja.
- **Primaria:** Se refiere al alcoholismo como una entidad clínica (síndrome o enfermedad) adicional o independiente de otros estados psicopatológicos o fisiopatológicos que puedan asociarse con ella. El término sugiere que el alcoholismo, como proceso adictivo, no es un síntoma de un estado mórbido subyacente.

- **Factores genéticos, psicosociales y ambientales:** Destaca el carácter etiológico multifactorial del alcoholismo. Cabe mencionar que el énfasis en los factores biológicos que propone este artículo está en relación con el objetivo de describir la dimensión biológica del problema que sustenta el concepto de enfermedad. Sin embargo, debe evitarse una interpretación reduccionista del alcoholismo totalmente ajena a la opinión del autor.
- **Frecuentemente progresiva y fatal:** Significa que la enfermedad persiste a lo largo del tiempo y que los cambios físicos, emocionales y sociales son frecuentemente acumulativos y progresan en la medida en que el consumo continúa. El alcoholismo produce muerte prematura a través de sobredosis, complicaciones orgánicas que incluyen el cerebro, hígado, corazón y muchos otros órganos, y contribuye significativamente al suicidio, homicidio, accidentes vehiculares y otros eventos traumáticos.
- **Pérdida de control:** Se refiere a la incapacidad para limitar el uso de alcohol, o para limitar consistentemente la duración del episodio, la cantidad consumida y/o las consecuencias conductuales del beber.
- **Preocupación:** En relación con el uso de alcohol, significa atención focalizada, excesiva dada al alcohol, sus efectos y/o su uso. El valor relativo asignado al alcohol por el individuo frecuentemente lo lleva a desviar sus energías de asuntos importantes de la vida.
- **Consecuencias adversas** en las siguientes áreas de la vida:
 - * Salud física: síndromes de supresión, enfermedades hepáticas, gastritis, anemias, problemas neurológicos.
 - * Funcionamiento psicológico: trastornos cognitivos, cambios en el ánimo y en el comportamiento.
 - * Funcionamiento interpersonal: problemas maritales, violencia intrafamiliar, relaciones sociales afectadas.
 - * Funcionamiento ocupacional: problemas escolares o laborales.

- * Problemas legales y financieros.
- * Vacío existencial y pérdida de valores.

- **Negación:** Se emplea no sólo en el sentido psicoanalítico de un mecanismo de defensa psicológico único que distorsiona el significado de los eventos, sino más ampliamente para incluir un conjunto de maniobras psicológicas destinadas a reducir la conciencia del hecho de que el uso del alcohol es la causa de los problemas del individuo y no la solución a esos problemas. La negación se convierte en una parte integral de la enfermedad y un obstáculo mayor a la recuperación.

Esta definición se complementa, para fines diagnósticos, con los criterios del CIE 10 o del DSM IV,^{13, 14} cuya descripción rebasa los propósitos de este artículo.

EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL (INTEGRAL)

El entusiasmo generado por las aportaciones de los estudios genéticos, neuroquímicos y neurofisiológicos llevó a algunos autores a caer en extremos exclusivistas, y llegaron a considerar al alcoholismo únicamente en términos de sus factores biológicos. Un enfoque simplista y reduccionista, independientemente del campo de procedencia, no tiene cabida en los procedimientos actuales de intervención en adicciones.

La definición de la ASAM contiene los elementos necesarios para considerar el problema en su totalidad bajo un enfoque biopsicosocial. La adopción de este modelo tiene varias ventajas, que de acuerdo con Wallace son:¹⁹

- Permite incluir en lugar de excluir. Estimula la libre exploración entre y al interior de disciplinas importantes del campo clínico y científico.
- Corresponde con la compleja realidad mucho mejor que cualquier modelo unidimensional proveniente del campo biológico, psicológico o social.
- Fomenta los esfuerzos colaborativos interdisciplinarios.

Este autor destaca que *“los programas de tratamiento que operan bajo un modelo unidimensional fracasan en informar y tratar pacientes desde un enfoque integral”*.

En el terreno de una comprensión psíquica y psicosocial del alcoholismo y otras adicciones, existen

múltiples visiones que pueden co-existir con un modelo integral en tanto no se asuman posiciones reduccionistas desde una u otra visión. Al respecto, podemos identificar aportaciones basadas en los siguientes enfoques:

- Enfoques psicoanalíticos clásicos: Freud, Abraham, Rado, Knight, Glover.²⁰
- Enfoques psicodinámicos de segunda generación: Tiebout, Kernberg, Khantzian.^{21,22,23}
- Enfoques cognitivo-conductuales: Ellis.²⁶
- Enfoques gestálticos: Carlock.²⁷
- Enfoques sistémicos: Steinglass, Bowen.^{28,29}
- Enfoques mixtos: estos parten de una epistemología afín a la **ASAM** e incorporan elementos psicodinámicos, cognitivos y sistémicos: Bradshaw,²⁵ Johnson.²⁶
- Enfoques basados en la metodología y filosofía de Alcohólicos Anónimos.⁵
- Enfoques basados en modelos comunitarios profesionalizados: Minnesota, Comunidad Terapéutica: De Leon.³⁰
- Enfoques logoterapéuticos: Martínez.³¹
- Enfoque médico-psiquiátrico.^{2,3}

CONCLUSIONES

Hace aproximadamente 70 años, Jolliffe enfatizó la necesidad de estudiar al alcoholismo como un problema de salud, bajo una perspectiva clínica. No obstante, hoy en día, en muchos casos no se incorpora a la práctica médica cotidiana una metodología de detección temprana del alcoholismo. La historia clínica y la utilización de cuestionarios son las herramientas clínicas necesarias para el diagnóstico (**CAGE, AUDIT, MAST**). Para ello, el médico y personal de salud requieren de un esquema conceptual y metodológico claro que facilite la intervención desde las etapas iniciales del alcoholismo.

En el terreno psiquiátrico, los manuales de clasificación de enfermedades (2,3) brindan la metodología necesaria para realizar los diagnósticos diferenciales entre los trastornos psiquiátricos como primarios o inducidos por abuso o dependencia de sustancias. El trabajo clínico de médicos, psiquiatras y psicólogos clínicos debe orientarse al diagnóstico diferencial que permita establecer las estrategias de tratamiento adecuadas.

Esto es particularmente importante para los cuadros de depresión, ansiedad e insomnio, que en el sujeto dependiente frecuentemente son inducidos por la dependencia misma.

El médico es, con certeza, el profesionista mejor colocado para brindar la ayuda inicial al alcohólico. A través del conocimiento de los fenómenos fisiopatológicos y psicopatológicos inherentes al alcoholismo, puede enfocar integralmente el problema y canalizarlo al tratamiento ambulatorio o residencial interdisciplinario y/o al tratamiento de las complicaciones médico-psiquiátricas. Una visión médica integral necesariamente toma cuenta de las complicaciones, pero no puede perder de vista, como con frecuencia lo ha hecho, la atención oportuna al problema primario.

Es evidente que el alcoholismo y otras farmacodependencias entendidas como problemas de salud requieren de la atención por parte de los profesionistas e instituciones del sector salud. Si bien existe legislación y normatividad al respecto, ésta es insuficiente para atender de manera oportuna, profesional, ética y eficaz a los millones de alcohólicos y cientos de miles de adictos a otras drogas detectados a través de las Encuestas Nacionales de Adicciones.

La participación de los gobiernos, en vinculación con la sociedad civil, para definir y aplicar políticas públicas permanentes para la atención al alcoholismo y otras dependencias requiere ser una de las más altas prioridades enmarcadas en el derecho universal a la salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Velasco Fernández R. *“Alcoholismo: visión integral y clasificación”*. En: *Temas teórico-prácticos de la psiquiatría*. México. Seminario de Cultura Mexicana. 1995, pp. 191-217.
2. Wallace John. *“Modern Disease Model of Alcoholism and other Chemical Dependencies: The New Biopsychosocial Models”*. En: Connors G. *Innovations in Alcoholism Treatment; Stage of the Art Reviews and Their Implications for Clinical Practice*. Nueva York. Haworth Press, p. 71.
3. Miller N. Doug T. *The Disease Concept of*

