PSIENCIA. REVISTA LATINOAMERICANA DE CIENCIA PSICOLÓGICA 7(2) 371-382
PSIENCIA. LATIN AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE

REVISIÓN | REVIEW

CONSUMO DE ALCOHOL: PRINCIPAL PROBLEMÁTICA DE SALUD PÚBLICA DE LAS AMÉRICAS

ALCOHOL CONSUMPTION: PUBLIC HEALTH MAIN PROBLEM OF THE AMERICAS

D®bora N. Duffy
Universidad de Buenos Aires, CONICET
deboraduffy@yahoo.com.ar

doi: 10.5872/psiencia/7.2.151
© 2015 · www.psiencia.org

Recibido/Received:
14/12/2013
Aceptado/Accepted:
11/4/2014

Cómo citar este artículo:
Duffy, D. N. (2015). Consumo de alcohol: principal problemática de salud pública de las Américas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7*, 371-382. doi: 10.5872/psiencia/7.2.151

Resumen: El presente es un trabajo de carácter teórico que tiene como objetivo poner foco en el problema del uso nocivo de alcohol. Este tema está desde hace tiempo instalado en la preocupación de los países, de los gobiernos, de los sistemas sanitarios y también de la población. Sin embargo, a pesar de su prevalencia y su condicionamiento de enfermedad y muerte ha sido muchas veces negado y escondido tras otros diagnósticos que resultan claramente consecuencia de cuadros de uso nocivo y prolongado de alcohol. Se expondrá un panorama epidemiológico de la Región de las Américas y la Argentina para demostrar que el problema existe y por ello precisa de la atención de quienes diseñan y ejecutan políticas y acciones de salud.

Palabras clave: *Consumo de alcohol — Panorama epidemiológico — Definiciones*

Abstract: This is a theoretical work that aims to put focus on the problem of harmful use of alcohol. This topic is long, installed in the countries concerned, governments, health systems and population. Yet despite its prevalence and its conditioning of illness and death has often been denied and hidden behind other diagnoses that are clearly harmful consequence of boxes and prolonged use of alcohol. An epidemiological overview of the Region of the Americas and Argentina will be discussed to demonstrate that the problem exists and therefore care needs of those who design and implement health policies and actions.

Keywords: *Alcohol — Epidemiological panorama — Definitions*

INTRODUCCIÓN

Desde muy temprano en la historia, el hombre ha utilizado sustancias con fines medicinales, placenteros, para dar cumplimiento a ritos de la época o simplemente para modificar la percepción de la realidad, en la constante búsqueda de apartarse del sufrimiento, sea éste físico, psíquico, social ó espiritual.

A comienzos del siglo XIX, en Inglaterra, privilegiada por sus estrechas relaciones con Oriente, se desarrolla el consumo médico del opio y de los anestésicos en general. Su utilización era por un lado preconizada por su efecto terapéutico y condenado moralmente su empleo en forma electiva "por falta de fuerza de carácter o voluntad", cuestión que es retomada en la actualidad en nuestro país en relación al uso terapéutico del cannabis o su empleo en forma electiva.

Luego de su descubrimiento, los psicotrópicos fueron incorporados al tratamiento de los trastornos psiquiátricos, fundando los principios de la psicofarmacología moderna, sobre las causas "bioquímicas" de la enfermedad mental, "medicalizando" los trastornos más invalidantes de ellas. Sin embargo, las condiciones del uso de sustancias psicoactivas, en personas aisladas cambió radicalmente a partir del siglo XX haciéndolo desde entonces, con el único fin de la búsqueda del efecto psicoactivo.

EL USO NOCIVO DE ALCOHOL EN NÚMEROS: ALGUNAS LECTURAS

El uso nocivo de bebidas alcohólicas y el consumo de otras sustancias psicoactivas, constituye un grave problema social y de salud pública en el mundo, con importantes consecuencias negativas que trascienden el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia y la comunidad. Dicha problemática no sólo ocasiona daños a la salud y pérdida de vidas, sino también morbilidad asociada, discapacidad, detrimento de la calidad de vida y enormes gastos para el Sistema de Salud. Datos estadísticos ponen de manifiesto cambios preocupantes en los hábitos de los adolescentes en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas. Cabe destacar que en Latinoamérica, se ha señalado que son las sustancias legales las que se consumen más tempranamente, con un inicio aproximado entre los 10 y 14 años (Arrom, Ruoti & Adorno, 1998; Chavez & Andrade, 2005). El uso de bebidas alcohólicas es ante todo un comportamiento social, que resulta de fuerzas ligadas con la exposición a situaciones sociales y a la vulnerabilidad de personas y grupos frente a las mismas.

Las actuales investigaciones basadas en evidencias demuestran que el consumo de alcohol y los patrones de ingesta en las Américas se hallan en niveles perjudiciales y la Región supera las medias globales para muchos problemas relacionados con el alcohol. Existen cinco razones cruciales para considerar al alcohol como una urgente prioridad de salud pública en las Américas. En relación a la mortalidad, se estima que en el año 2002, el alcohol causó la muerte de una persona cada dos minutos en la Región (Rehm et al., 2006). Se calcula que un 5.4% de todas las muertes en las Américas en 2002 fueron atribuibles al alcohol, en comparación con la cifra mundial de 3.7% (Rehm et al., 2006), es decir, 68% más que el promedio mundial. Asociado con la morbilidad el consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud (Rehm y Monteiro 2005), que van desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia.

El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, por estar relacionado con violencia familiar, accidentes fatales de tránsito (tanto para pasajeros como peatones) y violencia interpersonal.

En función con los Años de Vida Ajustados a la Discapacidad (AVAD), el alcohol causó casi el 10.0% de todos los años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) perdidos en la Región en 2002, en comparación con la cifra global de 4.4% (Rehm et al., 2006). En el año 2000, el análisis comparativo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 26 factores de riesgo distintos y su impacto sobre la carga de morbilidad demostró que el alcohol era el principal factor de riesgo en la Región de las Américas (Rehm y Monteiro, 2005), en tanto que a nivel mundial el alcohol ocupaba el cuarto lugar. En relación con las lesiones por accidentes de tránsito, entre el 20 y 50% de las fatalidades por accidentes de tránsito en la Región estaban relacionadas con el alcohol (OMS, 2004).

Además, en el área de Salud Mental, una reciente encuesta de Salud Mental Mundial demostró que las Américas presentaban mayores incidencias de trastornos por el uso de alcohol que en el resto del mundo (World Menthal Health Survey Consortium, 2004). En correspondencia con el costo económico, en EE.UU., el costo estimado del alcohol fue de casi 185 mil millones de dólares en 1998, un incremento del 25% en seis años (Harwood, 2000), en tanto que en Canadá se gastaron más de 2 mil millones de dólares canadienses tan sólo en costos de atención a la salud en 2002, por problemas relacionados con el alcohol (Taylor, et al. 2007).

LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Continuando con lo expresado anteriormente, el consumo de alcohol en las Américas es un 50% mayor que el promedio mundial. Esta afirmación proviene de una publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que al mismo tiempo evidencia que el consumo y los patrones de ingesta de alcohol se encuentran ya en niveles perjudiciales y superan las medias globales. En 2002, el consumo de alcohol per cápita en las Américas fue de un promedio de 8.5 litros, comparado con la media global de 6.2 litros (Rehm, et al. 2006). También asevera la necesidad crítica de iniciar acciones a nivel nacional para transformar el problema del uso nocivo de alcohol en una prioridad de la salud pública en el hemisferio. Por otra parte, la mayor carga de morbilidad por alcohol en la región de las Américas recae sobre Centroamérica y Sudamérica produciéndose la muerte de una persona cada dos minutos como consecuencia.

A modo de ejemplo se mencionan, en las tablas 1 y 2, datos alarmantes sobre esta problemática.

Cabe citar también las estadísticas regionales que nos informan acerca de la prevalencia del uso episódico de alcohol (Tabla 3).

Uno de los grupos más expuestos al problema del uso nocivo de alcohol son los jóvenes, en virtud de ello la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), a través de su Observatorio Argentino de Drogas (OAD), realizó a mediados del año 2005 la Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media, sobre consumo de sustancias psicoactivas.

La encuesta se realizó sobre una muestra representativa de 62.700 alumnos de 13 a 17 años de todo el país. Analizado el consumo de sus-

Tabla Nº 1. *Principales factores de riesgo para la carga de morbilidad año 2000, Región de las Américas (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Paraguay, Uruguay, Venezuela).*

AVAD	%
Alcohol	11,4
Sobrepeso	4,2
Hipertensiòn arterial	4,0
Tabaquismo	3,7
Colesterol	2,3
Sexo no seguro	2,1
Exposición a plomo	2,1
Baja ingesta de frutas o verduras	1,8
Agua y servicios sanitarios no seguros	1,6
Inactividad fìsica	1,4

Tabla Nº 2. *Los 10 Factores de riesgo para la carga de morbilidad en las Américas, 2000. (% AVAD).*

AVAD	%
Uso de alcohol	9,8
Tabaco fumado	6,5
Sobrepeso y obesidad	5,2
Hipertensión arterial	4,5
Colesterol alto	3,3
Sexo no seguro	2,3
Baja ingesta de frutas o verduras	2,2
Inactividad fìsica	1,8
Uso de drogas ilegales	1,8
Agua e higiene no seguros	1,5

Tabla Nº 3. *Porcentaje de Prevalencia de uso nocivo episódico en población general.*

