

Acerca del alcohol y su dependencia

Souza y Machorro Mario*

El alcohol es un problema no sólo para el abusador/adicto y su familia, también es una seria amenaza a la salud pública. En el mundo 2,000 millones de personas consumen bebidas alcohólicas; 76 millones de ellos tienen consumo excesivo o dependencia al alcohol.¹ La mirada etiopatogénica actual² considera la adicción:

1. ***Enfermedad biológica*** cerebral crónica caracterizada por recaídas frecuentes derivadas de la interacción del organismo/droga que genera pérdida de control sobre el consumo de la sustancia y debilitación de la función social y ocupacional. El deseo de consumo – muestra una conducta compulsiva en cada ocasión y a menudo un nuevo abuso–, incluye mecanismos neuroquímicos asociados (motivación de consumo, potencia farmacológica, dosis, frecuencia, vía de administración, costos e incluso los supuestos beneficios obtenidos). Su manejo requiere de fármacos neuroespecíficos que lo bloqueen, adecuación a los requerimientos de cada paciente y desarrollo de programas integrales que incluyan promoción de motivación terapéutica a lo largo de la rehabilitación.
2. ***Respuesta a falta de capacidad para tolerar los afectos*** cuya hipótesis de la automedicación afirma que la droga alivia el sufrimiento y que una particular preferencia –síntoma–, supone algún grado de especificidad psicofarmacológica,² –que los opiáceos atenúan los sentimientos de cólera o violencia; los depresores “alivian” los sentimientos de aislamiento, vacío y ansiedad, y que los estimulantes mejoran la hipotonía, alivian la depresión o contrarrestan la hiperactividad y el déficit de atención–.
3. ***Objeto Transicional***, considerado esencial la naturaleza Objetal de la conducta adictiva; concepto que contrasta con el término “neuroadaptación”, que contextualiza esta patología. Para Kernberg la dinámica Objetal de la adicción puede reemplazar a una imago parental en la depresión o a una madre “toda bondad” en una personalidad borderline y/o alimentar un sentimiento grandioso del Self en un narcisista.² Würmser describe el terror a la separación y considera la intensa vergüenza y rabia manifestada en la conducta adictiva, en parte como un intento de mantener una

conexión con los Objetos.² La adicción etílica se clasifica por el tipo de afectación y sus dimensiones (disturbios biológicos, sociológicos y psicológicos), lo que en los catálogos internacionales tiende apreciarse cada día más. Cloninger³ distingue dos tipos de alcoholismo:

- Predomina en mujeres, con mayor edad de inicio de consumo; no se asocia a conductas antisociales; las pacientes muestran aspectos psíquicos de la dependencia sobre los fisiológicos; experimentan sentimientos de culpa por su forma de beber.
- Con características compatibles con los varones; se distingue por la calidad y cuantía de los problemas vinculados a episodios irrestrictos de bebida; temprana edad de inicio de consumo y más asociado a actos delincuenciales.

Babor⁴ distingue el alcoholismo Subtipo A: de inicio de consumo tardío; pocos factores de riesgo en la infancia (TDAH, Disfunción Cerebral Mínima, T. de Conducta, etc.), grado de dependencia menos severa; pocos problemas derivados del consumo etílico y menor grado de disfunción psicopatológica. Subtipo B: pacientes con inicio temprano de problemas vinculados al consumo; elevado nivel de factores infantiles de riesgo; historia de alcoholismo familiar; inicio temprano de la adicción etílica; grado severo de adicción y uso múltiple de psicotrópicos; historia crónica de tratamiento; mayor carga de estrés a lo largo de la vida; pobre evolución en respuesta al manejo. La adicción etílica tiene una dispersión tal, que se sabe que al menos 30% de los pacientes atendidos en salas de urgencias por problemas agudos vinculados a la automedicación y abuso de psicotrópicos, incluyen alcohol. Los expertos opinan que su consumo excesivo es uno de los principales factores que inciden en la carga de enfermedad en América y en todo el mundo. De hecho, la adicción que más interés y artículos produjo en España (1970-2000) fue el alcohol 51%; venoadicción por morfina, heroína y narcóticos 22%; cocaína y tabaco 7%; cannabinoides 5%, BDZ 3% y alucinógenos 2%.

Según la OPS, el alcohol ocupa el primer lugar de riesgo para la salud en los países de América, excepto en Canadá y E.U., donde ocupa el segundo lugar. La Encuesta

* Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. Coordinador de la Maestría en psicoterapia de las Adicciones. CIES/SEP.

Epidemiológica Nacional sobre Alcoholismo y Enfermedades Relacionadas de E.U. (1992-2002) en personas de 18 años y más,⁵ mostró incremento de la prevalencia de abuso de alcohol de 3.03 a 4.65%, mientras la tasa de adicción disminuyó de 4.38 a 3.81%. Casi 100 millones de personas beben alcohol regularmente en E.U. La intoxicación aguda es frecuente entre bebedores sociales y alcohólicos y produce 36,000 accidentes de tránsito mortales/año, la mitad vinculados al alcohol, con más alto riesgo en conductores más jóvenes. La embriaguez se relaciona con accidentes mortales (incendios, caídas y muertes por inmersión) y está implicada en homicidios y suicidios, violencia doméstica y abandono de casa. La ingestión crónica es la undécima causa de muerte en ese país, asociada a pancreatitis, cardiomiopatía, neuropatía periférica, demencia y otras alteraciones del SNC, cáncer y Síndrome Alcohólico/fetal; su saldo conjunto produce 100,000 muertes/año.⁵ En Francia se calcula que existen 5 millones de bebedores excesivos y 2 millones de adictos. El alcoholismo en este país es el responsable de 37,000 muertes anuales, de las cuales 3,500 se producen por una intoxicación aguda.⁶

