

## EL ALCOHOLISMO EN EL VII CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA EN VIENA

J. R. SOLE PUIG

Psiquiatra de la Sección de Toxicómanos  
de la Cruz Roja de Barcelona

Desde el I Congreso celebrado en 1950 en París, la Asociación Mundial de Psiquiatría ha crecido en todos los sentidos. Actualmente cuenta con 75 sociedades nacionales y sus miembros son más de 60.000. Cada cinco o seis años tiene lugar la celebración congresal en alguna capital del mundo; en 1966 tuvo lugar en Madrid. El séptimo congreso, celebrado en Viena ha reunido a más de cinco mil especialistas, y la mitad de ellos presentó sus trabajos activamente en forma de simposios, comunicaciones libres, posters, videos, etcétera. Que en 1983 el foro psiquiátrico mundial haya sido Viena supone un homenaje claro a nombres como Von Economo y Meynert, grandes descubridores anátomo-histólogos, y en especial a Julius Wagner von Jauregg y Sigmund Freud. El hasta ahora único psiquiatra premiado con el Nobel rompió con el nihilismo terapéutico en psiquiatría por ser el pionero del tratamiento físico en las enfermedades psíquicas. El creador del psicoanálisis, de forma opuesta pero complementaria, hizo posible el gran caudal de impulsos psicoterapéuticos que animan y caracterizan esta particular especialidad médica.

Entre congreso y congreso, las «secciones» se encargan de continuar el seguimiento de ámbitos psiquiátricos importantes, como la farmacoterapia, psicoterapia, clasificaciones nosológicas, etcétera. Actualmente el número de tales secciones alcanza ya 21. Así pues, la Asociación Mundial de Psiquiatría muestra directamente su protagonismo congresal a través de las sesiones plenarias y de los simposios de sección. El resto de contribuciones son libres y sólo organizativamente condicionadas. Como puede suponerse, una de las secciones más conspicuas trata de toxicomanías; el alcoholismo es el problema más debatido, seguido del uso de heroína, cocaína, inhalantes, etc.

Este año, los «symposia» de sección sobre drogodependencias, con el alcoholismo como principal representante, llevaban el signifi-

cativo encabezamiento: «El reto de la adicción y los trastornos por uso de sustancias, ¿son para la psiquiatría el problema de salud número uno?»

Sidney Cohen, el conocido experto de la Universidad de California, en Los Angeles, habló de vulnerabilidad, predisposición y aspectos clínicos.

Que alguien sea vulnerable a la dependencia es una cuestión multifactorial. El acceso a la(s) sustancia(s) es obviamente determinante. La sensación de liberarse con ellas de nocivos estados ansiosos crónicos —frustraciones, depresión, aforia, tensión, etcétera—, refuerza la perpetuación de la conducta. La euforia es inicialmente un refuerzo positivo; pero ya se sabe que la mayoría de las drogas dependientes van perdiendo dicha acción euforizante.

Hay predisposición genética para la alcoholdependencia y quizá para otras drogas. Esta faceta hereditaria de la vulnerabilidad tiene un substrato bioquímico manifestado a su vez en cierta predisposición psicológica que conocemos bien: baja tolerancia a la frustración, disforia, auto-estima y auto-expectativas de futuro insuficientes, o control desigual sobre la propia conducta. Muchos trastornos de la personalidad y el pensamiento están efectivamente sobrerrepresentados en poblaciones de adictos crónicos.

A veces, los imperativos farmacológicos, las características químicas de la sustancia, pesan más que el detalle clínico, como es el caso de la heroína. En cambio, otros agentes psicoactivos actúan más bien como desinhibidores de comportamientos subyacentes, por lo que los síndromes cubren un amplio espectro —es el caso del alcohol—.

El National Institute on Drug Abuse americano y la O.M.S. de Ginebra estuvieron representados por los doctores J. Durell y A. Arif, respectivamente. Hablaron de *Prevención en adolescentes*:

La iniciación al uso de drogas tiene lugar precozmente, en la segunda década de la vida y suele seguir un curso y desarrollo característicos. Hay que pensar que poco antes de los veinte años de edad, las pautas de conducta que se establezcan tendrán un alto grado de estabilidad a lo largo de la vida.