Paìs	%
Canadá	48,26
Perú	37,2
Argentina	30,07
México	28,54
EEUU	26,93
Brasil	26,29
Costa Rica	22,51
Uruguay	18,40

Fuente: Reporte Final del Estudio Multicéntrico.

tancias en el último año, se observa que, son las drogas legales –alcohol y tabaco- las que tienen mayores tasas de consumo, siendo la tasa de alcohol de un 48,1% (predominantemente en varones) y de tabaco 27,4% (igual en varones que en mujeres). En segundo lugar, aparece el consumo de psicofármacos sin prescripción médica. Por último, son las drogas ilegales como la marihuana y cocaína las que más se consumen con mayor incidencia en varones que en mujeres.

Además, se realizó en octubre del año 2005 el Segundo Estudio Nacional sobre la relación entre el uso indebido de drogas y la Consulta de Emergencia. La investigación consistió en la aplicación del cuestionario estandarizado del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC) en los Hospitales Públicos de las ciudades capitales del país. A partir de dicho estudio se obtuvieron los siguientes resultados: el 8,8% de las consultas realizadas en el país se relacionaron con el consumo de sustancias psicoactivas, según la impresión clínica del médico. Tanto a nivel nacional como regional fueron los varones quienes efectuaron, en mayor proporción, consultas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, siendo, la región de Cuyo la que presentó la mayor proporción. La presencia del alcohol en las consultas relacionadas al consumo de droga fue del 80,5%. A nivel regional la mayor presencia de alcohol se observó en la región de La Patagonia.

El análisis por sexo nos permite prestar atención que en los consumos de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína los varones presentan mayores probabilidad de haberlos realizado en las seis horas anteriores al ingreso en la sala de emergencia; por el contrario, en las mujeres la mayor probabilidad se genera en el consumo de psicofármacos utilizados sin prescripción médica.

Los principales motivos por los que ingresaron los pacientes cuya consulta se asocia con el consumo de sustancias psicoactivas, según la impresión clínica del médico son, entre otras, las situaciones de violencia, los accidentes de tránsito y las sobredosis.

Asimismo, a partir del año 2003, comenzó a implementarse por iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo que valida un instrumento desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante el 2005, el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) realizaron la encuesta a nivel nacional relevando 50.000 viviendas en todos los distritos del país. Se incluyó población de más de 18 años de edad que residían en ciudades de más de 5.000 habitantes. De acuerdo a los datos procesados de esta Encuesta, se obtuvieron las siguientes conclusiones, entre ellas, se estima que en la Argentina el 37% de los accidentes de tránsito y el 47% de los homicidios y agresiones son atribuibles al uso de bebidas alcohólicas. Se observó que el uso nocivo de alcohol (uso de más de un trago promedio por día en mujeres o más de dos en hombres) a nivel nacional en los hombres ha sido del 13,6% y del 6,1% en mujeres. El uso nocivo de alcohol a nivel nacional fue del 9,6%.

Otro factor que tuvo en cuenta la Encuesta sanitaria fue el Consumo Excesivo Episódico de Alcohol (CEEA), definido como la ingesta de cinco o más tragos en una sola oportunidad, en los últimos 30 días. El CEEA alcanza a nivel nacional 10,1% de la población. La encuesta reveló que el consumo episódico excesivo estuvo fuertemente asociado con el patrón de consumo en jóvenes: 18,8% de 18 a 24 años contra 9,9% en el grupo 35 a 49 años y 6,9% en 50 a 64 años. Esta relación se observó en todas la provincias.

Asimismo, en el año 2008 se realizó la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (IN-

DEC), el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación con el asesoramiento del Ministerio de Salud de la Nación, la cual se llevó a cabo en localidades de 5 mil y más habitantes de todo el País. La muestra total fue de 51.162 viviendas y representa al 96% de la población. Los resultados de dicha Encuesta indican que: el alcohol constituye el mayor problema, teniendo una prevalencia de vida del 76,8%. La prevalencia del último año fue del 67% en toda la población, de 16 a 24 años el 69,6%, de 25 a 34 años el 67,2%. Además mostró que la prevalencia del último mes fue del 49,9% en toda la población, de 16 a 24 años 51,1%, de 25 a 34 años el 46,3%.

CIFRAS RELACIONADAS CON LA PRODUCCIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS: EL CASO DE ARGENTINA

Diversos autores han mencionado que el problema del uso nocivo de alcohol no puede analizarse sin considerar el desarrollo de la producción de bebidas alcohólicas y su impacto en la economía de los países. Por ello, es importante ilustrar el crecimiento de algunos negocios, como el de la cerveza. En la década del ochenta, el consumo de cerveza era de 8 litros por habitante por año; en los 90 pasó a 22 litros y en la actualidad es de 34 litros; es decir, son más de 1200 millones de litros de cerveza los que se consumen anualmente (Secretaría de Agricultura Ganadería y Pesca de la Nación. Argentina, 2003).

Al respecto (Verruno, C., 2001) investiga que durante las últimas décadas, específicamente a partir del período de post-guerra, la población mundial vió aumentar año tras año la producción de alcohol a través de las bebidas de uso corriente. Trascurrieron varios años más para esclarecer la real situación en los países desarrollados, que observaron un notable incremento en el consumo del mismo. No pasó sino un poco de tiempo más para consolidar los impactos que acusaban el exceso de la bebida en todos sus campos, trasmitiéndose, años más tarde al resto del mundo. Poco tiempo más trascurrió para que a la cantidad de alcohol producido se le sumase la diversificación de calidades, resultando aún más tentadora la oferta, pudiéndose ingerir alcohol a cualquier hora y en cualquier lugar.

Si bien la producción y el consumo de bebidas alcohólicas ha aumentado en general, es importante destacar, como hemos enunciado anteriormente, que se ha quintuplicado la producción de litros corrientes y litros absolutos de cerveza. De acuerdo a los antropólogos A. González y S. Wallace (1987) la industria cervecera ha sido una de las pocas que incrementó notablemente su producción y mantuvo un crecimiento sostenido en el tiempo (contando un período de por lo menos 10 años, ya que la investigación por ellos realizada en 1987, hace referencia al período que va de 1977 a 1987). Esto significa que el proceso de concentración y centralización de capital de ésta industria se ha intensificado. Dicha expansión, se ha realizado a expensas de la industria vitivinícola, observándose estadísticamente un claro avance de la cerveza y un retroceso del vino en las preferencias del mercado nacional.

En lo que respecta a la venta de cerveza, las cifras nos indican que en el transcurso de 5 años (1981 a 1986) aumentó de 2 millones de hectolitros a más de cinco millones de hectolitros. Consecuentemente el consumo per cápita también evolucionó en relación al aumento de la producción, ocupando la cerveza el tercer puesto detrás del vino y las gaseosas, es decir que ha ascendido en la escala de preferencias de los argentinos: en un período de 9 años, entre 1978 y 1987, el consumo per cápita pasó de 6,69 litros a 18,49.

Hasta los ochenta, y en relación con la modalidad de ingesta de alcohol, existía un patrón de cultura permisiva pero con rechazo hacia los excesos, que cambió rápidamente hasta alcanzar en el 2000 un patrón permisivo incondicional (Míguez, H., 2004). Este cambio fue promovido por la industria productora de alcohol, y que para ampliar el universo de los consumidores incorporando a los jóvenes, concentró la publicidad sobre el sistema de representaciones sociales como objeto de trabajo, mientras que las escasas estrategias de prevención insistían sobre las prácticas de consumo que debían evitarse y los trastornos de las mismas.

La televisión se ha erigido en el medio de comunicación masivo y dominante, en ella la publicidad tiene como objetivo estimular el deseo y la necesidad de consumir, y los niños y jóvenes representan una importante cuota de mercado. La influencia de la publicidad en los niños es fuerte, y puede considerarse un instrumento peligroso, puesto que crea apetencias y necesidades que no se corresponden con la edad del niño o del adolescente, y que en la mayoría de los casos no podrá satisfacer (Rodríguez, E.; Megías, I.; & Sánchez E., 2002). Los anuncios de bebidas al-

cohólicas están codificados preferentemente con el claro mensaje de que el consumo de alcohol facilita la diversión y el éxito con las personas del otro sexo. Actualmente la Ley Nacional 24.788, prohíbe las publicidades de bebidas de más de 20º en la televisión, no así los sugestivos anuncios de cerveza. Para dar un ejemplo se calcula que, en el año 1987 se invirtieron 365 millones de dólares en publicidad en nuestro país, de los cuales 3,3% corresponde al sector de bebidas alcohólicas (González, A. & Wallace, S., 1990).

De esta forma se construye una modalidad de beber en los adolescentes, y en la actualidad también se implanta un patrón de consumo diferido en los niños y niñas con característica permisiva incondicional, fuera de la alimentación y el ambiente familiar.

Esta transformación de las costumbres se expandió rápidamente, en forma de una "explosión epidémica", entre las poblaciones de jóvenes de casi todo el mundo. Es por ello que, el lugar que las drogas ocupan en una sociedad, la razón por la cual incluye a algunas y excluye a otras, debe ser interpretado a la luz de los cambios sociales, económicos, culturales y científicos que la afectan.

USO, ABUSO Y DEPENDENCIA

Denominamos sustancias psicoactivas a aquellas que al ser introducidas en el organismo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas, pudiendo inducir a las personas que las toman a repetir su autoadministración por el placer que generan (acción reforzadora positiva).

La toxicodependencia como hecho social, implica un cambio antropológico que modifica la mirada y la significación del uso de las drogas, significación que no se encuentra en ellas, sino en nuestra cultura. Remite al paradigma central de la articulación entre el lazo social y la libertad individual. Se puede aseverar que no existe una causa única a la que pueda responsabilizarse sino que son tres los ámbitos concurrentes, necesarios y "obligatorios" para que pueda desarrollarse el consumo problemático: un contexto social, una persona con disposición y una o más sustancias.

Las sustancias psicoactivas producen sensaciones psíquicas además de efectos físicos, dependiendo de su pertenencia a distintos grupos. Todas poseen además propiedades de refuerzo, entendidas como la capacidad de producir efectos que despiertan en el que las utiliza el deseo imperioso de consumirlas otra vez, en la búsqueda de efectos similares. Las sustancias psicoactivas modifican la síntesis, la degradación, o la liberación de neurotransmisores y neuropéptidos cerebrales. Son sustancias químicamente muy diversas, que se unen a distintos sitios iniciales en el cerebro y la periferia, generando una combinación diferente de efectos fisiológicos y conductuales luego de su administración.

A pesar de estar involucrados distintos mecanismos de acción y efectos toxicológicos, todas poseen ciertos efectos en común. Por ejemplo, promueven la reexperimentación de la gratificación (reward) y en sujetos vulnerables con contextos facilitadores, conducen a la adicción. Todas producen luego de su retiro, estados emocionales negativos. La adicción se relaciona con los fenómenos de neuroplasticidad de los mecanismos celulares, de la organización sináptica. Por ello, la drogadependencia no está definida por la dependencia física, sino por el "comportamiento de búsqueda de droga".

Muy frecuentemente tiende a identificarse al consumidor de sustancias como "adicto", sin embargo hay diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos. Del universo de personas que consumen sustancias, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos. Por el contrario, en un grupo relativamente pequeño en proporción al universo de consumidores el uso adquiere características problemáticas.

Por ello es muy importante hacer una diferenciación entre lo que es el uso –que incluye el uso recreativo-, y el abuso y la dependencia a sustancias psicoactivas, considerándose a los dos últimos conceptos como patológicos (consumo problemático), aunque aún no se da por concluida la delimitación precisa de ellos.

Se puede definir el uso de una sustancia como un consumo aislado, episódico, ocasional, sin tolerancia ni dependencia. Claro está que un único episodio de consumo puede ser fatal, en caso de intoxicación aguda, o dañino cuando una mujer embarazada consume alcohol, o peligroso cuando se consume marihuana y luego se conduce un vehículo.

El abuso es un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. Conlleva un deterio-

ro clínico significativo, que da lugar al incumplimiento de las tareas habituales y/o alteraciones en las relaciones interpersonales sean sociales o familiares. Incluye tomar un medicamento no recetado o en dosis superiores a las indicadas, intoxicación etílica, usar drogas de diseño para bailar, entre otras.

Existe dependencia de una sustancia cuando se tiene la necesidad inevitable de consumirla y se depende física y/o psíquicamente de ella. Aparece una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la misma para conseguir el efecto deseado (tolerancia), consumiendo en muchos casos para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

ATENCIÓN PRIMARIA Y 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, puesto que el contenido de alcohol de las bebidas varía enormemente, entre 1 y 45%, lo que puede llevar a cálculos erróneos. Además, el mismo tipo de bebida puede ser presentada en distintos tipos de envases, con las consiguientes diferencias en cantidad de alcohol. Asimismo, la concentración del grado de alcohol puede variar en una misma bebida, dependiendo de dónde y cómo ha sido producida. Hay que tener en cuenta también que una bebida estándar difiere de un país a otro y que 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 & Higgins-Biddle, 2001) propuso determinados valores para las bebidas estándar, expresados en la tabla 4.

Tabla 4. *Valores de una bebida estándar según la Organización Mundial de la Salud.*

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%

Fuente: Babor y Higgins-Biddle, 2001

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).

CONSUMO DE RIESGO, CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

El consumo de riesgo se define como un nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste (Babor et al. 1994). No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo, pero, cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos. La OMS lo define como consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres (Rehm et al. 2004).

Consumo perjudicial. El consumo perjudicial se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud físca (por ej., cirrosis hepática) como en su salud mental (por ej., depresión como resultante del consumo) (Organización Mundial de la Salud, 1992). Basada en datos epidemiológicos en lo que respecta a los daños causados por el alcohol, la OMS define el consumo perjudicial como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres (Rehm et al. 2004).

Intoxicación. Puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo (OMS, 1992), aún con un nivel bajo de consumo (Eckardt et al. 1998). Intoxicación no es sinónimo de consumo excesivo ocasional.

Consumo excesivo ocasional. Una sesión de beber en la que se consume al menos 60g de alcohol puede definirse como consumo excesivo episódico u ocasional ("binge drinking", en inglés) (OMS, 1992).

Dependencia del alcohol. El CIE-10, el Manual de la OMS para la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, define a la dependencia del alcohol como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol. El volver a beber después de un período de abstinencia está a menudo asociado con una rápida reaparición de las características del síndrome.

Asimismo, existen varios términos mal definidos que es recomendable no utilizar entre ellos se incluyen los siguientes:

Consumo moderado de alcohol. Es recomendable evitar el uso de la palabra "moderado" ya que es una expresión inexacta que intenta describir un patrón de consumo opuesto al consumo excesivo. Aunque es utilizada para referirse a una forma de consumo que no causa problemas (por lo tanto no es sinónimo de beber en exceso), su definición no es exacta. Una mejor expresión sería "consumo de bajo riesgo".

Consumo razonable, consumo responsable y consumo social. Son imposibles de definir pues dependen de valores éticos, sociales y culturales que varían según los países, las costumbres y los tiempos.

Consumo excesivo. Es un término que, en lo posible, es preferible no utilizar, ya que supone la existencia de una norma de consumo menor a la cual ese consumo, considerado excesivo, se opone. Se prefiere hablar de consumo de riesgo.

Alcoholismo. Es un término que se utiliza desde hace muchos años y de significado variado. En general se refiere al consumo crónico o periódico de alcohol, caracterizados por la imposibilidad de controlar la ingesta, frecuentes episodios de intoxicación y la falta de preocupación con respecto al alcohol, a pesar de sus consecuencias adversas. La inexactitud del término llevó a un Comité de Expertos de la OMS a descartar su uso, prefiriendo utilizar el de síndrome de dependencia del alcohol como uno de los muchos problemas relacionados con el consumo de alcohol (Edwards y Gross, 1976; OMS, 1980). Además no está incluido en el ICD 10 y se prefiere hablar de dependencia del alcohol.

Abuso del alcohol. Es un término de uso corriente, aunque tiene diversos significados. A pesar de ser utilizado en el DSM, manual para el diagnóstico de trastornos mentales, debe ser considerado como una categoría residual, se ha de dar prioridad, siempre que sea aplicable, a la palabra "dependencia". También se usa a veces

de manera peyorativa para referirse a cualquier tipo de consumo, especialmente de drogas ilegales. Se prefiere hablar de consumo perjudicial y de riesgo.

Uso indebido del alcohol. Es un término que describe la utilización del alcohol en forma no consistente con las normas legales o médicas, como el uso no médico de los remedios que requieren prescripción médica. Se prefiere la utilización del término consumo de riesgo.

CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

El consumo de alcohol, los daños asociados y la dependencia existen dentro de un continuo, que va desde la abstinencia a la dependencia del alcohol, pasando por el consumo de bajo riesgo, el consumo de riesgo y el consumo perjudicial. De la misma manera, el daño causado por el consumo de alcohol va desde no causar daño alguno, o daños menores, hasta producir daños considerables e incluso graves. El consumo de alcohol, los daños relacionados con el alcohol y la dependencia del alcohol no son entidades estáticas y los individuos se mueven dentro de ese continuo, una y otra vez, e inclusive pueden dejar de ser dependientes del alcohol y volver a serlo nuevamente durante el transcurso de sus vidas. Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos descubrió que el 18% de las personas que habían sido dependientes en el período previo al último año, fueron abstemias durante el último año; el 18% fueron bebedoras de bajo riesgo; el 12% fueron bebedoras de riesgo asintomáticos y mostraron un patrón de bebida que los ponía en riesgo de recaídas; 27% estaban en remisión parcial y 25% fueron clasificados como aún dependientes (Dawson et al. 2005). Sólo una cuarta parte de estas personas había recibido alguna vez tratamiento para su dependencia del alcohol.

La etiología y el ciclo del consumo perjudicial y la dependencia de alcohol se encuentran, en general, en factores de vida, ambientales y del comportamiento (McLellan et al. 2000; Bacon, 1973; Öjesjö, 1981; Edwards, 1989; Moos et al. 1990).

Se los puede describir como trastornos clínicos sensibles al ambiente (Curran et al. 1987; Pattison et al. 1997; Humphreys et al. 2002); son sensibles a los factores de política ambiental, como el precio del alcohol y su disponibilidad en el mercado (Bruun et al. 1975; Edwards et al. 1994; Babor et al. 2003); y son también sensibles al tratamiento, (Klingemann et al. 1993; Blomqvist, 1998), cuyo impacto puede aumentar con la presencia de políticas ambientales efectivas.

INTOXICACIONES AGUDAS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

El ingreso a unidades asistenciales de urgencia, es una modalidad de presentación de estos cuadros, de frecuencia cada vez más creciente, por cuadros cada vez más graves y a más temprana edad de los pacientes que consultan.

Tienen una relación casi lineal con cualquier evento relacionado con la reunión de pares, salidas de fines de semana, fiestas de graduación, recitales, competencias o prendas de “fondo blanco”, preparación “previa” antes del ingreso a algún local o fiesta bailable, celebraciones religiosas tradicionales, reservadas inicialmente para ciertas comunidades, que fueron extendiendo su ámbito auspiciadas por la promoción de las principales marcas de bebidas alcohólicas, e incluso medicamentos.

Así el consumo de bebidas alcohólicas en exceso se transformó en “normalidad” en la adolescencia y en grupos de adultos jóvenes, donde el objetivo en muchos casos es “perder el control” para lo que es “necesario” intoxicarse. Y además en estos grupos, “no beber” significa quedar afuera, ser excluido del grupo de pertenencia.

Al igual que acontece con otras drogas como el tabaco, el consumo de alcohol no es una conducta que se presente aislada en los jóvenes, sino que se entrelaza con otras y conforman patrones que caracterizan los diferentes estilos de vida. Esto tiene claras implicaciones estratégicas de cara a elaborar programas preventivos. Además de la estrecha relación entre alcohol, tabaco y marihuana.

En muchas ocasiones las bebidas alcohólicas de alta graduación se consumen asociadas a sustancias de incorporación relativamente reciente, denominadas “bebidas energizantes” clasificadas como suplemento dietario (Código Alimentario Argentino) destinadas a promover un alto nivel de energía y mejorar el rendimiento físico y psíquico, sin un concluyente sustento científico que respalde tales propiedades benéficas. Estas últimas, constituyen verdaderos estimulantes del sistema nervioso central; y en su asociación con el alcohol, permiten ingerir cantidades superiores del mismo

por disminución de las señales de fatiga y aumento del estado de alerta. En el uso combinado con la cocaína o el extasis, desarrolla un sinergismo simpaticomimético, con toxicidad predominantemente cardíaca.

Las causas de ingreso a los dispositivos sanitarios de urgencia son múltiples: intoxicación aguda, pérdida de conocimiento, estados de inconciencia, alteración de la conducta, agitación psicomotriz, lesiones por caídas, lesiones por riña, accidentes de tránsito; todas situaciones de gran riesgo personal y graves implicancias médicas.

Año tras año aumenta el número de intoxicaciones agudas por drogas lícitas e ilícitas, este crecimiento va de la mano de una sociedad que fomenta el consumo de sustancias a través de la publicidad de bebidas alcohólicas y de medicamentos como si éstos fueran objetos de consumo que como tal se compran en los kioscos o supermercados, o simplemente con las prácticas de automedicación que los hijos asimilan de sus padres.

Pasivamente asistimos a la promoción de malos hábitos alimentarios, extensamente publicitados, para aumentar las ventas de un medicamento que supuestamente contrarresta los efectos displacenteros de una ingesta inapropiada.

La inducción a la conducta de la inmediatez en la instalación de un tratamiento según los síntomas, da resultados: todo puede solucionarse con un comprimido y hasta algunos suplementos dietarios se prefieren comercializar como medicamentos porque “aumentan su venta”. Pero esta actitud tiene sus costos: cuando a un adolescente le ofrecen un “comprimido” de éxtasis, con la promesa de bienestar y placer, es utópico pensar que podría decir que “no”.

EL POLICONSUMO

Una mención debe hacerse de la modalidad de presentación de los pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas en los centros asistenciales de urgencia, en cuanto a la complejidad de sus cuadros clínicos.

Frecuentemente el ingreso está marcado por la gravedad del cuadro clínico por la suma de sustancias, las que interactúan, potenciando o antagonizando sus efectos, siendo más difícil por ello su diagnóstico y tratamiento. Las asociaciones más comunes son aquellas que incluyen alguna bebida alcohólica con psicofármacos y/o bebidas energizantes, clorhidrato de cocaína o “paco” con psicofármacos y/o alcohol, entre otras.

La salud pública tiene dentro de los ámbitos concurrentes que determinan la toxicodependencia, incumbencia directa con la asistencia de la persona o sujeto que manifiesta dicho trastorno. En la mayoría de los casos dicha atención se circunscribe, al “daño ya instalado” y por consiguiente al tratamiento de los efectos físicos que ha provocado el consumo de sustancias.

En los últimos años y frente al fracaso de las políticas de corte prohibicionista, fueron adquiriendo mayor vigencia las estrategias de intervención denominadas de “reducción de daño” que tienen por objetivo la prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas y ponen énfasis en facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud.

