

Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA)



PROGRESS
IN MIND

ALCOHOL
Una amistad peligrosa

ÍNDICE

Sobre este dossier	3
1.Sobre el Trastorno por Consumo de Alcohol	4
¿Qué es?	4
¿Qué es beber demasiado?	5
Datos de consumo en España	6
2.TCA y otras enfermedades asociadas	7
a. Enfermedades orgánicas	7
a.1. Cáncer	8
a.2. Enfermedades hepáticas	8
a.3. Enfermedades cardiovasculares	9
a.4. Diabetes Mellitus tipo 2	9
b. Enfermedad mental	10
3.Detección y diagnóstico	11
4.Tratamiento: la reducción como un nuevo concepto de tratamiento	12
5.Combatir el estigma	13

SOBRE ESTE DOSIER

A pesar de las numerosas campañas de sensibilización que se han llevado a cabo sobre el Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA), todavía existe un cierto grado de **desconocimiento y estigmatización** en torno a las personas que lo padecen. Del mismo modo, también se desconoce el hecho de que el TCA se relaciona con más de 60 tipos distintos de enfermedades y lesiones y que es responsable de causar serios problemas y daños sociales, mentales y emocionales.

Es por ello que, Lundbeck, compañía especializada y fuertemente implicada con las enfermedades mentales y también con el tratamiento del TCA, promueve varios proyectos comprometidos con esta enfermedad, como la elaboración de este dossier. Este documento es la base de la nueva campaña de concienciación: **“Alcohol, una amistad peligrosa”**. El objetivo de esta iniciativa no se limita únicamente a hacer comprender a la sociedad que el consumo excesivo de alcohol representa un compañero de viaje peligroso, debido a los numerosos riesgos asociados; sino que además, es necesario eliminar el estigma social que sufren las personas que padecen TCA.

Con la clara intención de consolidar la concienciación en torno a esta patología, Lundbeck colabora con la sociedad científica **Socidrogalcohol** y con la **Confederación de Alcohólicos, Adictos en Rehabilitación y Familiares de España (CAARFE)**.

1. SOBRE EL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

¿Qué es?

El Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) es una enfermedad del Sistema Nervioso Central derivada de un **consumo excesivo y prolongado de alcohol**. Se caracteriza porque el individuo que lo sufre tiene problemas para controlar su ingesta de alcohol. Es una patología con un curso crónico, recidivante y progresivo que está asociada con un aumento significativo de la mortalidad y con un aumento también significativo de la morbilidad¹. Causa deterioro fisiológico, psicológico y social a quienes lo padecen y afecta también a las personas de su entorno.

El consumo excesivo y prolongado de alcohol cambia la estructura y la manera de funcionar del cerebro. En concreto, afecta a la parte del sistema motivacional que regula las emociones, la memoria y la sensación de recompensa. Esto sucede porque **el alcohol aumenta la secreción de dopamina**, una molécula con un papel fundamental en el refuerzo de la conducta².

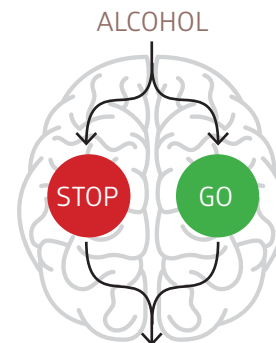
El cerebro de una **persona sin TCA** tiene un sistema motivacional con una relación equilibrada entre las señales de “detenerse” y “seguir”. Eso significa que las señales de “detenerse” vencen a las de “seguir” y bloquean el deseo de continuar bebiendo cuando uno ya tiene bastante².

En cambio, en un **paciente con TCA** las señales de “seguir” generadas por el sistema dopaminérgico son tan dominantes que no se pueden controlar con las señales de “detenerse”. Puede decirse que el sistema motivacional de un cerebro con TCA ha sido **secuestrado por el alcohol**².

El TCA afecta a personas de **todas las edades y grupos socioeconómicos**. Se sabe que los genes y el entorno contribuyen de forma similar al riesgo de padecer TCA. Sin embargo, se sigue desconociendo por qué algunas personas son más vulnerables que otras.

CEREBRO NO DEPENDIENTE

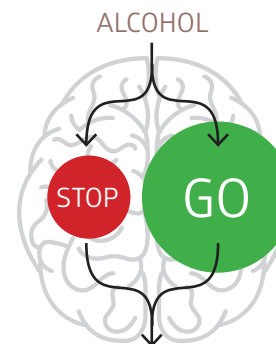
Sistema motivacional equilibrado



RESPUESTA:
DETENERSE/SEGUIR

CEREBRO DEPENDIENTE

Sistema motivacional hiperreactivo



RESPUESTA:
DETENERSE/SEGUIR

FUENTE: *¿Cuándo es demasiado? Información sobre el consumo y la dependencia del alcohol, y sobre qué hacer al respecto.* Lundbeck y Ferrer.

¿Qué es beber demasiado?

El riesgo de TCA comienza con **niveles bajos** de consumo y se incrementa con la ingesta¹. Cuanto más se bebe mayor es la tolerancia del cuerpo hacia el alcohol, es decir, mayor es la cantidad de alcohol que el organismo puede asumir. La tolerancia debe contemplarse como una señal de advertencia de que el alcohol ha empezado a afectar al organismo².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los niveles de riesgo relacionados con el alcohol midiéndolos en unidades de bebida estándar. **Una unidad de bebida estándar equivale a 10 gramos de alcohol puro**³.

El grado de tolerancia al alcohol **es distinto en hombres y mujeres**. En función de ello, la OMS recomienda que los varones no beban más de 4 unidades de bebida estándar al día o 28 a la semana y que las mujeres no beban más de 2 unidades de bebida estándar al día o 14 a la semana⁴. Las personas que beban estas cantidades no precisan adoptar ninguna medida contra el alcohol, basta con que sean

conscientes de que es fácil ascender a las otras categorías de riesgo superior sin darse cuenta².

La OMS considera que hay **consumo de riesgo** cuando un hombre ingiere entre 4 y 6 unidades de bebida estándar al día o entre 28 y 42 a la semana. En el caso de las mujeres son entre 2 y 4 unidades de bebida estándar al día o entre 14 y 28 a la semana. Con este consumo el individuo ya corre el riesgo de dañar su salud, aunque puede que no sea consciente de ello. Cuanto más beba, mayor será el riesgo de que el alcohol perjudique su salud, su trabajo y sus relaciones sociales².

Cuando se superan las 6 unidades de bebida estándar al día o 42 a la semana en el caso de los hombres y las 4 unidades al día y la 28 a la semana en el caso de las mujeres, la OMS ya pasa a considerarlo un **consumo perjudicial**. La persona afectada se causa un grave daño a sí misma y quizá también a los demás. En estos casos es recomendable ponerse en manos de un médico y empezar a reducir el consumo enseguida².

¿QUÉ ES UNA UNIDAD DE BEBIDA ESTÁNDAR (UBE)?

Una unidad de bebida estándar normalmente contiene 10 gramos de alcohol*.

*Para calcular las unidades de bebida estándar, aplique la fórmula siguiente:
Volumen del recipiente (litros) X porcentaje de alcohol por volumen (ml/100ml) X 0,789 = unidades de bebida estándar.
Un combinado (cubata, gin-tonic, etc...) equivale a 2 unidades de bebida estándar.



Copa de vino de 100 ml (13% alcohol)



Lata de cerveza de 330 ml (4% alcohol)



Vaso de licor de 30 ml (40% alcohol)



Una botella de vino de 750 ml (13% alcohol) contiene 77 gr de alcohol. aproximadamente 8 UBE

En general, se puede considerar que se bebe demasiado cuando el alcohol causa problemas o aumenta el riesgo de sufrir problemas de salud:

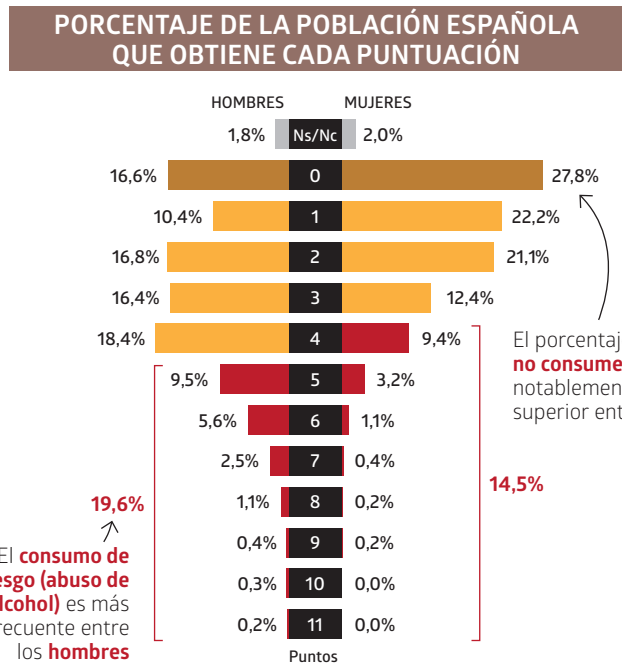
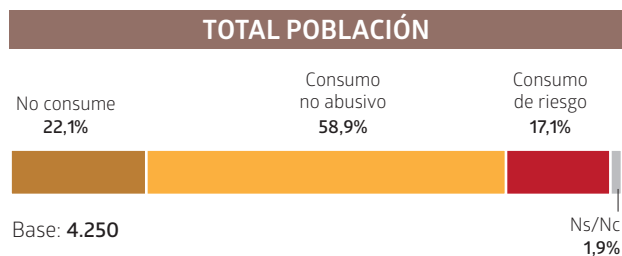
- **Lesiones intencionadas o involuntarias:** violencia doméstica, suicidio, accidentes de tráfico⁵.
- **Enfermedades:** cirrosis hepática, hipertensión, depresión, cáncer de mama.

Datos de consumo en España

El alcohol es la droga más consumida en España y de la que se tiene menos percepción de riesgo sobre la salud¹. Los españoles empiezan a beber a **edades tempranas**, en torno a los 16,7 años de media⁶, y el 17% presenta un consumo de alcohol de riesgo⁷, según el I Estudio Lundbeck: *Percepción y Conocimiento del Alcoholismo en España*. Sin embargo, sólo el 1,3% de la población percibe su consumo como alto o muy alto, mientras que el 57% lo considera bajo o muy bajo, reflejándose **una distorsión** entre el consumo real de alcohol y la percepción que se tiene sobre el propio consumo⁷.

Cerca de uno de cada cuatro españoles (23,5%) consume alcohol más de una vez a la semana⁷. Ellas son las que menos beben mientras que el consumo de riesgo es más frecuente entre los **hombres**. Por edades, la población de edad **más avanzada** son quienes en mayor medida afirman consumir este tipo de bebidas con más frecuencia⁷.

A pesar de las graves consecuencias del TCA, casi el 31% de los españoles considera **admisible** una cantidad diaria de alcohol que ya es de riesgo, situándola entre 5 y 6 unidades de bebida estándar al día o más de 6⁷ cuando la OMS establece el consumo de riesgo en 4-6 unidades de bebida estándar en el caso de los hombres y 2-4 para las mujeres.



FUENTE: I Estudio Lundbeck: *Percepción y Conocimiento del Alcoholismo en España*. Base hombres: 2.146; base mujeres: 2.104.

REFERENCIAS

- Zarco Montejo J. Documento de consenso sobre la deshabituación alcohólica. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2016
- ¿Cuándo es demasiado? Información sobre el consumo y la dependencia del alcohol, y sobre qué hacer al respecto. Lundbeck y Ferrer
- <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-010910/en/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Ginebra, 2000.
- Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe, 2006. 2. WHO. Alcohol and injuries, 2009; Rehm, et al. Addiction. 2006; 101(8): 1.086-1.095. 3. NHS 2007 (disponible en: www.dh.gov.uk/publications).
- Pascual Pastor F; Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C, Bobes García J. Alcoholismo. Guía de Intervención en el Trastorno por Consumo de Alcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL). 2013
- I Estudio Lundbeck: "Percepción y Conocimiento del Alcoholismo en España". Lundbeck. 2016

2. TCA Y OTRAS ENFERMEDADES ASOCIADAS

a. Enfermedades orgánicas

El alcohol es tóxico¹ y como tal afecta a la salud de las personas que lo consumen. El TCA se relaciona con **más de 60 tipos distintos de enfermedades y lesiones**². Estas van desde patologías muy graves y de menor prevalencia -cirrosis hepática, pancreatitis, enfermedad cardiovascular (AVC, infarto) o distintos tipos de cáncer-, a patologías de curso crónico y de mayor prevalencia -hipertensión, problemas metabólicos y problemas de salud mental como depresión y ansiedad³-. También está relacionado con patologías neurológicas, tanto del sistema nervioso periférico -polineuritis-, como del sistema nervioso central -síndrome de Wernicke-Korsakoff o síndrome confusional agudo (S.C.A.)-. Por último, el TCA se vincula con alteraciones hematológicas -anemia, discrasia sanguínea- y patologías digestivas -esofagitis, gastritis, úlceras, síndrome de malabsorción y otras alteraciones de la mucosa gástrica-. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos⁴.

A nivel personal, el alcohol es responsable de causar serios problemas y daños sociales, mentales y emocionales. En este sentido, **el TCA no sólo perjudica al consumidor, sino también a quienes lo rodean**: al feto en mujeres embarazadas, a niños y niñas, a otros miembros de la familia y a víctimas de delitos, violencia y accidentes por conducir en estado de ebriedad⁴. Eurocare (European Alcohol Policy Alliance) estima que en un 40% de los casos de violencia doméstica el agresor está bajo los efectos del alcohol. Por otro lado, si tanto la víctima como el agresor presentan un consumo problemático de alcohol, la tasa de homicidio en la pareja pasa del 5% (en no bebedores) al 74%⁵.

El consumo de alcohol también afecta a la **productividad laboral** por absentismo o discapacidad causada por su consumo. La carga total del TCA en España ascendió a 3.110 millones de euros en el año 2006, incluyendo 846 millones de euros de costes directos (visitas médicas, hospitalizaciones y urgencias) y 1.996 millones de euros de costes indirectos (pérdida de productividad, morbilidad y discapacidad).

40%

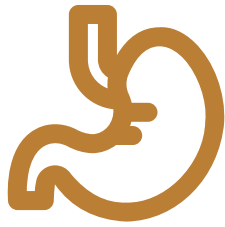
de los casos de violencia doméstica, el agresor está bajo los efectos del alcohol.

74%

Si tanto la víctima como el agresor presentan un consumo problemático de alcohol, la tasa de homicidio en la pareja pasa del 5% (en no bebedores) al 74%.

3.110 mill

La carga total del TCA en España ascendió a 3.110 millones de euros en el año 2006.



a.1. Cáncer

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de padecer **cáncer de cavidad oral, laringe, esófago, faringe, hígado y mama**⁴. En menor medida, también se relaciona con **cáncer de estómago, colon y recto**⁴. El riesgo anual de muerte por cánceres relacionados con el consumo de alcohol se incrementa de 14 por cada 100.000 para los abstemios de mediana edad hasta 50 por cada 100.000 en bebedores de cuatro o más unidades de bebida estándar al día (40g de alcohol)⁴.

El Proyecto de investigación europeo Alcohol Public Health Research Alliance (AMPHORA), liderado por el Hospital Clínic de Barcelona, determinó que el consumo medio por europeo de tres bebidas al día es el nivel a partir del cual aumenta el riesgo de padecer cáncer. Según la investigación, este nivel de consumo provoca alrededor de 136.000 nuevos casos de cáncer al año en la Unión Europea.



a.2. Enfermedades hepáticas

Las enfermedades hepáticas son la patología más frecuentemente relacionada con el TCA y, además, una de las más graves⁵. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de padecer **esteatosis, esteatohepatitis, fibrosis progresiva y cirrosis**⁵.

La **esteatosis hepática**, popularmente conocida como hígado graso, puede estar presente hasta en el 90% de los pacientes alcohólicos⁵. Generalmente cursa de forma asintomática y revierte rápidamente si cesa el consumo de alcohol. Sin embargo, si el consumo persiste puede derivar en **esteatohepatitis**⁵ o producir **fibrosis hepática**, que es la acumulación de cicatrices fibrosas y duras en el hígado que dificultan su funcionamiento. Cuando la inflamación y la lesión hepatocelular son graves se denomina **hepatitis alcohólica**⁵. La hepatitis alcohólica puede ocurrir hasta en un 35% de los bebedores severos.

