

# alcohólico – alcoholic

Authored by  
**memjavad**

October 22, 2025

## RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *alcohólico – alcoholic*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=1235>

## Alcohólico / Alcoholismo (Trastorno por Uso de Alcohol)

**Primary Disciplinary Field(s):** Medicina, Psicología Clínica, Salud Pública, Sociología

### 1. Definición Central

El término **alcohólico** se refiere a la persona que sufre de **alcoholismo**, una enfermedad crónica, recurrente y progresiva caracterizada por la pérdida de control sobre el consumo de bebidas alcohólicas, a pesar de las graves consecuencias adversas que esto genera en su salud, vida social y responsabilidades laborales o familiares. Desde una perspectiva clínica moderna, el alcoholismo se clasifica como un **Trastorno por Uso de Alcohol (TUA)**, según los manuales diagnósticos internacionales como el [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales \(DSM-5\)](#). Esta conceptualización subraya que la afección no es una debilidad moral, sino un trastorno cerebral complejo que implica cambios neuroadaptativos inducidos por el consumo sostenido de alcohol. El TUA abarca un espectro de gravedad que va de leve a grave, dependiendo del número de criterios diagnósticos que cumpla el individuo.

La definición de **alcoholismo** como trastorno médico se centra en la presencia de una dependencia física y psicológica significativa. La **dependencia física** se manifiesta a través de la tolerancia (la necesidad de cantidades crecientes de alcohol para lograr el efecto deseado) y la abstinencia (la aparición de síntomas físicos y psicológicos desagradables cuando se reduce o interrumpe el consumo). Por otro lado, la **dependencia psicológica** implica un fuerte deseo o compulsión (craving) por consumir alcohol, convirtiéndose en una prioridad central en la vida del individuo, desplazando otras actividades importantes. Es fundamental entender que el diagnóstico de TUA requiere un patrón problemático de consumo que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo.

Es importante destacar que, aunque el término "alcohólico" sigue siendo común en el lenguaje popular y en grupos de apoyo como [Alcohólicos Anónimos](#), en el ámbito clínico y de salud pública se prefiere utilizar la denominación **persona con Trastorno por Uso de Alcohol**. Este cambio terminológico refleja un esfuerzo por reducir el estigma asociado a la enfermedad y enfatizar que se trata de una condición médica tratable, alineada con el enfoque de salud mental que prevalece en la actualidad. La gravedad del trastorno se determina por la disfunción y el impacto negativo que la sustancia tiene en la funcionalidad diaria del paciente.

### 2. Etimología y Evolución Histórica del Concepto

Históricamente, el consumo excesivo de alcohol fue visto predominantemente a través de un prisma moral o religioso, considerándose un vicio, una falta de voluntad o un pecado, lo cual generó una profunda estigmatización que perduró hasta el siglo XX. Los primeros intentos de

medicalizar la condición se remontan al siglo XIX. En 1849, el médico sueco **Magnus Huss** acuñó formalmente el término **alcoholismo** (*alcoholismus chronicus*) en su obra, describiéndolo como una enfermedad sistémica y progresiva que afectaba múltiples órganos. Esta fue una contribución seminal, ya que trasladó la comprensión de la embriaguez crónica del ámbito de la moralidad al de la patología médica, sentando las bases para el estudio científico de sus efectos.

A principios del siglo XX, el movimiento de la Temperancia en Estados Unidos y Europa impulsó la prohibición, aunque su enfoque seguía siendo fuertemente moralista. No fue sino hasta mediados del siglo XX, con la fundación de Alcohólicos Anónimos (AA) en 1935 y el creciente interés de la psiquiatría, que el modelo de enfermedad comenzó a ganar aceptación generalizada. El modelo de AA, aunque de base espiritual, promovió la idea de que el alcoholismo es una enfermedad incurable pero manejable, que requiere una abstinencia total y apoyo mutuo. Este enfoque fue crucial para desestigmatizar la condición y ofrecer una vía de recuperación.

La evolución conceptual continuó con la inclusión formal del alcoholismo en los manuales diagnósticos. En las versiones anteriores del DSM (como el DSM-III y el DSM-IV), se distinguía entre **abuso de alcohol** y **dependencia de alcohol**. La dependencia implicaba los síntomas de tolerancia y abstinencia, mientras que el abuso se refería al uso recurrente que causaba problemas legales o sociales. Sin embargo, el DSM-5, publicado en 2013, fusionó estas categorías en una sola dimensión llamada **Trastorno por Uso de Alcohol (TUA)**. Esta unificación reconoce que el consumo problemático existe en un continuo y que los síntomas de abuso y dependencia a menudo coexisten, proporcionando una herramienta diagnóstica más flexible y clínicamente relevante.

