

14 Trastornos relacionados con el consumo de alcohol

TEMA

Esther Ontanilla Reyes y José M^a Garrido Miranda

1. DEPENDENCIA DE ALCOHOL

La característica esencial del alcoholismo, así como de toda dependencia, es la presencia de un grupo de signos conductuales, cognitivos y fisiológicos que indican que el individuo consume la sustancia a pesar de los graves problemas que la misma le ocasiona. Al hablar de dependencia es importante prestar atención a los siguientes conceptos:

- **Tolerancia:** necesidad de recurrir a cantidades cada vez mayores de la sustancia para alcanzar el efecto deseado; o bien, una notable disminución de los efectos de la sustancia con el uso continuado de la mismas dosis. En los estados avanzados del alcoholismo, la tolerancia desarrollada disminuye de manera que dosis cada vez más pequeñas son capaces de producir estados de intoxicación (tolerancia invertida).
- **Abstinencia:** cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración de la sustancia disminuye después de haber mantenido un consumo prolongado.
- **Patrón de uso compulsivo:** caracterizado por un deseo muy intenso de consumir (craving), a menudo vivido como irresistible y/o esfuerzos infructuosos por abandonar o reducir el consumo habitual por encima del que inicialmente se pretende en términos de cantidad o de tiempo y/o reducción o abandono de importantes actividades sociales, familiares, laborales o recreativas debido al excesivo tiempo dedicado a consumir y/o persistencia en

el consumo a pesar de tener conciencia de que está generando considerables y desagradables problemas a la persona.

El consumo de alcohol se halla a menudo mediatizado por estos aspectos de la dependencia: por un lado, el craving, que suele aparecer a raíz del contacto con estímulos internos o externos relacionados con el consumo de alcohol, y que predispone a la persona a buscar una satisfacción inmediata del deseo, despertando a veces síntomas de abstinencia condicionados. Por otro lado, el consumo de alcohol se ve obligado por la abstinencia del mismo. Ya que el estado de privación de alcohol sumerge al individuo en un estado de malestar físico y psicológico que sólo desaparece con la ingestión de una nueva copa. El consumo, por tanto, evita o disminuye ese malestar. La tolerancia, a su vez, hace que el individuo necesite cada vez más cantidad de alcohol, agravando por tanto los síntomas de abstinencia ante la disminución del mismo.

En todo caso es importante tener en cuenta que el alcoholismo puede cursar con dependencia fisiológica (abstinencia y/o tolerancia), psicológica (uso compulsivo), ambas a la vez, o solamente una de ellas.

- **Abuso de alcohol:** sería un consumo perjudicial de alcohol con consecuencias negativas para el individuo pero sin cumplir los criterios de dependencia.

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS SEGÚN DSM-IV.

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- (1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado.
- (2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- (3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- (4) Existe un deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- (7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

2. TRASTORNOS INDUCIDOS POR EL ALCOHOL

2.1. SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (SAA).

Básicamente, el síndrome de abstinencia, es la respuesta del organismo ante la retirada de la droga después de un estado de dependencia de la misma. La característica esencial de la abstinencia alcohólica es la presencia de un síndrome característico que se desarrolla después de interrumpir o reducir el consumo prolongado de grandes cantidades de alcohol y que se alivia con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del SNC.

Manifestaciones características de la abstinencia alcohólica:

- Hiperactividad autonómica: sudoración, taquicardia, aumento de la tensión arterial.
- Aumento del temblor distal (manos, lengua o párpados).
- Insomnio y/o dolores de cabeza.
- Náuseas y vómitos.
- Ansiedad con ánimo irritable.

Conforme avanza la gravedad del cuadro:

- Alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas o ilusiones.
- Agitación psicomotora.
- Crisis epilépticas (sobre todo en individuos predispuestos).

En síndromes de abstinencia muy graves puede aparecer un delirium tremens.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL SEGÚN DSM-IV.

- Interrupción (o disminución) del alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A:
 - Hiperactividad autonómica.
 - Temblor distal de las manos.
 - Insomnio.
 - Náuseas o vómitos.
 - Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones.
 - Agitación psicomotora.
 - Ansiedad.
 - Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
- Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral. O de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.2. INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA.

- Intoxicación por alcohol.
- Intoxicación patológica.