El uso de alcohol y tabaco precede generalmente al uso de marihuana y otras drogas ilegales. Los factores de iniciación motivantes son preponderantemente sociales. Una vez regularizado el uso, empezarán a crearse las características de dependencia propias de cada droga. A la vista de estos datos, y bien conocidos los altos costes con que el alcohol, el tabaco y demás drogas gravan la salud pública, debería ser de absoluta prioridad la prevención primaria del uso de drogas durante la adolescencia. En los últimos diez años hemos evalua-

do algunas aproximaciones a la prevención del abuso de drogas. Son de poco valor los programas de información sobre drogas o los de «educación afectiva». Las técnicas más prometedoras utilizan programas basados en grupos de pares, de iguales, en los que se atacan factores motivantes hacia la drogadicción. También es importante el «rol» que pueden jugar los padres al influenciar los hábitos de los adolescentes.

D. Mayfield y D. W. Goodwin, ambos de la Universidad de Kansas, presentaron sus contribuciones: el primero habló de *Alcoholismo y trastornos afectivos*. Contra la opinión popular, explicó cómo los aumentos desproporcionados de ingestas alcohólicas suelen ser concomitantes con episodios maníacos. En cambio, los pacientes depresivos tienden más a disminuir sus libaciones alcohólicas. Corolario importante es que los alcohólicos suelen deprimirse como resultado del beber en exceso, pero tampoco esta circunstancia es suficiente para llevarles a la abstinencia.

Por lo tanto, no parece que sentirse mejor al beber aumente por sí solo el beber, ni que sentirse peor por beber disminuya el continuar con la bebida. Esta paradoja sugiere que a pesar de existir concomitancias entre alcoholismo y trastornos afectivos, todavía no se ha explicado la relación entre ambos en el sentido de que beber en exceso venga determinado por cambios en el estado de ánimo. Pero al mismo tiempo, en familias con pacientes afectivos se observa una mayor frecuencia de casos de alcoholismo, con significación estadística, y a su vez, en familias con miembros alcohólicos hay una alta incidencia de trastornos afectivos. En definitiva, pues, lo que sí parece probable es la existencia de ciertos atributos comunes a ambas patologías, los cuales serían menos aparentes pero quizá más importantes que los conocidos cambios de humor.

El segundo autor habló de *Alcoholismo familiar: implicaciones clínicas*. Partió de la afirmación según la cual una mitad de alcohólicos hospitalizados relatan casos de alcoholismo en la familia inmediata, y la otra mitad no. De ahí que hablase de dos tipos de alcoholismo: el «familiar» y el «no familiar». El primero se demostraría como caracterizado por un comienzo más precoz y un curso más fulminante. El no familiar, en cambio, sería más heterogéneo, e incluiría pacientes con depresión, sociopatía y otros trastornos psiquiátricos.

Estudios de mellizos y adoptados apuntan un factor genético en el alcoholismo familiar, más claro en hombres que en mujeres. Actualmente puede establecerse que los hijos de alcohólicos tienen cuatro o cinco veces más riesgo de alcoholismo que los hijos de los no alcohólicos; aquéllos son, pues, «genéticamente susceptibles», en contraste con el resto. La regla de oro según la cual todo alcohólico debe abstenerse por completo, parece particularmente aplicable en alcoholismo familiar.

M. A. Schuckit, de San Diego, California, presentó *Factores genéticos en alcoholismo; un modelo teórico*.

Se trata de un intento de integración de un número necesario pero no suficiente de factores de riesgo —por ejemplo, la accesibilidad al producto, y otros— con el grupo de factores biológicos genéticamente determinados; éstos no tienen porqué ser ni necesarios ni suficientes en la causación del alcoholismo, pero sí contribuir al riesgo. Estas influencias biológicas serían una variedad de «vías terminales comunes» que incluirían factores genéticos: los subyacentes a tipos de reacción aguda al etanol de baja intensidad, a niveles elevados de acetaldehído, al incremento de nivel de refuerzo ante el etanol, etc.