### 3. Etiología Multifactorial

El desarrollo del TUA es el resultado de una compleja interacción de factores **genéticos**, **psicológicos** y **ambientales**. Desde la perspectiva biológica, la heredabilidad juega un papel significativo; se estima que los factores genéticos explican aproximadamente el 50% de la vulnerabilidad al trastorno. Estudios han identificado múltiples genes que influyen en cómo el cuerpo metaboliza el alcohol (como las enzimas alcohol deshidrogenasa y aldehído deshidrogenasa) y en la forma en que los circuitos de recompensa del cerebro responden a la sustancia. Los individuos con antecedentes familiares de alcoholismo tienen una probabilidad sustancialmente mayor de desarrollar la afección, lo que sugiere una predisposición biológica a la dependencia.

Los factores psicológicos incluyen la presencia de comorbilidades psiquiátricas y ciertos rasgos de personalidad. Es común que el TUA coexista con otros trastornos mentales, como la depresión mayor, la ansiedad, el trastorno bipolar o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En muchos casos, el alcohol se utiliza como una forma de automedicación para aliviar

síntomas de angustia o malestar emocional, creando un ciclo vicioso de dependencia. Rasgos como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y una baja tolerancia al estrés también se han correlacionado con un mayor riesgo de desarrollar patrones de consumo problemático.

Finalmente, los factores ambientales y socioculturales desempeñan un papel crucial. La edad de inicio del consumo, la disponibilidad y el precio del alcohol, las normas culturales sobre la bebida y la exposición a traumas o estrés crónico (como la negligencia o el abuso infantil) son determinantes poderosos. Un entorno familiar donde el consumo excesivo es normalizado o donde existe una disfunción significativa puede aumentar drásticamente la vulnerabilidad. La presión social y la pertenencia a grupos donde el consumo es elevado también contribuyen a la progresión hacia un TUA, demostrando que la enfermedad es un fenómeno biopsicosocial que no puede explicarse por una única causa.

#### 4. Criterios Diagnósticos (DSM-5)

Según el [DSM-5](#), el diagnóstico de Trastorno por Uso de Alcohol requiere que el individuo presente al menos dos de once criterios específicos en un período de 12 meses. Estos criterios se agrupan en cuatro categorías principales: control deteriorado, deterioro social, uso de riesgo y criterios farmacológicos (tolerancia y abstinencia). La presencia de 2 a 3 criterios indica un TUA leve, 4 a 5 indican moderado, y 6 o más indican un TUA grave, lo que permite a los clínicos evaluar la severidad y planificar la intervención adecuada.

Los criterios de **control deteriorado** se refieren a la incapacidad de limitar el consumo, a pesar del deseo de hacerlo. Esto incluye consumir alcohol en cantidades o por un período de tiempo mayores de lo previsto; el deseo persistente o intentos fallidos de reducir o controlar el uso; y dedicar una gran cantidad de tiempo a actividades necesarias para obtener alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos. Esta pérdida de control es el sello distintivo del trastorno y refleja la alteración en los circuitos de la toma de decisiones y recompensa del cerebro.

Los criterios de **deterioro social** y **uso de riesgo** abordan las consecuencias negativas que el consumo tiene en la vida del individuo. El deterioro social se manifiesta cuando el uso recurrente resulta en el incumplimiento de obligaciones importantes (laborales, escolares o domésticas) o cuando se continúa consumiendo a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del alcohol. El uso de riesgo implica consumir en situaciones físicamente peligrosas (como conducir o manejar maquinaria) o continuar el uso a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el alcohol. Estos criterios subrayan el impacto funcional y la falta de conciencia de riesgo que caracteriza el TUA.

## 5. Consecuencias Físicas y Comorbilidad

El **consumo crónico y excesivo de alcohol** tiene efectos devastadores en casi todos los sistemas orgánicos del cuerpo. Uno de los órganos más afectados es el hígado, donde el daño puede progresar desde la esteatosis hepática (hígado graso) hasta la hepatitis alcohólica y, finalmente, la **cirrosis hepática**, una condición irreversible que es una de las principales causas de muerte relacionadas con el alcoholismo. Además, el alcohol es un carcinógeno conocido, aumentando significativamente el riesgo de cánceres de boca, esófago, garganta, hígado y mama.

El sistema nervioso central y periférico también sufre daños considerables. La deficiencia de tiamina, común en alcohólicos, puede llevar al **Síndrome de Wernicke-Korsakoff**, un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por confusión, ataxia y amnesia severa. A largo plazo, el alcohol puede causar atrofia cerebral y deterioro cognitivo generalizado, afectando la memoria, la capacidad de planificación y la función ejecutiva. En el sistema cardiovascular, el consumo crónico está asociado con la hipertensión, la miocardiopatía alcohólica y un mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares.

La comorbilidad psiquiátrica es la regla y no la excepción en el TUA. La alta prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en individuos con alcoholismo complica significativamente el diagnóstico y el tratamiento. A menudo, es difícil determinar si el trastorno del estado de ánimo es primario (preexistente al consumo) o secundario (inducido por los efectos neurotóxicos crónicos del alcohol). Además, el TUA aumenta drásticamente el riesgo de suicidio. La gestión efectiva del TUA requiere, por lo tanto, una evaluación psiquiátrica integral para abordar todas las condiciones coexistentes de manera simultánea.

## 6. Enfoques de Tratamiento y Recuperación

El tratamiento del Trastorno por Uso de Alcohol es típicamente multimodal e involucra la combinación de intervenciones farmacológicas, terapias psicosociales y apoyo de grupos mutuos. El primer paso crucial es a menudo la **desintoxicación**, que debe realizarse bajo supervisión médica para manejar de forma segura los síntomas de abstinencia, que pueden ser graves e incluir convulsiones o delirium tremens. Durante esta fase, se utilizan medicamentos como las benzodiacepinas para prevenir complicaciones potencialmente mortales.

Una vez estabilizado, el paciente ingresa a la fase de rehabilitación y mantenimiento de la abstinencia. Las terapias farmacológicas de mantenimiento incluyen medicamentos que reducen el deseo (craving) o que provocan una reacción aversiva al alcohol. El **Naltrexona** y el **Acamprosato** son dos de los medicamentos más comunes, ya que actúan sobre los sistemas opioides y glutamatérgicos para reducir el placer asociado al consumo y mitigar los síntomas de abstinencia prolongada. El **Disulfiram**, aunque menos utilizado debido a sus efectos secundarios, induce una reacción física desagradable (náuseas, vómitos) si se consume alcohol, actuando

como un disuasivo.

Las **intervenciones psicosociales** son el pilar del tratamiento a largo plazo. La **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)** ayuda a los pacientes a identificar y modificar los patrones de pensamiento y comportamiento que conducen al consumo. La **Entrevista Motivacional (EM)** es crucial para ayudar a los individuos a resolver su ambivalencia respecto al cambio. Además, los programas de 12 pasos, como Alcohólicos Anónimos, ofrecen un marco de apoyo social, camaradería y responsabilidad mutua, que ha demostrado ser altamente efectivo en la promoción de la abstinencia sostenida. La recuperación es un proceso continuo que requiere un compromiso a largo plazo y la participación activa en estas redes de apoyo.

## 7. Impacto Sociocultural y Estigmatización

El TUA no es solo una enfermedad individual; impone una carga social y económica monumental. Los costos indirectos incluyen la pérdida de productividad laboral, el ausentismo, los accidentes de tráfico y laborales, y el aumento de la criminalidad y la violencia doméstica. El alcoholismo es un factor subyacente en muchos casos de abuso infantil y disfunción familiar grave, creando ciclos intergeneracionales de trauma y dependencia. La salud pública enfrenta el desafío constante de gestionar las hospitalizaciones relacionadas con la intoxicación, las lesiones y las enfermedades crónicas asociadas al consumo.

A pesar de la reclasificación médica del alcoholismo, el **estigma social** sigue siendo una barrera significativa para la búsqueda de ayuda. La persistencia de la visión moralista, que percibe al alcohólico como una persona débil o carente de carácter, disuade a muchos de buscar tratamiento por miedo al juicio, la discriminación laboral o la exclusión social. Este estigma no solo afecta al individuo, sino también a sus familiares, quienes a menudo ocultan la enfermedad por vergüenza, lo que perpetúa el aislamiento y dificulta la intervención temprana.

La lucha contra el estigma es un componente esencial de la salud pública moderna. Las campañas de concientización buscan educar al público sobre la naturaleza cerebral y crónica del TUA, promoviendo la empatía y la comprensión. Al igual que con otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, el enfoque debe centrarse en el tratamiento, la gestión de recaídas y el apoyo a la recuperación, en lugar de la culpa. Superar el estigma es crucial para aumentar las tasas de detección, mejorar la adherencia al tratamiento y, en última instancia, reducir la carga de esta enfermedad en la sociedad.

## Further Reading (Lecturas Adicionales)

[Alcohol Use Disorder \(Trastorno por Uso de Alcohol\)](#)

[Organización Mundial de la Salud \(OMS\) - Alcohol](#)

[American Psychiatric Association - DSM-5](#)

[National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism \(NIAAA\)](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM