

Traducir la evidencia en salud: ¿Qué hacemos con el alcohol?

María Elena Medina-Mora Icaza¹

Editorial

Los cinco primeros artículos de este número de SALUD MENTAL abordan el importante tema del abuso de alcohol; en ellos, los lectores haremos un recorrido por la neurodegeneración producto de la exposición crónica al alcohol, el *craving* o deseo intenso de consumir y la forma de enfrentarlo, la búsqueda de ayuda, de quienes enferman, llena de obstáculos y la búsqueda de oportunidades para ayudar a los grupos de Alcohólicos Anónimos. Todos estos temas hablan de las vicisitudes que atraviesan para rehabilitarse las personas que han desarrollado dependencia y también los caminos para la recuperación de un trastorno que es responsable de una proporción importante de la carga global de enfermedad.

Los estudios epidemiológicos muestran que el consumo de alcohol va en aumento y que disminuye la edad de inicio (la mitad de los bebedores habrán de iniciar el consumo antes de la edad legal para beber y hay pocos casos que inician después de los 25 años), que la diferencia entre hombres y mujeres ha disminuido, que en ambos grupos el consumo excesivo, es decir la ingesta de grandes volúmenes de alcohol por ocasión de consumo, es muy frecuente (17.3% de los hombres adolescentes y 11.7% de las mujeres de entre 12 y 17 años y 53.6% y 20.8% respectivamente, entre quienes tienen entre 18 y 65 años),* que esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas sociales como accidentes y violencia, incluida la autoinfligida, y de problemas de salud.

Los estudios internacionales ubican a México como uno de los países con más riesgo en la región de las Américas. Los estudios de carga global de enfermedad** muestran que mientras que en el mundo, en los hombres, el alcohol ocupa el tercer lugar como factor de riesgo para enfermar, en México ocupa el primero, en las mujeres, en el mundo, el alcohol ocupa el lugar 12 y en México el sexto. Es clara la necesidad

de fortalecer la investigación en este campo y su traducción en mejores soluciones.

Los estudios en modelos animales, como el que nos ofrecen Karla Hernández-Fonseca, Milagros Méndez et al., permiten controlar los múltiples factores de confusión que tenemos cuando queremos comparar a personas que han estado expuestas a dosis importantes de alcohol por períodos prolongados, con quienes no han presentado esta condición. Sabemos que el alcohol daña las neuronas, que este daño lleva a pérdidas en la estructura o en la función del cerebro, es decir a la neurodegeneración que se refuerza por el efecto inhibitorio de la neurogénesis o del proceso de formación de nuevas neuronas.

A pesar de este complejo panorama, también conocemos a personas que después de haber enfermado, de haber enfrentado pérdidas importantes en todas las esferas de su vida y de haber causado daño y dolor a otros, logran lo que AA llama la sobriedad. Pueden dejar de beber, desarrollan habilidades para enfrentar el deseo intenso de beber que se asocia con la enfermedad, vuelven a sus vidas productivas y reconstruyen sus redes sociales. La pregunta es por tanto, ¿podemos documentar también una regeneración?

Existe evidencia de que la abstinencia al alcohol después del desarrollo de la dependencia se asocia con proliferación de células madre y con la formación de nuevas neuronas.*** Estas vías equiparan observaciones derivadas de la epidemiología, de lo que se puede probar en el laboratorio, de lo que se observa en la investigación, en la práctica clínica y en la comunidad. El estudio de la neorregeneración nos llevará sin duda a mejorar nuestros modelos de tratamiento.

Uno de los disparadores más importantes para que una persona que ha desarrollado dependencia, que ha tomado la decisión vital de dejar de beber y que ha logrado mantenerse en abstinencia, vuelva a tomar, es el deseo intenso de beber también conocido como *craving*, el vocablo inglés. Puede visualizarse como una orden interna de beber, que no se puede evitar y se debe seguir, a pesar de que sabe que se

* ENA 2011. Encuesta Nacional de Adicciones 2011, CONADIC, INSP, INPRFM. www.uade.inpsiquiatria.edu.mx

** Murray C, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, Ezzati M, et.al. (2012) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 380(9859):2197 – 223.

*** Crews F.T., Alcohol-Related Neurodegeneration and Recovery, NIH publications <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh314/377-388.htm>.

¹ Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

hará daño, que le hará daño a otros, que se va a arrepentir y que le costará trabajo recuperar el avance logrado hacia su recuperación. Por eso se dice que estamos frente a una enfermedad de la voluntad. La importancia del deseo intenso o *craving* ha sido recientemente reconocida al introducirlo como criterio diagnóstico de los trastornos por abuso de alcohol, en la quinta versión del Manual de Trastornos Mentales, DSM-5, de la Asociación Psiquiátrica Americana, APA.

Los estudios con neuroimágenes nos muestran que el ver fotos de bebidas alcohólicas activa la corteza prefrontal y el tálamo anterior en personas con dependencia al alcohol, pero no en personas que beben moderadamente. Estas regiones están asociadas con la atención y con la regulación de la emoción, por lo que han sido modelos importantes de estudio del *craving*. Estudios más recientes han mostrado que las personas con dependencia, en recuperación, que muestran hiperactividad en áreas de la corteza prefrontal en un escenario de relajación, tienen más probabilidad de volver a beber que las personas con el mismo trastorno pero sin actividad o que los controles sanos.* Esta evidencia muestra el papel del cerebro prefrontal en la habilidad para suprimir el deseo intenso de beber, de tomar decisiones y resistir la tentación de beber y, por tanto, recaer.

Este deseo difícil de controlar puede despertarse por un recuerdo, algo fijado en la memoria, que asocia el placer inicial o el alivio al malestar físico o emocional experimentado al beber, de ahí que sea importante evitar estos disparadores y desarrollar estrategias para lidiar con ellos. Los disparadores externos como personas, lugares, cosas, son más predecibles y por tanto más fáciles de evitar que los disparadores internos como pérdidas, logros propicios para organizar una celebración, la frustración y el estrés. El trabajo que nos ofrecen Reyna Gutiérrez et al. nos brinda la oportunidad de

* NIH National Institute of Health Brain patterns may help predict relapse risk for alcoholism. <http://www.nih.gov/news/health/may2013/niaaa-01.htm>

aprender de los estilos de enfrentamiento de este deseo intenso, que usan personas en recuperación.

El reclamo: "¡Ya no sé ni qué hacer!", con el que Mónica Carrasco et al. introducen su estudio sobre las barreras para la búsqueda de atención, ilustra la desesperación de muchas personas con deseos de ayuda para controlar el consumo, de encontrarla. Este reclamo tiene su origen en la importante brecha de atención. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones de 2011, en México, sólo 6.8% de los que tienen dependencia al alcohol han recibido un tratamiento formal, la mayor proporción de quienes han buscado atención ha recibido apoyo de los grupos de ayuda mutua (43.7%). Analizar las barreras y solucionarlas es sin duda un camino prometedor; también estrechar los lazos con los grupos de Alcohólicos Anónimos que siguen las tradiciones. El estudio de Alejandro Sánchez, Sara García Silberman et al., "Análisis de la aproximación de Alcohólicos Anónimos a los pacientes hospitalizados", nos ilustra sobre las vicisitudes que enfrentan para encontrar estas alianzas.

Esta evidencia sustenta la necesidad de avanzar en el cierre de la brecha de atención ampliando la oferta de tratamiento, con modelos con eficacia probada y enriquecida por la adquisición de nuevos conocimientos, dirigidos a las personas que comienzan a experimentar problemas con su consumo de alcohol, a las que presentan trastornos por su abuso, a la atención de la comorbilidad psiquiátrica con la que cursa con frecuencia. La atención de las más de 64 complicaciones asociadas con esta enfermedad es importante, pero lo es más la incorporación de medidas de identificación de personas en riesgo o con problemas y de intervenciones breves y oportunas, las hay sencillas, efectivas y de bajo costo, diseñadas para enfrentar barreras de falta de tiempo del personal de salud, de la resistencia o negación de los pacientes y del retraso entre la aparición de la enfermedad y la intervención evitando el escalamiento a situaciones más complejas y costosas de tratar.