G. N. Thompson, de la Universidad Irvine de California, habló de *Correlación de la conducta con estudios electroencefalográficos en alcoholismo*.

En más de mil casos reportados se ha observado una correlación significativa entre pautas de comportamiento anómalo y pautas electroencefalográficas.

Algunas pautas conductuales son continuas, pero la mayoría son episódicas. Algunas surgen de abuso duradero y continuado de alcohol, si bien muchas provienen del efecto tóxico del etanol en cerebros previamente dañados, sea por traumatismos o por otros agentes etiológicos. Naturalmente, algunos representan síndromes de abstinencia. Otros resultan del efecto sinérgico del alcohol con demás agentes.

Pautas electroencefalográficas pueden hallarse en síndromes de abstinencia agudos como *delirium tremens*, alucinosis alcohólica aguda, status epiléptico alcohólico e intoxicación alcohólica patológica aguda. Tales hallazgos objetivos se tornan particularmente manifiestos cuando la gravedad del caso supone la entrada en el terreno medicolegal.

Charles Shagass, conocido experto de la Universidad Temple de Philadelphia, expuso su experiencia en *Alcohol y potenciales evocados humanos*.

Como se sabe, potenciales cerebrales evocados por estímulos sensoriales pueden ser registrados en la superficie del cuero cabelludo con técnicas de promediado asistidas por computadora. Además de PE originados en estructuras corticales, también pueden registrarse los provenientes de las lejanas estructuras, tales como los originados en el tallo cerebral. Las técnicas con PE han sido empleadas para estudiar los efectos agudos del alcohol sobre el funcionamiento cortical y subcortical, tolerancia al alcohol, cambios en la excitabilidad cerebral asociados con síndrome de abstinencia, y anomalías cerebrales funcionales en varias poblaciones clínicas de pacientes con problemas relacionados con alcohol.

Cada vez es más evidente que los PE cambian marcadamente con la ingesta de alcohol y el síndrome de abstinencia, y que las complicaciones neurológicas del alcoholismo están asociadas con características anormales de los PE.

En la *Rev. Dept. Psiquiatría Facultad Med. Barna.*, 10, 4, 234-265 (1983) el profesor Shagass ha publicado en español la más exhaustiva revisión que sobre el tema de los PE podemos hallar en nuestra bibliografía más reciente; allí hace hincapié en los descubrimientos sobre PE en esquizofrenias, psicosis afectivas, etc.

En relación al *Diagnóstico del alcoholismo*, el profesor W. Feuerlein, del Instituto Max-Planck de Múnich y reconocida autoridad en este terreno, presentó un panorama histórico de treinta años de esfuerzos. Hay varios criterios diagnósticos: conducta bebedora, problemas relacionados con el alcohol y los signos y síntomas de la alcoholdependencia. También varían los instrumentos utilizados: desde tests psicológicos y cuestionarios hasta marcadores biológicos. Actualmente los trabajos se orientan en dos direcciones mayoritarias, según las necesidades concretas: las herramientas de diagnóstico pueden optar por una mayor sensibilidad, o por el contrario, por una mayor especificidad.

El profesor D. Ladewig, de Basilea, presentó su trabajo, según el cual es posible diferenciar rasgos clínicos predominantemente depresivos o bien predominantemente adictivos en los enfermos alcohólicos. Sin embargo, tampoco con los cuestionarios diseñados por su escuela ha sido capaz de descubrir ningún tipo de mensuración psicológica que cubra un concepto general de dependencia. La hipótesis de una predisposición adictógena queda, pues, por demostrar.

La doctora A. Rodríguez-Martos, de Barcelona, presentó sus *Hallazgos con una versión modificada del MALT en español*.

La autora, tras dos años de introducir el Múnich-Alcoholism-Test de Feuerlein, ha validado dicha versión; todos los items, excepto uno (presencia de hepatopatía), demostraron ser discriminativos. La segunda versión española de la autora, de 1982, ha incluido aquel ítem, pero restringiéndolo a la presencia de hepatopatías alcohólicas o de origen desconocido. Al quedar eliminado el resto de hepatopatías, el poder discriminativo del ítem es obvio que ha aumentado suficientemente. Por lo tanto, esta segunda versión española del MALT muestra una buena sensibilidad y especificidad. Su uso en países hispánicos puede darse por validado, como demostraron por lo menos para Méjico y Ecuador los doctores Gorenc y Nadelsticher.

F. A. Seixas, el conocido experto norteamericano en alcoholismo, hizo una revisión de diez años de criterios diagnósticos del NCA, organismo del que es director médico. El diagnóstico de alcoholismo del NCA ha sido traducido y adaptado a media docena de lenguas.

Según el autor, esta herramienta se ha demostrado válida a nivel educacional, clínico y medicolegal. Desde el punto de vista heurístico también se ha demostrado útil por tener en cuenta las complicaciones y secuelas de la enfermedad alcohólica, que pronto o tarde forman parte muy directamente del alcoholismo como un todo.

D. A. Trakas, del hospital presbiteriano de Chicago, habló de *Alcoholismo: stress versus maladaptación*.

Seiscientos casos psiquiátricos fueron estudiados en relación a dependencia alcohólica concomitante. La conclusión, también en este estudio, es que el alcoholismo no está relacionado con ningún trastorno mental particular. Las características comunes a nivel conductual no iban más allá de lo cultural.

Según este autor, cabe diferenciar aquellos alcohólicos con un claro diagnóstico psiquiátrico, los cuales tienden a utilizar el alcohol como recurso ante un stress perfectamente identificable. El resto de pacientes sufrirían un síndrome específico de maladaptación al uso del alcohol, y en ellos no habría ningún fondo de stress.

J. R. Stabenau, de la Universidad de Connecticut, presentó su *Tipología del alcoholismo: factores de importancia genética*.

De una población de 230 pacientes alcohólicos, el autor ha aislado dos factores que él denomina de importancia genética: la personalidad antisocial y una historia familiar de alcoholismo.

Por tanto, ambos factores podrían estar en la base de dos tipos de manifestación en la enfermedad etílica: el adictivo y el interactivo.

- 1) Cuando ambos tipos coinciden en el alcohólico, o sea que se manifiesta personalidad antisocial y a la vez historia de alcoholismo en ambas ramas de la familia —bilineal, pues—, se apreciaba un comienzo más precoz ( $p < .01$ ) y también una mayor pérdida de control y signos de dependencia, consecuencias psicosociales y síntomas patológicos de adicción alcohólica ( $p < .01$ ).
- 2) Los que representaban personalidad antisocial pero no historia bilineal manifestaban un comienzo más precoz en su alcoholismo ( $p < .01$ ).
- 3) Los que no presentaban personalidad antisocial pero sí historia bilineal manifestaban un inicio más tardío, pero síntomas más patológicos de su adicción alcohólica ( $p < .01$ ).
- 4) Los alcohólicos sin personalidad antisocial y sin historia bilineal manifestaron un comienzo tardío ( $p < .01$ ).

Según el autor, esta herramienta se ha demostrado válida a nivel educacional, clínico y medicolegal. Desde el punto de vista heurístico también se ha demostrado útil por tener en cuenta las complicaciones y secuelas de la enfermedad alcohólica, que pronto o tarde forman parte muy directamente del alcoholismo como un todo.

D. A. Trakas, del hospital presbiteriano de Chicago, habló de *Alcoholismo: stress versus maladaptación*.

Seiscientos casos psiquiátricos fueron estudiados en relación a dependencia alcohólica concomitante. La conclusión, también en este estudio, es que el alcoholismo no está relacionado con ningún trastorno mental particular. Las características comunes a nivel conductual no iban más allá de lo cultural.

Según este autor, cabe diferenciar aquellos alcohólicos con un claro diagnóstico psiquiátrico, los cuales tienden a utilizar el alcohol como recurso ante un stress perfectamente identificable. El resto de pacientes sufrirían un síndrome específico de maladaptación al uso del alcohol, y en ellos no habría ningún fondo de stress.

J. R. Stabenau, de la Universidad de Connecticut, presentó su *Tipología del alcoholismo: factores de importancia genética*.

De una población de 230 pacientes alcohólicos, el autor ha aislado dos factores que él denomina de importancia genética: la personalidad antisocial y una historia familiar de alcoholismo.

Por tanto, ambos factores podrían estar en la base de dos tipos de manifestación en la enfermedad etílica: el adictivo y el interactivo.

- 1) Cuando ambos tipos coinciden en el alcohólico, o sea que se manifiesta personalidad antisocial y a la vez historia de alcoholismo en ambas ramas de la familia —bilineal, pues—, se apreciaba un comienzo más precoz ( $p < .01$ ) y también una mayor pérdida de control y signos de dependencia, consecuencias psicosociales y síntomas patológicos de adicción alcohólica ( $p < .01$ ).
- 2) Los que representaban personalidad antisocial pero no historia bilineal manifestaban un comienzo más precoz en su alcoholismo ( $p < .01$ ).
- 3) Los que no presentaban personalidad antisocial pero sí historia bilineal manifestaban un inicio más tardío, pero síntomas más patológicos de su adicción alcohólica ( $p < .01$ ).
- 4) Los alcohólicos sin personalidad antisocial y sin historia bilineal manifestaron un comienzo tardío ( $p < .01$ ).

a moderarse en la bebida una vez hubiera respetado la abstinencia o incluso directamente, sin pasar por ser temporalmente abstemio. Al cabo de un año, los que deseaban llegar al objetivo del beber moderado habían aumentado en número. Sin embargo, las cantidades consumidas no eran muy diferentes en ambos grupos, a pesar de la diferencia de objetivos. El «staff», de forma más realista, valoraba mucho menos moderadas las libaciones protagonizadas por los pacientes.

Las definiciones propias de los enfermos acerca de la duración y la frecuencia del beber moderado varían considerablemente; el promedio se sitúa en definirlo cómo beber 2-4 veces en un día por mes. La cantidad definida por los pacientes como moderada y que podía beberse en una sola vez oscilaba entre «un trago» y dos litros de bebidas de destilación... esta cantidad promedio se situaba en 14 cl. de alcohol puro.

De todo ello se deduce la importancia de determinar las circunstancias individuales y culturales que inciden en el tema del beber moderadamente. Todo alcohólico tiende a alimentar expectativas dirigidas en este sentido, por mucho que se le inste a favor de la abstinencia completa y perenne de bebidas alcohólicas.

Otro significativo punto fue tratado por Nikula-Baumann y Seppala, de Helsinki: *La implantación de tabletas de Disulfiram (Esperal) en alcohólicos severos.*

Se trataba de explorar qué tipo de pacientes eran beneficiarios de tal terapia, para lo cual se implementó una batería de tests como el Rorschach, MMPI, el cuestionario de Beck sobre depresiones, etcétera, así como entrevistas y cuestionarios enviados por correo.

En un plazo de 7-12 meses después de la implantación, respondieron el 67 %. La muestra es de 47 pacientes, de la que el 72% tienen una edad entre 30 y 50 años. 3/4 partes pertenecen a la clase mediana-baja. Los que se implantaron por consejo médico fueron 40; los 7 restantes lo solicitaron espontáneamente. El diagnóstico principal fue siempre de alcoholismo; un 43 % presentaba además trastornos neuróticos y caracteriales. Los motivos básicos para implantarse fueron diversos problemas de trabajo o de relaciones interpersonales inmediatas al enfermo.

Tras la implantación de las tabletas de Esperal, sólo unos pocos han permanecido abstinentes hasta ahora (12 meses). El 68 % se mantuvieron abstinentes durante 5-8 meses; el 13 % durante 3-4 meses. Los restantes siguieron bebiendo haciendo caso omiso de su implantación... En 17 casos, la implantación se repitió.

Para los autores, tales resultados no son malos, a tenor de la experiencia que todo experto en alcoholismo tiene en el tema. Lo único que aconsejan es hacer una buena exploración psicológica previa a



toda implantación de Esperal, pues puede orientar acerca de qué pacientes son adecuados para esta alternativa terapéutica.

El grupo control tenido en cuenta en este trabajo consistió en alcohólicos severos ingresados para una deshabitación breve.

A. Altorfer et al., de la Universidad de Berna, presentaron su *Comparación clínica entre Antabús y E M D 15700 (Merck)*.

De 32 pacientes, una mitad fue medicada con Antabús y la otra mitad con este nuevo disuasor antialcohólico. Los efectos del tratamiento fueron evaluados seis meses después, sin que los autores hayan podido definirse unívocamente en sus preferencias.

El Piracetam fue objeto de dos interesantes trabajos: el primero, presentado por H. Snel et al., de la Universidad de Düsseldorf, Alemania Federal, sobre su experiencia con *Piracetam en el tratamiento del Delirium Tremens*.

Veinticuatro pacientes con este diagnóstico fueron sometidos a un estudio doble ciego en el que unos recibieron Clometizol y Piracetam, y otros sólo Clometiazol.

En relación a la sintomatología somática-depresiva, existiría superioridad a favor del tratamiento conjunto. En cuanto a la sintomatología somático-depresiva, el síndrome psicoorgánico y el síndrome vegetativo, parece que añadir Piracetam al Clometiazol acelera la mejoría clínica, la cual se acompañaría de una mejoría electroencefalográfica.

J. Kabes, de Checoslovaquia, se sumó a esta opinión, explicando la *Efectividad del Piracetam en las psicosis alcohólicas*.

A dosis diarias de más de 9 gramos, el fármaco se demostraba efectivo en alucinosis alcohólicas y en cuadros delirantes y predelirantes del mismo grupo. No se apreciaron efectos secundarios a pesar de las altas dosis administradas.

L. Eriksen et al.; de la Universidad de Trondheim en Noruega, explicaron lo que es el *Ambiente Interpersonal en un servicio de alcoholismo sometido a cambios*.

El propósito del estudio consistía en evaluar la atmósfera terapéutica al compás de una reestructuración en un centro de alcoholismo. En el primer año, tanto pacientes como «staff» cumplimentaron la Ward Atmosphere Scale (WAS, Moos, 1974). Al año siguiente, cuando ya se llevaban seis meses de experiencia en una reorganización por equipos de «staff» y pacientes, se volvió a pasar de nuevo la WAS. Y por último en el tercer año, cuando se llevaban seis meses de experiencia en un paquete de programas terapéuticos específicos para enfermos alcohólicos, otra vez fue administrada la WAS a pacientes y «staff».

Los datos emanados de esta escala de atmósfera en un servicio dado, a nivel de pacientes, indicaron que no se apreciaban diferencias estadísticamente significativas entre años consecutivos, aunque sí que se perfilaban tendencias. Pero, como era de esperar, hubo un incremento estadísticamente significativo ( $p < .005$ ) entre el primero y el tercer año.

A nivel del «staff», los datos de la escala WAS fueron todavía más llamativos. Ya entre el primer y el segundo año se demostró un aumento estadísticamente significativo de la calidad en la atmósfera ( $p < .05$ ), que también se repitió entre el segundo y el tercer año. Por supuesto, dicho incremento también se apreció entre el primer y el tercer año ( $p < .005$ ).

El rigor metodológico de este estudio avala, pues, la conveniencia de mejorar la calidad ambiental interpersonal en servicios donde conviven profesionales y alcohólicos en tratamiento. La importancia del «setting» terapéutico, de dicha atmósfera relacional, sigue siendo condición *sine qua non* para toda estrategia que quiera merecer el nombre de asistencial.