

**Iñaki Lorea Conde**  
**Psicólogo Clínico**  
**Fundación ARGIBIDE (Pamplona)**  
**Universidad Pública de Navarra**

## **ALCOHOL: CEREBRO, MITOS, EFECTOS, ADICCIÓN, PSICOTERAPIA.**

El consumo de alcohol y las consecuencias que conlleva constituyen un problema social y sanitario que afecta a la comunidad internacional en su conjunto. Este breve artículo pretende resumir información veraz y útil sobre esta sustancia, sus efectos y los tratamientos que se emplean para abordar la adicción que puede provocar.

### **Alcohol: efectos en el cuerpo y en el cerebro.**

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración. El alcohol ingerido en una bebida es absorbido en el aparato digestivo, desde donde pasa a la circulación sanguínea en la que puede permanecer hasta 18 horas. Es eliminado finalmente a través del hígado. La presencia continuada de alcohol en el organismo y su consumo repetido es responsable de la mayoría de las lesiones que esta sustancia produce en nuestro cuerpo, como la cirrosis hepática o las encefalopatías en las que el funcionamiento de hígado y cerebro se ve gravemente alterado.

El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante. Pero, en realidad, el alcohol hace disminuir la actividad cerebral. Como consecuencia, disminuye y hace más lentos los reflejos, adormece la actividad de las neuronas del cerebro, especialmente las de los lóbulos frontales, regiones que rigen el comportamiento típicamente humano: la reflexión, las normas de conducta y de relación social. Al mismo tiempo, el consumo de alcohol activa la zona implicada en las respuestas emocionales. Es lo que se conoce como la desinhibición que produce el consumo de alcohol, cuyo efecto es dar más juego a las emociones, que pasan a tener una mayor influencia sobre el comportamiento de los individuos. Así se explica que bajo los efectos del alcohol la gente se muestre más locuaz, más confiada en sus habilidades, menos preocupada de la imagen que pueda dar ante los demás, pero también más celosa, más alegre o más triste, más predispuesta a las %broncas+y pendenciera.

Una de las principales dianas farmacológicas del alcohol en el cerebro es el denominado **sistema de recompensa cerebral**, situado en capas internas del cerebro. Este sistema tiene como función principal generar motivación para realizar conductas necesarias para la supervivencia (como la alimentación o la defensa del organismo a través de la lucha o huida) y la reproducción (motivación para la conducta sexual).

El abuso de alcohol **secuestra** la función de este sistema de recompensa, a través de activar intensamente sus núcleos principales y crea artificialmente una sensación **como si** se estuviera en mejor situación ante la supervivencia (**me siento bien, como si todo estuviera bien, sin problemas**). Durante el desarrollo de una adicción al alcohol, el consumo de la sustancia tiene la capacidad de sustituir a otras conductas más adaptadas que también generan un grado importante de motivación, como la búsqueda de pareja, el cuidado de la familia o la búsqueda de trabajo. En este estado, la persona que abusa del alcohol se desinteresa de su entorno, de sus seres queridos y de sus responsabilidades principales, ya que sus centros de motivación cerebral están muy estimulados con una sustancia.

### **La dependencia alcohólica**

Cuando se desarrolla una adicción al alcohol, suelen presentarse una serie de síntomas que vamos a repasar a continuación. En estos casos, el consumo de alcohol conlleva un deterioro o malestar significativo y aparecen al menos a tres de los siguientes síntomas:

1. Se desarrolla **tolerancia**, definida por (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o, (b) el efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Se desarrolla **abstinencia al alcohol**, definida por la aparición de taquicardia, hipertensión, sudoración o temblor. También puede suceder que se vuelva a beber alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. El alcohol se bebe en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de alcohol.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con el consumo de alcohol (p.ej., salir de bares) o en la recuperación de sus efectos (pasar **la resaca**).
6. Se reducen o abandonan las actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol.

7. Se continúa bebiendo a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos que parecen causados o exacerbados por el consumo de alcohol (p.ej., consumo de alcohol a pesar de saber que provoca depresión rebote).

### **Mitos sobre las bebidas alcohólicas**

La extensión histórica y cultural del consumo de alcohol y los intereses industriales y económicos que se asocian a su uso han favorecido el surgimiento de algunas ideas erróneas o mitos sobre el consumo de alcohol que vamos a analizar a continuación.

Mito: Beber alcohol sólo los fines de semana no produce daños en el organismo.

Realidad: El daño que provoca el alcohol depende del llamado **patrón de consumo**, es decir, de la cantidad (a mayor cantidad, mayor daño) y de la intensidad (la misma cantidad concentrada en menos tiempo es más dañina). También existe el riesgo de convertirse en un hábito, hasta el punto de no divertirse sin beber.

Mito: El consumo de alcohol ayuda a salir de las horas bajas, a superar el cansancio y a estar más animado y en forma.

Realidad: El consumo abusivo de alcohol hace perder el control sobre las emociones y sentimientos. Tras una breve sensación de bienestar, si se está triste o deprimido, esta situación se agudiza. Asimismo, se produce una mayor fatiga física y más sueño; también se pierde fuerza y coordinación.

Mito: El consumo de alcohol hace entrar en calor y combate el frío.

Realidad: El alcohol produce una sensación momentánea de calor al dilatar los vasos sanguíneos y dirigir la sangre hacia la superficie de la piel, pero en poco tiempo la temperatura interior del cuerpo disminuye y se siente más frío. Por eso, en situaciones de embriaguez hay que abrigar y proporcionar calor a la persona y nunca intentar espabilarla con duchas frías.

Mito: El alcohol es un alimento.

Realidad: El alcohol engorda pero no alimenta. Al contrario, aumenta la producción de grasa en el organismo.

Mito: El alcohol es bueno para el corazón.

Realidad: Diversos estudios han puesto de manifiesto que en adultos, el consumo moderado de alcohol disminuye el riesgo de padecer enfermedades de corazón, pero estos efectos beneficiosos no aparecen en todas las personas ni en todos los casos.

Mito: El alcohol facilita las relaciones sexuales.

Realidad: Al contrario, el consumo abusivo muchas veces dificulta o incluso impide unas relaciones sexuales plenas, provocando impotencia y otras disfunciones asociadas.

Mito: El que más aguanta el alcohol es porque es más fuerte.

Realidad: No existe relación alguna entre fortaleza o virilidad y aguantar un mayor consumo de alcohol. Si se aguanta mucho puede ser que el organismo se haya acostumbrado. Ha desarrollado tolerancia al alcohol y eso no significa que haga menos daño, sino que hay más riesgo de convertirse en dependiente y, por tanto, en alcohólico.

### **Psicoterapia del alcoholismo.**

En la actualidad, el alcoholismo se entiende y se trata desde un enfoque bio-psico-social. Por tanto, es necesario abordar todos los aspectos implicados en esta enfermedad. Desde un punto de vista farmacológico, la investigación ha aportado nuevos fármacos dirigidos a reducir el deseo de beber. Desde el punto de vista psicosocial, las intervenciones van dirigidas a incrementar y mantener la motivación del paciente a lo largo del tratamiento. Existe una gran diversidad de intervenciones psicosociales para este fin en función de diferentes orientaciones teóricas. A continuación repasaremos brevemente dos tipos de psicoterapia de amplio uso en el abordaje del alcoholismo: la prevención de recaídas y las intervenciones motivacionales.

El tratamiento de cualquier adicción se ha topado muchas veces con la dificultad de un paciente poco motivado o carente de voluntad de cambio. El afrontamiento de estos problemas constituye un objetivo fundamental de cualquier intervención terapéutica. En este sentido, el modelo de Entrevista Motivacional desarrollado por Miller y Rollnick en 1991 proporciona una herramienta de trabajo centrada en explorar y resolver las ambivalencias del

paciente, en la que la terapia se concibe como una colaboración entre afectados y profesionales.

El objetivo de este enfoque es provocar un cambio de comportamiento para lo cual trata de superar su mayor escollo: la ambivalencia emocional. Podríamos definir la ambivalencia como la presencia de emociones contrapuestas con respecto al abandono del consumo de alcohol: *«quiero dejar de tener problemas por el alcohol, pero sin dejar de consumir alcohol»*. Asimismo se han identificado una serie de procesos que ayudan a comprender cómo cada paciente mejora en su ambivalencia emocional y que intervenciones pueden ser útiles para ello: intervenciones hacia el aumento de conciencia del problema, el control de estímulos, la facilitación de relaciones de ayuda, etc., representan algunos ejemplos de intervenciones terapéuticas que facilitan el cambio y la superación de la ambivalencia emocional.

Por su parte la Prevención de Recaídas utiliza un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual diseñado para enseñar a los pacientes nuevas respuestas de afrontamiento, con el fin de modificar creencias y expectativas desadaptativas relacionadas con el consumo de sustancias y de cambiar hábitos personales y estilos de vida. Algunos aspectos clave de este enfoque giran alrededor de la diferenciación entre caída y recaída, la detección de las denominadas situaciones de alto riesgo, el *«efecto de la violación de la abstinencia»*, la *«expectativa de autoeficacia»*, las *«decisiones aparentemente irrelevantes»* y las *«estrategias de afrontamiento»*. Este programa facilita que el paciente conozca cuáles son los factores relacionados con sus dificultades para lograr un estado de abstinencia y le ayuda a afrontar los problemas que se encontrará en una vida sin alcohol. En esta labor, un aspecto fundamental lo constituye la forma en que el sujeto detecta y afronta las situaciones de alto riesgo.

En resumen, aporta una explicación del alcoholismo muy comprensible, y herramientas de intervención concretas y sencillas (habilidades sociales, relajación, control de la ira). Hoy en día es indiscutible que aporta claridad a un fenómeno tan complejo como el de la adicción al alcohol y a otras sustancias.