

# Hacia una mejor respuesta ante el problema del abuso de bebidas con alcohol: el papel del Sector Salud

Jesús del Bosque Garza,<sup>1</sup> Carmen Fernández Casares,<sup>2</sup> Alba Fuentes Mairena,<sup>3</sup> David B Díaz Negrete,<sup>2</sup> Mariana Espínola Nadruille,<sup>4</sup> Noé González García,<sup>5</sup> Arturo Loredo Abdalá,<sup>5</sup> María Elena Medina-Mora Icaza,<sup>6</sup> Ricardo Nanni Alvarado,<sup>6</sup> Guillermina Natera Rey,<sup>6</sup> Oscar Próspero García,<sup>7</sup> Ricardo Sánchez Huesca,<sup>2</sup> Raúl Sansores Martínez,<sup>8</sup> Tania Real Quintanar,<sup>6</sup> Juan W. Zinser Sierra<sup>9</sup>

## Información y acontecimientos

### ANTECEDENTES

Un grupo de investigadores y clínicos de diversas especialidades, reunidos por la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, ha analizado en forma conjunta los principales problemas de adicciones que aquejan al país con el fin de identificar campos para la colaboración interinstitucional y hacer propuestas de política pública. Asimismo elaboraron una guía dirigida a especialistas en el primer nivel de atención. El grupo de trabajo identificó el problema del abuso de alcohol como un tema de especial relevancia por el impacto para la salud, por el rezago en su atención y por la posibilidad de instrumentar medidas eficaces para reducir la carga de la enfermedad asociada.

### ¿Cuál es la evidencia?

- El abuso de alcohol es un factor de riesgo para la mortalidad prematura o días vividos sin salud.<sup>1,2,3</sup> Es una de las enfermedades con mayor rezago para la atención, sin embargo es también una enfermedad prevenible, para la que existen estrategias eficientes.<sup>4,5</sup> Es necesario reforzar las políticas públicas a fin de reducir la carga de la enfermedad. El Sector Salud debe avanzar en la identificación y atención del problema.
- El patrón de consumo típico está asociado con importantes riesgos para la salud, ya que reúne todos los factores que propician dicho riesgo para la manifestación de problemas. El patrón de consumo típico es de grandes

cantidades por ocasión, no se acompaña con alimentos y con frecuencia se da fuera del hogar, no se cuenta con una cultura de moderación y de limitación en ocasiones de riesgo, como el manejar después de haber bebido.<sup>6,7,8</sup> En México, cerca de 27 millones de personas entre 12 y 65 años beben grandes cantidades por ocasión, es decir, cinco copas o más en el caso de los varones y cuatro o más para las mujeres. La edad de inicio de consumo está disminuyendo.<sup>8</sup>

- Esta forma de beber está ligada a una serie de consecuencias agudas y crónicas en la salud del individuo y en la sociedad que pueden derivarse de eventos de intoxicación aguda como es el caso de los accidentes automovilísticos y la violencia doméstica que implica el desarrollo de agresión física, sexual o psicológica contra cualquier miembro de la familia, principalmente a mujeres y niños.<sup>9,10,11</sup> La violencia física y psicológica ocurre también cuando la mujer se encuentra embarazada y las consecuencias en el producto pueden ser peso bajo al nacimiento o prematuridad.<sup>12</sup> El efecto más importante en el producto de la gestación, cuando la mujer embarazada ingiere bebidas alcohólicas, sin importar la cantidad o cronicidad, es la posibilidad de que desarrolle el síndrome alcohólico fetal.<sup>13</sup> La intoxicación frecuente puede resultar también en problemas crónicos de salud (por ejemplo, problemas gástricos intestinales) y sociales (por ejemplo, problemas laborales). En mujeres embarazadas se encuentra asociado con una serie de defectos congénitos y discapacidades del desarrollo (síndrome alcohólico fetal).<sup>14</sup> El consumo

<sup>1</sup> Hospital Infantil de México, México

<sup>2</sup> Centros de Integración Juvenil, México

<sup>3</sup> Hospital Juárez de México, México

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Secretaría de Salud, México

<sup>5</sup> Instituto Nacional de Pediatría, Secretaría de Salud, México

<sup>6</sup> Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud, México

<sup>7</sup> Departamento de Fisiología Facultad de Medicina UNAM

<sup>8</sup> Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Secretaría de Salud, México

<sup>9</sup> Instituto Nacional de Cancerología, Secretaría de Salud, México

- habitual, compulsivo, de grandes cantidades por períodos prolongados puede derivar en dependencia al alcohol o en problemas de salud, como la cirrosis y algunas formas de cáncer, entre otros problemas.<sup>15,16</sup>
- Casi 27 millones de personas beben grandes cantidades de alcohol por ocasión, poco más de 4 millones cumplen con los criterios de abuso/dependencia, 3.5 millones son hombres y poco más de medio millón son mujeres.<sup>8</sup>
  - Las lesiones y la mortalidad prematura debida al uso de alcohol son elevadas. En el caso de los hombres, el peso del alcohol en el total de las defunciones asciende al 10.8% y actúa como el principal factor de riesgo y responsable de 44% de las defunciones por cirrosis hepática; responde por 15% de las lesiones; se asocia a 14% de las defunciones por problemas de salud mental y participa en 13% de las defunciones por cardiopatías isquémicas. En el caso de las mujeres, 2.6% de las defunciones están directamente asociadas al consumo de alcohol y responde a 17% de la mortalidad por cirrosis hepática en este grupo. Contrastla la mortalidad atribuible a la obesidad y la presión arterial elevada que juntas son responsables de 23% de las defunciones las mujeres mexicanas. En hombres ocupa la cuarta causa de mortalidad y la primera en discapacidad.<sup>17,18</sup>
  - Se trata de un fenómeno estrechamente relacionado con la depresión. Alrededor de una tercera parte de los individuos que padecen algún trastorno depresivo también cumplen criterios para dependencia de alcohol. Se estima que los individuos que cumplen criterios para dependencia al alcohol tienen 2.3 veces mayor riesgo de cumplir criterios para depresión. En alrededor de la mitad de los casos, la depresión ocurrió antes del abuso de alcohol y, cuando esto ocurre, el riesgo de desarrollar abuso o dependencia se incrementa 4.1 veces en los hombres y 3.7 veces en las mujeres. En estudios realizados en escenarios clínicos, la prevalencia de comorbilidad es aún más alta y oscila entre 25.7 y 67%.<sup>19</sup>
  - Solamente 17% de las personas con problemas de alcohol han acudido a tratamiento y solo 9% han recibido un tratamiento adecuado. Menos de 1% de las personas con problemas con el alcohol llegan a tratamiento el primer año en que desarrollan el problema.<sup>5</sup> En pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil es la sustancia de mayor preferencia, y tiene un mayor impacto en la población atendida (21 y 17.2%). La media en el rezago para recibir atención es de 10 años.<sup>20</sup>
  - La alta prevalencia, la baja proporción que recibe tratamiento y el rezago en la búsqueda de atención ocasionan que muchas familias vivan con el problema con importantes consecuencias en la salud mental de los cónyuges y los hijos. En los hijos aumenta la probabilidad de desarrollar abuso de sustancias en etapas posteriores 1.6 veces y cuando hay negligencia o abuso físico el riesgo se incrementa 2.3 veces.<sup>21</sup>

- El costo de atención de las consecuencias del abuso de alcohol en diferentes órganos y sistemas es elevado; pocas incluyen estrategias de tamizaje, intervenciones tempranas y tratamiento a pesar de la evidencia de costo utilidad. Las encuestas muestran que la probabilidad de recibir tratamiento no está asociada con tener los beneficios de la seguridad social.<sup>22,23</sup>

## ¿Cuáles son las propuestas?

Ante esta evidencia, fruto de un análisis cuidadoso, nacional e internacional, el grupo de trabajo hace las siguientes propuestas:

- I. Apoyar de manera decidida la propuesta de la organización mundial de la salud, estrategia mundial sobre el uso nocivo del alcohol, para atender el problema de manera global.
- II. Promover una política nacional e integrada.
  - Reforzar las medidas de control del alcohol informal.
  - Promover el establecimiento de un sistema impositivo del alcohol (con un incremento de 50% en el nivel de impuestos).
  - Establecer mecanismos legislativos y reglamentarios (controlar la producción, distribución y venta de alcohol irregular, venta a menores de edad, penas por alentar abuso, reforzar instituciones competentes, etc.).
  - Regular la publicidad.
  - Disminuir la densidad de establecimientos que venden alcohol con énfasis en lugares próximos a escuelas.
  - Reforzar y extender las medidas de prevención del manejo de vehículos en estado de ebriedad.
  - Lograr la corresponsabilidad de los establecimientos que expenden bebidas en la prevención de la intoxicación y de regreso seguro para evitar accidentes y violencias asociadas con el abuso.
  - Aumentar la conciencia pública y fomentar el apoyo a las medidas de protección a la salud.
  - Incrementar la investigación en todos los ámbitos: identificación de conductas en poblaciones urbanas y rurales, los impactos de la política y la efectividad de los programas de intervención.
  - Apoyar y proveer recursos para la investigación y evaluación del impacto de las políticas públicas.
  - Apoyar y proveer recursos para la investigación sobre la conveniencia de horarios de cierre de bares y otros establecimientos.
  - Proponer y fomentar que la mujer embarazada no ingiera alcohol, independientemente de su cantidad y cronicidad.
  - Vigilar a las mujeres embarazadas, cuando su pareja consume alcohol, por la posibilidad de que sean víctimas de cualquier tipo de maltrato.

- III. Integrar programas de identificación e intervenciones breves en el primer nivel de atención y en los centros de segundo y tercer nivel. Desarrollar sistemas de tratamiento. Se anexa guía de atención y referencia.

Agradecimientos al Dr. David Kershenobich Stalinkowitz, al Dr. Eduardo Lazcano Ponce y al Dr. Rogelio Pérez Padilla.

## REFERENCIAS

1. Murray C, Lopez D. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. USA; Harvard School of Health; 1996.
2. WHO World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias; 2000.
3. Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Vander S, et al. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002; 360: 1347-1360.
4. World Health Organization. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization, World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291(21): 2581-2590.
5. Borges G, Wang P, Medina-Mora ME, Lara C, et al. Delay of First Treatment of Mental and Substance Use Disorders in Mexico. American Journal of Public Health 2007; 97(9):1638-1643.
6. Medina- Mora ME, Villatoro J, Juárez F. Underage drinking in México. Trabajo presentado en Kettil Bruun Society Conference on Alcohol. Toronto; 2002. Manuscrito interno.
7. Medina-Mora Mexicans and alcohol. Addiction 2007; 102:1041-1045.
8. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud; 2008.
9. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet 2005;365:519-530.
10. Natera G, Juárez F, Medina-Mora ME, Tiburcio M. La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. Rev Mex Psic 2007; 24(2):165-173.
11. Wells K. Substance abuse and child maltreatment. Pediatr Clin North Am 2009; 56: 345-362.
12. Vladislavovna S, Pámanes V, Billings D, Torres LP. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. Rev Salud Pública 2007; 41: 582-590.
13. Calhoun F, Attilia ML, Spagnolo PA, Rotondo C, et al. National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism and the study of fetal alcohol spectrum disorders. The International Consortium. Ann Ist Super Sanita 2006; 42:1-7.
14. Loredo A, Sierra, J. García C. Monroy A. Abuso fetal: una condición infamante. En Loredo A. Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
15. Rehm J, Gutjahr E, Gmel G. Alcohol and all-cause mortality: A pooled analysis. Contemp Drug Probl 2001; 28:337-361.
16. Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureye O, et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. 2002; Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
17. Soliz NP, Lozano. ¿De qué mueren las mujeres y los hombres en México? Género y Salud en Cifras. Secretaría de Salud 2006;4(1).
18. González Pier E, Gutiérrez C, Stevens G. Health System Reform in Mexico 2.Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. The Lancet 2006; 368:1608-1618.
19. Medina-Mora ME, Rojas E, Borges G, Vázquez L, et al. Comorbidity: Depression and Substance Abuse. In Aguilar-Gaxiola S, Gullotta T (eds.), Depression in Latinos. Springer Science Business Media, LLC,2008.
20. Castillo P, Gutiérrez A. Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Julio-Diciembre, 2008. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 09-09, México,2009.
21. Benjet, C. Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence, characteristics, and mental health consequences. Curr Opin Psychiatr 2010 23(4):356-362.
22. Medina Mora ME, García I, Cortina D, Orozco R. Evaluación de costos y recuperación de la inversión. En Medina Mora ME., Robles R, Cortina D, et al. Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México. Instituto Nacional de Psiquiatría, 2009.
23. Babor T, Caetano R, Casswell S, Griffith E, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford University Press; 2003.

## ANEXO

### **EL ABUSO DEL ALCOHOL Y SU MANEJO EN LA PRÁCTICA MÉDICA**

La adicción se ha definido como una enfermedad, con componentes heredados y del desarrollo en el que los factores ambientales cumplen un papel fundamental. Es una enfermedad crónica y recurrente, que se caracteriza por una búsqueda compulsiva de las sustancias a pesar de que el individuo dependiente está consciente de los efectos adversos que le producen. Las drogas cambian la estructura y funcionamiento del cerebro; estos cambios pueden ser duraderos y llevar a conductas de riesgo en los individuos que las consumen.