Intoxicación por alcohol.

La intoxicación etílica es un conjunto de alteraciones funcionales y del comportamiento que aparecen de forma aguda tras la ingestión de etanol. La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio comportamental desadaptativo (agresividad, euforia o depresión, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro en el funcionamiento laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Estos cambios se acompañan de alteraciones funcionales como lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor y, en casos muy graves, coma.

Con la ingestión de alcohol se produce un primer estado de "excitación" por la liberación de la influencia inhibitoria de los centros superiores. El alcohol es depresor del SNC, pero al inhibir los centros que controlan la conducta, produce en ésta un efecto desinhibidor. Al anularse los mecanismos de autocontrol salen a primer plano emociones primitivas: hilaridad, sentimientos de camaradería, o bien tristeza y autocompasión.

A veces, lo que ocurre es que se subrayan los rasgos previos de personalidad y otras, justo lo contrario (personas tímidas que se muestran desinhibidas). Conforme avanza el estado de intoxicación las asociaciones se van haciendo más superficiales, aumenta la distrabilidad, se debilita la retención y la memoria para los acontecimientos remotos.

En el plano físico puede verse que la marcha se vuelve insegura, se entra en un estado de falta de control muscular, disminuye la atención, el pensamiento se vuelve más lento, el lenguaje se muestra incorrecto y suele aparecer nistagmus. Tras una ingesta continuada de alcohol la persona puede pasar de un estado expansivo, con sensación de bienestar a otro de depresión y enlentecimiento motor. Si el cuadro de intoxicación progresa el individuo evolucionará hacia conductas "acting" (acciones que no se recuerdan posteriormente), pérdida de conciencia, coma y, en último término, la muerte.

La duración del episodio de intoxicación dependerá fundamentalmente de la cantidad de alcohol ingerida, el tipo de bebida y la graduación, la rapidez con que se hace la ingesta, de si previamente se han ingerido alimentos, de la historia previa de consumo del sujeto y de otros factores individuales.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INTOXICACIÓN POR ALCOHOL.

- A- Intoxicación reciente de alcohol.
- B- Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos que se presentan durante la intoxicación pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - (1) Lenguaje farfullante.
 - (2) Incoordinación.
 - (3) Marcha inestable.
 - (4) Nistagmo.
 - (5) Deterioro de la atención o de la memoria.
 - (6) Estupor o coma.

Intoxicación patológica.

Este cuadro relativamente raro se da en personas con una especial intolerancia o sensibilidad al alcohol. Se caracteriza principalmente por una gran desproporción entre la cantidad de alcohol ingerido (cantidad que no produciría en la mayoría de las personas este efecto) y la gravedad de las alteraciones conductuales que presenta el paciente. Cursa durante varias horas con gran agitación, raptos impulsivos y agresividad importante, tras las cuales el paciente se muestra confuso, desorientado y con amnesia referente al episodio.

No se conocen claramente los factores predisponentes que favorecen la aparición de este cuadro. Sin embargo, algunas investigaciones han señalado la existencia en el EEG de estas personas de ondas punta a nivel de lóbulo temporal.

3. ENCEFALOPATÍAS ALCOHÓLICAS

La ingestión de cantidades considerables de alcohol durante muchos años puede dar lugar a diversos cuadros encefalopáticos.

- Encefalopatías alcohólicas agudas.
- Encefalopatía alcohólica subaguda.
- Encefalopatía alcohólica crónica.

3.1. ENCEFALOPATÍAS ALCOHÓLICAS AGUDAS.

Delirium tremens.

Es un estado tóxico confusional acompañado de trastornos somáticos que aparece en el individuo crónicamente sometido a la influencia de alcohol ante la disminución del

consumo o la abstinencia repentina. Aunque también puede producirse por variaciones bruscas en la ingesta.

Suele aparecer desde pocas horas, después de haber suspendido el consumo en una persona con historia previa de consumo alcohólico persistente, hasta catorce días y el episodio dura aproximadamente una semana.

La presentación del cuadro es relativamente rápida, con pródromos en forma de sueño inquieto o insomnio nocturno, ensoñaciones muy vividas y angustiosas, sudoración, y, a veces, crisis convulsivas.

Las manifestaciones físico-psíquicas se relacionan básicamente con la conciencia, sensopercepción, psicomotricidad y estado físico general.

- Disminución del nivel de conciencia, acompañada de desorientación temporoespacial.
- Percepciones sensoriales falsas: ilusiones y alucinaciones, fundamentalmente visuales y de carácter terrorífico que inducen al paciente a un estado de intenso miedo. Es frecuente la visión de animales pequeños como arañas u hormigas (microzoopsias) por las paredes, las sábanas o sobre la piel. También suelen darse falsos reconocimientos. Los sujetos que se hallan en este estado son fácilmente sugestionables, tanto es así que pueden llegar a alucinar siguiendo las indicaciones de otra persona (algunos profesionales utilizan el "delirio inducido de Binet" como prueba exploratoria). La alteración emocional consecuente con esta vivencia terrorífica puede llevar a una respuesta conductual sumamente peligrosa tanto para el paciente como para quien le rodea.
- Inquietud e incluso agitación psicomotriz. A veces puede darse lo que se denomina un delirio ocupacional en el que la persona cree estar desarrollando su labor profesional y actúa en consecuencia.
- El estado físico general se halla gravemente perturbado: temblor distal intenso, sudoraciones profusas y deshidratación, elevación de la temperatura y posibles convulsiones.

La evolución del cuadro es muy fluctuante, empeorando durante la noche, y mejorando a partir de los 6-7 días. Con las sucesivas repeticiones de cuadros de delirium se hace más probable la complicación y evolución hacia una demencia.

3.2. ENCEFALOPATÍAS ALCOHÓLICAS SUBAGUDAS.

- Alucinosis alcohólica.
- Encefalopatía menor.

- **Alucinosis alcohólica:** es un cuadro clínico caracterizado por la persistencia de un cuadro alucinatorio fundamentalmente audioverbal, que cursa a lo largo de varias semanas, después de haber dejado de beber y de que el resto de los síntomas de abstinencia hayan cedido o bien, ante un aumento del consumo. Las alucinaciones aparecen de forma brusca y el sujeto oye voces que hablan entre sí, a menudo refiriéndose a él, en un tono acusatorio o amenazante (el contenido paranoide es muy vivo). El nivel de conciencia no presenta alteraciones significativas y el individuo permanece bien orientado, pudiendo tener conciencia o no de que las alucinaciones no son reales. A veces, se dan cuenta a veces de que son delirantes.

Se diferencia fundamentalmente del delirium en que no hay alteración de la conciencia ni existe un correlato físico grave. Además, las alucinaciones son básicamente auditivas, no visuales.

- **Encefalopatía menor:** término en desuso actualmente debido a los nuevos avances en neuropsicología clínica. Muchos neuropsicólogos la asemejan al deterioro neurocognitivo y al envejecimiento cerebral prematuro que se da en los alcohólicos de muchos años de evolución. Es un cuadro encefalopático que se caracteriza fundamentalmente por perturbaciones que afectan a la vida de relación del individuo.

Manifestaciones físico-psíquicas:

1. Disminución de la capacidad de autocrítica que llevaría al alcohólico a tomarse en ocasiones familiaridades inoportunas.
2. Cierta optimismo insulso y reacciones de irritabilidad ante la frustración.
3. Algunos trastornos amnésicos.
4. Recelos y sospechas que conformarían un primer grado de celotipia, todavía poco sistematizada.
5. Deterioro en las relaciones socio-familiares.
6. Trastornos de índole psicofisiológica.

3.3. ENCEFALOPATÍAS ALCOHÓLICAS CRÓNICAS.

- Síndrome de Korsakov (trastorno amnésico alcohólico).
- Encefalopatía de Gayet-Wernicke.
- Pseudoparálisis general progresiva.
- Esclerosis laminar de Morel.
- Enfermedad de Marchiafava-Bignami.
- Atrofia cerebelosa.
- Encefalopatía hepática.
- Demencia alcohólica.

- Síndrome de Korsakov (trastorno amnésico alcohólico):

Este cuadro, que fue descrito por Korsakov en 1887, es una encefalopatía crónica no exclusiva del alcoholismo. Se relaciona con lesiones que afectarían a los circuitos hipocampomamilo-talámicos produciendo un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, aunque pueden recuperarse recuerdos remotos. Cuando aparece en un alcohólico, se piensa que el factor causante de la enfermedad es un déficit de tiamina. Es frecuente que una encefalopatía de Wernicke, si no se ha tratado adecuadamente al paciente, derive hacia un síndrome de Korsakov.

El cuadro se caracteriza fundamentalmente por problemas amnésicos y neuríticos:

Alteraciones de la memoria:

- Amnesia de fijación. No es posible fijar el recuerdo de los hechos sucedidos después del inicio de la enfermedad.
- Aparecen confabulaciones. Estos pacientes rellenan con datos falsos sus lagunas de memoria.
- Se dan falsos reconocimientos. El paciente "reconoce" a personas que en realidad no conoce.

Síntomas polineuríticos: afectan a las extremidades y es motivo de parestesias y atrofia muscular.

- Encefalopatía de Gayet-Wernicke:

Es un cuadro neurológico originado por una deficiencia nutricional, especialmente relacionada con un déficit de tiamina (vitamina B); por tanto, aunque se observa de forma predominante en pacientes con alcoholismo crónico no es exclusiva de esta patología, sino que puede aparecer en otros estados carenciales.

Su sintomatología se caracteriza principalmente por un cuadro confusional con componentes amnésicos, trastornos oculares típicos (disminución de la agudeza visual, fotofobia y nistagmo), ataxia cerebelosa (afecta fundamentalmente a la bipedestación y la marcha), polineuritis y rigidez de tipo meningítico. La evolución es variable, hacia la curación, la demenciación o la muerte.

Las lesiones cerebrales son bilaterales simétricas y se distribuyen por las formaciones grises que rodean el tercer y cuarto ventrículo y el Acueducto de Silvio.

Manifestaciones físico-psíquicas:

a. Fase prodrómica:

- a.1. Trastornos digestivos: anorexia, vómitos, adelgazamiento.
- a.2. Trastornos psíquicos: ansiedad, irritabilidad, labilidad afectiva, insomnio, indiferencia afectiva.

- a.3. Trastornos neurológicos: polineuritis, neuritis óptica retrobulbar, cefaleas, vértigos, trastornos del equilibrio, nistagmo.
- b. Sintomatología psíquica:
 - b.1. Torpeza, apatía, indiferencia afectiva y cognitiva.
 - b.2. Trastornos de conciencia.
 - b.b.1. Síndrome confusional.
 - b.b.2. Somnolencia.
 - b.3. Crisis de agitación.
- c. Sintomatología ocular:
 - c.1. Trastornos funcionales: fotofobia, visión borrosa, diploidia.
 - c.2. Parálisis bilateral – asimétrica.
 - c.3. Nistagmo (vertical, horizontal, rotatorio).
 - c.4. Miosis, anisocoria, arreflexia (a fotoestimulación).
- d. Sintomatología psicomotora psicomotor:
 - d.1. Síndrome hipertónico.
 - d.2. Catalepsia.
 - d.3. Discinesias.
 - d.4. Ataxia: marcha insegura, oscilante.

Asinergia: incapacidad de hacer buena coordinación visomotora.

Disartria: lenguaje farfullante, poco inteligible.

- d.5. Reflejo de Babinsky: extensión de los dedos de los pies cuando se estimula la planta de los mismos.

La evolución depende de que se realice un tratamiento precoz con rápida administración de tiamina. Si no se realiza dicho tratamiento las secuelas derivadas pueden ser graves: síndrome de Korsakov, demencia, polineuritis o parálisis oculares.

- Seudoparálisis general progresiva:

Es un cuadro de aspecto Korsakoide al que se añaden signos neurológicos, tales como anisocoria, trastornos el lenguaje y de la marcha y paresia facial.

- Esclerosis laminar de Morel:

Se caracteriza por deterioro mental progresivo con accesos de tipo confusónico. Anatomopatológicamente, se ha detectado una esclerosis de la tercera capa del córtex.

- Enfermedad de Marchiafava-Bignami:

Fue descrita por primera vez por Marchiafava-Bignami en 1903 en tres pacientes alcohólicos consumidores de vino tinto. Es un trastorno relativamente poco frecuente resultado de una degeneración primaria (necrosis y desmielinización) del cuerpo caloso, cuya patogenia no ha sido aclarada (algunos autores le han atribuido un origen carencial

de vitamina B1 y otros creen que podría deberse a un factor tóxico que existiera en los vinos italianos, dada la frecuencia en bebedores de este tipo de vinos).

La mayoría de las veces la evolución es rápida y fatal, hacia la demenciación y la muerte, en un periodo de tres a seis años. En otros, la enfermedad evoluciona crónicamente en forma de episodios confusionales y signos neurológicos. Suelen producirse crisis convulsivas, disartria, trastornos de la marcha y alteraciones emocionales con agresividad.

Manifestaciones físicas:

1. Demencia total pero sin alteraciones de la conciencia.
1. Hipertrofia difusa.
2. Ataxia, disartria.
3. Hiperreflexia-Babinsky.
4. Trastornos EEG.

- **Atrofia Cerebelosa:**

Produce fundamentalmente trastornos en los miembros inferiores. La estática se encuentra dificultada.

- **Encefalopatía hepática:**

Es una de las lesiones cerebrales más frecuentes derivadas de una dependencia alcohólica. De hecho su patogenia es una hiperamonemia por fallo en la metabolización hepática que produce un síndrome neurológico crónico por lesiones cerebrales parenquimatosas.

Se distingue:

- Encefalopatía hepática aguda: que se caracteriza por confusión, inhibición, o agitación motriz, estupor y coma.
- Encefalopatía hepática crónica: son frecuentes los trastornos emocionales, intelectuales y de la personalidad (fluctuantes y reversibles si se tratan adecuadamente).

Manifestaciones físico-psíquicas:

- Euforia.
- Somnolencia.
- Aquinesia, pérdida de autocritica.
- "Flapping tremor": "aleteo en extremidades".
- Hipertonía.
- Convulsiones.

- **Demencia alcohólica:**

En este tipo de demencia la etiología se relaciona con la deficiencia de tiamina y produce déficit de células y pequeñas hemorragias a nivel de tronco cerebral, tálamo

medio, región periventricular y diencefalo. El cuadro clínico suele desarrollarse de forma insidiosa. Puede empezar con un trastorno orgánico de la personalidad de localización frontal y evolucionar cada vez más hacia un daño cognitivo y conductual progresivamente mayor.

Manifestaciones físico-psíquicas:

1. Trastornos en la atención.
2. Trastornos en la capacidad de síntesis y adquisición.
3. Trastornos en la memoria y orientación.
4. Trastornos del juicio.
5. Disminución de la capacidad operativa y funcional (descuido personal y de las convenciones sociales).

4. CELOTÍPIA ALCOHÓLICA

Otro trastorno que merece especial atención por su frecuencia en la clínica es la celotípiya alcoholíca o delirio de celos, trastorno delirante consistente en la percepción de infidelidades por parte del cónyuge. El alcoholíco frecuentemente alberga dudas y sospechas de tipo paranoide, manifestando una marcada agresividad contra su pareja. Por tanto, la vida familiar se ve gravemente alterada conduciendo muchas veces a episodios de violencia doméstica e incluso homicidio.

5. DETERIORO NEUROPSICOLÓGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SDA

Desde el marco teórico de la neuropsicología, las investigaciones han demostrado la presencia de deterioro neuropsicológico en personas con dependencia alcoholíca de larga evolución. Dosis altas de alcohol pueden producir deterioros temporales y reversibles en las funciones cognitivas; pero el consumo crónico de alcohol puede conducir a un deterioro neurocognitivo relativamente persistente, o al menos no fácilmente reversible, en dichas funciones. A través de instrumentos específicos de evaluación neuropsicológica (desarrollados para identificar, medir y describir cambios del comportamiento relacionados con disfunciones cerebrales) se han podido detectar déficits en las funciones neurocognitivas de personas alcoholícas tales como: la memoria, el lenguaje, la orientación, el razonamiento abstracto, las capacidades viso-espaciales y senso-perceptivas y, en gran medida, en la función frontal.

El alcohol produce también un envejecimiento prematuro reversible sólo parcialmente. Algunos estudios concluyen que el rendimiento neurocognitivo de bebedores excesivos de 40 años es equiparable al de personas de 60 años. Estructuralmente, las

alteraciones cerebrales observadas más frecuentemente a través de TC son: atrofia cerebral difusa y dilatación ventricular. El flujo sanguíneo cerebral regional muestra una reducción, especialmente en los alcohólicos de mayor edad.

6. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería trabajará para evitar que aparezcan o que lo hagan con las mínimas manifestaciones posibles los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, para ello la mejor intervención es la de evitar su consumo, por esto proponemos la siguiente intervención enfermera.

Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol. 4512.

Actividades.

- Crear un ambiente de baja estimulación para la desintoxicación.
- Vigilar los signos vitales durante el proceso de desintoxicación.
- Monitorizar si hay delirium tremens.
- Administrar anticonvulsivos o sedantes, si procede.
- Medicar para aliviar las molestias físicas, si es necesario.
- Enfocar la conducta abusiva del paciente de una forma neutral.
- Tratar las alucinaciones de una manera terapéutica.
- Mantener una ingesta nutritiva y de líquidos adecuada.
- Administrar vitaminas, si se considera oportuno.
- Observar si hay consumo de alcohol encubierto durante la desintoxicación.
- Escuchar las inquietudes del paciente acerca de su abandono del alcohol.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente/familia, según se precise.
- Proporcionar tranquilidad verbal, según corresponda.
- Proporcionar orientación sobre la realidad, cuando se precise.
- Tranquilizar al paciente alegando que es común que la depresión y la fatiga se produzcan durante el abandono del alcohol.

Resumen

- La característica esencial del alcoholismo es la presencia de un grupo de signos conductuales que indican que el individuo consume la sustancia a pesar de los graves problemas que la misma le ocasiona.
- El llamado patrón de uso compulsivo está caracterizado por un deseo muy intenso de consumir, frecuentemente vivido como irresistible y/o esfuerzos infructuosos por abandonar o reducir el consumo habitual.
- El alcoholismo puede cursar con dependencia fisiológica (abstinencia y/o tolerancia), psicológica (uso compulsivo) ambas a la vez o una sola.
- Entendemos por abuso del alcohol un consumo perjudicial del mismo con consecuencias negativas para el individuo pero sin cumplir los criterios de dependencia.
- Se consideran trastornos inducidos por el alcohol, el síndrome de abstinencia alcohólica y la intoxicación alcohólica aguda.
- El síndrome de abstinencia al alcohol es la respuesta del organismo ante la retirada de esta droga después de un estado de dependencia de la misma. Esta alteración se desarrolla después de interrumpir o reducir el consumo prolongado de grandes cantidades de alcohol y que se alivia con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del SNC. La manifestación más grave que puede aparecer de esta alteración es el delirium tremens.
- La intoxicación etílica es un conjunto de alteraciones funcionales y del comportamiento que aparecen de forma aguda tras la ingestión de etanol, se caracteriza por un cambio comportamental desadaptativo, su duración dependerá básicamente de la cantidad de alcohol ingerido, tipo de bebida, graduación, tiempo de la ingesta, etc.
- La intoxicación patológica, este cuadro aparece en individuos con una especial intolerancia o sensibilidad al alcohol, se caracteriza por una gran desproporción entre la cantidad de alcohol ingerido y la gravedad de las alteraciones conductuales que presenta el paciente.
- La ingestión de cantidades significativas de alcohol durante muchos años puede dar lugar a diversos cuadros encefalopáticos, estos se clasifican en: encefalopatías alcohólicas agudas, subagudas o crónicas.
- La principal encefalopatía alcohólica aguda es el delirium tremens, las manifestaciones físico-psíquicas se relacionan básicamente con la conciencia, senso-percepción, psicomotricidad y estado físico general.
- Otros trastornos relacionados con el consumo de alcohol son la celotipia alcohólica y el deterioro neuropsicológico.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Valbuena Briones, C. Álamo González. Avances en toxicomanías y alcoholismo. U. Alcalá. DSM-IV, Manual diagnóstico de los trastornos mentales. Ed. Masson.
- J. Aizpiri Díaz, J. F. Marcos Frías. Actualización del tratamiento del alcoholismo. Ed. Masson.
- J. Vallejo Ruiloba. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3ª edición. Ed. Masson-Salvat Medicina.
- Vicente Fernández Merino. Déficits neuropsicológicos en pacientes alcohólicos. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.
- Mccloskey Dochterman, Joanne; Bulechek Gloria M. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier Mosby.
- Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. NANDA International. Ed. Elsevier.