En México la ENA (2002)⁷ señala 32,315,760 personas entre 12-65 años que consumen alcohol y 12,938,679 que lo consumieron en el pasado, aun cuando no bebieron en 12 meses previos a la encuesta. Se estima un volumen total *per capita* de 2,79l en población 12-65 años. Los adolescentes de 12-17 años, 3,522,427 consumieron al menos una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio. Población urbana tiene índice de 1,726,518 varones y 1,252,712 mujeres. Población rural tiene índice menor de consumo: en hombres 357,775 y mujeres 185,422, cuya proporción consumo de 1.4 varones por una mujer (pob. urbana) y de una mujer por cada 1.8 hombres (pob. rural). Consumo por ocasión de 1-2 copas en mujeres urbanas y en hombres rurales. En segundo lugar aparece el consumo de 3-4 copas para todos los sujetos y sólo en los varones urbanos se presenta con la misma frecuencia el consumo de 5-7 copas.

Las consecuencias del abuso más frecuentes en adolescentes son problemas con la policía y las peleas mientras se bebe, lo cual es más frecuente en varones, ya urbanos o rurales. Dato de suma importancia es que el total de adolescentes que cumplen con el criterio de dependencia (281,907 personas), alcanza mayor índice de casos en hombres rurales.⁸ La discapacidad derivada de T. mental calculada por el Banco Mundial (1993) e indicada en porcentajes de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad,⁹ señala por Lesiones auto infligidas 15.9%; T. depresivos 17.3%; Demencia de Alzheimer 12.7; Dependencia del alcohol 12.1%; Psicosis 6.8% y Adicciones 4.8%. Ambas, alcohol y adicciones, alcanzan 16.9% del total y representan junto con los trastornos del

ánimo, las prioridades más elevadas de salud mental en los próximos años.

Por fortuna, el avance psicofarmacológico ha consolidado nuevos paradigmas terapéuticos y su abanico de posibilidades incluye: descubrimiento de fármacos que bloquean el anhelo imperioso de consumo; reducción/eliminación de la nueva ingestión; inducción de aversión; estrategia terapéutica formal contra el síndrome de abstinencia; disminución del consumo del psicotrópico a través del manejo de la comorbilidad psiquiátrica y adictiva; inducción rápida de la sobriedad del paciente intoxicado y aparición de fármacos de acción específica sobre sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos y glutamatérgicos, así como el bloqueo de los receptores opioides.¹⁰ Todo ello a la par de la prevención de la recaída y la clarificación necesaria de la aceptación de la adicción con su consecuente conducta a favor de la salud. La detección temprana factible a través de entrevistas especializadas y evaluaciones biopsicológicas, analiza el patrón de consumo con instrumentos codificados de autodiagnóstico (CAGE, AUDIT, MAST), que refuerzan en el individuo el conocimiento acerca de su condición. En años recientes la literatura científica asume al alcoholismo como elemento descriptivo más que diagnóstico, reforzando la posibilidad de que los síndromes de intoxicación o abstinencia severos se traten en ambiente hospitalario bajo objetivos de evaluación y el mantenimiento de los signos vitales; detención de la absorción de sustancias y favorecimiento de su eliminación. La farmacoterapia trata de evitar complicaciones y comorbilidad; facilita el curso clínico a la salud; acorta el tiempo de recuperación; tras el manejo agudo de abuso/adicción mantiene la abstinencia, modifica el estado de ánimo, apoya plan de prevención de recaídas (cinco años) y apoya las medidas psicosociales rehabilitatorias. Y es aún mejor cuando se combina con métodos psicoterapéuticos grupales, individuales o familiares y la participación de los Grupos de Ayuda Mutua. Estos últimos dan contención emocional al abusador/adicto y favorecen su reinserción social, especialmente cuando se abusa de varios psicotrópicos a la vez, que en el panorama adictivo nacional es una regla.⁹ Cabe destacar por último, que el éxito contra esta severa problemática requiere de vigorizar los pilares del avance científico –formación de recursos humanos e investigación–, que enfocados a la dimensión patológica humana, se torna meta muy deseable desarrollar las anheladas “nuevas estrategias para viejos problemas”.

REFERENCIAS

1. UNODC, *World Drug Report 2007*. Viena; 2007.
2. Johnson B. Three points of view about addiction. *J Am Psychoanalytic Assoc* 1999; 47(3): 791-815.

3. Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987; 236: 410-6.
4. Babor TF, Cooney NL, Lauerman RJ. The dependence syndrome concept as a psychological theory of relapse behaviour: an empirical evaluation of alcoholic and opiate addicts. *Br J Addict* 1987; 82: 393-405.
5. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. "The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: U.S., 1991-1992 and 2001-2002". *Drug and Alcohol Dependence* 2004; 74: 223-34.
6. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONUDD. *World Drug Report, 2004*. Ginebra; 2004.
7. Secretaría de Salud, SSA. *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México: Consejo Nacional contra las Adicciones. Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2003.
8. American Psychiatric Association, APA. *Diagnostical and Statiscal Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. 4a Ed.* Washington; 2000.
9. Souza y MM. *Adicciones: Clínica y Terapéutica*. México: Editorial Alfil; 2007.
10. Souza y MM, Díaz Barriga SL, Guisa CVM. *Adicciones: neuroquímica y terapéutica*. *Rev Mex Neuroci* 2004; 5(6): 619-34.



Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos
Centros de Integración Juvenil, A.C.
Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx