

Alcohol: cuánto es demasiado

Hugo González Cantú*

El consumo de bebidas alcohólicas forma parte de nuestra cultura. Se ha investigado el patrón de consumo de los mexicanos y tiende a ser esporádico pero en grandes cantidades. Las encuestas recientes en jóvenes indican que la brecha en el consumo entre hombres y mujeres ha disminuido progresivamente. En la actualidad, se estudian los mecanismos cerebrales involucrados en las conductas adictivas, que abren un campo de acción farmacológica para el tratamiento del alcoholismo en el futuro. Además, existen varios modelos de tratamiento psicosocial que se usan ampliamente en todo el mundo.

Hace algunos tiempo, en la fiesta de fin de año en una discoteca en Monterrey se realizó un concurso patrocinado por los conductores de un canal de videos musicales: ingerir la mayor cantidad de caballitos de tequila. El record en ese momento era de 19. Un joven de unos 20 años fue impulsado por sus amigos a tratar de romper el record. Llegó a los 19 caballitos y en medio del regocijo de todos los asistentes siguió bebiendo hasta llegar a unos 30 caballitos. En ese momento el joven ya se encontraba bastante intoxicado y después de recibir el premio —una botella de tequila— fue llevado por sus amigos a su casa donde lo dejaron acostado. Al día siguiente, cuando su padre fue a despertarlo, el joven se encontraba muerto.

Es difícil encontrar a un culpable, ¿Fueron los conductores del programa que promovieron el concurso? ¿O los amigos del joven quienes lo convencieron de que participara?, ¿O quizá el mismo joven que no advirtió que esa cantidad de alcohol era letal?, ¿y los dueños del establecimiento por no establecer límites de consumo? Esta tragedia fue muy conocida ya que se encontraban cámaras de televisión que filmaron todo el suceso, pero cada día hay en nuestro país muchas muertes y accidentes originados por el consumo excesivo de alcohol y finalmente no podemos encontrar a un único responsable. Nuestra cultura permite y alienta el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, aunque de una manera más bien relacionada con eventos específicos que de manera continua. En casi cualquier situación en la vida de una persona, desde su bautizo hasta su velorio hay bebidas alcohólicas, eventos deportivos, graduaciones,

aniversarios y muchas otras razones justifican que nos reunamos y consumamos grandes cantidades de alcohol.

¿Cuál es la magnitud del problema?

Las bebidas alcohólicas son consumidas por una gran mayoría de la población. Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años consumen alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. El volumen alcohol consumido anualmente por esta población alcanzó 2.79 litros cuando se considera a la población entre 12 y 65 años y aumentó a 3.48 litros en la población urbana entre 18 y 65 años y a 7.12 litros cuando sólo se refiere a los varones. En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubi-

* Jefe del Centro de Ayuda al Alcohólicos y sus Familiares (CAAF), Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".

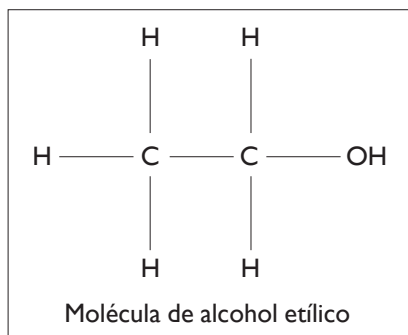
cado entre 30 y 39 años (8.33 litros) en tanto que entre las mujeres que viven en ciudades el mayor consumo fue reportado por el grupo de entre 40 y 49 años; en la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad (ENA, 2002)¹.

En la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes en el DF, medición de Otoño 2003 (Villatoro J y cols., 2004)² se encontró que el 65.8% de los adolescentes encuestados había usado alcohol alguna vez en su vida y un 35.2% lo había consumido en el último mes. Además tanto los hombres como las mujeres reportan porcentajes semejantes de consumo. Un 25.6 de los hombres y un 22% de las mujeres reportaron haber consumido cinco copas o más por lo menos una vez al mes, lo que es definido como *abuso de alcohol*.

En adultos un 72.2% de la población urbana masculina y un 42.7% de las mujeres reportan haber consumido por lo menos una vez alcohol en el último año. Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) (16.9% de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana (12.4%). (ENA 2002).

¿Cómo actúa el alcohol?

El alcohol etílico, o etanol es la sustancia activa de las bebidas alcohólicas. Su estructura molecular es muy sencilla y eso explica su fácil absorción en el tubo digestivo y su penetración al Sistema Nervioso Central.



¹ Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra Las Adicciones, *Encuesta Nacional de Adicciones*, 2002.

² Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Amador, N., Bermúdez, P., Hernández, H., Fleiz, C., Gutiérrez, M. Ramos, A., *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF: medición otoño 2003*, en Reporte Global. INP-SEP, México.

Las bebidas alcohólicas contienen cantidades variables de etanol y otras sustancias químicas. En la siguiente tabla se ven varios ejemplos del contenido de alcohol en gramos por tipo de bebida en un trago estandar:

Trago Estándar

• Por cada mililitro de alcohol, hay 0,79 gramos de alcohol puro.

1 lata de cerveza (330 ml) al 5% (concentración) x 0,79 (factor de conversión)

= 13 gr de alcohol

1 vaso de vino (140 ml) al 12% x 0,79

= 13,3 gramos de alcohol

1 vaso de destilados (40 ml) al 40% x 0.79

= 12,6 gramos de alcohol.

Una vez absorbido el alcohol llega al Sistema Nervioso Central donde actúa de una manera muy compleja, alterando las membranas celulares de las neuronas y produciendo cambios adaptativos en los sistemas de neurotransmisores cerebrales como el GABA (Acido Gamma Amino Butírico), la Acetilcolina, el NMDA (N' Metil D'Aspartato) entre otros.

Dependiendo de la cantidad que llega al cerebro el alcohol produce diversos efectos. Inicialmente hay una sensación de relajamiento, seguido de euforia, a mayor cantidad aparecen signos de incoordinación motriz, lenguaje farfullante y cambios en el estado de ánimo. Si el individuo sigue bebiendo empieza a haber somnolencia y si consume aún mayores cantidades puede producir depresión respiratoria, coma y muerte. (ver anexo: *Efectos físicos y psicológicos según la cantidad consumida*, Brailowsky S, 1995)³. Hay diferencias por género. Las mujeres metabolizan más lentamente el alcohol, por lo que los efectos tóxicos se manifiestan más rápidamente y a menor dosis. Lo mismo sucede con menores de edad y con personas mayores.

Otro descubrimiento reciente es el del *circuito de recompensa cerebral* que incluye varias estructuras y vías del sistema nervioso y que son las responsables de las conductas de búsqueda de estímulos placenteros (comida, sexo, descanso) pero que también son activadas por las sustancias adictivas. Este circuito genera la apetencia por la sustancia, a pesar de los daños que esta produce. En la actualidad

³ Cfr. Brailowsky Simón, *Las sustancias de los sueños*, Fondo de Cultura Económica, México, 1995.

se están investigando medicamentos que regulan este sistema cerebral y que potencialmente podrán ayudar a disminuir el deseo del consumo.

Patrones de consumo

Como decíamos, en nuestro país es frecuente que personas que no consumen habitualmente bebidas alcohólicas lo hagan de manera explosiva en algunas ocasiones especiales. Es posible que en estas ocasiones incurra en conductas de riesgo como manejar, faltar a su trabajo, sexo inseguro, entre otras. A este cuadro se le llama *abuso de alcohol*.

Sin embargo cuando el consumo de alcohol aumenta progresivamente a lo largo de varios años, el sistema nervioso central se adapta de tal manera que la persona tiene que consumir mayores cantidades para alcanzar el mismo efecto. Este fenómeno se llama *tolerancia* y es un factor importante en el desarrollo de la *dependencia al alcohol*. La tolerancia va acompañada de otro fenómeno llamado *abstinencia* que sucede cuando no llega la dosis habitual de alcohol al cerebro y entonces hay una respuesta fisiológica que incluye ansiedad, temblor, sudoración y en casos más graves pueden presentarse convulsiones o alucinaciones. Entonces el individuo entra en un ciclo conductual donde primero consume, llega a la intoxicación, suspende el consumo, aparecen los síntomas de abstinencia y vuelve a beber para evitarlos.

Es importante destacar la diferencia entre abuso y dependencia al alcohol, ya que con frecuencia se confunden los términos y se suele referir a ambos con el apelativo genérico de "alcohólicos". El abuso significa beber más de lo que tolera fisiológicamente el organismo.

Criterios para definir abuso de sustancias

- 1) Uso recurrente de una sustancia que resulta en una dificultad para llevar a cabo obligaciones laborales, escolares o en el hogar
- 2) Uso recurrente de una sustancia en situaciones en que es físicamente peligroso hacerlo
- 3) Problemas legales recurrentes por uso de una sustancia
- 4) Uso continuado de una sustancia a pesar de problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes derivados de su consumo

Nota: estos síntomas nunca han cumplido los criterios para dependencia a la sustancia

DSM IV, Asociación Psiquiátrica Americana

Un hombre adulto sano puede metabolizar (eliminar) un trago de alcohol en una hora y no más de tres tragos en un día. Una mujer adulta sana no puede metabolizar adecuadamente más de 2 tragos en un día. Si la persona ingiere más, progresivamente se intoxica, pero como las personas que abusan de alcohol pueden en ocasiones consumir de manera moderada no suelen considerarse socialmente como alcohólicos, inclusive pensar que no tienen problemas, sin embargo el tipo de problemas que enfrentan son súbitos, como un accidente, actos violentos, "lagunas mentales", manejar en estado de intoxicación (en la actualidad en la Ciudad de México el límite máximo de alcohol en sangre para conducir es de 10mg/100ml, cantidad que se alcanza con el consumo de 2 o 3 tragos).

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. *Tolerancia*, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. *Abstinencia*, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

DSM IV, Asociación Psiquiátrica Americana

La *dependencia al alcohol* es más bien una enfermedad a largo plazo. La dependencia al alcohol se caracteriza por la tolerancia a un consumo continuo y que progresivamente va aumentando, en estos sujetos predominan los problemas físicos (por ejemplo daños en el hígado), psiquiátricos, familiares y sociales. En muchas ocasiones la persona con dependencia al alcohol puede pasar inadvertida, ya que sigue realizando sus actividades cotidianas, aunque conforme progresa la dependencia el sujeto se vuelve más disfuncional.

¿Cómo saber si se tiene un problema por el consumo de bebidas alcohólicas?

Como vimos, los problemas por consumo de bebidas alcohólicas pueden separarse en abuso y dependencia, y aunque en ocasiones el problema es evidente para la familia y los amigos del sujeto, este inicialmente “niega” la existencia del mismo. Tanto para el que abusa del alcohol, como para el dependiente, el hecho de que en ocasiones no se excedan en la cantidad bebida, o que no tengan problemas aparentes y cumplan con sus obligaciones hace que piensen que en realidad nos son “alcohólicos”, así que la negación es el primer obstáculo en la aceptación del problema. La aparición cada vez más frecuente de conflictos por el consumo, ya sean familiares, económicos, laborales o sociales, hacen que el sujeto empiece a creer que si hay un problema y que eventualmente puede hacer algo para controlarlo, esta fase es conocida como “*contemplación*” en la teoría transteorética de las etapas del cambio (Prochaska JO, DiClemente CC, 1992)⁴. En este momento el individuo puede estar más abierto a los comentarios de las personas que lo rodean, aún así puede

⁴ Prochaska, J. O., Di., Clemente, C.C., Norcross, J.C., “In search of how people change. Applications to addictive behaviors”, en *Am Psychol.* 1992, Sep 47(9):1102-14.

continuar con el mismo patrón de consumo o en cambio hacer algo al respecto. Si sucede esto último entonces el individuo entra en la fase de “*acción*”. La persona con el problema hace algo para controlarlo, desde un propósito personal sin mayor intervención, hasta acudir a tratamiento profesional, a algún grupo de ayuda mutua y en nuestro medio inclusive ir a “*jurar*” a la Basílica de Guadalupe. Si la persona cumple con su propósito, acude a su terapia o a las sesiones de grupo o cumple su juramento y permanece sin consumir se dice que está en la fase de “*mantenimiento*”, esta fase puede durar años, inclusive el resto de la vida, o puede terminar en una recaída y volver a pasar por estas mismas fases.

Existe un cuestionario muy sencillo que se ha usado como medio de tamizaje o filtro para detectar problemas de alcohol en la población abierta. Este cuestionario se llama *CAGE* y consiste en cuatro preguntas:

- ¿Alguna vez a tenido que beber a primera hora de la mañana para sentirse bien?
- ¿Ha pensado en alguna ocasión en dejar la bebida?
- ¿Se ha sentido culpable en alguna ocasión por la bebida?
- ¿Le han molestado las observaciones que la gente ha hecho sobre su forma de beber?

Si el sujeto responde SI a 3 ó 4 preguntas durante el último año, es probable que tenga dependencia al alcohol. Si respondió afirmativamente a 1 ó 2 preguntas es probable que tenga problemas por abuso de alcohol.

Si la persona tiene dudas sobre su forma de beber debe consultar a un especialista, como un psicólogo o un psiquiatra, o puede acudir con un consejero en adicciones. En algunas ciudades existen servicios telefónicos para ayuda psicológica donde también pueden obtener orientación.

¿Qué sigue después de reconocer que existe un problema con la manera de beber?

Primero hay que diferenciar entre el abuso y la dependencia al alcohol. En el caso de *abuso* el tratamiento consiste en técnicas de autocontrol para moderar el consumo, entre las que se incluyen llevar registros, plantear metas, establecer estrategias, etc. Existe una técnica llamada *Intervención o Consejo Breve* que ha sido impulsada por la Organización Mundial de la Salud como un procedimiento relativamente sencillo para ayudar a

las personas con abuso de alcohol (Babor TF, Higgins-Biddle JC, 2001)⁵

En el caso de personas con *dependencia al alcohol* la meta es la abstinencia total y a largo plazo. Para llegar a esto en nuestro país ha tenido gran impacto la organización Alcohólicos Anónimos, cuyo objetivo es lograr la abstinencia a través de acudir a las juntas y seguir los 12 pasos de su modelo. Genéricamente a este tipo de terapia se le llama de ayuda mutua y es adecuada para individuos con dependencia al alcohol. En tiempos más recientes se han creado varios centros de tratamiento profesional para el alcoholismo desde el sector público, privado y social. El tratamiento inicial de la dependencia al alcohol puede requerir un entorno controlado, es decir un internamiento durante un tiempo limitado de tiempo. Existen varias modalidades como el de Comunidad Terapéutica o el modelo Minnesota. Los modelos ambulatorios, es decir sin el internamiento del individuo, aplican en general el Modelo de Prevención de Recaídas basado en la Terapia Cognitivo Conductual (Marlatt y Gordon, 1980)⁶. Este modelo inicia con la evaluación de las situaciones ambientales y emocionales que están potencialmente asociadas a la recaída, en donde el paciente y el terapeuta analizan los mecanismos que ha usado para afrontarlos y su eficacia objetiva.

Estas situaciones se pueden clasificar en *determinantes inmediatos* de las recaídas y *antecedentes encubiertos* de estas situaciones de riesgo. Los *determinantes inmediatos* son situaciones de alto riesgo que el individuo experimenta a lo largo del *continuum* de la enfermedad en diversos grados y con diferente capacidad de respuesta. Entre ellos se encuentran de manera principal los estados emocionales negativos, las situaciones que involucran a otra persona (situaciones de riesgo interpersonales), la presión social y también los estados emocionales positivos. Otros *determinantes inmediatos* son los *mecanismos de afrontamiento* que le permiten o no al paciente manejar estas situaciones, las expectativas positivas respecto al reinicio del consumo de alcohol y el llamado *efecto de la violación de la abstinencia* en el que el paciente que a tenido un consumo inicial después de un periodo de abstinencia tiene una serie de emociones, por ejemplo culpa o vergüenza que hacen que siga consumiendo.

⁵ Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., *Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención Primaria*, Organización Mundial de la Salud, 2001.

⁶ Marlatt, Gordon, Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change, en Davidson, P.O., and Davidson, S.M., eds., *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. New York, Brunner/Mazel, 1980, pp. 410-452.

Por otra parte se han descrito *antecedentes encubiertos* previos a las situaciones de riesgo como un el estilo de vida no equilibrado que genera estrés, deseo de una gratificación inmediata, la toma de decisiones aparentemente irrelevantes pero que conducen a mayor riesgo de recaer, así como la apetencia de consumo como un evento fisiológicamente determinado. Después de esta evaluación el Modelo de Prevención de Recaídas incluye dos grandes grupos de estrategias. Una involucra el entrenamiento del paciente para *reconocer las señales de alerta* que indican que el sujeto se aproxima a una situación de riesgo y al identificar estas señales entonces podrá llevar a cabo acciones para evitarlas. La segunda estrategia consiste en que una vez identificadas las situaciones de riesgo el sujeto se entrene en *técnicas de afrontamiento más efectivas*, tanto de tipo cognitivo como conductual. Además se busca que el paciente pueda desarrollar estilos de vida más sanos, incorporándose en actividades diferentes a las que previamente lo habían llevado al consumo.

¿Qué es el CAAF?

El *Centro de Ayuda al Alcohólicos y sus Familiares (CAAF)* es un proyecto de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del *Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"* iniciado en 1977 en los altos del Mercado Abelardo Rodríguez en el Centro Histórico de la Ciudad de México. El CAAF sólo maneja tratamiento en consulta externa y su programa de tratamiento se basa en el Modelo de Prevención de Recaídas.

Objetivo

El CAAF tiene como objetivo brindar un tratamiento multidisciplinario para el paciente con dependencia al alcohol en las diversas fases de la enfermedad con el fin de ayudarlo a lograr la abstinencia, prevenir recaídas y mejorar su calidad de vida. Así mismo el CAAF incluye en su modelo la orientación y tratamiento para los familiares de alcohólicos, con el objetivo de que puedan abordar eficientemente la problemática familiar y personal.

¿A quién está dirigido el CAAF?

A personas con dependencia al alcohol, que tengan motivación para el cambio, estén dispuestos a comprometerse con un tratamiento y que acudan voluntariamente. El CAAF tam-

bién se da tratamiento a personas con problemas por el consumo de alcohol de un familiar aunque este no acuda.

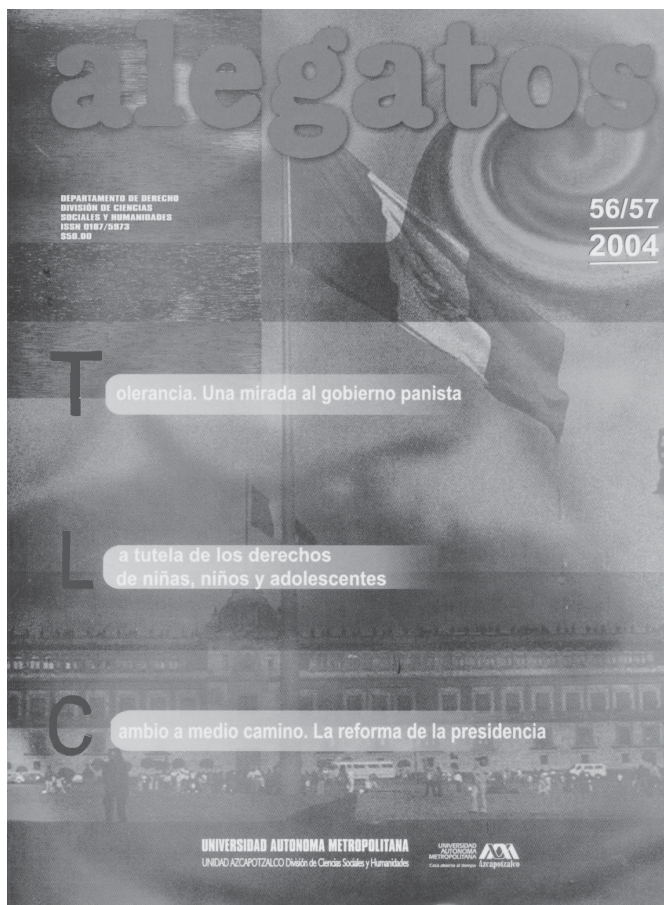
Programas

Para los pacientes que están bebiendo alcohol actualmente y tienen síndromes de abstinencia que les impiden lograr la suspensión del consumo el CAAF ofrece un programa de desintoxicación breve (4-6 horas). Para los pacientes que ya se encuentran en abstinencia el CAAF cuenta con varios programas de psicoterapia enfocados a prevenir recaídas y mejorar su calidad de vida. Estos programas incluyen psicoterapia individual, grupal, de pareja y familia con un enfoque cognitivo conductual, para grupos específicos de pacientes: hombres, mujeres y adolescentes en riesgo. Para familiares se cuenta con orientación breve, terapia de grupo para manejo de la codependencia, terapia de grupo para esposas de alcohólicos y talleres psicoeducativos para hijos adolescentes de alcohólicos. Los programas tienen una duración de 6 a 12 meses con sesiones de seguimiento durante dos años. Los servicios de medicina general y psiquiatría atienden la comorbilidad médica y de salud mental de los pacientes en tratamiento

¿Dónde está el CAAF?

República de Venezuela esq. Rodríguez Puebla, altos del Mercado Abelardo Rodríguez, colonia Centro, (cerca del

metro Zócalo) Tel.: 57 02 07 38 Horario: lunes a viernes de las 9:00 a las 19:00 horas



Anexo:

Efectos físicos y psicológicos según la cantidad de alcohol consumida

Núm. "Tragos"	Alcohol en sangre (g/100ml)	Efectos físicos y psicológicos
1	0.02-0.03	Sin efecto. Ligera elevación en los estados de ánimo.
2	0.05-0.06	Sensación de relajación, calor; disminución del tiempo de reacción y de coordinación fina.
3	0.08-0.09	Alteración ligera del equilibrio.
4	0.10	Niveles de intoxicación legal en algunos estados de EU.
5	0.11- 0.12	La coordinación y el equilibrio se dificultan; alteración de las facultades mentales y del juicio.
6	0.14-0.15	Alteración mayor del control físico y mental; habla y visión difíciles.
7	0.20	Pérdida del control motor (requiere ayuda), confusión mental.
10	0.30	Intoxicación severa; control conciente mínimo.
14	0.40	Inconciencia; umbral del estado de coma.
17	0.50	Coma profundo.
20	0.60	Muerte por depresión respiratoria.

Brailowsky S, 1995