



**Nombre del trabajo: Daños causados por el alcoholismo.**

**Materia: Seminario**

**de Tesis. Alumnos:**

**Gómez Guillen Vanesa.**

**Nombre del profesor: Ruiz Guillen Mahonrry**

**de Jesús. Grado: Octavo cuatrimestre.**

**Grupo: "B".**

**Comitán de Domínguez Chiapas,**

**febrero 2020.**



## Contenido

Introduccion.....	1
Planteamiento Del Problema .....	3
Objetivo General:.....	6
Objetivos Especificos: .....	6
Justificacion.....	7
Hipotesis .....	10
Capitulo I .....	13
Marco Teorico .....	13
Generalidades Del Alcohol.....	13
Efectos Del Alcohol.....	15
Etapas De Alcoholismo .....	18
Mecanismos De Acción.....	19
Panorama Epidemiológico Y Contexto Internacional.....	20
Panorama Epidemiológico Y Contexto Nacional .....	21
Alcohol Y Salud .....	23
Capitulo Ii.....	26
Consumo De Alcohol En El Mundo Y En México.....	26
Los Costos Sociales Y Sanitarios Del Abuso De Alcohol.....	29
El Consumo De Alcohol Como Cuestión De Género.....	30
El Rol De Enfermería En La Prevención Del Consumo De Alcohol .....	32
¿El Consumo De Alcohol Aumenta El Riesgo De Provocar Daños A La Sociedad Y A Terceros? Alcohol Y Placer Social .....	33
El Alcohol Y Sus Consecuencias Sociales Negativas.....	34
Capitulo Iii.....	39
Transtornos Mentales.....	39
Dependencia O Trastorno Por Uso De Alcohol (Tua).....	39
Trastornos Neurológicos .....	41
Enfermedades Del Aparato Digestivo .....	41
Enfermedades Cardiovasculares .....	43

Lesiones Y Conductas Violentas Relacionadas Con Alcohol.....	44
Enfermedades Endocrinas Y Metabólicas .....	45
Enfermedades Infecciosas.....	45
Problemas Perinatales .....	46
Otros Problemas De Salud.....	46
Daños Sociales Y A Otras Personas .....	47
Limites De Riesgo .....	48
Capitulo Iv .....	60
Doce Pasos De Alcoholicos Anonimos .....	60
Las Doce Tradiciones De Alcohólicos Anónimos .....	61
Consecuencias Del Alcoholismo En El Embrzo:.....	71
Bibliografia.....	73
Graficas .....	74

## INTRODUCCION

Consumir una cantidad moderada de alcohol no le causará ningún daño físico o psicológico. Sin embargo, si beber en círculos sociales acaba por convertirse en un consumo excesivo, esto puede producir graves problemas de salud. En el RU, se calcula que 1 de cada 13 personas es alcohólica, y que varios millones consumen alcohol hasta el punto de poner en peligro su salud. Beber en exceso se relaciona con el suicidio, asesinato, los accidentes mortales y muchas enfermedades mortales. El alcohol puede aumentar la probabilidad de tener cirrosis hepática y se ha relacionado con muchos tipos de cáncer, incluyendo el cáncer de mama, boca, laringe e hígado. Consumir grandes cantidades de alcohol también puede conllevar problemas sexuales y puede causar daños al feto. Si tiene problemas de consumo de alcohol, puede obtener muchos tipos de ayuda para reducir dicho consumo, además existen muchos servicios que le ayudarán a dejarlo por completo. La definición Para los alcohólicos, beber es una compulsión y es más importante que cualquier otra actividad. A menudo, los alcohólicos beben continuamente a pesar de ser conscientes de los efectos nocivos. Tienen también una mayor tolerancia al alcohol, y cuando les falta muestran síntomas del síndrome de abstinencia. La dependencia del alcohol puede pasar desapercibida durante muchos años. Algunos científicos creen que la dependencia alcohólica puede tener una causa genética. Sin embargo, los factores sociales y el hecho de que el alcohol se puede conseguir fácilmente pueden influir en la probabilidad de acabar dependiendo del alcohol. Las borracheras se definen como beber ocho o más unidades de alcohol en una sesión en el caso de los hombres, y más de seis unidades en una sesión en el caso de las mujeres. Consumir grandes cantidades de alcohol en periodos de tiempo cortos puede ser considerablemente peor para la salud que beber pequeñas cantidades frecuentemente. En el RU, las borracheras se están convirtiendo en un gran problema. Alrededor del 40 por ciento de los pacientes que ingresan a urgencias reciben atención médica por heridas o enfermedades relacionadas con el alcohol. Los hechos

Page 2 of 4 Alcohol misuse | Spanish | Translated 04/08 © Queen's Printer and Controller of HMSO 2008 El Ministerio de Sanidad británico recomienda que la cantidad diaria de consumo de alcohol no supere las 3-4 unidades en el caso de hombres adultos, y 2-3 unidades en el caso de mujeres adultas. El alcohol no afecta a todo el mundo por igual. El metabolismo de la mujer es distinto del hombre. La mujer pesa menos, su constitución es más pequeña y el organismo contiene menos agua. Esto significa

que es más probable que su tolerancia al alcohol sea menor. Una unidad de alcohol puro (también denominado etanol) son 10ml. Es más o menos equivalente a media pinta de cerveza o sidra, a 25 ml (medida usada en bares) de alcohol de alta graduación como vodka, whisky o ginebra, a 50 ml (medida usada en bares) de vino encabezado como el jerez o vino de Oporto, o un vaso pequeño con 125 ml de vino a 8% de alcohol por volumen. La cantidad de alcohol en el torrente sanguíneo (contenido de alcohol en sangre) se usa para medir el nivel de embriaguez (borrachera). Se calcula en miligramos de alcohol por 100 mililitros de sangre. El límite de alcohol en sangre en el RU para conducir legalmente es de 80 mg/100 ml. Los riesgos El consumo excesivo de alcohol puede afectar a su salud física o mental, su trabajo y sus relaciones sociales y personales. Y como el alcohol influye en la capacidad de juicio, también es más probable que se meta en situaciones peligrosas si ha bebido mucho. Lo riesgos para la salud relacionados con el consumo excesivo son: anemia relacionada con el alcohol y enfermedades de carencia alimenticia, pancreatitis crónica calcificante, daños a la capa muscular del corazón (miocardiopatía) y demencia alcohólica. El exceso de alcohol aumenta el riesgo de hipertensión arterial, hemorragia cerebral (accidente cerebrovascular) y cardiopatía coronaria. Si consume grandes cantidades de alcohol durante largos periodos de tiempo, el riesgo de sufrir daños al hígado aumenta considerablemente. Esto puede acabar en hepatitis o cirrosis alcohólica. Las enfermedades psiquiátricas son comunes en aquellos que consumen más de 10 unidades de alcohol diarias. Esto incluye la depresión, el suicidio y los intentos de suicidio, los trastornos de personalidad, los problemas sexuales, el delirium tremens (alteraciones mentales agudas y repentinas durante la abstinencia de alcohol), las alucinaciones y la pérdida de memoria.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad existen millones de alcohólicos en el mundo, los cuales presentan diferentes trastornos y patologías que en su momento ha afectado su salud tanto como mental y física, algunas de estas mismas personas buscan ayuda en un grupo de rehabilitación el cual se hace llamar “alcohólicos anónimos” como tratamiento a sus necesidades personales como la mejora de su salud y/o secuelas de esta enfermedad crónica.

Alcohólicos anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema y ayudar a otros a recuperarse , el único requisito para ser miembro de tal grupo es el deseo de dejar la bebida, en el cual no se pagan honorarios ni cuotas se mantienen de sus propias contribuciones, no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización, o institución alguna no desea entrar en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa, el objetivo primordial es mantenerse sobrios, y ayudar a nuevos participantes a alcanzar el estado de sobriedad.

El alcoholismo deja en las personas secuelas significativas, algunas de las más relevantes son conflictos familiares, rupturas maritales, conflictos padres eh hijos, perdida de trabajo y/o clientes en caso de contar con un negocio propio, rechazo social por la falta de higiene o incluso por daños mentales que este mismo causa. algunas patologías derivadas del alcohol por ejemplo cirrosis hepática, varices esofágicas, esplenomegalia, plaquetopenia, hematemesis, ascitis, entre otras.

El daño también es psicológico por lo tanto algunas personas acuden al suicidio y/o daño a su persona con golpes y flagelaciones como una forma de evitar la sensación de la abstinencia, así es como en este transcurso de superación personal y de ayuda mutua salen a flote relevantes controversias que el alcoholismo ha dejado en la vida de cada individuo de este grupo, es entonces donde se toma en cuenta el daño tan severo que causa esta adicción ya que no solo es física sino, emocional, psicológica y social.

Así como también se hace relevante el papel tan importante que juega el tener el apoyo de distintos centros de ayuda y rehabilitación, en este caso que gracias al grupo de alcohólicos anónimos muchas personas y sus familias se ven beneficiadas con la esperanza y compañía de los mismos compañeros que acuden al grupo.

El alcoholismo lleva a grandes problemas como la situación de calle a la que muchas de las personas adictas llegan por el consumo excesivo de dicha sustancia, la situación de calle es un problema secundario a los problemas intrafamiliares, la problemática es tan fuerte que los alcohólicos buscan con mayor frecuencia refugiarse en el alcohol o bien la dicción que ellos tienen es tan grande que los lleva a abandonar sus hogares.

Problemas sanitarios se desencadenan del mismo tema antes mencionado ya que las personas con situación de calle contribuyen con los hábitos antihigiénicos que ellos realizan en la vía, de la misma manera también les afecta directamente a ellos por que tienden a padecer con mayor frecuencia periodos de infección por el estilo de vida que llevan, además de las patologías que se mencionaron anteriormente que adquieren por consumir alcohol, dentro de lo observado de la población de santa Cecilia se puede llegar a la conclusión de que las personas con problemas de alcoholismo son con mayor frecuencia adultos mayores.

La rehabilitación es un aspecto importante del cual la sociedad y los mismos afectados por lo cual debería de tomarse en cuenta y aplicarse más en la vida de cada persona adicta, hacer énfasis en la gran labor que cada sitio de recuperación como lo son los diferentes grupos AA, pocas personas son las que están dispuestas a acudir a cierto tipo de instituciones ya que se niegan a aceptar su problema respaldándose de múltiples pretextos sin darse cuenta que al acudir se podrían reducir un sinnúmero de problemas internos y externos.

Hoy en día la problemática del alcoholismo se ve como algo tan normal, de ahí parte la falta de preocupación que la sociedad pone en él, la visión que se tiene del problema hace que sea más difícil hacer que se tomen en cuenta los grupos de rehabilitación, así como también hace más difícil que se lleguen a implementar programas de ayuda.

Un alcohólico se define como aquella persona que no puede dejar la bebida, que depende emocional, psicológica y físicamente del alcohol y que en su máximo intento de dejar la bebida este se le hace imposible, es una persona agresiva al cual su enfermedad no le permite aceptar sus errores y la hace ser rechazada por la sociedad debido a su neurosis.

No solo afecta al enfermo sino también a su entorno, causando en sus familiares, preocupación, miedo, falta de sueño, falta de apego familiar y poca relación entre los integrantes del círculo familiar, se necesita que la familia este totalmente informada sobre esta enfermedad para que sean capaces de entender y sobre llevar la situación en la que se encuentran.



De acuerdo a lo antes mencionado se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las secuelas más comunes del alcoholismo de personas que se encuentran en rehabilitación?

¿Cuántas rupturas maritales existen entre los integrantes del grupo?

¿Cuál es el grado de recuperación de cada integrante actualmente?

## **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer las secuelas más comunes de las personas alcohólicas que se encuentran en un plan de rehabilitación.

Conocer las causas por las que cada integrante inicio con el problema del alcoholismo.

Conocer el motivo por el cual decidió rehabilitarse

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Conocer la experiencia de cada persona durante todo el proceso de rehabilitación.

Recolectar los datos de acuerdo a la experiencia familiar.

Conocer el estado de salud que tiene cada participante del grupo de alcohólicos anónimos después de pasar por toda la etapa de rehabilitación.

A partir de la experiencia de familiares conocer la influencia que tiene el alcoholismo en las rupturas maritales.

Conocer las patologías más graves por las cuales el individuo alcohólico acudió a la atención médica.

Conocer cuáles fueron los extremos a los que llegó durante la etapa más fuerte de alcoholismo.

Conocer la experiencia de hijos con padres alcohólicos.

Conocer la historia de cada alcohólico.

Evaluar el grado de recuperación de cada alcohólico.

## JUSTIFICACION

El consumo de sustancias adictivas por la población adulta constituye un gran problema por origen de múltiples factores, con un impacto social y sanitario, así como también problemas de origen legales, educativas y políticas que exigen un análisis detallado desde diferentes perspectivas. El alcohol se mantiene como la droga más consumida por adultos la cual por su enorme aceptación social ha tenido un mayor grado de consumo, hasta el punto de hacer esta sustancia legal, lo que ha hecho posible su fácil adquisición por lo tanto las relaciones sociales se facilitan por el hecho de consumirla.

Los comportamientos del consumo del alcohol suelen ser de confrontación cultural e inmoral, los inicios de este problema conforman los estilos de vida los hábitos y la educación de cada individuo, el uso de esta sustancia desencadena el consumo de otras más, en las cuales se relaciona la cocaína, metanfetaminas, marihuana entre otras.

El alcoholismo, aunque parece un tema muy común es de gran importancia la investigación, además de que el campo de estudio es muy amplio y existen muchas cosas de las cuales no se ha hecho énfasis por ejemplo los daños psicológicos y familiares que sufren las personas alcohólicas son algo que se ha omitido en las investigaciones que se dan a conocer a la sociedad.

Los problemas sociales de violencia o desintegración familiar es algo que se vive día a día en muchos hogares de los cuales gran parte están relacionados con la adicción de alcohol que alguno de los integrantes de la familia tiene, es importante mencionar la estrecha relación que hay entre el alcoholismo, la violencia o problemas familiares y la alta incidencia que hay de estos temas, los problemas intrafamiliares desencadenan problemas psicológicos dentro de los hogares tanto de las personas alcohólicas como de los hijos o esposa según sea el caso.

Por la necesidad de conocer internamente la gran cantidad de problemas secundarios del alcoholismo, así como también la manera en que afecta su vida en diferentes aspectos, conocer el grado de salud con el que cada uno de ellos terminó después de pasar por su problema de alcoholismo y los problemas familiares que tuvieron, entre otras cosas más.

Saber el tipo de ayuda que los grupos de alcohólicos ofrecen a los participantes del mismo y la recuperación que ellos han logrado por medio de este grupo, la influencia que los compañeros

tuvieron en cada persona nueva que se iba integrando y la manera en la que cada alcoholíco pudo ir mejorando en su problema.

La investigación se enfocó en el alcoholismo por su amplio campo de investigación que existe en él y por el sin número de problemas que desencadenan del mismo, ya que el alcoholismo no solo afecta a su persona o estado de salud si no también a su entorno y familiares, y por la gran influencia que tiene en los problemas de violencia que muchos hogares sufren. No importa en nivel socioeconómico, nivel social, lengua, etnia, creencia o cultura, esta enfermedad tiene un amplio campo de afectación ya que no distingue rasgos.

Así mismo se tiene la intención de dar a conocer el plan de trabajo con el que cuenta el grupo de Alcoholícos anónimos para fomentar la ayuda para las personas enfermas, es de gran relevancia que el individuo conozca los daños que esta causa en caso de no contar con la ayuda y/o información necesaria en el debido tiempo para así salvar el entorno en el que vive.

Como estudiantes universitarios consideramos que es importante fomentar la buena información sobre estos casos para evitar el consumo a edad temprana de esta nociva sustancia, la buena información y el buen entendimiento familiar forman una excelente ayuda personal para las nuevas generaciones. Es por eso que nos tomamos el tiempo de indagar más sobre el alcoholismo para responder preguntas importantes.

El alcoholismo debería ser un problema por el cual la sociedad tuviera mayor preocupación de la misma manera implementar métodos de prevención y de rehabilitación mundial, cabe mencionar que plan de trabajo que posee el grupo de alcoholícos anónimos es sumamente completo eh importante, pero desgraciadamente para algunas personas esta institución no es lo suficiente para poder tratar su adicción. sería de gran ayuda para revertir la incidencia tan elevada que tiene, la actividad física y deportiva deberían ser un objetivo básico de la sociedad, así como una política educativa y sanitaria de los países.

Como adolescentes es importante saber el daño que esta enfermedad nos puede causar y así mismo estar conscientes del daño que esta causa indirectamente a las demás personas que nos rodean, en las cuales resaltan el cariño familiar, ya que este círculo afectivo es que más se involucra en la persona, el daño más relevante en adolescentes en la madre, en adultos la familia en este caso esposa e hijos.

El alcohólico causa preocupación en las personas que le toman aprecio, e inconscientemente está dañando la salud de otro individuo el cual se preocupa por este, intentamos crear conciencia sobre el daño que esta enfermedad causa retomando este tema de investigación tan importante, no podemos erradicar el alcoholismo, pero si podemos intentar crear el mayor número de conciencia sobre el alcohólico manteniendo un control sobre el consumidor.

La práctica de ejercicio físico la alimentación el descanso, el control de peso, son elementos que integran un estilo de vida saludable se considera como la pieza que conlleva a la mejora efectiva de salud de la población alcohólica, esto mantiene la mente ocupada y distraída de la necesidad de consumir sustancias adictivas, así mismo ayuda a la superación de los periodos largos de abstinencia por el cual pasa un individuo alcohólico.

En nuestro ámbito son escasos los estudios que profundizan en las relaciones del consumo alcohólico en la población de estudio con otras variables que pueden influir en el mismo y que justificarían la necesidad de conocer con mayor profundidad los hábitos de consumo en adultos del grupo del alcohólico, por lo cual se hace de importante relevancia el conocimiento de cada uno de los puntos ya antes mencionados.

## **HIPOTESIS**

La razón por la cual las personas que acuden a un grupo de ayuda son alcohólicos, es por problemas maritales, daños en la infancia e incluso algunos traumas que sufrieron a lo largo de su vida.

Los daños causados son patologías del hígado, sociales, psicológicas y físicas.

## ENCUESTA

1.-¿Cuál fue el motivo que lo llevo a consumir bebidas alcohólicas?

- a) Familia    b) desempleo    c) curiosidad o gusto    d) problemas familiares

2.-¿Con que frecuencia consumía alcohol?

- a) 1 vez por semana    b) De 2 a 3 días    c) Toda la semana

3.-¿Cuál es la bebida que usted consumía con mayor frecuencia?

- a) cerveza    b) tequila    c) otros

4.-¿Acudió al hospital por algún problema de salud durante su alcoholismo?

- a) Si (explique cual)  
b) No

5.-¿su alcoholismo fue un factor para que tuviese alguna ruptura marital?

- a) Si    b) no

6.-¿Su alcoholismo deterioro la relación con sus hijos?

- a) Si    b) no

7.-¿Qué problemas de salud desencadeno su problema de alcoholismo?

- a) Varices esofágicas    b) cirrosis hepática    c) ascitis    d) esplenomegalia

8.-¿Cuál fue el motivo porque usted decidiera incorporarse al grupo de AA?

- a) Curiosidad    b) por la familia    c) el propio deseo de rehabilitarme

9.-¿De qué manera el grupo de AA influye en su recuperación?

10.-¿del 1 al 10 como considera su recuperación hasta ahor



# **CAPITULO I**

## **MARCO TEORICO**

El alcohol etílico o etanol se obtiene de la fermentación o destilación de jugos de frutas, granos y vegetales. Cuando se concentra en la sangre por consumo excesivo, el alcohol altera el estado de conciencia. El consumo de alcohol está muy arraigado en prácticamente todas las culturas desde tiempos muy remotos, por lo que se le acepta socialmente y es muy accesible para todos. Por ello se ha percibido la necesidad de regularlo para evitar daños mayores. El alcohol es la droga legal de mayor consumo y con el mayor número de adictos. El vocablo alcohol, procede del árabe alkuhi es la droga más consumida en el mundo. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que, desafortunadamente, pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables

### ***GENERALIDADES DEL ALCOHOL***

El ingrediente activo de las bebidas alcohólicas es el etanol y es una sustancia derivada de la descomposición de carbohidratos vegetales y tiene cualidades físicas y biológicas que le hacen perjudicial para el organismo humano:

- a) Es absolutamente miscible en agua, lo que le permite llegar a cualquier célula del organismo, puesto que el medio interno es fundamentalmente acuoso. Su liposolubilidad, aunque 30 veces menor que su hidrosolubilidad, es suficiente para permitirle rebasar las barreras lipídicas que se oponen a su penetración en las estructuras celulares, como son las membranas, cuyas cualidades físicas también modifica.

origina sobre todo en el hígado, pero también en otros órganos y tejidos, es mucho más tóxico, debido a su elevada reactividad química. Por otra parte también otros productos altamente reactivos e igualmente dañinos.

c) Es un producto energético. Cada gramo de etanol genera, a través de su El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de la Salud Pública en todo el mundo, y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad. Por esta razón, en la actualidad, muchos países dedican cuantiosos recursos financieros a su investigación. En la lucha contra esta adicción las instituciones estatales de salud, entre otras, y la población en general, cumplen una importante función para prevenir y controlar esta enfermedad.<sup>2</sup> Los estimados de prevalencia mundial de personas adictas a drogas en la etapa actual de consumo, arroja unos 200 millones de personas esclavizadas a sustancias que no modifican el comportamiento y otro 200 millones de personas en igual situación pero con respecto a las que sí lo hacen. La magnitud del fenómeno médico-social que nos ocupa, se hace más evidente aún, si utilizamos el indicador de expectativa de vida, referido a qué ocurrirá en el transcurso de la existencia de quienes han nacido a principio de este siglo y milenio.<sup>2</sup> En nuestro país la prevalencia del alcoholismo, considerando la suma de abuso y dependencia, ronda el 5 % de la población de dieciséis años o más, cifra relativamente moderada, pero los patrones de consumo inadecuados y la proporción de bebedores de riesgo cercana al 10 %, junto al incipiente fenómeno del consumo de sustancias ilegales, condicionaron, en la última década, la reestructuración y ejecución de un Programa Nacional para la Prevención y Control del Uso Inadecuado de Sustancias, hoy en proceso de actualización con los recientes criterios de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.<sup>2</sup> La magnitud del problema en Cuba se evidencia a través de numerosos indicadores directos e indirectos, los que justifican plenamente el tratamiento e intervención mediante un programa coherente y sistemático para aplicar en el contexto del Sistema Nacional de Salud. ¿Cómo podemos lograr que la población conozca los riesgos del consumo del alcohol? ¿Cómo podemos pronosticar el alcoholismo? ¿El conocer los daños que

produce la ingestión de bebidas alcohólicas es una vía para la prevención de esta enfermedad metabolismo oxidativo, 7,2 Kcal; aunque no tiene utilidad plástica, genera un consumo de elementos claves en la cadena metabólica y altera seriamente el equilibrio bioquímico del organismo.

Las bebidas que contienen alcohol son ampliamente consumidas en nuestro país por hombres y mujeres de diferentes clases sociales y de distintas edades que habitan tanto en el medio rural como en el urbano. La mayoría las ingiere de tal manera que no pone en riesgo su salud ni provoca los conocidos problemas que se relacionan con el consumo. Un porcentaje de la población, sin embargo, bebe en forma excesiva o irresponsable, afectando su salud y poniendo en peligro su bienestar y el de los demás. También es cierto que algunos individuos que beben moderadamente y viven de manera saludable, se benefician en alguna medida. Si logramos saber con cierta precisión quiénes están en mayor riesgo de sufrir los daños que el alcohol puede producir, y si se identifican bien los costos y los posibles beneficios de su consumo, se habrán dado los pasos iniciales para diseñar intervenciones exitosas en materia de prevención. Pero no cabe duda de que en ese trabajo de búsqueda, tanto como en la aplicación de las medidas preventivas, es indispensable contar con algunas definiciones y conceptos aceptados y compartidos por los responsables de las acciones.

### ***EFFECTOS DEL ALCOHOL***

Deprime el sistema nervioso central. Los efectos varían de una persona a otra y según las circunstancias en que se bebe, así como el peso corporal del bebedor, la presencia de alimentos en el estómago, el tipo de bebida la cantidad y la velocidad con que se ingiere. Durante un episodio de intoxicación, la persona pasa por diferentes etapas: Al inicio es comunicativa, sociable y se siente eufórica. Luego se le altera el juicio la coordinación motora y el equilibrio. Después sufre confusión mental, dificultad para entender y pronunciar

palabras; visión borrosa; marcha tambaleante; se muestra agresiva, llora o ríe sin motivo. Si continua bebiendo, pierde el equilibrio presenta somnolencia y vómito. Por último se deprime profundamente, pierde la conciencia y los reflejos, queda “anestesiada” y puede morir por bronco aspiración del vómito y paro respiratorio.

¿Qué se entiende por consumo de alcohol?

Los trabajadores de atención primaria de la salud pueden describir el consumo de alcohol de sus pacientes en términos de gramos de alcohol consumidos o de bebidas estándar. En Europa, una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol absoluto (Turner, 1990). En las Américas, no todos los países poseen una definición de bebida estándar; en Estados Unidos y Canadá una bebida estándar contiene entre 13 y 14 gramos de alcohol. A nivel científico, los informes sobre cantidad de alcohol consumido deben estar expresados en gramos de alcohol absoluto, para facilitar las comparaciones entre un país y otro.

El término bebida estándar es utilizado para simplificar la medición del consumo de alcohol. A pesar de que esto puede ser inexacto, su nivel de precisión es suficientemente bueno para recomendarlo como método para calcular el consumo de alcohol en distintos ámbitos, como por ejemplo, en salas de urgencias y accidentes, en centros de atención primaria y en pacientes internados. Aunque la utilización del término bebida estándar tiene ventajas, también presenta algunas dificultades:

- El contenido de alcohol de las bebidas varía enormemente, entre 1 y 45%, lo que puede llevar a cálculos erróneos.
- El mismo tipo de bebida puede ser presentada en distintos tipos de envases, con las consiguientes diferencias en cantidad de alcohol.
- La concentración del grado de alcohol puede variar en una misma bebida, dependiendo de dónde y cómo ha sido producida.
- Una bebida estándar difiere de un país a otro.

En la mayoría de los países, se acuerda, por consenso, el contenido de alcohol de una bebida estándar, sin que existan estudios científicos previos.

La utilización de bebidas estándar simplifica la evaluación del consumo de alcohol y se puede adoptar en forma sistemática en los centros de atención primaria de la salud. Sin embargo, puesto que hay diferencias de un país a otro, cada país debería determinar el contenido de alcohol de una bebida estándar no sólo por consenso, sino mediante estudios científicos. La Organización Mundial de la Salud (Babor y Higgins-Biddle, 2001) propuso los siguientes valores para las bebidas estándar:

- 330 ml de  
cerveza al 5%
- 140 ml de vino  
al 12%
- 90 ml de vinos fortificados (por ejemplo  
jerez) al 18%
- 70 ml de licor o aperitivo al 25%
- 40 ml de bebidas espirituosas al 40%

Por su gravedad específica, un mililitro de alcohol contiene 0.785g de alcohol puro; por lo tanto, la definición de la OMS con respecto a las bebidas estándar es de aproximadamente 13 g de alcohol. Se debe recordar que en Europa, una bebida estándar contiene aproximadamente 10g de alcohol (Turner, 1990).

La ingestión excesiva y frecuente por tiempo prolongado de bebidas alcohólicas constituye un grave problema médico al nivel mundial, cuya trascendencia social la sitúan junto con las guerras y la hambruna, y es considerada como uno de los grandes flagelos de la humanidad.

El alcoholismo también ha sido definido con el término de “síndrome de dependencia alcohólica” (SDA), descrito como un trastorno de conducta crónico, que se manifiesta mediante un estado psíquico y físico, que conduce a la ingestión compulsiva y excesiva de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la sociedad, de manera repetida, continua o periódica con el objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo con la salud y con las funciones económicas y sociales del bebedor.7,8

El consumo excesivo de este tóxico reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y se ha relacionado con la tercera parte de los hechos delictivos y violentos y con el 25 % de las muertes por accidentes.<sup>4</sup> Se plantea que alrededor del 70 % de la población mundial, por encima de los 15 años, ingiere alcohol en determinada cantidad, que del 3 al 5 % son dependientes y, de ellos, el 10 % se convertirán en bebedores problemas en algún momento de sus vidas.

### ***ETAPAS DE ALCOHOLISMO***

Cada alcohólico bebe a su manera, pero todos tienen algo en común: no pueden controlar su forma de beber. En un primer momento, desarrollan tolerancia al alcohol, o sea, que cuando toman aguantan mucho antes de llegar al estado de embriaguez. En consecuencia, necesitan tomar cada vez más para obtener los mismos efectos que al principio. Pero esto es temporal. Más tarde ocurre lo contrario: el bebedor necesita muy poco alcohol; a veces basta un trago para embriagarse. Pasa a ser entonces, de los que no aguantan nada. Aunque cada alcohólico recorre su propio camino hacia la enfermedad, se puede decir en términos generales que toda persona alcohólica pasa por 3 etapas:

La primera etapa por lo general dura alrededor de 10 años. Esta etapa recorre los siguientes pasos: 1. Promesas repetidas de abandonar el alcohol que llevan a incumplimiento, angustia, culpa y en consecuencia más bebida; 2. Ingestión más frecuente de alcohol; 3. Incremento de la tolerancia, el bebedor cada vez aguanta más. 4. Aumento de la

irritabilidad, cambios de la personalidad, aparecen las lagunas mentales (se olvida lo que ocurrió durante la borrachera).<sup>12</sup>

La segunda etapa se caracteriza por un círculo vicioso: el bebedor va del deseo irrefrenable de tomar a la angustia y la culpa por haberlo hecho, de ahí al aislamiento y la frustración, lo que lo lleva de nuevo a la bebida y a iniciar nuevamente el ciclo. El enfermo niega que tenga problemas con la bebida o bien oculta el hecho, aunque para los demás su alcoholismo ya es evidente. Toma desde la mañana y a solas. Tiene signos visibles y permanentes de los efectos del alcohol, incluso en el trabajo. La bebida se convierte para él en una necesidad de todos los días.

La tercera etapa empieza la ruina total. La persona prácticamente vive embriagada y va sumando dificultades con la familia, con los amigos y en el trabajo, lo que la lleva a sufrir dificultades económicas. Va cayendo en la soledad y evita a sus amigos y familiares, y estos a su vez procuran alejarse. Vive para beber y casi no come. En ocasiones recibe ayuda médica parcial para combatir su angustia y su debilidad. Cambia radicalmente su personalidad; sus propios amigos y parientes lo desconocen. Sufre trastornos graves como destrucción moral, debilidad física y alucinaciones.

## ***MECANISMOS DE ACCIÓN***

El alcohol afecta específica y selectivamente la función de ciertas proteínas de membrana, entre las que se encuentran los canales de iones dependientes de receptor (GABA- y NMDA son los más sensibles a la acción del etanol). El etanol favorece la entrada de cloro por estímulo del receptor GABA, pero no todos los receptores GABA-A son sensibles al etanol ya que existe gran diversidad de subunidades que componen este receptor. Esta acción explica la tolerancia cruzada que presenta el alcohol con otros depresores que actúan en el mismo complejo macromolecular del GABA-Canal de Cloro, las benzodiazepinas y los barbitúricos. El etanol actúa como inhibidor del receptor NMDA y reduce, por tanto, la actividad glutamatérgica. Cuando el consumo de alcohol es crónico, el organismo se adapta disminuyendo la actividad GABA-énergica y

aumentando la del sistema glutamatérgico. También existen otros neurotransmisores implicados en la dependencia alcohólica. Tras la ingesta de alcohol, la liberación de dopamina está aumentada en algunas zonas del Sistema Nervioso Central (SNC) y especialmente en el núcleo accumbens, y la ingesta crónica produce una reducción en la liberación de este neurotransmisor y una hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos. Igualmente, el consumo de alcohol produce un aumento de la liberación de serotonina e incluso tras el consumo crónico se produce tolerancia a este efecto, de hecho se describe que los alcohólicos presentan una cifras bajas de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo. La administración de fármacos con actividad dopaminérgica o serotoninérgica desminuye el consumo de alcohol. Por último, el sistema opióide también está relacionado y de hecho se sabe que las endorfinas intervienen en la motivación a la ingesta de alcohol. El consumo de alcohol estimula los receptores opioides (especialmente el receptor  $\delta$ ) y aumenta la liberación de endorfinas, desencadenando una sensación de bienestar y un reforzamiento positivo que estimula al paciente a seguir bebiendo. La disfunción de los receptores opioides podría formar parte de las bases biológicas del ansia del alcohol y de las recaídas que se observan. El alcohol en todas sus formas es una sustancia de uso legal y está clasificado por su acción farmacológica dentro de los depresores del SNC.

## ***PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y CONTEXTO INTERNACIONAL***

Se estima que en el mundo aproximadamente dos billones de personas consumen bebidas alcohólicas y 76.4 millones presentan desordenes atribuidos a su consumo (OMS, 2002). El alcohol es un importante factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en las América Latina, los niveles de ingesta de alcohol en las esta región son mayores en el promedio global, en tanto que los índices de abstinencia, tanto para hombres como para mujeres, son consistentemente inferiores. En el año 2002, en términos de carga de morbilidad, el alcohol causó aproximadamente 323,000 muertes, 6.5 millones de años de vida perdidos y 14.6 millones de años de vida ajustados a la discapacidad en la Región, abarcando

Resultados de enfermedad crónica y aguda en neonatos y ancianos. Los hombres tienen mayores niveles de carga de morbilidad atribuible al alcohol en comparación con las mujeres,



lo cual podría deberse principalmente a su perfil de consumo de alcohol, tanto en términos de un mayor volumen total, como en patrones más nocivos de ingesta, incluyendo ingesta episódica intensa.

## ***PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y CONTEXTO NACIONAL***

El consumo de grandes cantidades en forma episódica es el patrón de consumo característico de la población mexicana, principalmente entre los hombres, y se ha estimado que contribuye con el 9% del peso total de la enfermedad (Frenk, Lozano y González, 1994). En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), del 2008 a 2011 creció el número de bebedores; esta práctica tiene un inicio temprano, poco más de la mitad (55%) de la población que ha consumido alcohol, inició antes de los 17 años. Así mismo, la ENA 2011 reporta que el 6% de la población desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas entre 12 a 65 años, correspondiendo el 10.8% a los hombres y el 1.8% a las mujeres. La dependencia al alcohol afecta a 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos, este índice aumentó significativamente entre los hombres de 2008 a 2011, nuevamente con menos distancia entre hombres y mujeres adolescentes (3 hombres por cada mujer) que lo que se observa en la población adulta (7 hombres por cada mujer). La proporción de mujeres adultas con dependencia (1.7%) es similar a la observada en mujeres adolescentes (2%), indicando un fenómeno más reciente; entre los hombres hay dos adultos con la condición por cada adolescente.

En la población adolescente también se encontró que el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias. De tal manera que el consumo alguna vez pasó de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30.0% y en el último mes de 7.1% a 14.5%. Esta misma tendencia se observó en los hombres y en las mujeres, especialmente en el consumo del último mes ya que se incrementó en el caso de ellos de 11.5% a 17.4% y en ellas de 2.7% a 11.6%. En la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2012 en la Ciudad de México se encontró que el 68.2% de los/as adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en su vida y un 40.1% lo ha consumido en el último mes. En esta encuesta de estudiantes se observa que el porcentaje de los adolescentes de secundaria que han consumido alcohol durante el último mes es de 27.2% y para los de educación media superior,

el porcentaje incrementa a 56.5%. Los resultados globales para la Ciudad de México, indican que el 22.5% de los/as estudiantes consumieron 5 copas o más en una sola ocasión, durante el mes previo al estudio, porcentaje similar al reportado en 2009, que fue de 23.3%. Las delegaciones más afectadas por el abuso de bebidas alcohólicas son Azcapotzalco (29.9%), Magdalena Contreras (24.3%), Álvaro Obregón (24.2%), Coyoacán y Cuajimalpa (23.7% en ambas) ya que su consumo es mayor al promedio de la Ciudad de México. Por otra parte de acuerdo al Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), el impacto del Uso Nocivo del Alcohol se refleja en los siguientes datos:

- A nivel nacional, el 50% de los accidentes de tránsito están relacionados con el abuso de alcohol. La primera causa de muerte en jóvenes en México, son los accidentes automovilísticos, el 52% de éstos se encontraban bajo los efectos del alcohol u otra droga.
- Los accidentes de automotor y riñas representan la segunda causa de invalidez total y parcial en jóvenes, más de la mitad de éstos, se produjeron bajo los efectos de alguna droga.
- La mortalidad asociada a los hechos de tránsito relacionados al consumo de alcohol es alta, ya que anualmente perecen 10,000 personas y otras 25,000 resultan discapacitadas.

Descripción del consumo de alcohol y daños asociados. El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. Una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol. Aunque no en todos los países de la Región existe una definición de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres. El consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado binge drinking), que puede resultar particularmente dañino

para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión. La dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del

Alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Los factores genéticos juegan un rol importante en el consumo perjudicial de alcohol y la dependencia; algunos genes incrementan el riesgo y otros lo disminuyen. Existe una interacción entre los genes y el entorno y las personas que beben más alcohol o que habitan en lugares donde se consume mucho alcohol corren más riesgo de presentar problemas de salud relacionados con el mismo. Cualquiera sea el nivel de consumo de alcohol, las mujeres presentan un riesgo superior, siendo las diferencias en la magnitud del riesgo variables entre diferentes enfermedades. Esto probablemente se deba al hecho de que, en comparación con los varones, las mujeres tienen una menor proporción de agua corporal en relación a su peso. Hasta un 25% del incremento en el riesgo de muerte que existe al comparar varones de mediana edad pertenecientes a grupos socioeconómicos bajos con varones de mediana edad de grupos socioeconómicos altos, es atribuible al alcohol. El consumo de alcohol, los daños relacionados y la dependencia coexisten a lo largo de un continuum. No son entidades estáticas y los individuos pueden moverse hacia delante y hacia atrás dentro de ese continuum durante sus vidas.

## ***ALCOHOL Y SALUD***

El consumo de alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales de una manera dosis dependiente, sin que existan evidencias de un efecto umbral. Para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo. Los daños causados por el consumo de alcohol a terceras personas abarcan desde molestias sociales menores, como permanecer despierto durante la noche, hasta consecuencias más severas, como deterioro de las relaciones matrimoniales, abuso de menores, violencia, delitos e incluso homicidios. En general, cuanto más grave resulte el delito o la lesión, tanto más probable que el consumo de alcohol haya sido el causante. La probabilidad de ocasionar daño a terceros es una razón poderosa para intervenir en los casos en que se advierta consumo de

alcohol tanto perjudicial como de riesgo. El alcohol es causa de diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. El alcohol incrementa el riesgo de estas enfermedades y lesiones de forma dosis dependiente, sin que existan evidencias que sugieran un efecto umbral. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos.

Identificación de todos los pacientes adultos para determinar si se trata de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, incluyendo patrones de consumo excesivo ocasional. Si no fuera posible llevar a cabo un estudio tan amplio, una opción factible es la de limitar el estudio a grupos de alto riesgo o a situaciones específicas. Estos grupos podrían incluir varones jóvenes o de edades medias. No existe evidencia alguna acerca de la frecuencia con que debe realizarse la evaluación de un posible consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Si no hay factores clínicos que lo justifiquen, probablemente no debería realizarse más de una vez al año.

Las preguntas más simples de realizar son las relacionadas con el consumo de alcohol. Las tres primeras preguntas del Cuestionario de identificación de los trastornos por consumo de alcohol de la OMS (AUDIT-C, por sus siglas en inglés), que fue diseñado para identificar consumos de alcohol de riesgo o perjudicial en entornos de atención primaria, han sido correctamente probadas y validadas. La primera pregunta interroga sobre la frecuencia del consumo; la segunda valora la cantidad de alcohol bebido en un día de consumo normal, y la tercera versa sobre la frecuencia de episodios de consumo elevado de alcohol. La identificación del tipo de consumo de alcohol de un paciente se realiza mucho mejor cuando se incorpora a las prácticas clínicas de rutina; por ejemplo, realizar las preguntas de forma sistemática a todos los nuevos pacientes en el momento en que se registran o cuando acuden para un chequeo general; o a todos los varones de entre 18 y 44 años cuando acuden para una consulta. No hay ninguna evidencia disponible que sugiera que la aplicación sistemática de la identificación del consumo de alcohol, de riesgo o perjudicial, pueda acarrear efectos negativos, tales como incomodidad o insatisfacción entre los pacientes. Para una mejor evaluación de los casos, aquellos pacientes varones que obtengan una puntuación de 5 o más en el cuestionario AUDIT-C, o cuyo consumo de alcohol sea igual o superior a 210g por semana y aquellas pacientes mujeres cuyo puntaje sea de 4 o más en el AUDIT-C, o cuyo

consumo de alcohol semanal sea igual o superior a 140g, deberán ser invitados/as a responder el cuestionario de 10 preguntas del AUDIT para una valoración más completa. Las pruebas de laboratorio para la evaluación de trastornos relacionados con el uso de alcohol incluyen la gamma-glutamil-transfe-rasa (GGT) en suero y las aminotransferasas (enzimas hepáticas), la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) y el volumen corpus-cular medio (VCM). No son útiles para el proceso de identificación, porque si se obtienen resultados elevados, éstos tienen una baja sensibilidad, identificando sólo una pequeña porción de pacientes cuyo consumo de alcohol es de riesgo o perjudicial.

## CAPITULO II

### CONSUMO DE ALCOHOL EN EL MUNDO Y EN MÉXICO

A nivel mundial el consumo nocivo de alcohol se encuentra dentro de los principales factores que contribuyen a una muerte prematura prevenible. La prevalencia anual en el 2012 para este consumo fue del 42%, tomando en cuenta que este consumo es considerado como legal en la mayoría de los países, pero al hacer un contraste con los demás tipos de drogas se puede apreciar que esta cifra es ocho veces mayor a la prevalencia anual de sustancias ilegales (5%) (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2012). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011 (ENA) en México el 42.9% de los adolescentes de 12 a 17 años ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 30% en el último año y el 14.5% en el último mes. Por género se encontró que el 17.4% de los hombres y el 11.6% de las mujeres ha consumido alcohol el último mes. Siendo la cerveza la bebida preferida por la población, seguida por los destilados y los vinos de mesa. En la población adulta el consumo fue mayor que en los adolescentes, y este consumo aumentó del 2002 al 2011 de 72% al 77.1%. La prevalencia en el último año paso de 51.3% (2002) al 55.7% (2011) y en el último mes de 22.2% a 35% respectivamente. Por sexo este crecimiento también encontró de manera significativa tanto en hombres (62.6% al 69.3%) como en mujeres (37.1% a 43.2%) en el último año (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012; CONADIC-SS, 2011; WHO, 2011; Villatoro, Gaytán, Moreno, Gutiérrez, Oliva, Bretón, et al., 2011). Morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de alcohol. El alcohol es una sustancia que afecta a todo el organismo. El sexo, la edad y las características biológicas del consumidor determinan el grado de riesgo al que se exponen cuando consumen. Los resultados de investigaciones en adolescentes muestran el daño neuronal secundario por consumo de alcohol en edades tempranas, presentando alteraciones de la conducta, de la memoria y de los procesos relacionados con el aprendizaje. Algunos estudios neuroanatómicos señalan que el alcohol puede alterar la estructura y la función del Sistema Nervioso Central (SNC) de manera significativa provocando deterioro neuropsicológico, sin embargo este deterioro puede presentar variabilidad debido a la cantidad de alcohol consumida,

los antecedentes y el patrón de consumo, además del consumo de otras sustancias tóxicas. De acuerdo a la OMS, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y de discapacidad; es el primer lugar en América y el Pacífico Occidental y el segundo en Europa. En el mundo 320, 000 jóvenes entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el alcohol, lo que representa un 9% de la mortalidad de este grupo etario. En México, el uso de alcohol es la cuarta causa de muerte de la población en el país (8.4%). Los trastornos asociados a este consumo son usualmente subestimados por la población, principalmente por los jóvenes, se piensa que se necesita de un consumo crónico e intenso para producir daños orgánicos, sin embargo, la evidencia indica la existencia de daño orgánico asociado al consumo intermitente. Martínez a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), reporta algunas consecuencias que conlleva el consumo de alcohol en los adolescentes, como lo son:

- Los accidentes de tráfico, suicidios y homicidios.
  
- El inicio de la actividad sexual a edad más temprana y mayor tendencia a relaciones sin protección.
  
- Los adolescentes que inician a edades tempranas el consumo de alcohol incrementan 4 veces la probabilidad de desarrollar dependencia, que aquellos que inicia el consumo en la edad adulta.
  
- Ausencia escolar, actitud negativa, bajo rendimiento académico, problemas de disciplina, que conllevan al abandono total de la escuela.
  
- Conflictos familiares, distanciamiento y hostilidad.
  
- Movimientos motores menos coordinados, reflejos lentos, afeción del control de los músculos del habla y la actividad de los ojos.

Los problemas de salud son las principales consecuencias del consumo de alcohol, relacionado como la causa de 60 tipos de enfermedades tanto agudas como crónicas. Mismas que

se pueden agrupar en tres categorías (Condiciones de salud íntegramente atribuibles al consumo de alcohol, condiciones crónicas que tienen el alcohol como factor contribuyente y condiciones agudas en las cuales el alcohol es factor contribuyente), reflejadas por la naturaleza de su condición y su relación etiológica del consumo de alcohol (Guerra & García [Centro de Información sobre Salud y Alcohol CISA]; Alcohol, España), por tipo de trastorno se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Trastornos cardiovasculares como la hipertensión arterial, miocardiopatía dilatada, alteraciones del ritmo cardíaco, cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares.
  
- Trastornos digestivos. Orofaringe (queilitis, boqueras, glositis, gingivitis, caries, hipertrofia de la glándula parótida, cáncer de labio, lengua o de cavidad orofaríngea), esófago (reflujo gastroesofágico, esofagitis pépticas, hemorragias digestivas altas o bajas), estómago (gastritis alcohólica aguda o crónica, úlcera de estómago y cáncer de estómago), páncreas (pancreatitis aguda, colelitiasis), hígado (hepatopatía, hígado graso, hepatitis alcohólica, cirrosis alcohólica, hepatomegalia, hepatocarcinoma), intestino delgado (mala absorción intestinal, diarrea, desnutrición).
  
- Trastornos hematológicos. Alteraciones de los eritrocitos (macrocitosis, anemia megaloblástica), alteraciones de los leucocitos y alteraciones de las plaquetas.
  
- Trastornos osteomusculares. Osteoporosis, alteraciones articulares, miopatías y rabdomiólisis.
  
- Trastornos metabólicos. Alteraciones de las proteínas, lípidos y vitaminas, cetoacidosis alcohólica, hipoglucemia alcohólica.
  
- Trastornos endocrinos. Hipogonadismo hipogonadotrópico, con atrofia testicular e infertilidad, feminización por aumento de estrógenos plasmáticos, amenorrea, riesgo de aborto espontáneo, esterilidad, síndrome pseudo Cushing con atrofia muscular.
  
- Infecciones. Neumonías, tuberculosis, hepatitis virales por virus B y C, meningitis, infecciones cutáneas y peritonitis, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).



Cáncer. Oro faríngeo, esofágico, del tracto respiratorio superior, de recto y cáncer de mama.

Trastornos neurológicos. Degeneración cerebelosa, demencia alcohólica, síndrome de Wernicke-Korsakoff, pelagra, beriberi, ambliopía alcohol-tabaco, enfermedad de Marchiafava-Bignami, mielinólisis pontina central, demencia alcohólica, atrofia cerebral, epilepsia, factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular, poli neuropatía y miopatía.

El efecto del consumo de alcohol en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) es muy pronunciada por dos razones: la primera es porque las muertes atribuibles al consumo de alcohol se producen relativamente en etapas tempranas de la vida lo que resulta en muchos años perdidos por muerte prematura, y la segunda debido a que los trastornos por consumo de alcohol son a menudo incapacitantes. En muchos países de ingresos medios, el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de la enfermedad. En la Figura 1 se muestran los porcentajes mundiales de AVAD atribuidos a los factores de riesgo más importantes por grupo de ingreso (ONU, 2011). Además de los numerosos efectos crónicos y agudos, el consumo de alcohol se asocia con consecuencias psicosociales generalizadas como la violencia, el abandono, el maltrato y el ausentismo en el lugar de trabajo, entre otros. Teniendo en cuenta el significado de las consecuencias del consumo de alcohol en comparación con otros riesgos para la salud, se puede apreciar que al consumo nocivo del alcohol no se le da la debida atención en las políticas públicas, esto podría explicarse a la baja percepción de riesgo por parte de los individuos y a la aceptación por parte de la sociedad como una práctica cotidiana.

## ***LOS COSTOS SOCIALES Y SANITARIOS DEL ABUSO DE ALCOHOL***

El efecto negativo del consumo de alcohol repercuten notablemente en el plano económico y social debido a que el consumo de bebidas alcohólicas ocurre principalmente en las etapas productivas de la vida. Las consecuencias del consumo de alcohol perjudican mucho más allá de la salud física y psicológica de la persona que bebe, también causa daño al bienestar y a la salud de los demás. Parte del daño social para el bebedor está implícito en las condiciones de salud, las enfermedades y lesiones, por ejemplo, se tienen implicaciones sociales, incluyendo los gastos

médicos, los efectos negativos en la productividad, las cargas financieras y psicológicas de las familias. Ejemplos de daños causados a terceras personas incluyen las condiciones prenatales causadas por el consumo y las lesiones causadas por la violencia de un atacante ebrio a una madre (Pérez, 2002).

El daño social del consumo de alcohol se puede clasificar en términos de cómo afectan funciones y responsabilidades importantes de la vida cotidiana como: el trabajo, la familia, los amigos y el carácter público. La intoxicación interfiere en mayor o menor medida con la mayoría del trabajo productivo. La propia productividad del bebedor se reduce, y puede haber consecuencias sociales adversas, incluyendo la pérdida de su trabajo. La productividad de los otros en torno al bebedor puede disminuir si tienen que tomar tiempo de su trabajo para cubrir los errores, las ausencias o tardanzas del este.

## ***EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO CUESTIÓN DE GÉNERO***

Por muchos años el consumo de alcohol estuvo vinculado a los hombres, esto no quiere decir que las mujeres no consumieran, sino que su patrón de consumo era menor y más disimulado. Hoy por hoy las encuestas muestran un estrechamiento de las diferencias de consumo de alcohol por género, relacionando estos incrementos al cambio de rol femenino tradicional y el cambio de posición social. El papel que tradicionalmente cumplían las mujeres en la sociedad se está equiparando con el de los hombres, asumiendo roles que tradicionalmente se habían asociado a los hombres (ENA, 2011; Möller- Leimkühler, Schwartz, Burtscheidt & Gaebel, 2002). La orientación del rol de género está representada por el auto concepto de una persona en relación con sus atributos instrumentales y expresivos. La noción de género esta entendida como la diferencia de roles basada al sexo: hombres y mujeres, donde básicamente lo masculino y lo femenino designan las normas, los valores, los comportamientos, la forma de vestir, de expresarse, de sentir, entre otras. El género ha venido a poner claramente una

desigualdad y/o minusvalía estructural en la sociedad del género femenino frente al género masculino. A los hombres se le asignan roles de responsabilidad del trabajo productivo (ámbito laboral, los negocios, en el exterior de la familia) y a las mujeres roles sobre la crianza de los hijos y al cuidado del hogar (ámbito privado) (Instituto de la Mujer, 2007).

La abstinencia de la mujer que estaba dictada por los códigos sociales, la preservó por mucho tiempo de las consecuencias negativas asociadas con el uso y/o abuso de alcohol, pero la tendencia actual a la reducción de las diferencias entre sexos modifica también los roles y las actitudes ante el alcohol. Es importante señalar, que aun con estos cambios el estigma social en mujeres bebedoras aún está presente, además que el consumo de alcohol es vivido de manera diferente por sexo, desde el punto biológico, se señala que la mujer tiene mayor susceptibilidad a la intoxicación aguda, así como a desarrollar enfermedades hepáticas serias o cáncer de mama. Las causas por las cuales hombres y mujeres se inician en el consumo también son diferentes las mujeres refieren iniciar el consumo por síntomas depresivos y por frecuentes conflictos interpersonales (Annis & Graham, 1995; Díez, 2003; González & Alcalá, 2005).

La sociedad, la cultura y el consumo de alcohol. La historia del consumo de alcohol se puede remontar a la propia historia de la vida del ser humano, con una carga cultural que trasciende a través de las generaciones. Se le ha identificado presente en la historia de la sociedad en los distintos ámbitos de la vida del hombre; su origen se relaciona, con aspectos mágicos y religiosos. Formando parte de rituales y festividades colectivas, también ha estado presente en momentos de crisis cultural y de valores (Alonso, 2008; Edwards, 2005). Es considerada la droga legal más consumida que ha formado parte del entorno social y cultural a través de los años, su devenir histórico la ha convertido en una sustancia ampliamente utilizada y con una enorme aceptación social. El consumo de alcohol en los adolescentes es el reflejo de la adaptación a la sociedad y con un significado social durante la transgresión, el inicio al mundo adulto y el de cierto atractivo personal (Pons & Buelga, 2011). Desde el nacimiento los procesos de aprendizaje y de socialización presentes durante el desarrollo del ser humano influyen a través del aprendizaje de normas y comportamientos socialmente aceptados en la familia, la escuela, los amigos/pares y los medios de comunicación (Becoña, 2002). La familia juega un papel crucial protegiendo del consumo de drogas, dado que la familia es el primer entorno social en el que se desarrolla el individuo y se modelan conductas, posee una estructura, organización, jerarquización y patrones de interacción social que condicionan el comportamiento de sus miembros. En la

sociedad actual la disponibilidad de las bebidas alcohólicas tiene una incidencia especial en el inicio del consumo, la presencia física de la sustancia predice la cantidad de consumo en la sociedad: cuanto mayor sea la cantidad presente en el medio social, mayor será la proporción de consumidores experimentales, habituales y dependientes. Es fácil que los individuos de cualquier edad, incluso los adolescentes consigan fácilmente las bebidas alcohólicas y a bajo precio, están disponibles en cualquier establecimiento con permiso o supermercado, los cuales en su mayoría las expiden sin exigir que sean mayores de edad (Pons & Buelga, 2011).

### ***EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL***

La prevención del consumo de alcohol y otras drogas ha sido abordada en diferentes disciplinas, pero principalmente en la psicología creando un sinfín de teorías para explicar el comportamiento en la evolución del consumo de drogas, entre ellas el consumo de alcohol, este comportamiento puede darse en diferentes etapas como en cualquier tipo de adicción en las distintas drogas.

Estas etapas permiten conocer las implicaciones que tienen el individuo y el consumo de alcohol, al poder identificarlos y actuar de manera efectiva de acuerdo a la etapa en la que se encuentre. Enfermería no es la excepción en la tarea de la prevención de adicciones, en los últimos años ha buscado posicionarse dentro de la producción de investigación en salud en busca de respuestas sobre este problema de salud pública.

Es importante destacar que el consumo de alcohol no es un problema en sí, si este se realiza de manera sensata, el problema es cuando se hace uso indiscriminado pasando del consumo sensato a un consumo dependiente, donde el individuo necesita de la sustancia y todas sus actividades giran en torno a la bebida, denominándose alcohólico (Rodríguez, 2012).

El profesional de Enfermería es la persona clave en la prevención del consumo y en la promoción de estilos de vida saludable, dado que su principal función es el cuidado de la salud de los individuos, al estar presente en los tres niveles de atención, juega un papel fundamental en la salud de las personas durante toda su vida (González, Manzano & González, 2009). La prevención primaria debe ser la meta principal del profesional de la facultad de intervenir para brindar promoción de la salud y prevención del consumo (Wright, 2004).

Sin embargo la investigación reciente indica que para que el papel de enfermería tenga un mayor impacto en la salud de los individuos en la prevención de las adicciones, se debe fortalecer el currículo de enfermería, para dar una perspectiva integral en el cuidado y la creación de fundamento teórico de enfermería que permita la integración de intervenciones de enfermería con efectos positivos a largo plazo y así mismo impactar en la reducción de la demanda de drogas tanto lícitas como ilícitas

## ***¿EL CONSUMO DE ALCOHOL AUMENTA EL RIESGO DE PROVOCAR DAÑOS A LA SOCIEDAD Y A TERCEROS? ALCOHOL Y PLACER SOCIAL***

El consumo de alcohol conlleva placeres de diversa índole (Pe)

La creencia de que consumir una dosis pequeña de alcohol resulta bueno para la salud es tan vieja como la propia historia del alcohol (Thom, 2001) y está arraigada en el saber popular (Cherrington, 1925). Cuando se pregunta a la población en general acerca de los efectos del consumo de alcohol, la mayoría de las respuestas se refieren más a sensaciones y experiencias positivas que negativas.

El alcohol juega un rol importante en la vida social cotidiana; está presente en ocasiones sociales diversas, como bautizos, bodas y funerales; también está presente en la transición entre el trabajo y el juego, facilitando el intercambio social. A lo largo de la historia, y en diferentes culturas, el alcohol resulta ser un medio frecuente utilizado entre amigos para aumentar la diversión y disfrutar aún más la compañía del otro (Heath, 1995).

Los beneficios para los que beben en encuentros sociales están determinados por la cultura, el ambiente en que se encuentran y las expectativas de los bebedores en cuanto a creen haber bebido alcohol, cuando en realidad no lo han hecho (Darkes y Goldman, 1993). Una buena razón para beber es que el alcohol mejora el ánimo de las personas a corto plazo (Hull y Stone,

2004). Ciertamente, existe gran cantidad de evidencias en lo que respecta a los efectos inmediatos del alcohol: mayor diversión, euforia, felicidad y estado de ánimo positivo, sentimientos que se experimentan más al beber en grupo que bebiendo solo (Plinner y Cappel, 1974) y que están muy influidos por las expectativas que se tienen de estos efectos (Brown et al. 1983, Hull et al. 1983). En los pocos estudios disponibles sobre personas que dicen haberse beneficiado psicológicamente por el consumo de alcohol, el número de beneficios se correlacionaba con la cantidad de alcohol consumido y con la frecuencia de los consumos más intensos (Makela y Mustonen, 1988). Por supuesto, quienes más bebían eran los que más posibilidad tenían de presentar problemas relacionados con el consumo y el promedio de beneficios que recibían por consumir alcohol tendía a disminuir en este caso. Aunque los beneficios psicosociales del alcohol más comúnmente reportados son disminución del estrés, mejora del estado de ánimo, más sociabilidad y relajación (Hull y Bond, 1986; Baum-Baicker, 1987), aún no ha sido estudiada la efectividad del alcohol comparada con otros medios para reducir enfermedades asociadas con el estrés. Sin embargo, existen amplias evidencias de que los pacientes con problemas psicológicos que recurren al alcohol para aliviarlos, tienden más a volver-se dependientes del alcohol (Kessler et al. 1996-1997; Book y Randall, 2002). En un año dado, una de cada ocho personas con trastornos de ansiedad también sufre trastornos ocasionados por el uso de alcohol. (Grant et al. 2004). También se asocia al alcohol con el hecho de que ayuda a dormir, pero si bien puede inducir el sueño, es cierto que también aumenta el insomnio y la excitación muchas horas más tarde, agravando así los trastornos del sueño (Castañeda et al. 1998).

### ***El alcohol y sus consecuencias sociales negativas***

Muchas veces se bebe alcohol por sus efectos intoxicantes y numerosos bebedores, en particular los jóvenes, consumen alcohol para intoxicarse, es decir, para emborracharse, haciéndolo en forma deliberada y consciente. Esta intoxicación es una causa común de daños sociales. El riesgo de sufrir las consecuencias negativas del alcohol (peleas, problemas en las relaciones familiares, maritales, sociales y laborales, en los estudios y en la relación con los amigos), se incrementa proporcionalmente con la cantidad de alcohol consumido, sin que existan evidencias de un efecto umbral. El aumento de los riesgos en los niveles inferiores de consumo se debe a los bebedores ligeros, que toman poco alcohol y que ocasionalmente consumen una cantidad mayor a

la habitual (Rehm y Gmel, 1999). Los daños sociales ocasionados por terceros que consumen alcohol son también comunes y generalmente sus consecuencias son menos graves (por ejemplo, no dejar dormir por la noche a causa de alboroto causado por borrachos). Además, se dan otro tipo de consecuencias, aunque menos comunes, como ser acosado en público o en fiestas privadas, ser insultado o sentir temor por la presencia de personas alcoholizadas; así como otras, de mayor gravedad, como ser lastimado físicamente o que se causen daños a la propiedad (Rosow y Hauge, 2004). Diversos estudios muestran que sólo una pequeña proporción de la población sufre daños en forma repetida y de distintas maneras; son los jóvenes y las mujeres que informan de mayor ingesta de alcohol por año, o que tienen episodios de intoxicación más frecuentes y asisten más a menudo a lugares públicos donde se bebe alcohol, quienes más probabilidades tienen de ser afectados por el consumo de otras personas (Rosow, 1996; Makela et al. 1999). La conducta alcohólica de una víctima de daños causados por otros bebedores es muy similar a la conducta alcohólica de aquellos que sufren distintos tipos de daños sociales a causa de su propio consumo de alcohol (Hauge y Irgens-Jensen 1986; Room et al. 1995; Midanik, 1999; Mustonen y Makela, 1999; Rehm y Gmel, 1999). Se resumen los daños causados por el alcohol a terceras personas. Violencia Una amplia proporción de las agresiones y los crímenes violentos involucran a una o más personas que han estado bebiendo antes de que ocurra el hecho (Pernanen, 1991;

Collins, 1993; Wells et al. 2000; Pernanen et al. 2000; Allen et al. 2003); un promedio de entre 40 y 50% de los crímenes violentos han sido cometidos por personas en estado de ebriedad, aunque esta proporción varía en cada país y cultura (Murdoch, Phil y Ross, 1990). Existe una relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de involucrarse en hechos de violencia, e inclusive en homicidios, más frecuentemente a causa de intoxicaciones que por consumo en general (Rosow, 2000; Wells et al. 2000). Ha quedado demostrado, a través de numerosos estudios, que los bebedores corren mucho más riesgo de verse involucrados en actos violentos y que igualmente se ven mucho más expuestos a ser víctimas de la violencia (Rosow et al. 2001; Greenfield y Henneberg, 2001). El consumo excesivo episódico, la frecuencia con que se consume y el volumen de consumo son factores que están independientemente asociados con el riesgo de provocar o sufrir agresiones (Wechsler et al. 1994; Wechsler et al. 1995; Wechsler et al. 1998; Komro et al. 1999; Bonomo et al. 2001; Swahn, 2001; Richardson y Budd, 2003; Swahn y Donovan, 2004; Wells et al. 2005), apareciendo como el factor más importante la frecuencia del consumo (Wells et al. 2005). En una muestra poblacional general, el volumen de bebida

consumido estaba asociado a las agresiones provocadas por el alcohol, aun cuando el exceso de bebida estaba controlado (Room et al. 1995).

En general, existe relación entre mayor consumo de alcohol y violencia criminal y doméstica; existen evidencias particularmente fuertes provenientes de estudios de violencia doméstica y sexual. La relación se atenúa si se toman en cuenta otras características como cultura, género, edad, clase social, criminalidad, abuso de menores y uso de otras drogas, además del alcohol. En general, cuanto mayor es el consumo de alcohol, mayor es el grado de violencia (Gerson y Preston, 1979; Martin y Bachean, 1997; Sharps et al. 2001). Estudios realizados en el Reino Unido (Mirrlees-Black, 1999) e Irlanda (Watson y Parsons, 2005) indican que un tercio de los hechos violentos en la pareja ocurre cuando el perpetrador se hallaba bajo los efectos del alcohol. Es más frecuente que el alcohol esté involucrado en actos violentos contra extraños que en actos violentos contra la pareja (Abbey et al. 2001; Testa y Parks, 1996).

No sólo los autores de actos violentos, sino también sus víctimas, presentan comunmente altos niveles de alcohol en sangre o niveles altos de consumo (Makkai, 1997; Mirrlees-Black, 1999; Brecklin y Ullman, 2002). Los ataques sexuales cometidos por extraños son más probables cuanto más alcohol haya consumido la víctima, mientras que el riesgo de un ataque sexual en la pareja provocado por el alcohol parece ser in-dependiente del alcohol consumido por la víctima (Kaufman Cantor y Asdigian, 1997; Chermack et al 2001). Muchas víctimas desarrollan problemas de consumo como respuesta a la violencia sexual sufrida (Darles-Bornoz et al. 1998). Aparte de las investigaciones epidemiológicas y experimentales que demuestran una relación causal entre intoxicación y violencia, hay también otras investigaciones que indican la existencia de mecanismos biológicos específicos que relacionan el alcohol con las conductas agresivas, las cuales se ven moderadas por factores circunstanciales y culturales. Los efectos farmacológicos del alcohol incluyen un aumento de la habilidad emocional y vivir en el presente, una menor conciencia de indicaciones internas o menor conocimiento de sí mismo (Hull, 1981), una menor capacidad para evaluar las consecuencias o menor habilidad para resolver problemas y una autorregulación y autocontrol deficientes. El alcohol parece interactuar con las características de la personalidad y con otros factores relacionados con una inclinación personal hacia la violencia, como la impulsividad (Zhang et al. 1997; Lang y Martin, 1993). Las lesiones causadas por actos de violencia pueden tener más que ver con la dependencia del alcohol



que con otros tipos de daños asociados con el alcohol (Cherpitel, 1997). Además de la ingesta de alcohol y del patrón de consumo, el contexto social en que se desarrolla el consumo es también importante en las agresiones causadas por el alcohol (Eckardt et al, 1998; Fagan, 1990; Martin, 1992; Collins y Messerschmidt, 1993; Gram et al. 1998; Parker y Agüeran, 1998), especialmente en los jóvenes cuya conducta de beber está fuertemente influida por sus compañeros (Han-sen, 1997). Un meta-análisis descubrió que los efectos del alcohol eran mayores en situaciones caracterizadas por mayor ansiedad y por conflictos de inhibición y frustración, mientras que las diferencias entre las personas sobrias y las intoxicadas eran menores en situaciones que involucraban un alto grado de provocación o más atención a sí mismos (Ito et al. 1996).

Más aún, si se logra desincentivar la agresividad, se pueden reducir e incluso eliminar completamente los efectos del alcohol sobre ésta (Hoaken et al. 1998; Jeavons y Taylor, 1985). Los establecimientos públicos de consumo son sitios de alto riesgo de violencia asociada con el alcohol (Pernane, 1991; Stockwell et al. 1993; Archer et al. 1995; Rossow, 1996; Leonard et al. 2002). Sin embargo, estos contextos en sí mismos no explican la relación entre alcohol y agresividad, pues el impacto del alcohol también actúa en forma independiente del contexto o ambiente en el que se bebe (Wells et al. 2005). No obstante, el entorno en que ocurren los hechos de violencia no es independiente del consumo de alcohol. Por ejemplo, en entornos de consumo de bebidas alcohólicas, como bares y cantinas, no tiene sentido tratar de establecer la proporción de violencia que se habría producido si las personas no hubieran bebido, pues tales entornos no existen sin bebida. Aunque algunos incidentes en bares implican conflictos personales entre amigos o parejas que habrían ocurrido en cualquier otro sitio, casi todas las agresiones ocurridas en bares son espontáneas y surgen a causa de la interacción social que se da en ellos (Gram. y Wells, 2001) y a menudo involucran a extraños.

Por lo tanto, es razonable suponer que casi todos los incidentes violentos que ocurren en bares y en otros sitios donde beber es la principal actividad deben ser atribuidos al alcohol, ya sea directamente, por sus efectos farmacológicos, o indirectamente, por las normas sociales relacionadas con el beber.

Numerosos estudios transversales han demostrado la estrecha relación entre consumo excesivo y el riesgo de crisis matrimonial (Leonard y Rothbard, 1999), pero sólo unos cuantos estudios bien diseñados han demostrado que existe un riesgo significativamente mayor de separación o divorcio

entre bebedores intensos, en comparación a otros (Fu y Goodman, 2000). Una gran cantidad de estudios transversales y algunos estudios longitudinales sobre consumo de alcohol y agresión marital han mostrado que el consumo abusivo de alcohol en el marido aumenta el riesgo de violencia matrimonial (Quigley y Leonard, 1999) de modo dependiente de la dosis. Asimismo, parece ser que el tratamiento de la dependencia de alcohol reduce la violencia en la pareja. Las mujeres con problemas relacionados con el alcohol tienen frecuentes problemas maritales, y tienen menos confianza en poder resolver los desacuerdos con su pareja. Las mujeres dependientes presentan una mayor incidencia de agresiones de sus cónyuges y las que son víctimas de violencia a causa del alcohol tienden a beber más.

El alcoholismo es una enfermedad crónica incurable, caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, que eleva la morbilidad y mortalidad del individuo afectando su comportamiento social con consecuencias biológicas, psicológicas y sociales, por lo que constituye la toxicomanía de mayor relevancia a escala mundial por su prevalencia y repercusión.

## CAPITULO III

### TRANSTORNOS MENTALES

#### ***DEPENDENCIA O TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL (TUA).***

Se han identificado alteraciones en la estructura de varias áreas cerebrales, particularmente el área pre frontal y el hipocampo, en los receptores neuronales (glutamato y GABA, principalmente), en la respuesta inflamatoria y en la expresión de diversos genes. Los adolescentes con disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal serían más vulnerables. Se expresa por manifestaciones conductuales y cognitivas en las que el uso de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo. Generalmente, existe craving (deseo fuerte y urgente de consumir alcohol) y consumo compulsivo o descontrolado (consumo mayor o más prolongado de lo deseado, con esfuerzos fallidos para reducirlo, empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la bebida a costa de otras, y mantenimiento de la ingesta pese a la aparición de problemas). A menudo se acompaña de tolerancia y síndrome de abstinencia hiperactividad de las funciones fisiológicas suprimidas por el alcohol al cesar o disminuir de golpe un consumo prolongado. Aunque la dependencia implica cambios neuro adaptativos, el contexto social tiene mucha importancia en el inicio, progreso, cese, recaídas y pautas de consumo. Según la CIE-10 se ha de diagnosticar dependencia de alcohol si son positivos tres o más criterios de una lista de seis<sup>34</sup>. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) sea de diagnosticar TUA si son positivos dos o más criterios de una lista de 11, clasificándolo posteriormente en leve, moderado o grave según el número de criterios positivos. El DSM-V aún bajo un solo diagnóstico los de abuso y dependencia del antiguo DSM-IV. La CIE-10 permite también el diagnóstico de uso nocivo o perjudicial cuando no existe dependencia pero sí un consumo que puede acarrear efectos adversos, daño a la salud o malestar clínicamente significativos. El riesgo de TUA suele aumentar linealmente al hacerlo el consumo promedio diario y la frecuencia de atracones así como en quienes tienen historia familiar de TUA<sup>38</sup> o en fumadores de tabaco.

Europa se ha estimado una prevalencia anual de TUA en la población de 15 años y más del 6,1% en hombres y del 1,1% en mujeres, habiendo importantes diferencias geográficas y una importante repercusión en la mortalidad atribuible al alcohol y sobre todo en la carga de enfermedad. La gran mayoría de las personas con TUA no estaban recibiendo tratamiento<sup>40</sup>. El TUA

aumenta la probabilidad de muerte y otros trastornos físicos y psíquicos y el uso de servicios sanitarios.

En las muestras epidemiológicas de personas con TUA se encuentra un exceso de mortalidad con respecto a la población general de su misma edad y sexo de 3,4 veces en hombres y 4,6 veces en mujeres y en las personas con TUA de la población general cifras algo menores. La sobre mortalidad es causada sobre todo por patologías como cirrosis hepática, trastornos mentales y lesiones, aunque también existe para cáncer o enfermedades cardiovasculares. La sobre mortalidad en menores de 40 años es bastante más elevada (9 veces en hombres y 13 veces en mujeres).

#### Intoxicación etílica aguda (IEA)

Es uno de los problemas más frecuentes. Sus manifestaciones clínicas se deben sobre todo al efecto depresor del alcohol sobre el SNC y dependen de la CAS, velocidad de absorción del alcohol, nivel de tolerancia y consumo concomitante de otros depresores (hipnosedantes, opioides, etc.). Con una CAS de 0,5-1 g/l hay deterioro de las funciones cognitivas y rendimiento psicomotor y a partir de 1 g/l aparece disartria, descoordinación, marcha inestable y nistagmus. Los casos más graves pueden llegar a estupor y coma<sup>33</sup>. La muerte es rara, pero puede ocurrir, sobre todo si hay consumo concomitante de otros depresores o cocaína. Un desenlace dramático puede producirse tras sofocación por inhalación del vómito. Las complicaciones más frecuentes son lesiones accidentales e intencionadas, las conductas violentas o agresivas, incluyendo un mayor riesgo de suicidio<sup>55-60</sup>. Sin embargo, también puede aparecer hipotermia, aumento de las relaciones sexuales no deseadas o no protegidas<sup>61,62</sup> y aumento del riesgo de infecciones. Además la IEA complica el tratamiento de algunas lesiones accidentales, particularmente los traumatismos craneocefálicos.

Entre los jóvenes, sobre todo adolescentes, los que tienen frecuentes atracones de alcohol concentran la mayor parte de los problemas relacionados con esta sustancia. La resaca posterior a la IEA, atribuida a la deshidratación, alteraciones hormonales, desregulación de la respuesta inflamatoria y efectos tóxicos, es responsable de absentismo laboral y escolar.

#### Otros trastornos mentales

Además de TUA e IEA, el alcohol puede inducir o aumentar el riesgo de otros trastornos mentales como depresión, ansiedad o esquizofrenia. El consumo de alcohol se relaciona con peores resultados en el tratamiento de los trastornos mentales, especialmente depresión y esquizofrenia<sup>68-70</sup>. Además, puede interactuar con los medicamentos utilizados. Estos problemas pueden relacionarse con las alteraciones funcionales y estructurales del alcohol en el cerebro desde el embrión a la etapa adulta.

## ***TRASTORNOS NEUROLÓGICOS***

Se ha sugerido que el consumo excesivo y prolongado de alcohol puede producir daño cerebral y mayor riesgo de demencia. Aunque la mayoría de las personas alcohólicas tienen trastornos cognitivos (de memoria y aprendizaje) aún se debate el papel de la toxicidad del alcohol y de la deficiencia de tiamina en estos problemas, en particular en la demencia relacionada con alcohol y en el síndrome de Wernicke-Korsakoff. En este sentido, los modelos animales muestran que los problemas relacionados con alcohol pueden ser parcialmente reversibles pero no los debidos a deficiencia de tiamina. No hay evidencias de que el consumo ligero o moderado aumente el riesgo de demencia e incluso es posible que lo disminuya<sup>74-77</sup>.

En adolescentes con consumo excesivo de alcohol se encuentra un rendimiento cognitivo menor (memoria, atención, función ejecutiva) y alteraciones cerebrales que podrían desembocar en problemas de aprendizaje y mayor riesgo de futuro TUA, aunque aún no se ha aclarado suficientemente el papel causal del alcohol y de otros factores. Estas alteraciones pueden ser total o parcialmente reversibles, dependiendo de los patrones de consumo, factores genéticos y de otro tipo. La patogénesis de las neuritis y neuropatías periféricas asociadas al alcohol tampoco está bien establecida.

El alcohol puede inducir convulsiones durante el síndrome de abstinencia o fuera de él. Hay evidencias de que el uso de alcohol aumenta el riesgo de epilepsia independiente del síndrome de abstinencia de forma dosis dependiente sin que pueda identificarse un umbral claro. La mayor parte de quienes presentan convulsiones cumplen criterios de TUA. Para explicar la epileptogénesis se ha propuesto la atrofia y cambios de la estructura cerebral, hipoxia, descenso del umbral de convulsiones debido a episodios repetidos de abstinencia o cambios en el metabolismo y los neurotransmisores, en particular una reducción de la sensibilidad de los receptores gabaérgicos<sup>82</sup>.

## ***ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO***

### ***Hepatopatías***

Se suele observar una relación lineal o exponencial entre la cantidad promedio de alcohol consumida y el riesgo de cirrosis y cáncer hepático. Además, el alcohol empeora el pronóstico de las hepatopatías. La aparición de fibrosis hepática podría estar mediada por cambios epigenéticos, alteraciones metabólicas (aumento de ácidos grasos y estrés oxidativo que produce radicales libres, deficiencia de

folato, etcétera), alteraciones de la respuesta inflamatoria (que podría ser inducida directamente por los metabolitos del etanol, principal-mente acetaldehído, o por endotoxinas bacterianas del intestino).

### Pancreatitis

Se encuentra una fuerte asociación positiva entre la cantidad de alcohol consumida y el riesgo de muerte por pancreatitis. Este efecto podría deberse al daño directo en las células acinares producido por el acetaldehído y los ésteres de ácidos grasos generados en los procesos de metabolización oxidativa y no oxidativa del etanol y con cambios en las reacciones redox, los cuales inducirían cambios en los enzimas digestivos pancreáticos, en particular en la tripsina, que contribuirían al desarrollo de la pancreatitis. Otras enfermedades del tracto digestivo.

El consumo excesivo de alcohol puede producir esofagitis por reflujo que se puede complicar con neumonía por aspiración debido a trastornos de la motilidad esofágica. Igualmente puede producir gastritis o gastralgias por aumento de la acidez y de la permeabilidad de la mucosa gástrica, diarrea por aumento de la motilidad intestinal y malabsorción, malnutrición, alteraciones de la flora intestinal y aumento de la absorción de toxinas microbianas que pueden alcanzar el hígado. En cambio el consumo moderado podría jugar un papel positivo en la gastritis y colelitiasis.

### CÁNCER

Muchos tipos de cáncer se relacionan con el alcohol y el riesgo de mortalidad por cáncer aumenta de forma lineal o exponencial al hacerlo el volumen promedio consumido, en particular los cánceres del tracto Aero digestivo superior (oro faringe, laringe esófago), intestino grueso e hígado. Sin embargo, algunos autores encuentran una curva en J entre el volumen de alcohol consumido y la mortalidad global por cáncer.

La evidencia sugiere que incluso las dosis bajas ( $\leq 10$  g/día) pueden aumentar el riesgo de cáncer faríngeo y esofágico, sin que parezca existir un efecto umbral. El riesgo de cáncer de mama empezaría a aumentar a partir de 30 g/día y el de laringe, colorrectal y pancreático a partir de 10 g/día. La asociación del alcohol con el cáncer de cabeza y cuello parece independiente de la exposición al tabaco.

Aunque no se conocen los mecanismos exactos, los estudios experimentales sugieren que el consumo crónico de alcohol es carcinógeno en seres humanos. Se ha implicado al acetaldehído y a la formación de radicales libres.

El acetaldehído que se produce en el tracto digestivo superior e inferior se une al ADN y a las proteínas, destruye el folato, produce otras deficiencias de vitaminas y minerales y da lugar a hiperproliferación celular secundaria. Otros mecanismos alternativos son cambios epigenéticos como la inducción de patrones anormales de metilación del ADN. En el cáncer de mama puede jugar un papel importante el aumento de los estrógenos mediado por el alcohol. En cualquier caso, los factores genéticos pueden explicar las diferencias individuales.

## ***ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES***

La cantidad de alcohol consumida suele mostrar una relación en J con el riesgo de muerte por enfermedad coronaria e ictus isquémico, lo que significa que los bajos niveles de consumo reducen el riesgo, aunque todavía se discute la magnitud de la reducción, si se mantiene después de los 75 años y los niveles con máxima reducción (aproximadamente 20 g/día en hombres y 10 g/día en mujeres)<sup>101-106</sup>. En general los efectos beneficiosos aparecen a partir de los 45 años en los bebedores regulares moderados. Parece que los atracones de alcohol anularían los efectos protectores, lo que es consistente con los estudios biológicos sobre el efecto del alcohol sobre lípidos sanguíneos y coagulación<sup>6,107,108</sup>. Al menos la mitad del efecto parece producirse a corto plazo (por ser anticoagulante), por lo que el consumo irregular generaría pocos beneficios. El riesgo de coronariopatía es mayor en los consumidores irregulares que en los regulares moderados<sup>110</sup> y, en general, el riesgo aumenta al hacerlo la frecuencia de atracones, incluso tras ajustar por consumo promedio. Por otra parte, el riesgo de hipertensión arterial e ictus hemorrágico aumenta con el volumen promedio y el riesgo de cardiomiopatía y arritmias es mayor en los consumidores excesivos, incluidos los episódicos. El efecto arritmogénico (arritmias auriculares) aparece sobre todo durante los atracones y en los consumidores crónicos puede ser potenciado por el síndrome de abstinencia, alteraciones electrolíticas y otros factores. La cardiomiopatía parece que se debe a la disminución de la contractilidad miocárdica por efecto tóxico directo del alcohol sobre los miocitos durante la ingesta aguda.

Finalmente, los bajos niveles de consumo aumentan los niveles de colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad y tiene efectos anticoagulantes moderados, lo que puede reducir el riesgo de arteriosclerosis y enfermedades isquémicas. Al contrario, los altos niveles de consumo mantenidos

pueden activar la formación de placas arterioscleróticas vía metabolismo oxidativo y formación de radicales libres.

## ***LESIONES Y CONDUCTAS VIOLENTAS RELACIONADAS CON ALCOHOL***

La implicación del alcohol en las lesiones es muy frecuente. En un meta análisis de estudios publicados entre 1975 y 1995 se encontró una  $CAS \geq 1$  g/l en el 31,5% de las muertes por homicidio, en el 22,7% de los suicidios y en el 31,0% de las producidas en accidentes no de tráfico<sup>113</sup>. Hay muchas evidencias de que el consumo de alcohol se asocia con un mayor riesgo de lesiones accidentales e intencionadas<sup>63,114-117</sup>, la mayor parte de ellas procedentes de estudios transversales, casos y controles o casos cruzados realizados sobre lesionados fallecidos o atendidos en servicios de urgencias<sup>116-120</sup>. Los estudios de urgencias sugieren que el uso de alcohol aumenta el riesgo de lesiones en las seis horas siguientes 2,1-2,4 veces cuando se usan diseños de casos y controles y 5,2-6,8 veces cuando se usan diseños de casos cruzados, que el riesgo es mayor para lesiones intencionadas que accidentales y para accidentes de tráfico que para los que no son de tráfico y que existe una relación dosis-respuesta, con un aumento del riesgo al aumentar la CAS. En cuanto al riesgo de lesiones de tráfico se ha encontrado una curva dosis-respuesta lineal o exponencial al aumentar la CAS o la cantidad de alcohol consumida en las 3-6 horas previas al accidente, existiendo ya un riesgo aumentado para CAS de 0,1-0,2 g. El riesgo es mayor para los menores de 21 años. Se ha estimado que con una CAS de 0,8g/l el riesgo de morir por accidente de tráfico es unas 13 veces mayor que con una CAS de cero<sup>126</sup>. Las evidencias apuntan a que también existe una relación dosis respuesta para accidentes no de tráfico, especialmente para lesiones intencionadas en las que se encuentra una curva con mayor pendiente que para lesiones accidentales<sup>23,120,128-130</sup>. La cantidad consumida en cada ocasión se asocia a mayor riesgo de lesiones tras controlar por el consumo promedio<sup>131,132</sup>. Aunque algunos estudios sugieren que el consumo de alcohol y el nivel CAS se asocia a mayor gravedad de las lesiones, sobre todo en las lesiones de tráfico, otros no encuentran evidencias claras. El mayor riesgo de lesiones es consistente con las limitaciones cognitivas (control de impulsos, memoria, procesamiento de información) y psicomotoras (focalización visual, atención, tiempo de reacción, coordinación ojo-mano-pie) y la consiguiente dificultad para realizar tareas complejas asociadas al consumo de alcohol. En las lesiones intencionadas puede influir también el aumento de agresividad y menor aversión al



riesgo provocados por el alcohol. La heterogeneidad geográfica de los efectos puede deberse a los patrones y contextos en que se bebe. Por ejemplo, es más probable que el consumo excesivo provoque conductas violentas si se produce por la noche en un bar lleno de gente que en una fiesta privada o en casa con la familia.

## ***ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABÓLICAS***

### Diabetes mellitus

Hay evidencias de que el consumo moderado puede ser un factor de protector para la diabetes mellitus tipo 2, aunque el consumo excesivo puede ser un factor de riesgo. Por otra parte, el consumo excesivo puede complicar el manejo de la diabetes porque aumenta el riesgo de hipoglucemia. Sobrepeso/obesidad No hay evidencias de que el consumo moderado se asocie con sobrepeso, aunque sí podría hacerlo el consumo excesivo. Fracturas por baja densidad ósea El consumo excesivo se ha asociado con mayor riesgo, pero el consumo moderado podría ser protector.

## ***ENFERMEDADES INFECCIOSAS***

El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de tuberculosis. Además, puede empeorar su pronóstico y disminuir el cumplimiento terapéutico<sup>159,160</sup>. Con respecto a la infección por VIH, aunque se encuentra una asociación positiva con consumo excesivo de alcohol, no hay evidencia de que sea causal. Parece que dicho consumo empeora el pronóstico de la enfermedad y disminuye la adherencia al tratamiento<sup>161,162</sup>. También hay evidencias de que el alcohol aumenta el riesgo de neumonía y podría aumentar el de infecciones de transmisión sexual. De hecho, hay evidencias de que el consumo de alcohol aumenta la probabilidad de implicarse en conductas sexuales de riesgo. En el aumento del riesgo de infecciones pueden estar implicados múltiples mecanismos, entre ellos las alteraciones inmunológicas producidas por el alcohol.

## ***PROBLEMAS PERINATALES***

Aunque el consumo excesivo de alcohol durante la gestación puede causar una variedad de daños al feto, incluido el síndrome alcohólico fetal (SAF) y tener efectos cognitivos, conductuales y emocionales a largo plazo, aún existe mucha incertidumbre sobre la intensidad y el tiempo de la exposición al alcohol necesarios para producir los distintos daños<sup>109,167</sup>. Hay evidencias de aumentos lineales del riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer a partir de consumos promedio de la madre de 10-15 g/día<sup>168</sup>. Otras investigaciones, sin embargo, no han encontrado evidencias convincentes de que la exposición a niveles bajos o moderados de alcohol durante la gestación aumente el riesgo global de efectos adversos como aborto involuntario, muerte fetal, limitación del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer, defectos congénitos o SAF<sup>169</sup> o problemas de lenguaje. En cambio el consumo excesivo podría asociarse con alteraciones del desarrollo neurológico y de la función motora. Por su parte los estudios experimentales sugieren que el alcohol causa alteraciones estructurales irreversibles sobre el cerebro en formación, afectando a mecanismos genéticos, moleculares y celulares.

## ***OTROS PROBLEMAS DE SALUD***

### Psoriasis

El alcohol podría ser un factor de riesgo de padecer psoriasis, pero no hay suficientes evidencias para establecerlo con claridad. Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol complica el tratamiento de esta enfermedad. Interacciones con otras drogas y medicamentos. El consumo de alcohol junto con otras drogas puede modificar sus efectos y tener consecuencias peligrosas o letales. Por ejemplo el riesgo de muerte por depresión respiratoria aumenta al mezclar alcohol y otros depresores del sistema nervioso central, como opioides. La combinación de alcohol y cannabis potencia las limitaciones del rendimiento psicomotor y la percepción con lo que puede aumentar el

riesgo de accidentes de tráfico. Por otra parte el consumo concurrente de alcohol y estimulantes(cocaína, anfetaminas o éxtasis) es arriesgado y cualquier beneficio aparente queda neutralizado por el mayor riesgo de deshidratación, arritmias cardiacas y convulsiones. La combinación de alcohol y cocaína conduce a la formación de coca etileno, que es más cardiotóxico que cada una de las drogas aisladas. El alcohol interactúa con otros muchos medicamentos y preparados de herboristería modificando su absorción, metabolismo o interfiriendo en las dianas de acción<sup>180</sup>, por lo que puede ser necesaria la abstinencia o la reducción del consumo temporal o permanente mientras duran los tratamientos. Entre estos medicamentos están: benzodiazepinas, barbitúricos, opioides, analgésicos y antiinflamatorios, antidepresivos, antibióticos, antihistamínicos e hipoglucemiantes. Estas interacciones pueden tener implicaciones importantes cuando se realizan actividades peligrosas como conducir vehículos de motor.

#### Estrés temprano y ansiedad adulta

Se sabe que las experiencias adversas que provocan estrés en etapas tempranas del desarrollo modifican la función del cerebro, lo que predispone al sujeto a la adquisición, la persistencia y la recaída en el consumo de alcohol y otras drogas. Dentro de las experiencias adversas que predisponen a un sujeto a padecer el trastorno del uso del alcohol están el sufrir abandono o abuso físico y sexual, así como la negligencia física o afectiva hacia los niños. Sin embargo, los cambios cerebrales que ocurren a consecuencia de estas experiencias tempranas no están totalmente descritos.

### ***DAÑOS SOCIALES Y A OTRAS PERSONAS***

Además de problemas de salud, el consumo de alcohol se relaciona con problemas familiares (malas relaciones de pareja, violencia doméstica, maltrato infantil, negligencia de cuidados), escolares, laborales(absentismo laboral, baja productividad),económicos y comunitarios (ruidos, molestias, robos, conductas sexuales violentas y no protegidas, peleas, etcétera.), que afectan tanto al consumidor como a otras personas. Estas consecuencias despiertan preocupación, aunque las relaciones causales no están bien establecidas, debido a las deficiencias de los diseños de

investigación y a que el alcohol es una parte más de una red causal compleja en la que interactúan muchos otros factores, a menudo dependientes del contexto cultural y social.

## ***LIMITES DE RIESGO***

### Personas mayores de 65 años

El menor contenido en agua de las personas mayores, junto con sus variaciones de peso y metabolismo, hacen recomendable un consumo menor de alcohol en esta etapa de la vida, habiéndose recomendado<sup>78</sup> por ese motivo reducir el consumo de los varones sanos, de 65 años o más, a 1 consumición al día y no sobrepasar las 3 consumiciones (42 g) al día ni las 7 (98 g) a la semana, el mismo límite que se recomienda para las mujeres en general. Asimismo, el punto de corte del AUDIT para el cribado de personas de la tercera edad debería ser inferior al de los adultos en general. Personas con elevada tolerancia innata al alcohol Entre los factores hereditarios para el desarrollo de la dependencia alcohólica, cuentan diferencias metabólicas y neuroquímicas que condicionan una tolerancia aumentada al etanol. De ahí que una persona con elevada tolerancia innata, especialmente si tiene antecedentes de dependencia alcohólica, debe ser advertida de su especial y aparente- mente paradójica vulnerabilidad al alcohol, cuyo consumo conviene minimice.

"Circunstancias en las que no se debería beber nada"

- Embarazo y lactancia.
- Manejo de vehículos o maquinaria peligrosa.
- Pacientes con patología médica o medicación subsidiaria de abstinencia.
- Pacientes con antecedentes o presencia de una grave enfermedad mental.
- Pacientes con antecedentes de dependencia alcohólica u otra drogadicción.
- Personas que no pueden detener o controlar su ingestión de alcohol.

Los estudios epidemiológicos revelan una prevalencia de desórdenes en la forma de beber hasta en 3% en hombres ancianos y 0.46% en mujeres; sin embargo, en estudios comunitarios se observa que hasta 10% de los ingresos a las unidades de urgencias en mayores de 65 años se deben al abuso en el consumo de alcohol. Además, se ha encontrado que, debido a la falta de una distinción

clara entre alcoholismo y abuso de alcohol, estudios previos han considerado como fuerte consumidor al anciano que ingiere más de dos bebidas diarias. Con esto la prevalencia llega hasta 60 por ciento. Según la Encuesta Nacional de Adicciones en México 2002, 72% de la población masculina y 42% de la femenina mayor de 18 años consume alcohol.<sup>3-6</sup> El consumo de alcohol en el anciano es menor que en la población adulta joven. Los factores que contribuyen a reducir su consumo en esta etapa de la vida son el mayor efecto psicológico con cantidades menores, los cambios fisiológicos y la pérdida de función social. Sin embargo también se ha observado mayor riesgo de abuso de alcohol en adultos mayores de 70 años que viven solos.<sup>7</sup> Es por esto que debe fomentarse el estudio del alcoholismo en el adulto mayor al igual que en el joven, planteando un modelo de tres vectores: biológico, psicológico y social. El caso que nos ocupa, el alcoholismo en la vejez, debe tratarse en todos los aspectos en forma más incisiva con el fin de abordar las complicaciones médicas asociadas, ya que su justa valoración es especialmente difícil a causa de la alta comorbilidad (no sólo del SNC, sino la transición epidemiológica y el consumo de alcohol en México). La situación de la salud en México ha cambiado de manera importante durante las últimas décadas. La llamada transición demográfica significa que la esperanza de vida ha aumentado y la población crece más rápidamente entre los grupos de edad avanzada que entre los jóvenes. Asimismo, nos encontramos en una transición epidemiológica que implica una serie de cambios drásticos en las causas de enfermedad y muerte, presentándose un aumento de las enfermedades no transmisibles y de las lesiones. Por otra parte, a pesar de que han disminuido las enfermedades transmisibles asociadas a la pobreza y al subdesarrollo como las infecciones, la desnutrición y las muertes durante el parto y las perinatales, aún representan una carga importante para los servicios de salud. Lo anterior constituye un doble reto para emprender las acciones necesarias: por una parte, abatir el rezago en la atención de esos padecimientos y, por la otra, enfrentar los problemas emergentes asociados a la industrialización y la urbanización como los padecimientos cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades mentales y las lesiones. Dentro de este contexto general de salud pública se inserta el fenómeno de las adicciones, en particular el alcoholismo y el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas.

Al igual que en muchos países del mundo, en México el abuso de bebidas alcohólicas y la dependencia del alcohol representan un problema de principal magnitud, tanto por los costos que generan a la sociedad y al sistema de salud, como por los efectos en los individuos y las familias.

## La producción y el consumo de bebidas alcohólicas en México

A partir de estudios comparativos realizados por la Organización Mundial de la Salud en varios países con diferente nivel de desarrollo, se concluyó que si bien en México el consumo de alcohol no ocurre de forma tan frecuente como en algunos países europeos, sí en cambio éste se presenta de manera excesiva, ingiriendo en un período breve grandes cantidades, lo que implica mayores daños a la salud. Este panorama bosquejado hace 20 años persiste en la actualidad.

Con relación al consumo de alcohol per cápita, estimado a partir de las ventas sujetas a un control fiscal (incluye el total de la producción que paga impuestos más las importaciones, menos las exportaciones), éste corresponde a 5.54 litros para la población mayor de 15 años. Este indicador ha variado durante los últimos 30 años, con un incremento importante en 1970 (3.82 litros) entre la población mayor de 15 años, alcanzando su nivel más alto en 1980 (6 litros) y el más bajo en 1986 (4.48 litros).

Como se observa en la figura 2, entre 1970 y 1997 se incrementó el consumo per cápita de la cerveza y de los destilados, principalmente entre 1982 y 1984 y a partir de 1990, sin que ocurrieran cambios perceptibles en el caso del vino durante todo el período (1970-1997), en comparación con otros tipos de bebidas alcohólicas. En cambio, se registró un aumento total en la tendencia del consumo de alcohol puro en el mismo lapso (de 3.8 litros en 1970 a 5.5 litros en 1997 entre la población mayor de 15 años).

## Patrones de consumo

Si bien el consumo de bebidas alcohólicas es frecuente existe una proporción portante la población que es abstemia, y que se divide en dos grupos: aquellos que nunca han bebido, y los que habiéndolo

hecho en el pasado no bebieron durante los 12 meses previos al estudio. El 38% de las mujeres reporta no haber consumido nunca una copa completa, en tanto que sí lo hizo el 18%. Entre los varones, 14% corresponde a los ex bebedores y 9% a los que nunca han bebido.

### Género y consumo

Las mujeres se inician en el consumo de alcohol en edades más tardías que los varones, aunque ingieren su primera copa completa antes de cumplir los 18 años; la edad más frecuente para iniciar el consumo es entre los 18 y los 29 años, mientras que en los varones se observan dos etapas importantes: entre los 12 y los 15 años y al llegar a la mayoría de edad (Figura 5).

El consumo en el sector femenino de la población se ha incrementado en los últimos años con una disminución importante de la tasa de abstención, la cual se redujo de 63.5% en 1988 a 55.3% en 1998; entre los varones los índices disminuyeron de 27% a 23% en el mismo período.

En México, las diferencias de género en lo que al consumo se refiere, aún son marcadas.

La proporción de consumidores fuertes (5 copas o más por ocasión) se mantuvo estable, alcanzando 41% entre los varones y 8.3% entre las mujeres. En 1988, las tasas eran de 43 y 7%, respectivamente. No se presentaron cambios entre la población que reportó beber diariamente o casi diariamente, ya que esta pauta de consumo continúa siendo poco común: 4.8% en los varones y 0.3% entre las mujeres. Lo anterior evidencia la clara tendencia al incremento en el consumo de bebidas alcohólicas entre las mujeres, especialmente los grupos de mayor edad.

A pesar de que las mujeres beben menos que los hombres, aquellas que lo hacen tienden a consumir cantidades mayores que éstos. Por otra parte, la mujer enfrenta una doble vulnerabilidad: una de carácter biológico, ya que desarrolla problemas de salud con menores dosis y en un menor tiempo de consumo que el varón, y otra de naturaleza social, al ser objeto de un mayor rechazo de la sociedad cuando presenta problemas con su manera de beber.

Quiénes somos Nosotros los A.A. somos hombres y mujeres que hemos llegado a entender y admitir que no podemos controlar el alcohol. Nos hemos dado cuenta de que tenemos que vivir sin la bebida, si hemos de evitar el desastre para nosotros mismos y para la gente más allegada a nosotros. Somos parte de una hermandad internacional de carácter informal con grupos locales en miles de comunidades, y que en la actualidad tiene miembros en unos 180 países. Tenemos un único objetivo primordial: mantenernos sobrios y ayudar a otros que recurran a nosotros a lograr la sobriedad. No somos reformistas, y no estamos afiliados a ningún grupo, causa o denominación

religiosa. No tenemos ningún deseo de convertir a todo el mundo en abstemios. No reclutamos nuevos miembros, aunque siempre les damos la bienvenida. No imponemos nuestra experiencia con la bebida a otros, pero la compartimos cuando se nos pide. Entre nuestros miembros se pueden encontrar hombres y mujeres de todas las edades y de diversa procedencia social, económica y cultural. Algunos de nosotros bebimos durante muchos años antes de darnos cuenta de que no podíamos controlar el alcohol. Otros tuvimos la suerte de reconocer ya en nuestra juventud o en las primeras etapas de nuestras carreras de bebedores que la bebida había llegado a ser algo inmanejable. Las consecuencias de nuestra forma alcohólica de beber también han sido muy variadas. Unos cuantos de nosotros nos habíamos convertido en vagabundos perdidos antes de acudir a A.A. en busca de ayuda. Algunos habíamos perdido nuestras familias, nuestros bienes y nuestra dignidad. Hemos vivido en las calles de los barrios bajos de muchas ciudades. Algunos fuimos hospitalizados y encarcelados incontables veces. Habíamos cometido graves ofensas contra la sociedad, nuestras familias, nuestros patrones, y contra nosotros mismos. Otros de entre nosotros no hemos sido hospitalizados ni encarcelados nunca. Ni habíamos perdido nuestras familias ni nuestros trabajos a causa de la bebida. No obstante, por fin llegamos a darnos cuenta de que el alcohol nos estaba haciendo difícil llevar una vida normal. Cuando descubrimos que no podíamos vivir sin el alcohol, nosotros también buscamos ayuda por medio de A.A. En nuestra Comunidad se encuentran miembros de todas las principales religiones del mundo, y muchos líderes religiosos han apoyado nuestro desarrollo. Y hay incluso algunos ateos o agnósticos entre nosotros. Para hacerse miembro no se exige ninguna creencia ni adherencia a un credo formal. Estamos unidos por nuestro problema común: el alcohol. Reuniéndonos, hablando unos con otros, ayudando a otros alcohólicos, juntos, podemos de alguna manera mantenernos sobrios y perder la obsesión por beber que, en otros tiempos, era la fuerza dominante de nuestras vidas. No creemos tener la única solución al problema del alcoholismo. Sabemos que el programa de A.A. nos da resultados, y hemos visto que también los da a todos los principiantes, casi sin excepción, que deseen sinceramente dejar la bebida. Por medio de A.A., hemos aprendido algunas cosas acerca del alcoholismo y acerca de nosotros mismos. Nos esforzamos por mantener estas cosas frescas en la mente, porque parecen ser la clave de nuestra sobriedad. Para nosotros, la sobriedad siempre tiene que ser lo primero.

Lo que hemos aprendido acerca del alcoholismo Lo primero que hemos aprendido acerca del alcoholismo es que se cuenta entre los problemas más antiguos de la historia humana. Hace muy poco tiempo que empezamos a beneficiarnos de nuevas maneras de abordar este problema. Hoy día, por



ejemplo, los médicos saben mucho más acerca del alcoholismo que sus predecesores de hace solamente dos generaciones. Están comenzando a definir el problema y a estudiarlo en detalle. Aunque no existe ninguna “definición A.A.” oficial del alcoholismo, la mayoría de nosotros comparte la opinión de que, para nosotros, se puede definir como una compulsión física aparejada a una obsesión mental. Queremos decir que teníamos un pronunciado deseo físico de consumir alcohol en cantidades que sobrepasaban nuestra capacidad para controlarlo, y con desprecio de todos los dictados del sentido común. No solamente teníamos una insaciable sed de alcohol, sino también nos rendíamos ante esta sed en los momentos más inoportunos. No sabíamos cuándo (ni cómo) dejar de beber. A menudo, no parecía que tuviéramos el suficiente sentido común como para saber cuándo no empezar. Como alcohólicos, la dura experiencia nos ha enseñado que la fuerza de voluntad, por sí sola, y por robusta que fuese en otras ocasiones, no nos bastaba para mantenernos sobrios. Intentábamos seguir abstemios por plazos determinados. Hemos hecho promesas solemnes de dejar de beber. Hemos cambiado de marcas y de bebidas. Hemos tratado de beber únicamente durante ciertas horas específicas. Pero ninguno de nuestros esfuerzos surtió efecto. Tarde o temprano, acabábamos siempre emborrachándonos no solamente cuando queríamos mantenernos sobrios, sino también cuando teníamos los más contundentes motivos para estar sobrios. Hemos pasado por períodos de negra desesperación, estando convencidos de que padecíamos de algún trastorno mental. Llegamos a odiarnos a nosotros mismos por desperdiciar nuestros talentos y por la pena que les estábamos causando a nuestras familias y a otras personas. A menudo nos entregábamos a la lástima de nosotros mismos y decíamos que nada nunca nos podría ayudar.

Ahora, al recordarlo, podemos sonreír, pero en aquel entonces eran para nosotros experiencias frías y desagradables.

El alcoholismo como enfermedad Hoy estamos dispuestos a aceptar la idea de que, en lo que a nosotros nos concierne, el alcoholismo es una enfermedad, una enfermedad progresiva que nunca puede “curarse” pero, al igual que algunas otras enfermedades, puede ser detenida. Estamos de acuerdo en que padecer de una enfermedad no tiene nada de vergonzoso, con tal que nos enfrentemos al problema honestamente y tratemos de hacer algo para solucionarlo. Estamos perfectamente dispuestos a admitir que somos alérgicos al alcohol y que es simplemente de sentido común el alejarnos de lo que produce nuestra alergia. Ahora comprendemos que una persona, una vez que haya cruzado la frontera invisible entre beber mucho y beber con una obsesión alcohólica, siempre

seguirá siendo alcohólica. Que sepamos nosotros, no puede recobrar nunca la capacidad para ser bebedor social o “normal”. Tenemos que vivir reconociendo el sencillo hecho de que “una vez alcohólico, alcohólico para siempre”. Hemos aprendido también que hay pocas alternativas para los alcohólicos. Si siguen bebiendo, su problema continuará empeorando progresivamente; parece cierto que están destinados a los barrios bajos, los hospitales, las cárceles u otras instituciones, o a una muerte prematura. La única alternativa es dejar de beber completamente, abstenerse de tomar siquiera la más mínima cantidad de alcohol en cualquier forma. Si están dispuestos a seguir este curso, y a aprovechar la ayuda que les está disponible, una nueva vida puede abrirse para los alcohólicos. En nuestras carreras de bebedores, hubo ocasiones en que estábamos convencidos de que, para controlar la bebida, no teníamos que hacer más que dejar de beber después del segundo trago, o del quinto, o cualquier otro número. Poco a poco logramos darnos cuenta de que no era el quinto ni el décimo ni el vigésimo el que nos emborrachaba, sino el primero. El primer trago era el que nos hacía daño. Con el primer trago nos subíamos en el carrusel. Era el primer trago el que desataba la reacción en cadena del pensamiento alcohólico que nos conducía a beber de manera descontrolada. En A.A. tenemos un refrán que lo expresa: “Para un alcohólico un trago es demasiado y mil no son suficientes”. Otra cosa que muchos de nosotros aprendimos durante nuestros días de bebedores fue que la sobriedad forzada no era en general una experiencia agradable. Algunos de nosotros de vez en cuando podíamos mantenernos sobrios durante un plazo de días, de semanas o incluso de años. Pero no disfrutábamos de nuestra sobriedad. Nos sentíamos como mártires. Nos poníamos irritables, personas con quienes no se podía vivir ni trabajar fácilmente. Nos empeñábamos en esperar la hora en que pudiéramos volver a beber. Ahora que estamos en A.A., tenemos un nuevo punto de vista sobre la sobriedad. Disfrutamos de una sensación de libertad, de ser liberados aun del deseo de beber. Ya que no podemos esperar beber normalmente en ningún tiempo futuro, nos concentramos en vivir una vida plena sin alcohol hoy. No hay nada en absoluto que podamos hacer respecto al día de ayer. Y mañana nunca viene. Hoy es el único día por el que tenemos que preocuparnos. Sabemos por experiencia que aun el “peor” borracho puede pasar veinticuatro horas sin un trago. Puede que tengan que aplazar el próximo trago por una hora, o un minuto — pero descubren que se puede aplazar por algún período de tiempo. Cuando oímos hablar de A.A. por primera vez, nos pareció un milagro que una persona que había sido un bebedor verdaderamente descontrolado, pudiera lograr la clase de sobriedad de la que hablaban los miembros veteranos de A.A. Algunos de nosotros tendíamos a creer que nuestro beber era de algún tipo especial, que nuestras experiencias habían sido “distintas”, que A.A. podía dar resultados para otra gente, pero para

nosotros no podría hacer nada. Otros que no sufríamos tan graves heridas por nuestro beber, razonábamos que, aunque A.A. les fuese de mucha ayuda a los borrachos perdidos de los barrios bajos, nosotros probablemente podríamos tratar el problema por nosotros mismos. Nuestra experiencia en A.A. nos ha enseñado dos cosas importantes. En primer lugar, todos los alcohólicos se ven confrontados con los mismos problemas básicos, ya sea que vayan mendigando para poder comprar una cervecita o trabajen como ejecutivos de alguna empresa grande. Segundo, ahora sabemos que el programa de A.A. de recuperación da resultados para casi cualquier alcohólico que sinceramente desee que los dé, sin importar cuáles sean sus antecedentes, su procedencia o su costumbre particular de beber.

Tomamos una decisión Todos los que estamos ahora en A.A. tuvimos que tomar una decisión crucial antes de que pudiéramos sentirnos seguros en el nuevo programa de vida sin alcohol. Teníamos que afrontar en forma realista y honesta la verdad respecto a nosotros mismos y a nuestro modo de beber. Tuvimos que admitir que éramos impotentes ante el alcohol. Para algunos de nosotros, esa era la proposición más dura que tuvimos que encarar. No sabíamos mucho del alcoholismo. Teníamos nuestras ideas del significado de la palabra “alcohólico”. La asociábamos íntimamente con el borracho perdido. Creíamos que significaba sin duda una flaqueza de la voluntad, debilidad de carácter. Algunos de nosotros nos resistíamos a dar el paso de admitir que éramos alcohólicos. Otros lo admitimos, pero parcialmente. No obstante, la mayoría de nosotros nos sentimos aliviados al oír explicar que el alcoholismo era una enfermedad. Pudimos ver lo sensato que era el hacer algo para tratar una enfermedad que amenazaba con destruirnos. Dejamos de intentar engañar a los demás y a nosotros mismos con la idea de que podíamos controlar el alcohol mientras que todos los hechos indicaban lo contrario. Desde el principio, nos aseguraron que nadie nos podría decir que éramos alcohólicos. La admisión tenía que salir de nosotros mismos, no de un médico, o de un ministro, o un esposo o una esposa. Tenía que basarse en hechos que nosotros mismos sabíamos. Puede que nuestros amigos comprendieran la naturaleza de nuestro problema, pero éramos nosotros los únicos que podríamos saber con seguridad si nuestra forma de beber era descontrolada. A menudo hacíamos la pregunta: “¿Cómo puedo saber si soy realmente alcohólico?” Se nos decía que no había ninguna forma fija ni segura de determinarlo. Sin embargo, nos enteramos de que había ciertas indicaciones reveladoras. Si nos emborrachábamos cuando teníamos todo motivo para mantenernos sobrios, si nuestra forma de beber había empeorado progresivamente, si no nos divertíamos bebiendo tanto como antes — éstos, se nos dijo, podían ser síntomas de la enfermedad que llamamos alcoholismo. Al volver a pensar en nuestras experiencias de beber y en sus

consecuencias, la mayoría de nosotros podíamos descubrir más razones para reconocer la verdad respecto a nosotros mismos. Naturalmente, la perspectiva de una vida sin alcohol nos parecía aburrida. Temíamos que nuestros nuevos amigos de A.A. fuesen fastidiosos o, aún peor, evangelistas fanáticos. Nos dimos cuenta de que, en lugar de esto, eran seres humanos, igual que nosotros mismos, pero tenían la virtud especial de comprender nuestro problema de manera compasiva, sin juzgarnos. Empezamos a preguntarnos qué tendríamos que hacer para mantenernos sobrios, cuánto nos costaría integrarnos en A.A., quién dirigiría la organización a nivel local y mundial. Pronto descubrimos que en A.A. no se nos imponía ninguna obligación, que a nadie se le exigía seguir ningún rito formal ni ninguna pauta de vida rígida. Nos explicaron además que A.A. no tiene cuotas ni honorarios; los gastos de alquilar la sala de reunión y de comprar literatura y refrescos se cubren con dinero que se recoge pasando la canasta. Pero ni siquiera se requieren contribuciones de esta índole para hacerse miembro. Pronto pudimos ver claramente que A.A. tiene sólo un mínimo de organización y no hay nadie autorizado para dar órdenes. Las disposiciones para las reuniones las hacen los oficiales del grupo, que se turnan regularmente para que otros puedan servir. Este sistema de “rotación” es muy popular en A.A.

#### “Doce Pasos”

Al comienzo de nuestra asociación con A.A., oímos hablar de los “Doce Pasos” de recuperación del alcoholismo. Aprendimos que estos Pasos representaban un intento por parte de los primeros miembros de dejar constancia por escrito de su progreso desde una forma de beber descontrolada hasta la sobriedad. Descubrimos que un factor clave de este progreso parecía ser la humildad, junto con la dependencia de un Poder superior a nosotros mismos. Aunque algunos miembros prefieren dar a este Poder el nombre “Dios”, nos decían que eso era una cuestión de interpretación personal; podíamos formarnos un concepto del Poder en los términos que más nos convinieran. Ya que el alcohol había sido sin duda alguna un poder superior a nosotros mismos en nuestros días de bebedores, teníamos que admitir la posibilidad de que no pudiéramos manejarlo todo por nosotros mismos, y tenía sentido recurrir a otra parte en busca de ayuda. Según nos hemos ido desarrollando en A.A., nuestro concepto de un Poder superior ha llegado a ser más maduro. Pero siempre ha sido nuestro concepto personal; nadie nos lo ha impuesto. Finalmente, hemos observado que del Paso Doce y de la experiencia de los miembros veteranos, se desprendía que el trabajo con otros alcohólicos era una forma eficaz de fortalecer nuestra propia sobriedad. Siempre que fuera posible,

nos esforzábamos por cumplir con la parte que nos correspondía, teniendo presente en todo momento que la otra persona era la única que podía determinar si era o no era alcohólica. También nos guiamos por la experiencia de los muchos A.A. que han dado un nuevo significado a tres refranes o lemas bastante trillados: “Lo primero, primero” es uno de los lemas que nos recuerda que, por deseosos que estemos de intentarlo, no podemos hacerlo todo de un golpe, que tenemos que ser conscientes de la primordial importancia de nuestra sobriedad en cualquier intento de reconstruir nuestras vidas. Otro viejo refrán que tiene un nuevo significado para los alcohólicos que a menudo son culpables de trabajar frenética y precipitadamente en cualquier cosa que estén haciendo es: “Tómalo con calma”. La experiencia ha demostrado que los alcohólicos pueden y deben aprender a andar a paso comedido. “Vive y deja vivir” es el tercer lema, una repetida sugerencia de que los alcohólicos, no importa cuántos años se hayan mantenido sobrios, no pueden permitirse ser intolerantes con los demás. Los libros y folletos de A.A. también son útiles. Poco tiempo después de ingresar en A.A., la mayoría de nosotros tuvimos la oportunidad de leer Alcohólicos Anónimos, el libro de la experiencia de A.A. en el que los miembros pioneros pusieron por escrito por primera vez sus historias y los principios que creían que les habían ayudado a recuperarse. Muchos miembros, sobrios durante largos años, siguen refiriéndose a este libro y a otros siete más para encontrar ideas e inspiración. (Todos los títulos aparecen en la lista al final de este folleto.) Además, A.A. publica una revista internacional mensual, el Grapevine de A.A., tanto para los principiantes como para los veteranos. Ya que A.A. es en esencia una manera de vivir, pocos de nosotros hemos podido describir con perfecta exactitud cómo contribuyen precisamente los diversos elementos del programa de recuperación a nuestra presente sobriedad. No todos interpretamos ni vivimos el programa de A.A. de la misma forma. No obstante, todos podemos atestiguar que A.A. da resultados para nosotros, mientras que otros intentos de lograr la sobriedad han fracasado. Muchos miembros que llevan ya varios años sobrios dicen que sencillamente aceptaron el programa “por fe” y que todavía no saben completamente cómo A.A. trabaja a su favor. Mientras tanto siguen tratando de pasar su fe a otras personas que conocen muy bien la forma desastrosa en que el alcohol trabaja en contra del alcohólico.

¿Dará A.A. resultados a todos? Creemos que el programa de A.A. de recuperación del alcoholismo dará resultados a casi toda persona que tenga deseo de dejar la bebida. Puede dar resultados incluso a aquellos que se sienten presionados hacia A.A. Muchos de nosotros hicimos nuestro primer contacto con A.A. debido a presiones sociales o de trabajo. Más tarde, tomamos nuestra propia decisión. Hemos visto a algunos alcohólicos ir titubeando un rato antes de “captar” el

programa. Hemos visto a otros seguir de forma poco entusiasta los principios probados, por medio de los cuales más de dos millones de nosotros ahora mantenemos nuestra sobriedad; por lo general, tales esfuerzos no son suficientes. Sin embargo, por perdido que parezca un alcohólico, o por alta que sea su posición en la escala social o económica, sabemos por experiencia y observación que A.A. le ofrece una forma de escapar de aquella rueda de ardilla del confuso Bebedor problema. A la mayoría de nosotros nos ha parecido una forma fácil. Cuando recurrimos por primera vez a A.A., muchos de nosotros teníamos varios graves problemas que tenían que ver con el dinero, la familia, nuestro trabajo y nuestras personalidades. Pronto descubrimos que nuestro problema central era el alcohol. Una vez que tuvimos controlado este problema, pudimos empezar a tratar los demás con algún éxito. No siempre ha sido fácil solucionar estos problemas, pero hemos podido hacerlo estando sobrios con mucha más eficacia que cuando bebíamos.

Una nueva dimensión“ Hubo una época en que muchos de nosotros creíamos que el alcohol era la única cosa que hacía soportable la vida. No podíamos ni soñar con una vida sin beber. Hoy, por medio del programa de A.A., no creemos que estemos privados de nada. De hecho, hemos sido liberados y descubrimos que se ha añadido una nueva dimensión a nuestras vidas. Tenemos nuevos amigos, nuevos horizontes y nuevas actitudes. Después de pasar años de desesperación y frustración, muchos de nosotros creemos que, por primera vez, hemos comenzado realmente a vivir. Nos agrada compartir esta vida nueva con toda persona que todavía sufre del alcoholismo, como nosotros una vez sufrimos, y que busque un camino que le llevará de las tinieblas hacia la luz. El alcoholismo es uno de los principales problemas de salud en América. Se calcula que millones de hombres y mujeres todavía padecen, tal vez innecesariamente, esta enfermedad progresiva. Como miembros de A.A., nos alegramos por la oportunidad de compartir nuestra experiencia en detener esta enfermedad con cualquiera que busque ayuda. Nos damos cuenta de que nada de lo que podamos decir tendrá ningún significado real hasta que el alcohólico esté dispuesto a admitir personalmente, como nosotros lo hicimos una vez, “el alcohol me tiene vencido, y quiero ayuda.”

Dónde encontrar A.A. La ayuda de A.A. está disponible gratis y sin obligación. Tenemos grupos en muchas ciudades, pueblos y áreas rurales de todas partes del mundo. Busque “A.A.” o “Alcohólicos Anónimos” en su guía de teléfonos local. Frecuentemente se puede obtener información sobre las reuniones locales por medio de médicos, enfermeras, miembros del clero, periodistas, policías y centros de tratamiento que están familiarizados con nuestro programa. A aquellos que no

pueden ponerse en contacto con un grupo en su comunidad, les invitamos a escribir a nuestra oficina de servicio mundial: Oficina de Servicios Generales, Box 459, Grand Central Station New York NY 10163 (o visite nuestro sitio web: [www.aa.org](http://www.aa.org)). La gente allí le pondrá en contacto con el grupo más cercano a usted. Si vive en un lugar aislado y no hay ningún grupo en las cercanías, le explicarán cómo algunos miembros “solitarios” logran mantenerse sobrios, aprovechando el programa y los principios de A.A. Cualquiera que acuda a A.A. puede tener la seguridad de que su anonimato será protegido. Si le parece a usted que puede tener un problema alcohólico y sinceramente desea dejar de beber, más de dos millones de nosotros podemos atestiguar que A.A. nos da resultados y que no hay ninguna razón por la que no vaya a darle resultados a usted también.

## **CAPITULO IV**

### ***DOCE PASOS DE ALCOHOLICOS ANONIMOS***

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin temor, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.



9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.

10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

### ***LAS DOCE TRADICIONES DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS***

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.

2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso tal como se exprese en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.

3. El único requisito para ser miembro de A.A. es querer dejar de beber.

4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a A.A., considerado Como un todo.

5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.

6. Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7. Todo grupo de A.A. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8. A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. A.A. Como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

El alcoholismo es uno de los cánceres que aqueja a toda localidad, ciudad, país, continente y este ataca a personas sin importar raza, estatus social ni edad, pues aun los jóvenes están expuestos a ser cautivos de este gran mal.

La cerveza, el vino y los licores destilados son artículos de consumo que se compran y venden en el mercado, son por lo tanto de fácil acceso a casi cualquier persona. El alcohol es una droga con efectos tóxicos y otros peligros intrínsecos como, por ejemplo, la intoxicación y la dependencia. En el desarrollo de este capítulo se examinan los diferentes aspectos de las bebidas alcohólicas prestando atención al contraste entre la función doble del alcohol como artículo de consumo y como droga.

El alcoholismo es una adicción que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física y psicológica del mismo individuo, manifestándose a través de varios síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingestión. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, que va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta droga. Se considera como una enfermedad crónica, progresiva y mortal por la Asociación Médica Estadounidense al igual que otras drogodependencias. El alcoholismo es uno de los cánceres que aqueja a toda localidad, ciudad, país, continente y este ataca a personas sin importar raza, estatus social ni edad, pues aun los jóvenes están expuestos a ser cautivos de este gran mal. La cerveza, el vino y los licores destilados son artículos de consumo que se compran y venden en el mercado, son por lo tanto de fácil acceso a casi cualquier persona. El alcohol es una droga con efectos tóxicos y otros peligros intrínsecos como, por ejemplo, la intoxicación y la dependencia. En el desarrollo de este capítulo se examinan los diferentes aspectos de las bebidas alcohólicas prestando atención al contraste entre la función doble del alcohol como artículo de consumo y como droga. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo determina como toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que sobrepasa los linderos de costumbres sociales. La dependencia al alcohol puede resultar de una predisposición genética, una enfermedad mental, el consumo de alcohol abundante, sostenido y abusivo o una combinación de estos factores. Esta enfermedad no solo afecta al adicto sino también la vida de todo aquel que se encuentra a su alrededor. Investigaciones recientes sobre genética y neurociencia han identificado ciertas características genéticas que se cree que están relacionadas con la dependencia del alcohol. Los investigadores continúan indagando acerca del vínculo entre la herencia genética y el alcoholismo. Actualmente no existe una posible cura para esta enfermedad, sin embargo muchos alcohólicos se mantienen sobrios por periodos de tiempo prolongados de acuerdo a su voluntad y compromiso para vencer esta enfermedad. Pero es innegable que para que un adicto al alcohol pueda recibir tratamiento y llegar a una posible recuperación, primero tiene que aceptar su condición de dependencia al licor.

Causas Hasta el momento no existe alguna causa común, aunque varios factores genéticos y ambientales pueden desempeñar un papel importante en su desarrollo. Por lo tanto hay evidencias que muestran la posibilidad de ser alcohol dependiente, como la historia familiar, es decir, quien tiene un padre o una madre con alcoholismo tiene mayor probabilidad de adquirir esta enfermedad. Otros factores pueden ser el estrés o los problemas que tiene la persona que lo ingiere. Algunos otros factores asociados a este padecimiento son la necesidad de aliviar la ansiedad,

conflicto en relaciones interpersonales, depresión, baja autoestima y aceptación social del consumo de alcohol.

Según la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) los pacientes alcohólicos suelen presentar hasta en un 80 % de los casos otros trastornos psiquiátricos asociados y, por lo tanto, ser considerados como pacientes con patología dual. Se ha demostrado la presencia de un componente genético en el alcoholismo, ya que el gen del aldehído deshidrogenasa afecta a la tasa de metabolización del etanol y modula potencialmente el consumo de bebidas alcohólicas. La ausencia de esta enzima afecta a esta ruta, ocasionando un aumento de acetaldehído y su acumulación en el cuerpo. Esto provoca náuseas, mareo y/o rubor facial.

### Clasificación de las bebidas alcohólicas

Las bebidas alcohólicas se clasifican básicamente en dos grupos, en función de su proceso de elaboración:

**Bebidas fermentadas:** Proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en diferentes frutas (uvas, manzanas, etc.) Son características de este grupo la cerveza, la sidra y el vino. Su graduación alcohólica oscila entre 4° y 12°. Su descubrimiento fue casual, como resultado de la putrefacción natural de frutas almacenadas.

**Bebidas destiladas:** Resultan de la depuración de las bebidas fermentadas, para obtener mayores concentraciones de alcohol. Se trata de bebidas como el vodka, la ginebra o el ron, y oscilan entre 40° y 50°. La destilación fue inventada en el siglo VII por los alquimistas árabes, de quienes procede el nombre de la sustancia al-kohl.

### Propiedades adictivas del alcohol

Los investigadores de la Universidad de California, San Francisco, descubrieron que el cerebro de la gente que bebe en exceso parece ser particularmente receptivo a los compuestos que provocan la sensación de placer y recompensa tras una bebida. (Salud, 2012)

A raíz de la investigación realizada, se comprobó que Igual que otras sustancias adictivas, el consumo de alcohol provoca la liberación de endorfinas, unos compuestos químicos opioides que se adhieren a receptores en los centros de recompensa del cerebro provocando la sensación de placer que produce el alcohol.

Si bien el éxtasis que genera el alcohol causa satisfacción temporal, este mismo provoca que el sentido de responsabilidad de las personas bajo sus efectos se desvanezca.

## Efectos del consumo del alcohol

### Efectos

Los efectos del alcohol dependen de diversos factores:

La edad (beber alcohol mientras el organismo todavía se encuentre madurando es especialmente nocivo)

El peso (afecta de modo más severo a las personas con menor masa corporal)

El sexo (por factores fisiológicos, la tolerancia femenina es, en general, menor que la masculina)

La cantidad y rapidez de la ingesta (a más alcohol en menos tiempo mayor intoxicación)

La ingestión simultánea de comida (el estómago lleno, sobre todo de alimentos grasos, dificulta la intoxicación)

La combinación con bebidas carbónicas (tónica, Coca-Cola, etc.) que aceleran la intoxicación

### Efectos psicológicos

En función de la dosis, pueden experimentarse diversos efectos:

#### Desinhibición

Euforia

Relajación

Aumento de la sociabilidad  
Dificultades para hablar  
Dificultad para asociar ideas  
Descoordinación motora

#### Efectos fisiológicos

Los efectos del alcohol dependen de la cantidad presente en la sangre (tasa de alcoholemia, medida en gramos por litro de sangre):

0.5 g/l: euforia, sobrevaloración de facultades y disminución de reflejos

1 g/l: desinhibición y dificultades para hablar y coordinar movimientos

1.5 g/l: embriaguez, con pérdida del control de las facultades superiores

2 g/l: descoordinación del habla y de la marcha, y visión doble

3 g/l: estado de apatía y somnolencia

4 g/l: coma

5 g/l: muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor

Existen diferentes tipos de alcohólicos, esto depende en gran manera de la condición social en que se encuentra la persona, a continuación se muestra una recopilación de tipos de alcoholismo, tomado de (Mimenza):

#### 1. Bebedores tipo Alpha

Este tipo de bebedor realiza un consumo exagerado y excesivo con el objetivo de mitigar los efectos de una enfermedad mental o médica. En estos bebedores no hay una verdadera dependencia, con lo que en realidad esta clasificación no entraría dentro del concepto de alcoholismo.

#### 2. Bebedores tipo Beta

En este tipo de bebedores no existe tampoco una verdadera dependencia alcohólica. Se ven incluidos en esta clasificación los bebedores sociales, que consumen excesivamente cosa que les puede provocar una lesión somática.

### 3. Alcoholismo tipo Gamma

Este tipo de individuos presentan una verdadera adicción, manifestando una clara pérdida de control ante la bebida, craving o deseo desmesurado por acceder a ella, tolerancia al alcohol y adaptación a sus metabolitos. Dentro de este grupo se encontrarían los sujetos alcohólicos crónicos.

### 4. Alcoholismo tipo Delta

Los sujetos incluidos en esta categoría presentan también una adicción al alcohol, presentando incapacidad para mantener la abstinencia pero sin presentar una pérdida de control ante la bebida. Dicho de otro modo, necesitan beber de forma asidua, pero sin llegar a estar ebrio.

### 5. Alcoholismo tipo Epsilon

El llamado alcoholismo periódico se da en los sujetos que presentan pérdida de control ante la bebida y problemas conductuales, pero consumiendo de forma esporádica, pasando largos periodos entre toma y toma.

### Enfermedades producidas por el alcoholismo

Como toda enfermedad, el alcoholismo genera diferentes tipos de efectos y reacciones en la persona enferma, el nivel de afectación suele variar según el tipo de alcoholismo que presentan y su gravedad también depende de la reacción de contramedida que se tome para contrarrestar dicho padecimiento.

-Tipo I: Es característico en personas adultas, mayores de 25 años, que pueden tener una etapa de grandes ingestas puntuales separadas por tiempos de abstinencia pero que sin embargo van siendo más pequeños hasta poder alcanzar una gran dependencia, acompañada progresivamente por el desarrollo de enfermedades hepáticas. Se ha determinado un 21% de heredabilidad y hay un mejor diagnóstico para tratarlos.

-Tipo II: se desarrolla en personas durante la adolescencia y está asociado a menudo a un historial violento y arresto policial. No se caracteriza por un aumento progresivo del consumo de alcohol. Algunos estudios han determinado una menor expresión de la enzima monoamino oxidasa en este grupo, lo que se ha correlacionado con una menor producción de serotonina (relajación y activación del sistema nervioso simpático) en el sistema nervioso central. Se ha determinado un 88% de heredabilidad y hay un peor diagnóstico de tratamiento.

Dentro de los males que se presenta por el consumo irracional y desmedido del alcohol están los siguientes:

#### Trastornos

El consumo abusivo de alcohol puede provocar problemas graves en la salud física y mental de los consumidores. Intoxicación alcohólica

Entre ellos destaca la intoxicación etílica, es causada por la ingestión reciente de una cantidad elevada de alcohol (o bien consumido con una velocidad excesiva) y se caracteriza por la presencia de cambios psíquicos y conductuales como agresividad, euforia, control muscular deficiente, enlentecimiento mental y físico, farfulleo, alteraciones de memoria, percepción y atención. Puede ir de la simple ebriedad al coma etílico y la muerte.

#### Síndrome de abstinencia

Otro de los trastornos relativos al consumo de alcohol es el síndrome de abstinencia. Este síndrome, que se da ante el cese o interrupción brusca en consumidores crónicos, suele iniciarse con temblores entre las siete y cuarenta y ocho horas el último consumo.

Son frecuentes la ansiedad, agitación, temblor, insomnio, náuseas e incluso las alucinaciones. Las alteraciones de este síndrome dependen en gran medida del tiempo y cantidad de consumo frecuente, pudiendo presentarse convulsiones y crisis epilépticas, alucinosis alcohólica o incluso delirium tremens como una de las manifestaciones más graves de abstinencia.

En el caso del delirium tremens, es muy importante recurrir a ayuda médica con urgencia, ya que un 20% de los casos son mortales en caso de no acudir al hospital, e incluso contando con intervención de especialistas, un 5% de las personas mueren.

Este cuadro clínico aparece en 3 fases:



- Primera fase: ansiedad, taquicardia, insomnio y mareos.
- Segunda fase: 24 horas después, los síntomas anteriores se agravan y aparecen temblores y abundante sudoración.
- Tercera fase: alucinaciones, desorientación, taquicardia, delirios y estupor.

Amnesias inducidas por alcohol También son conocidos los blackout, o amnesias parciales, que se pueden clasificar en amnesia dependiente del estado (en que se olvidan acciones realizadas durante la ebriedad que solo se recuerdan en estado de embriaguez), fragmentaria (amnesia de lo ocurrido durante la embriaguez con algunos momentos intermedios preservados) o en bloque (olvido total de lo ocurrido durante la borrachera).

El abuso habitual del alcohol hace que mueran muchas neuronas del hipocampo, y como consecuencia aparecen problemas a la hora de crear recuerdos sobre lo que ocurre cuando el nivel de alcohol en sangre es alto. A la vez, los problemas de memoria declarativa pueden permanecer en el largo plazo.

Trastornos del sueño Se producen también dificultades de sueño, disminuyéndose el sueño REM e incrementándose las fases 2 y 3 del sueño no REM para producirse en la segunda mitad de la noche un repunte del sueño REM que puede despertar al individuo.

Trastornos crónicos

Al margen de estos trastornos de carácter agudo, también pueden presentarse trastornos crónicos tales como el Síndrome de Wernicke-Korsakoff, alteraciones cognitivas (pérdida de memoria, disminución de capacidad de juicio y planificación o deterioro de la atención entre otras) o disfunciones sexuales, de personalidad (incluyendo celos patológicos en las relaciones de pareja) y otros trastornos neurológicos y hepáticos.

Enfermedades físicas

Cirrosis: Las células del hígado sufren un daño irreparable, pero tomar alcohol en grandes cantidades también puede ocasionar cirrosis. Inhabilita el hígado y en el caso de no tratarse con rapidez puede llegar a ser mortal. Afecta sobre todo a mujeres, pero también a hombres que se exceden con las bebidas alcohólicas.

Enfermedades cardiovasculares: La gran ingesta de alcohol puede favorecer la aparición de coágulos de sangre, que en ocasiones acaban generando derrames cerebrales o ataques al corazón.

Un estudio hecho por la Universidad de Harvard comprobó que las borracheras duplicaban las posibilidades de fallecer en las personas que habían sobrevivido a un infarto.

**Cáncer:** También contribuye a incrementar las posibilidades de sufrir cáncer. Entre los bebedores, el más frecuente suele ser el de laringe, boca, faringe, esófago o hígado. Las opciones de padecerlo se multiplican si la persona también fuma.

**Anemia:** El consumo excesivo de bebidas alcohólicas acaba reduciendo el número de glóbulos rojos, que son las células encargadas de oxigenar los tejidos. Esto tiene el resultado de una anemia. Sus síntomas suelen ser cansancio, caída de cabello, dolores de cabeza y problemas para dificultar. El hierro resulta muy importante para la salud. **Pérdida de memoria:** Cuando se toma en grandes cantidades, el alcohol también contribuye a la pérdida de facultades cerebrales, desencadenando en demencia. Además daña la habilidad para juzgar y resolver problemas. Sin lugar a dudas se convierte en un enemigo para nuestra salud, sobre todo cuando nos excedemos con ello.

Deterioro por el consumo de alcohol

Tipos de deterioros que pueden ocurrir con la intoxicación por alcohol 2 Investigación y políticas públicas

- Deterioro psicomotor.

El alcohol puede deteriorar el equilibrio y el movimiento de una manera que aumenta el riesgo de muchos tipos de accidentes.

- Retardo en el tiempo de reacción.

Este deterioro clásico relacionado con la dosis es de especial preocupación debido a su función causal en los accidentes automovilísticos.

- Deterioro del juicio.

El juicio deteriorado puede llevar a tomar riesgos peligrosos como, por ejemplo, subirse a un automóvil y luego conducir de manera riesgosa y agresiva cuando se está intoxicado.

- Cambios emocionales y menor capacidad de respuesta a las expectativas sociales.

Los factores involucrados en los cambios de humor, el estado emocional y la sensibilidad social provocados por el alcohol son complejos y probablemente involucren la interacción de los efectos fisiológicos del alcohol con factores sociales y psicológicos.

En parte debido a estos cambios, la intoxicación puede contribuir al riesgo de violencia hacia los demás y al daño intencional autoinfligido.

Cuáles son las causas que provocan el alcoholismo

Todas las enfermedades se generan a raíz de diferentes causas, el alcoholismo también presenta situaciones que provocan que una persona se enferme de el, sin embargo estas causas son diferentes a muchas de las enfermedades, dentro de las más comunes en (Martín, 2019) se mencionan las siguientes:

Ser una persona con baja autoestima.

Sufrir otros trastornos mentales como la depresión. También son determinantes las personas con mucho estrés o ansiedad.

Los factores sociales. El alcoholismo está muy determinado por la cultura y la sociedad en la que se vive. La accesibilidad a las bebidas alcohólicas o la aceptación cultural influyen notablemente.

El tipo de trabajo. Es un hecho que las personas que trabajan en pubs y bares nocturnos tienen mayor probabilidad de sufrirlo.

El hecho de que el consumo sea sostenido también es un factor de predisposición.

Relación entre el consumo de alcohol, las variables mediadoras y las consecuencias a corto y largo plazo.

### ***CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO EN EL EMBRZO:***

El alcohol (vino, cerveza o licor) es la principal causa evitable de anomalías congénitas físicas y mentales. Cuando una mujer toma alcohol durante el embarazo, se arriesga a dar a luz a un bebé que pagará las consecuencias con deficiencias mentales y físicas para el resto de su vida, uno de cada 750 bebés nace con un cuadro de problemas físicos, evolutivos y funcionales conocido como síndrome de alcoholismo fetal Otros 40 000 niños nacen cada año con efectos del alcoholismo fetal. Los más significativos efectos del alcohol en el cuerpo, tanto positivos como negativos y dependiendo del consumo. Además, en mujeres embarazadas puede causar el Síndrome alcohólico fetal. Signos y síntomas

- Bajo peso al nacer.
- Menor perímetro craneal.
- Retraso del crecimiento.
- Retraso del desarrollo.
- Disfunción orgánica.
- Anomalías faciales, incluyendo ojos de tamaño inferior al normal, mejillas aplanadas y surco nasolabial poco desarrollado.
- Epilepsia. Problemas de coordinación y de motricidad fina. Escasas habilidades sociales, incluyendo dificultad para establecer y mantener vínculos de amistad y para relacionarse en grupo.
- Falta de imaginación o curiosidad.
- Dificultades de aprendizaje, incluyendo poca memoria, incapacidad para entender conceptos como el tiempo y el dinero, deficiente comprensión lingüística y escasa capacidad de resolución de problemas.
- Problemas de comportamiento, como hiperactividad, incapacidad para concentrarse, retraimiento social, testarudez, impulsividad y ansiedad. Los niños con efectos de alcoholismo fetal presentan los mismos síntomas, pero en menor grado y tienen menos probabilidades de presentar deficiencia mental.

Estas características son muy similares a las de los trastornos del espectro autista.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Alcohólicos anónimos tercera edición del libro grande el texto básico de alcohólicos anónimos.
2. Tres charlas a las sociedades médicas, por Bill W. cofundador de AA.
3. Criterios profesionales, plenitud AA.

1.-¿Cuál fue el motivo que lo llevo a consumir bebidas alcohólicas?

a) Familia

b) desempleo

c) curiosidad o gusto

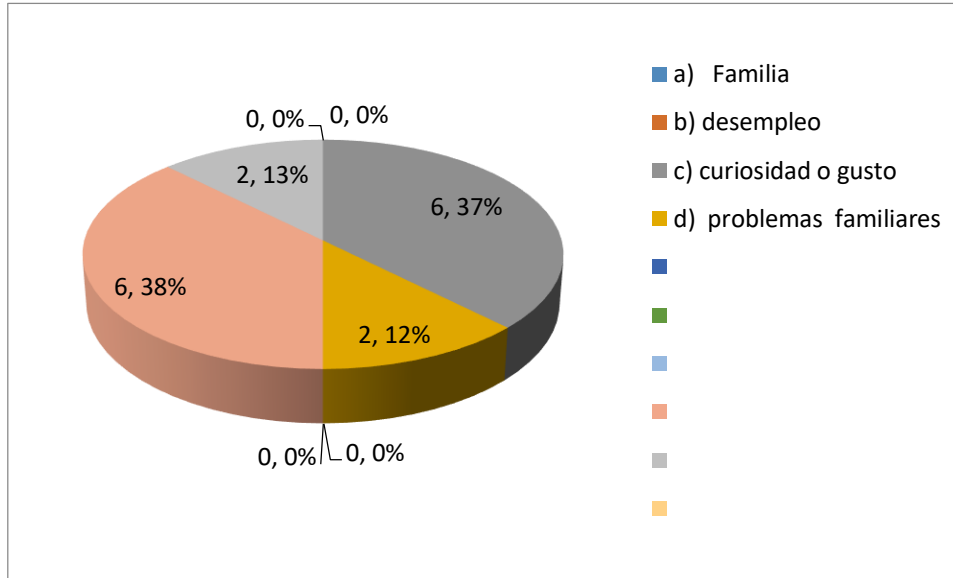
d) problemas familiares

0

0

6

2

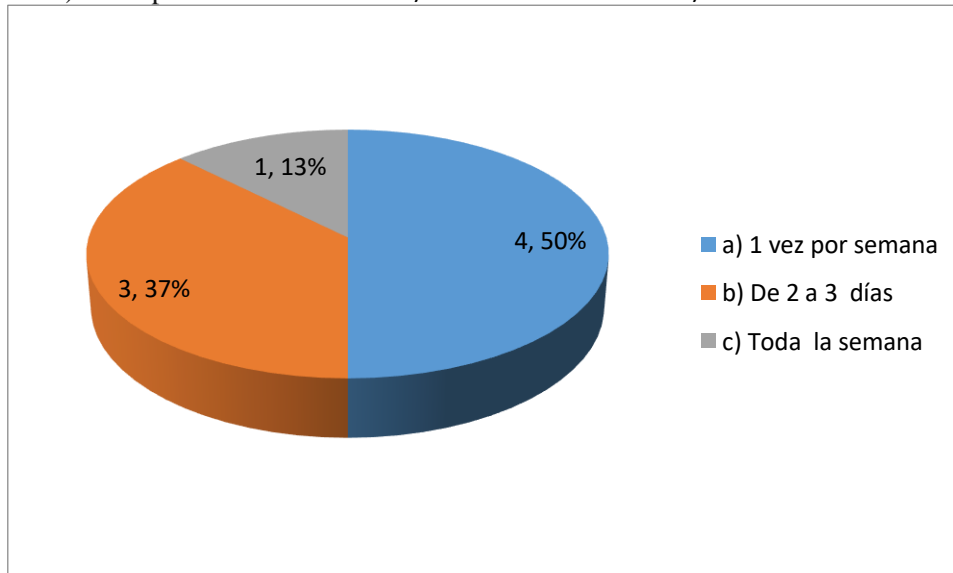


2.-¿Con que frecuencia consumía alcohol?

a) 1 vez por semana

b) De 2 a 3 días

e) Toda la semana



3.-¿Cuál es la bebida que usted consumía con mayor frecuencia?

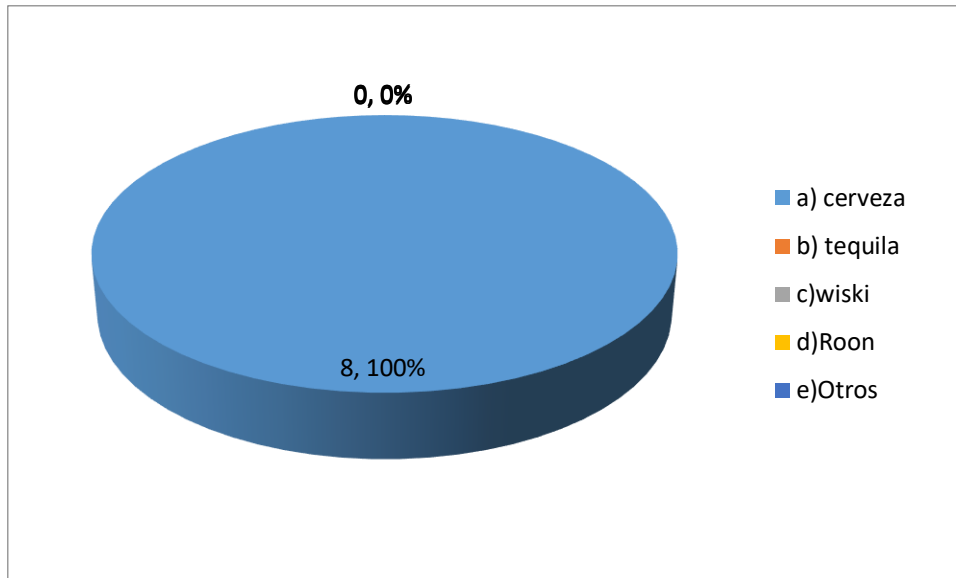
a) cerveza

b) tequila

c)wiski

d)Roon

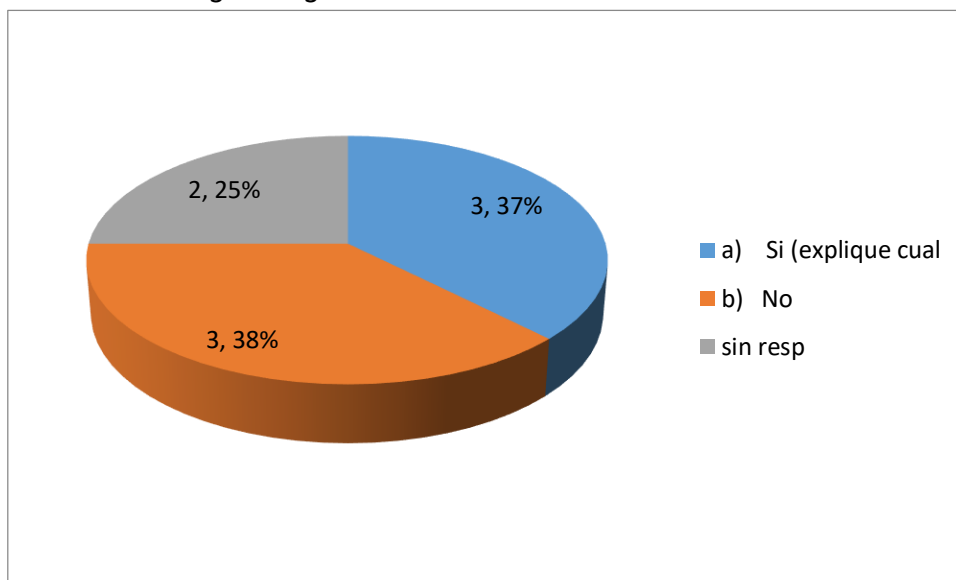
e)Otros



4.-¿Acudió al hospital por algún problema de salud durante su alcoholismo?

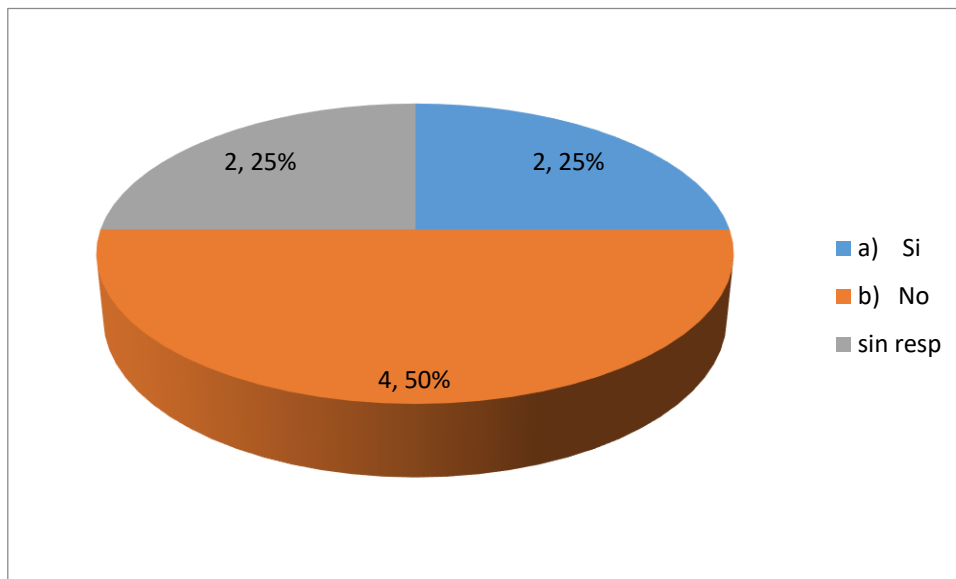
a) Si (explique cual	b) No	sin resp
3	3	

2



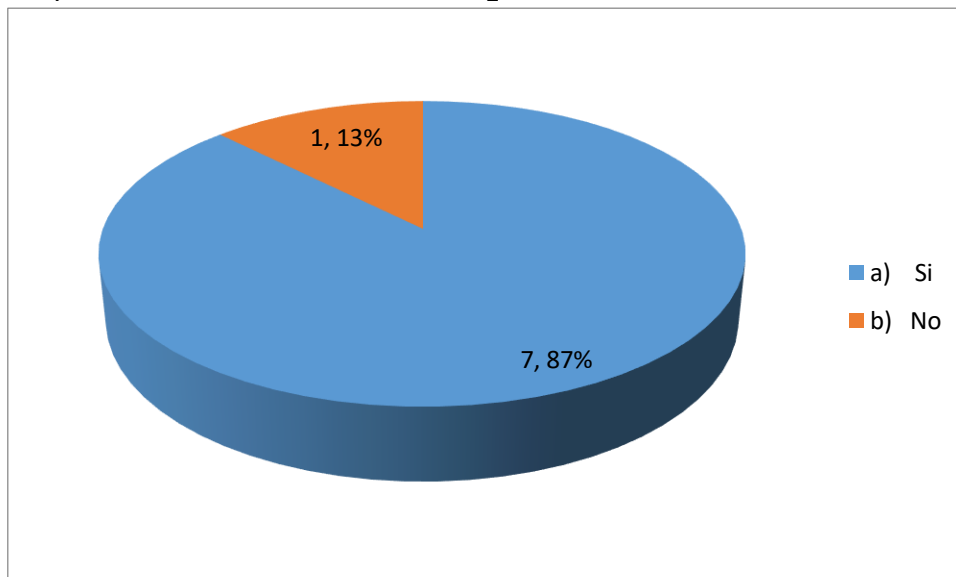
5.-¿Su alcoholismo fue un factor para que tuviese alguna ruptura marital?

a) Si	b) No	sin resp
2	4	2



6.-¿Su alcoholismo deterioro la relación con sus hijos?

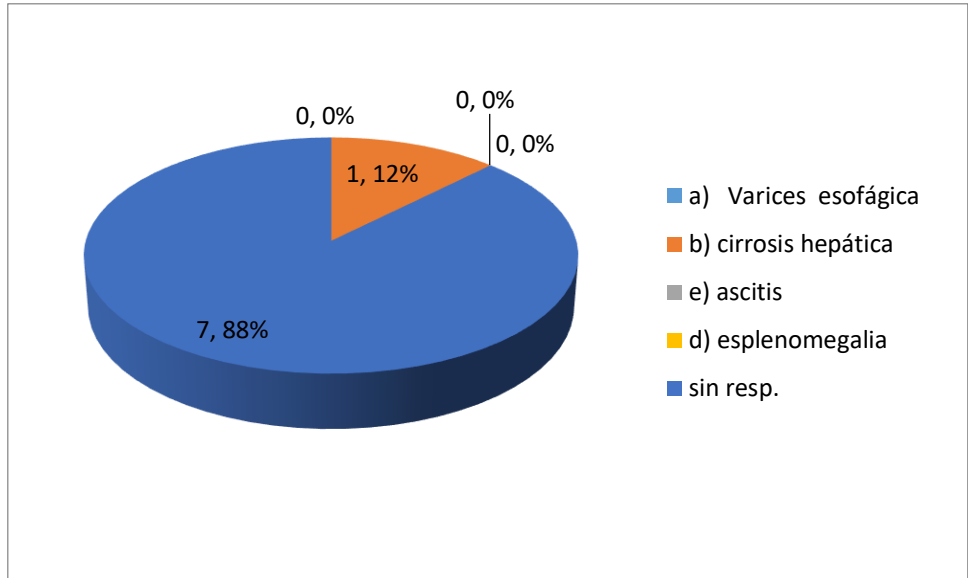
a) Si	b) No
7	1



7.-¿Qué problemas de salud desencadeno su problema de alcoholismo?

a) Varices esofágica	b) cirrosis hepática	e) ascitis	d) esplenomegalia	sin re
0	1	0	0	





8.-¿Cuál fue el motivo porque usted decidiera incorporarse al grupo de AA?

a) Por curiosidad	b) Por la familia	c) el propio deseo de rehabilitarme
1	4	3