Tanto la esteatohepatitis como la fibrosis progresiva y la hepatitis alcohólica suelen ser precursoras de **cirrosis**⁵. Más allá del nivel de consumo, las mujeres tienen más probabilidades de desarrollar cirrosis que los hombres⁵. Esta enfermedad es la principal causa de fallecimiento por TCA⁶. En hombres que mueren entre los 35 y los 69 años de edad, el riesgo de muerte por cirrosis hepática aumenta de 5 por cada 100.000, sin consumo de alcohol, a 41 por cada 100.000, bebiendo cuatro o más unidades de bebida estándar al día⁵.



a.3. Enfermedades cardiovasculares

El TCA está asociado con varias patologías cardiovasculares, principalmente **hipertensión, accidentes cerebrovasculares y arritmias**.

El alcohol eleva la presión arterial e incrementa el riesgo de sufrir hipertensión. Cuanta más alta es la tensión arterial, mayor es el riesgo de daño al corazón y a los vasos sanguíneos de órganos principales como el cerebro y los riñones⁷.

El consumo excesivo ocasional es un factor de riesgo importante tanto de **accidentes isquémicos** como de **accidentes hemorrágicos** y es particularmente importante como causa de **accidentes cerebrovasculares** en jóvenes y adolescentes⁴. Uno de cada cinco accidentes cerebrovasculares isquémicos en personas menores de 40 años de edad está relacionado con el alcohol, con una asociación muy particular entre adolescentes⁴.

El consumo excesivo episódico incrementa el riesgo de sufrir **arritmias cardíacas** y **muerte coronaria repentina**, aun en personas que carecen de antecedentes cardíacos. La **fibrilación atrial** es la forma de arritmia más común, inducida tanto por un consumo de alcohol elevado y sistemático, como por episodios de ingesta excesiva. Se calcula que entre el 15 y 30% de los pacientes que sufren fibrilación atrial la arritmia está relacionada con el consumo de alcohol, con la posibilidad de que entre el 5 y 10% de los nuevos episodios de fibrilación arterial sean a causa del abuso del alcohol⁴.



a.4. Diabetes Mellitus tipo 2

El TCA ha sido asociado con la aparición de **Diabetes Mellitus tipo 2**⁸. La relación del alcohol con esta tipología de diabetes tiene forma de U: un bajo consumo disminuye el riesgo en comparación con los abstemios y mayores cantidades incrementa el riesgo⁴. La Diabetes Mellitus tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina⁹ y, con el tiempo, puede **dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios**¹⁰.

b. Enfermedad mental

Existe una **relación bidireccional** entre el TCA y enfermedades mentales. Se estima que al menos **un 44% de los pacientes** admitidos a tratamiento por problemas con la bebida padecen, como mínimo, otro trastorno psiquiátrico. Alternativamente, un 34% de los pacientes con algún trastorno mental tiene problemas derivados del consumo excesivo de alcohol⁵. **Depresión, ansiedad y trastornos cognitivos** como la demencia, la esquizofrenia o el trastorno bipolar, entre otras, son las patologías mentales más frecuentes relacionadas con el alcohol.

El TCA puede causar o exacerbar los síntomas depresivos

En relación a la depresión, se cree que un 17% de las personas con TCA padecen al mismo tiempo **un episodio depresivo mayor**¹¹. Además, con respecto al consumo de tóxicos entre los pacientes con depresión, es precisamente el alcohol la sustancia más consumida¹¹. La depresión o los síntomas de ansiedad comórbidos a menudo se superponen con los síntomas del TCA, lo que puede dificultar distinguir qué condición apareció primero.

El TCA puede causar o exacerbar los síntomas depresivos. Por ejemplo, el consumo excesivo y crónico de alcohol puede precipitar un episodio depresivo o un trastorno de ansiedad por **efecto kindling** a través de ciclos de abstinencia repetidos o desregulación del sistema de respuesta al estrés. Al contrario, los trastornos psiquiátricos pueden llevar a la dependencia o abuso de alcohol a los pacientes que usan esta sustancia para auto-medicaarse de su trastorno de ansiedad o síntomas depresivos.

La **conurrencia** de ambas patologías (depresión y TCA) se asocia con peores resultados tanto clínicos como funcionales (que cuando se presentan de forma individual) y se duplica el riesgo de desarrollar otro trastorno¹¹. Asimismo, los pacientes con depresión que padecen un trastorno por uso de sustancias de forma comórbida presentan mayor riesgo de suicidio, siendo éste de hasta diez veces más alto que en la población general¹¹.

Numerosos informes muestran que los pacientes con TCA que además padecen una enfermedad mental, lo que se conoce como **patología dual**, presentan un perfil de mayor gravedad y les resulta más difícil mantenerse libres de recaídas que los que sólo padecen trastorno por consumo de alcohol o una enfermedad psiquiátrica.

REFERENCIAS

1. ¿Cuándo es demasiado? Información sobre el consumo y la dependencia del alcohol, y sobre qué hacer al respecto. Lundbeck y Ferrer
2. WHO. Global status report on alcohol and health, 2011.
3. Zarco Montejo J. Documento de consenso sobre la deshabituación alcohólica. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2016
4. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Organización Panamericana de la Salud. 2008.
5. Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C, Bobes García J. Alcoholismo. Guía de Intervención en el Trastorno por Consumo de Alcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL). 2013
6. Córdoba García R, Camarellés Guillem F, Lizarbe Alonso V, Jiménez Muñoz M. [Tackling the risk of alcohol consumption from primary care]. Aten Primaria. 2012;44:635-7.
7. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. Organización Mundial de la Salud. 2015. Disponible en <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
8. Arbesú JA, Gual A, Casquero R, Bobes J, Ortega P. Posicionamiento de SEMERGEN para el abordaje de los trastornos por consumo de alcohol en atención primaria. Semergen. 2015;41(Supl 2):1-9
9. [Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus.](#) Organización Mundial de la Salud. 1999. Report Number: WHO/NCD/NCS/99.2.
10. Diabetes. Organización Mundial de la Salud. 2016. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
11. DeVido JJ, Weiss RD. Treatment of the depressed alcoholic patients. Curr Psychiatry Rep. 2012. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712746/>

3. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

A pesar de la alta prevalencia del trastorno por consumo de alcohol y la importante carga que supone para la sociedad, el TCA está infradiagnosticado¹, con menos del 20% de los casos diagnosticados. A partir de las 4 unidades de bebida estándar al día en el caso de los hombres y de las 2 en mujeres, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya lo considera un consumo de riesgo. La detección y diagnóstico pasa, en primer lugar, por la realización de estudios de cribado al conjunto de la población adulta o, al menos, a los grupos de alto riesgo². Las herramientas de cribado más extendidas son el **Cuestionario de identificación de los trastornos por consumo de alcohol de la Organización Mundial de la Salud** (AUDIT-T, por sus siglas en inglés)² y el test CAGE.

A nivel individual, los profesionales sanitarios responsables de identificar e intervenir cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol es peligroso o perjudicial para su salud son los médicos de atención primaria². Sin embargo, en el ámbito de la atención primaria no se han implementado sistemáticamente los programas de cribado, diagnóstico e intervención breve y tratamiento y derivación de pacientes con TCA^{3,4,5}, lo que dificulta la tarea de los profesionales sanitarios. Los **médicos de familia**, a través de instrumentos eficaces validados, podrían detectar y tratar hasta el 80% de los enfermos con TCA.

La **importancia de la detección** de personas con problemas con la bebida es fundamental puesto que es el principio del proceso sanitario tanto para implicar al paciente en el tratamiento concreto como para prevenir el deterioro o agravamiento del cuadro, en caso de consumos de riesgo⁶.

Una vez identificado el paciente con TCA, el primer paso en toda intervención debe ser una adecuada exploración

A partir de las 4 unidades de bebida estándar al día en el caso de los hombres y de las 2 en mujeres, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya lo considera un consumo de riesgo

clínica mediante **una entrevista**. A continuación es necesaria la realización de **pruebas complementarias psicológicas y biológicas** para la planificación de estrategias terapéuticas individualizadas⁶. Cuanto antes tiene lugar la identificación e intervención, mejores son los resultados terapéuticos obtenidos².

REFERENCIAS

1. Decision Resources. Spectrum report Nov. 2010. Therapeutic markets: opportunities and pipeline analysis.
2. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Organización Panamericana de la Salud. 2008.
3. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Lizarbe Alonso V, Jiménez Muñoz M. [Tackling the risk of alcohol consumption from primary care]. Aten Primaria. 2012;44:635-7.
4. Turner BJ, McLellan AT. Methodological challenges and limitations of research on alcohol consumption and effect on common clinical conditions: evidence from six systematic reviews.
5. J Gen Intern Med. 2009;24:1156-60.44. Mitchell AJ, Meader N, Bird V, Rizzo M. Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2012;201:93-100.
6. Pascual Pastor F; Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C, Bobes García J. Alcoholismo. Guía de Intervención en el Trastorno por Consumo de Alcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL). 2013

4. TRATAMIENTO: LA REDUCCIÓN COMO UN NUEVO CONCEPTO DE TRATAMIENTO

El TCA es una enfermedad que **puede y debe ser tratada**. De hecho, entre todas las patologías adictivas es la que tiene mejor respuesta al tratamiento. Sin embargo, se estima que menos del 10% de los que necesitan una intervención acaban siendo tratados.

Una de las principales barreras radica en que los pacientes con TCA a menudo no son receptivos, o no se ven capaces, de lograr la abstinencia total. Debido a que la abstinencia es el objetivo principal de la mayoría de los tratamientos farmacológicos, el tratamiento no tiene éxito y los medicamentos disponibles son infrautilizados.

Los inconvenientes del tratamiento orientado hacia la abstinencia son varios¹. Además de la ya mencionada dificultad que conlleva dejar completamente la bebida, el más destacable es el que se conoce como **Efecto de Deprivación**¹. Se trata de un fenómeno neurobiológico que se produce cuando, tras interrumpir el consumo de alcohol durante una temporada, el paciente se toma una copa, lo que le puede llevar a perder el control y a recaer¹.

La alternativa a la abstinencia total es la **reducción** del consumo de alcohol a niveles de menor riesgo. Este nuevo concepto de tratamiento está apoyado por directivas internacionales como las del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE).

Las ventajas de la reducción son múltiples. Más del 40% de las personas con TCA prefiere la reducción² al verla como un objetivo más aceptable y realista que la abstinencia total, lo que puede repercutir en un incremento de las personas dispuestas a ser tratadas y en una mayor adhesión al tratamiento. Es decir, es mayor el número de pacientes que se pueden beneficiar de este nuevo enfoque³. Además, **el porcentaje de éxito mejora** cuando los pacientes eligen su propio objetivo terapéutico⁴.

Más del 40% de las personas con TCA prefiere la reducción² al verla como un objetivo más aceptable y realista

Por otro lado, la reducción del consumo se asocia a rápidas mejoras en el estado de salud a corto y largo plazo y a una disminución de la mortalidad³ (el 12,3% de todas las muertes en hombres y el 8,4% de muertes en mujeres entre 15 y 64 años son atribuibles al TCA). Además, con la reducción no se produce el temido Efecto de Deprivación. Una vez conseguido el objetivo de reducir el consumo, el 49% de los pacientes opta por la abstinencia en cuatro semanas⁵.

REFERENCIAS

1. Guardia-Serecigni J. La reducción del consumo de alcohol. Un nuevo objetivo en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. *adicciones* vol. 27, nº 1 : 2015
2. Hodgins DC, et al. *Addict Behav.* 1997;22(2):247-55.; 2. Heather N, et al. *Alcohol Alcohol* 2010;45(2):128-135)
3. NICE Clinical guideline 115 (2011). Alcohol-use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence <http://www.nice.org.uk/CG115>
4. Gual A, et al. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013 Nov;23(11):1432-42)
5. Heather N, et al. *Alcohol Alcohol* 2010;45(2):128-135.)

5. COMBATIR EL ESTIGMA

El estigma social es frecuente en el conjunto de los trastornos adictivos, no sólo en el TCA. La gran mayoría de las personas con problemas de adicción sufren el rechazo social y son apartados y estigmatizados⁴. La persona con una conducta adictiva es vista por la sociedad como alguien vicioso que ha elegido ponerse enfermo y no se tiene en cuenta la **dimensión integral de la patología**, la presencia de problemas biológicos, psicológicos y sociales¹. Es necesario que la sociedad vea este colectivo como enfermos con los mismos derechos a ser atendidos que cualquier otro paciente⁴.

Campañas como **#RompeElEstigma**, promovida por Socidrogalcohol y a la que ya se han adherido varias entidades, quieren sensibilizar y luchar contra el estigma de las personas que sufren un trastorno adictivo.



Es necesario que la sociedad vea este colectivo como enfermos con los mismos derechos a ser atendidos que cualquier otro paciente

REFERENCIAS

1. Estigma. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL). Disponible en <http://www.socidrogalcohol.org/estigma.html>



Lundbeck



PROGRESS
IN MIND

ALCOHOL
Una amistad peligrosa