Las adicciones son susceptibles de detección, prevención y tratamiento, y, en ausencia de estas acciones, pueden permanecer durante toda la vida del individuo.

La mayor parte de las personas que consumen sustancias con efectos psicoactivos experimentan con ellas unas cuantas veces y abandonan el consumo; una proporción menor continúa usándolas después de experimentar sus efectos y una parte de éstas desarrollan dependencia.

Están documentados los efectos del alcohol de acuerdo con la concentración en sangre como se muestra en el siguiente cuadro.<sup>18</sup>

**Cuadro.** Síntomas clínicos en intoxicación alcohólica aguda de acuerdo con la concentración de alcohol en sangre

Concentración sanguínea de alcohol	Síntomas
<50 mg/dl (10.9 mmol/l)	Alteración en tareas que requieren destreza Habla abundante Relajación
>100 mg/dl (21.7 mmol/l)	Alteración perceptual del ambiente Ataxia Hiperreflexia Alteración del juicio Alteración de la coordinación Cambios conductuales, del ánimo y personalidad Nistagmus Tiempo de reacción prolongado (Disartria escándida) Habla arrastrada
>200 mg/dl (43.4 mmol/l)	Amnesia Diplopia Disartria Hipotermia Nausea Vómito
>400 mg/dl (86.8 mmol/l)	Depresión respiratoria Coma Muerte

Las intervenciones recomendadas varían de acuerdo con los patrones de consumo\* y con la etapa de progresión en que se encuentre la persona, que puede ir desde el uso hasta la dependencia.<sup>19</sup>

- a) El uso se define como cualquier ingesta de alcohol, se habla de uso o consumo de bajo riesgo cuando éste se mantiene dentro de las pautas legales y médicas y existe poca probabilidad de desarrollar problemas. Se trata de una conducta que puede mantenerse al aprender a estimar el nivel de alcohol en la sangre que altera la coordinación y aumenta el riesgo de accidentes; la meta es mantenerse en niveles de consumo moderado y evitar episodios de embriaguez.
- b) El uso nocivo se caracteriza por un patrón de consumo que ya ha causado algún daño a la salud, ya sea físico (por ejemplo daño hepático) o mental (episodio depresivo). Es una conducta que se puede modificar o reaprender al

\* Por patrón de consumo se entiende la cantidad y la frecuencia con que se ingieren bebidas alcohólicas.

orientar a los pacientes para reducir sus niveles de consumo y apoyarlos en el desarrollo de habilidades para mantener niveles moderados de consumo.

- c) La dependencia es una enfermedad que requiere tratamiento e incluye los siguientes síntomas: deseo intenso de beber, dificultad para controlar el consumo, síndrome de abstinencia, tolerancia, abandono de otras fuentes de placer, persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias negativas. Se caracteriza por una negación de la persona afectada, quien tiene la convicción de que puede controlar el consumo. En este caso es aconsejable referir a un especialista o estimular al paciente para que se incorpore a un grupo de autoayuda.

## 1. Límites de consumo

La Organización Mundial de la Salud ha formulado recomendaciones para el establecimiento de límites de consumo de bajo riesgo; éstos se han adaptado a los patrones de consumo locales de nuestro país.<sup>15</sup>

Los límites recomendados de consumo de menor riesgo son:

No más de 12 copas a la semana para los hombres y no más de 9 para las mujeres.

Se define una copa o bebida estándar como aquella que contiene aproximadamente 12 gramos de alcohol puro, esto equivale a una cerveza de 350 ml, una copa de 175 ml de vino de mesa o 45 ml de destilados; cada una de estas bebidas contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol puro.

### Copa estándar



La definición de límites de consumo diferentes por género obedece al hecho de que la mujer se intoxica más rápidamente que el hombre con dosis semejantes de alcohol, después de controlar peso y talla. Esto se debe, en parte, a la diferencia en la actividad de las enzimas contenidas en el tejido del estómago que desdoblan el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo; esta enzima es cuatro veces más activa en el hombre que en la mujer. Por otra parte, las mujeres también tienen una mayor proporción de grasa que de agua en el organismo y, debido a que el alcohol es más soluble en el agua que en la grasa, cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino. La recomendación de menor consumo en la edad avanzada obedece al hecho de que la proporción de grasa se incrementa con la edad, en ambos géneros.

Se recomienda que los adolescentes se abstengan de beber dado que su cerebro y en general su sistema nervioso aún no han logrado la madurez por lo que la exposición a bebidas alcohólicas puede interrumpir su desarrollo e incluso provocar daños cognitivos.<sup>16</sup> Aunado a ello, se ha demostrado que empezar a beber a edades tempranas incrementa el riesgo de desarrollar dependencia.<sup>10</sup>

Las personas que exceden los límites de consumo moderado están en riesgo de tener consecuencias médicas, psicológicas y sociales y de desarrollar dependencia. Cuando el uso de alcohol interfiere con el trabajo, la escuela o con el tratamiento médico de otros padecimientos, es necesario intervenir.

Para determinar si el paciente está en riesgo debido a su forma de beber, se recomienda preguntar directamente cuántos días consume cinco copas o más en la misma ocasión si es hombre y cuatro si es mujer; si consume estas cantidades dos o más días a la semana, es un fuerte indicador de que puede tener problemas con el consumo del alcohol.

## 2. Detección del grado de consumo

Una alternativa para la detección de casos es utilizar un instrumento de tamizaje. En el caso del alcohol, se recomienda usar instrumentos breves como el AUDIT,<sup>2,\*</sup> el cual consta de 10 preguntas que pueden responderse en aproximadamente cinco minutos. Puede iniciar la aplicación de este instrumento de la siguiente manera: "Le voy a hacer algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el año pasado". Para ayudar al paciente a contestar explique qué se entiende por copa estándar, lea las preguntas tal como están redactadas y registre las respuestas encerrando el número correspondiente en un círculo.

AUDIT	
1. ¿Qué tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas?	0) Nunca 1) Una vez al mes o menos 2) Dos o cuatro veces al mes 3) Dos o tres veces por semana 4) Cuatro o más veces por semana
2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe? (bebidas combinadas como la "cuba libre" o equivalentes como cervezas, vasos de pulque, cócteles o coolers, o cualquier otra bebida que contenga alcohol)	0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7 o 9 4) 10 o más
3. ¿Qué tan frecuentemente toma 6 ó más copas en la misma ocasión? (en un mismo día, evento o reunión)	0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Diario o casi diario
4. ¿Durante el último año, le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?	0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Diario o casi diario
5. ¿Durante el último año, qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber? (como no ir a trabajar o a la escuela)	0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Diario o casi diario
6. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?	0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Diario o casi diario
7. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?	0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Diario o casi diario
8. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?	0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Diario o casi diario
9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?	0) No 2) Sí, pero no en el último año 4) Sí, en el último año
10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que baje el consumo?	0) No 2) Sí, pero no en el último año 4) Sí, en el último año

\* AUDIT, siglas en inglés de Alcohol Use Disorders Identification Test (Prueba de identificación de trastornos por el consumo de alcohol). Este instrumento y la guía de aplicación se pueden consultar en la página: [www.who.int/entity/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/entity/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf).

Cada pregunta –excepto la 9 y la 10– tiene cinco opciones de respuesta que van de 0 a 4 puntos; la calificación se obtiene al sumar el puntaje de cada respuesta.

Si el resultado se encuentra entre 0 y 7 puntos, el tamizaje es negativo. El tamizaje es positivo cuando se obtienen valores superiores a 8 puntos y es necesario intervenir. Es importante señalar que puntajes iguales o superiores a 20 ameritan una exploración más detallada con la finalidad de determinar si es necesario referir a la persona en cuestión a tratamiento especializado.

Cuando el tamizaje es negativo puede recomendarse la adopción de niveles de consumo moderado, es decir, un patrón de consumo que se asocie con un menor riesgo de desarrollar problemas. Sin embargo, a pesar de que se tengan niveles negativos en el tamizaje la abstinencia debe recomendarse a:

- a. Mujeres embarazadas o que pretendan embarazarse. Algunos estudios asocian el consumo de cantidades moderadas de alcohol durante el embarazo con deficiencias en el desarrollo cognitivo y motor de los menores. Sugieren que el consumo de 2 o 3 copas diarias durante el embarazo se asocia con bebés de menor talla, peso y circunferencia craneana al nacer; con un número mayor de anomalías físicas a la edad de 3 años, y con menor coeficiente intelectual a la edad de 6 años.
- b. Personas que van a conducir automóviles o se van a involucrar en actividades que requieren atención y habilidad. El consumo de una copa y media de alcohol en un hombre de peso y talla media en una hora tiene efectos en la coordinación, y el consumo de tres y media copas incrementa significativamente el riesgo de accidentes.
- c. Personas que están tomando medicinas. Se sabe que el alcohol interactúa con más de 100 fármacos incluyendo algunos que se venden sin receta;
- d. Menores de edad.

### ***2.1. Consumo nocivo***

Si el tamizaje es positivo es importante determinar si el paciente cumple con un criterio de consumo nocivo y ha desarrollado dependencia; para esto es importante explorar si durante los últimos 12 meses:

- Ha tenido accidentes relacionados con el alcohol.
- La incidencia de fracturas o quemaduras.
- Se ha puesto en riesgo en ocasiones repetidas, por ejemplo, condujo un automóvil bajo los efectos del alcohol, o ha tenido problemas de relaciones (familia o amistades).
- El alcohol le ha llevado a faltar al trabajo o ha interferido con sus obligaciones escolares o con la familia.
- Ha tenido problemas con la policía.

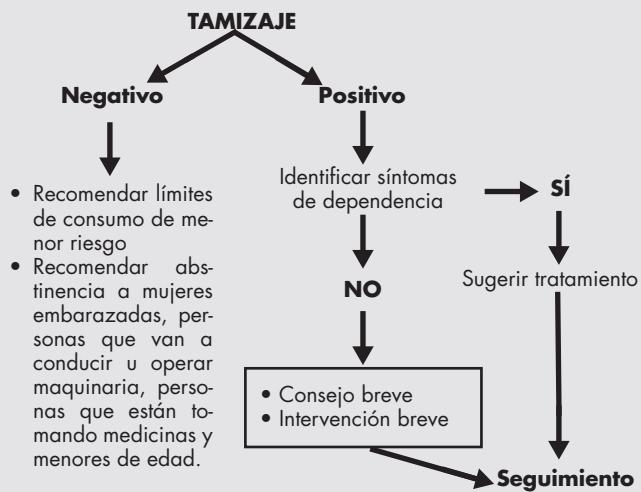
La respuesta afirmativa a estas preguntas es indicativa de un diagnóstico de consumo nocivo. En estos pacientes, el tratamiento adecuado son las intervenciones breves donde se le darán los elementos para modificar la conducta del consumo.

### ***2.2. Dependencia***

El siguiente paso es determinar la presencia de dependencia, nuevamente refiérase a los últimos 12 meses; si su paciente responde afirmativamente a tres o más de los siguientes síntomas es probable que tenga dependencia. En los casos de dependencia detectados por el médico general deben referirse inmediatamente al segundo nivel si:

- Repetidamente ha bebido más de lo intentaba o no ha podido mantenerse en los límites de consumo que se ha fijado.
- No ha podido abstenerse de beber, por ejemplo, en ocasiones en que no debía haber bebido como antes de un examen, cuando va a manejar, cuando tiene una entrevista de trabajo, etcétera.
- Manifiesta necesidad de consumir más alcohol para sentir los efectos (tolerancia).
- Ha mostrado síntomas de abstinencia que se manifiestan como temblores, sudoración, náusea o insomnio cuando deja de beber o consume menos.
- Ha seguido bebiendo a pesar de estar consciente del daño físico, psicológico o social.
- Ha pasado mucho tiempo bebiendo o buscando las ocasiones de beber o recuperándose del consumo.
- Por beber ha dedicado menos tiempo a otras actividades que antes le gustaban o le eran importantes.

Si el paciente no tiene dependencia, puede optar por intentar controlar su consumo de alcohol. El médico general puede recurrir al consejo breve o a las intervenciones breves cognitivo-conductuales para apoyarlo.\*



### 3. Intervenciones del personal de salud

El costo-beneficio de las intervenciones breves en la práctica médica es elevado.<sup>7</sup> Al atender los problemas relacionados con el alcohol, el médico general debe tener presente que los pacientes atraviesan diferentes etapas en el proceso de cambio:

- Ignorancia o precontemplación. El paciente no considera necesario cambiar su consumo.
  - Reflexión o contemplación. El paciente reconoce que a veces bebe mucho y que debería disminuir su consumo.
  - Determinación y acción. El paciente está preparado para cambiar y trata de consumir menos.
- Un reto importante del médico general es ayudar al paciente a pasar de la etapa de ignorancia a la contemplación y luego a la de determinación y acción para que esté dispuesto a cambiar su conducta.<sup>17</sup>

#### 3. 1. Estrategias de intervención

Para un tratamiento efectivo, no es suficiente la reflexión cognitiva que relaciona el consumo con los riesgos. Se ha encontrado que es mejor:

- Utilizar eventos externos como accidentes de un conocido cercano, disminución en el rendimiento laboral, problemas con los compañeros como riñas, entre otros eventos, ya que ésta es información más significativa para motivar al paciente a cambiar.
- Analizar junto con el paciente las barreras para el cambio o para ir a tratamiento.
- Eliminar barreras con el paciente y encontrar mecanismos para retirarlas y alternativas para lograr las metas a fin de que pueda elegir entre varias opciones.
- Encontrar alternativas para alcanzar metas definidas de común acuerdo, las de corto plazo que son más fáciles de mantener y lo que le da confianza para establecer posteriormente metas de más largo alcance.

Antes de la intervención, se recomienda realizar una entrevista motivacional<sup>14</sup> a fin de lograr que el paciente esté dispuesto a cambiar. Esta estrategia busca ayudar al paciente a combatir las resistencias y a fomentar la percepción de

\* Las personas interesadas en saber más sobre las intervenciones breves cognitivo conductuales pueden consultar las guías "Uso responsable de bebidas alcohólicas", "¿Te gustaría moderar tu forma de beber?", y los manuales "Intervenciones breves en adicciones. Manual para la reducción del consumo de sustancias" y "Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema" disponibles a través del correo electrónico cisma@imp.edu.mx o en el portal www.inpsiquiatria.edu.mx

que logrará vencer la tentación de beber cuando se enfrente a situaciones de riesgo. El médico general debe expresar empatía, evitar discusiones y facilitar el que el paciente compare su situación actual con la que le gustaría tener. Para tener una comunicación empática con el paciente es recomendable consultar el boletín de Práctica Médica Efectiva de Relación personal de salud-paciente.

### *3.2. Apoyo al cambio*

Si el paciente no está listo, el médico general puede decirle al paciente que la ambivalencia es normal y que el personal de salud está dispuesto a ayudarlo cuando esté preparado para intentar un cambio.

El médico general informará al paciente que puede intentar beber dentro de niveles de consumo moderado si:

- a) Durante los 12 meses previos ha estado la mayor parte del tiempo bebiendo en niveles de consumo moderado.
- b) No ha padecido temblores matutinos.
- c) No quiere dejar de beber.

En estos casos es recomendable que el médico general recurra al consejo breve, que es una estrategia de corta duración que contribuye a reducir la ingesta de alcohol y prevenir el progreso a niveles de consumo más elevados

Para apoyar el cambio de conductas en pacientes que muestran abuso en el consumo de alcohol, se recomienda considerar tres aspectos:

- Mostrar preocupación por su salud y de cómo su consumo de alcohol lo puede estar afectando.
- Aconsejarlo para que reduzca su consumo.
- Acordar un plan de acción, mediante un contrato sencillo que indique, por ejemplo, cuántas copas podrá tomar por ocasión y con qué frecuencia.

La intervención puede incluir:

- Un análisis de las situaciones en las que normalmente bebe en exceso.
- El desarrollo, junto con él, de estrategias para lograr el control del consumo en estas situaciones difíciles.
- Lecturas que el paciente pueda hacer entre sesiones.

Estas intervenciones pueden durar de 5 a 10 minutos, incluyendo la aplicación de pruebas de tamizaje. Se ha encontrado que este tipo de intervenciones pueden reducir el consumo de alcohol entre 10 y 30%.<sup>6,15</sup>

- a) Calcular el consumo de alcohol en los últimos tres meses; esto le ayudará a tomar conciencia de su conducta y a determinar a cuántas copas limitará su consumo.
- b) Equivalencias del grado de alcohol. Debe enseñarle que las copas de las diferentes bebidas son equivalentes; éste es un elemento importante porque usualmente se cree que la cerveza contiene menos alcohol que una copa de tequila o una bebida mezclada.
- c) Calendario personal. Puede sugerírselle que lleve un calendario personal en su bolsillo y que marque cada copa que beba. Siempre es aconsejable dejar unos días sin beber y planear qué días de la semana beberá y cuánto. Así puede establecer días de abstinencia, días de consumo leve y otros de consumo en mayor cantidad, pero siempre dentro de los límites.
- d) Orientación sobre conductas recomendables. Se trata de contar con estrategias que le ayuden a mantenerse dentro de los límites que se ha marcado, por ejemplo, no tener alcohol disponible en casa, evitar ir a ciertos lugares o ciertas compañías, tener preparadas algunas respuestas para rehusar el consumo cuando se lo ofrecen. Contar con alguien a quien se pueda recurrir cuando se siente en riesgo es muy útil.

### *Recomendaciones para evitar la embriaguez*

Cada copa de alcohol tarda una hora en metabolizarse por lo que es aconsejable:

- Beber lentamente.
- Alternar bebidas sin alcohol con aquellas que lo contengan.
- Dejar una hora entre una copa de alcohol y otra.
- Consumir alcohol con alimentos pues así se absorbe más lentamente éste.

## 4. Seguimiento

Si el paciente logró mantener sus metas, es indispensable reforzar la importancia de la adherencia y animar al paciente a regresar. Si no las alcanzó o no pudo mantenerlas, anímelo diciéndole que el cambio es difícil y que es normal no haberlo logrado en la primera ocasión. Considere involucrar a la pareja u otro familiar en el tratamiento, apoyar cualquier cambio positivo y renegociar las metas.

También puede reevaluar la presencia de dependencia si resulta positiva o si el paciente no logra alcanzar o mantener sus metas, debe aconsejarse abstinencia. Al paciente le será difícil enfrentarse con un diagnóstico de dependencia, el médico debe por tanto resolver sus dudas y darle las explicaciones que requiera. Si el paciente no ha logrado mantener las metas en varias ocasiones, es necesario referirlo al segundo o tercer nivel de atención.

## 5. Tratamientos alternativos

Es muy importante tener a la mano información para recomendar al paciente donde acudir cuando requiera intervenciones más intensivas o especializadas. Existen terapias cognitivo-conductuales orientadas a la prevención de recaídas; ha habido también importantes avances en los tratamientos farmacológicos para la dependencia alcohólica.

Algunos especialistas recomiendan la afiliación a grupos de autoayuda (AA) a pacientes con dependencia al alcohol, y a quienes no han logrado mantener sus metas en diferentes intentos; estos incluyen la tradición de los 12 pasos de AA.

El médico tiene en sus manos la posibilidad de hacer la diferencia aun con aquellos pacientes que rehúsan el tratamiento. Las recomendaciones repetidas aumentan la probabilidad de que eventualmente decida hacer algo con su problema de consumo.

## REFERENCIAS

2. Babor T, De la Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT. Prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol: Pautas de uso en la atención primaria de la salud. Organización Mundial de la Salud, Programa sobre Abuso de Sustancias; 1992.
3. Borges G, Medina-Mora ME, Wang P, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment for mental disorders among respondents to the Mexico national comorbidity survey. American J Psychiatry 2006;163(8):1371-1378.
4. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Tat ChW. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. American J Public Health 97(9):septiembre (en prensa). <http://www.ajph.org/cgi/doi/10.2105/AJPH.2006.090985>
5. Borges G, Mondragón L, Medina-Mora ME, Orozco R, Zambrano J, Cherpitel Ch. A case-control study of alcohol and substance use disorders as risk factors for non-fatal injury Alcohol and Alcoholism. Alcohol Alcoholism 2005;40:257-262.
6. Campillo C, Díaz R, Romero M, Cerrad J y Villatoro J. La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño. (Resultados preliminares de un ensayo clínico doble ciego y prospectivo). Salud Mental 1992;15(2):14-19.
7. Chisholm D, Rehm J, Ommeren Van M, Monteiro M. Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: A Comparative Cost-Effectiveness Analysis. J Studies Alcohol 2004;65:782-793.
8. English DR, Holman DD, Milne E, et al. The quantification of drug cause morbidity and mortality in Australia 1995 edition. Canberra, Commonwealth Department of Human Service and Health; 1995.
9. González-Pier E et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. Lancet 2006;388.
10. Grant BF, Dawson DA. Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. J Substance Abuse 1997;9:103-110.
11. Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Galvan F, Fleiz C, Rojas E, Kuri P et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo Alcohol. Consejo Nacional contra las Adicciones. Distrito Federal, México: CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI; 2004;
12. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12 month DSM IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. Psychological Medicine 2005; (35):1773-1784.
13. Medina-Mora ME. Mexicans and alcohol: patterns, problems and policies. Addiction 2007;102:1041-1045.
14. Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona; Paidós; 1999.
15. Medina-Mora ME et al. Model Program for the prevention of drug and alcohol abuse among workers and their families. Mexico, results from the research component. WHO/ILO Research project AD/GLO/92/586. Final Inform, 1997.
16. Spear L. Adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol. J Studies Alcohol 2002;(Suppl. 14):71-81.
17. Prochaska JO, Diclemente CC. Toward a comprehensive model of change. En: Miller ER, Heather YN. Treating addictive behaviors: process of change, New York: Plenum Press; 1986; pp. 3-29.
18. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, Bertini M, Gasbarrini G, Addolorato G. Alcoholism Study GrouP. Acute alcohol intoxication. European J Internal Medicine. 2008;19:561-567.
19. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Ginebra; 1993.