- Alcoholism and other Drug Addiction*. Hazelden Foundation. U.S.A. 1990, p. 3.
4. The Christopher D. Smithers Foundation Inc. *Understanding Alcoholism*. Nueva York. Charles Scribner's Sons. 1968, p. 8.
 5. Alcoholics Anonymous World Services Inc. *Alcohólicos Anónimos*. Nueva York. 1990. p. XX.
 6. Keller M. *Discurso en homenaje a la memoria del profesor E.M. Jellinek*. Simposio Internacional sobre Alcoholismo. Santiago de Chile. 1966.
 7. Wallace J. "**Modern Disease Models of Alcoholism and Other Chemical Dependencies: The New Biopsychosocial Models**". En: *Innovations in Alcoholism Treatment. State of the Art Reviews and their Implications for Clinical Practice*. Nueva York. Haworth Press. 1993. pp. 69-70.
 8. Anthenelli R. Schukitt M. "**Genetics**". En: Lowinson J., Ruíz P., Millman R. *Substance Abuse: A comprehensive text book*. Baltimore. William & Wilkins; 1992, pp. 39-50.
 9. Goodwin D. *Is Alcoholism Hereditary?* Nueva York. Ballantine Books. 1988, pp. 98-115.
 10. "Eighth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. U.S. Department of Health and Humans Services". *Genetic and other risk factors for Alcoholism*; 1993, pp. 61-83.
 11. Schukitt M. A. "**Low Level of Response to Alcohol as a Predictor of Future Alcoholism**". *American Journal of Psychiatry*. 1994; 151(2); pp. 184-189.
 12. Giannini J. Miller, N. "**Drug Abuse: A Biopsychiatric Model**". En: American Society of Addiction Medicine. *Review course Syllabus*. 1990, pp. 19-24.
 13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. **DSMIV**. Washington, American Psychiatric Association. 1994, pp. 175-181.
 14. Organización Mundial de la Salud. **CIE10**. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid. Meditor. 1992, pp. 103-105.
 15. National Institute of Drug Abuse, 1990: "**Basic Science/ Theories of Addiction**". En: American Society of Addiction Medicine. *Review Course Syllabus*. Washington, 1990, p.p. 3-16.
 16. Gardner E. "**Brain Reward Mechanism**". En: Lowinson J., Ruíz P., Millman R. *Substance Abuse: A comprehensive text book*. Baltimore. William & Wilkins, 1992, pp. 70-99.
 17. American Society of Addiction Medicine, Inc. "**Public Policy Statement on Alcoholism as a Primary Disease**". American Society of Addiction Medicine. *Review Course Syllabus*. Washington. 1990, p. 25.
 18. "National Council on Alcoholism and Drug Dependence Inc. American Society of Addiction medicine". En: American Society of Addiction Medicine. *Review Course Syllabus*, 1990, p. 30.
 19. Wallace J. "**Modern Disease Models of Alcoholism and Other Chemical Dependencies: The New Biopsychosocial Models**". En: *Innovations in Alcoholism Treatment. State of the Art Reviews and their Implications for Clinical Practice*. Nueva York. Haworth Press. 1993. pp. 76-78.
 20. Brehm N., Khantzian E. "**A Psychodynamic perspective**". En: Lowinson J., Ruíz P., Millman R. *Substance Abuse: A comprehensive text book*. Baltimore. William & Wilkins. 1992, pp. 106-107.
 21. Tiebout H. *The Ego Factors in Surrender of Alcoholism*. Hazelden Foundation. 1990.
 22. Brehm N., Khantzian E. "**A Psychodynamic Perspectiva**". En: Lowinson J., Ruiz P. Millman R. *Substance Abuse. A comprehensive text book*. Baltimore. William & Wilkins. 1992, pp. 111.
 23. Khantzian E. J. "**A contemporary Psychodynamic Approach to Drug Abuse Treatment**". *Am J. Drug Alcohol Abuse*. 1986; 12 (3): pp. 213-222.
 24. Bradshaw J. *Healing the Shame that Binds You*. Health Communications, Inc. Deerfield Beach . 1988, pp. 3-116.
 25. Johnson Vernon. *I'll Quit tomorrow*. A practical guide to Alcoholism Treatment. San Francisco. Harper & Row. 1980, pp. 8-34.
 26. Ellis A. *Rational. Emotive Therapy with Alcoholic and Substance Abusers*. Nueva York. Pergamon Press. 1980. pp. 1-37.

27. Carlock J. *The Alcoholic: "A Gestalt View"*. En: Nevis E. *Gestalt Therapy: Perspectives and Applications*. The Gestalt Institute of Cleveland Press. Nueva York. 1990, pp. 191-237.
28. Bowen M. "*A Family System Approach to Alcoholism*". *Addictions*. 21(2). 1974, pp. 3-11.
29. Steinglass P., Bennett L., Wolin S., Reiss D. *La familia alcohólica*. Barcelona. Gedisa. 1989. pp. 59-63.
30. De Leon G. *The Therapeutic Community: Theory, Model and Method*. New York. Springer Publishing Company. 2000. pp. 37-64.
31. Martínez E. *Una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones*. Bogotá. Ediciones Colectivo Aquí y Ahora. 2001. pp. 21-59.