DISCUSIÓN

Emprender un enfoque de Salud Pública para las políticas de alcohol implica la aplicación de intervenciones apropiadas, que muy probablemente beneficiarían a una mayor cantidad de personas, ya que es un enfoque poblacional. También implica la hipótesis de que las poblaciones consumen bebidas alcohólicas como resultado de una interacción entre la sustancia (es decir, el alcohol como sustancia psicoactiva y tóxica), lo individual (es decir, género, características biológicas, historial personal) y los factores ambientales (es decir, disponibilidad, precio y promoción del alcohol). Por consiguiente, se pueden utilizar principios epidemiológicos para evaluar y comprender mejor la ingesta de alcohol en una determinada población y proporcionar datos con el fin de monitorear tendencias, diseñar mejores intervenciones y evaluar programas y servicios, a diferencia de la medicina clínica, que se enfoca en el tratamiento y cura de una enfermedad en cada caso individual (Babor et al. 2003).

La dimensión de este problema exige conductas y acciones más creativas: la difusión científica y seria, la prevención a nivel comunitario, el compromiso frente al paciente y su entorno, el estímulo de formas de desenvolvimiento social más sanas y menos peligrosas, etc. Es prioritario trabajar sobre la promoción de la salud destacando la importancia y los beneficios de una vida con hábitos más sanos en todos los niveles sociales

y grupos etarios.

La articulación estrecha de conocimientos con otras ciencias y saberes, es el camino adecuado y probablemente el único que puede contribuir a comprender y abordar este paradigma en el contexto real en el que se desarrolla, para poder así elaborar y construir las estrategias más convenientes.

BIBLIOGRAFÍA

Arrúe, W., & Kalinsky, B. (1987). El alcohol, la cultura y la región. Visión local de las pautas actuales de consumo. *Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario, 42*, 31-39.

Alan Dever, G. E. (1991). "Marketing, epidemiología y administración" y "Epidemiología y marketing: análisis de un caso". En: Autor (1991) La Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Washington, Estados Unidos: Aspen Publishers/ OPS.

Arzeno, M., & Castelo, M. (1997). *Diagnóstico de Alcoholismo.* Argentina: Biblioteca Centro Médico de Mar del Plata.

Azaiza, F., Shoham, M., Bar-Hamburger, R., & Abu-Asbeh, K. (2009). Psychoactive substance use among Arab adolescent school dropouts in Israel: a phenomenon and its implications. *Health & Social Care in the Community, 17*(1), 27-35. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00794.x

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... & Rossow, I. (2003). Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. *Alcohol & Alcoholism, 40*(2). doi: http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agh122

Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J. (Eds.). (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Bacon, S. D. (1973). The process of addiction to alcohol: social aspects. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34*,1-27.

Blomqvist, J. (1998). The "Swedish model" of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. *Contemporary Drug Problems, 25*(2), 253-321.

Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G., & Patton, G. (2001) Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction*, *96*(10), 1485-1496.

Chavez, L. M., & Andrade, D. (2005). La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. Revista *Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 784-789.

Clark, D., & Cornelius, J. (2004) Childhood psychopathology and adolescent cigarette smoking: A prospective survival analysis in children at high risk for substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 29, 837-841.

Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones (2010). *Guía de Orientación a la Magistratura para la adecuada atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires, Argentina: Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Comité de Expertos de la OMS (1977, 1979, 1983, 1985, 1988, 1990, 1992). *Selección y uso de medicamentos esenciales. Serie de Informes Técnicos N° 615, 641, 685, 722, 770 y 796*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Dirección de Salud Mental y Adiciones (2011). *Normativa Nacional en políticas sanitarias de prevención y lucha frente al consumo excesivo de alcohol*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

Eckardt, M. J., File, S. E., Gessa, G. L., Grant, K. A., Guerri, C., Hoffman, P. L., Kalant, H., Koop, G. F., Li, T. K., & Tabakoff, B. (1998). Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcoholism, Clinical y Experimental Research, 22*, 998-1040.

Edwards, G. & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal, 1*,1058-1061.

Edwards, G. (1989). As the years go rolling by: drinking problems in the time dimension. *British Journal of Psychiatry, 154*,18-26.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., ... & Skog, O-J. (1994) *Alcohol Policy and the Public Good.* Oxford, Suiza: Oxford University Press.

Ehrenberg, A. (1994). *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Ellickson, P., Collins, R., Hambarsoomians, K., & McCaffrey, D. (2005) Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a lon-

gitudinal assessment. *Addiction, 100*, 235-246.

Facy, F. (2000). Place of alcohol morbidity and mortality of young people. En: Navarro, F., Godeau, E., & Vialas, C. (Eds.). *Actes du colloque les jeunes et Làlcool en Europe*. Toulouse, Francia: Universitaires du Sud, Toulouse.

González, A., & Wallace, S. (1978). Industria Cervecera y proceso de alcoholización: el caso de la cervecería Quilmes. *Cuadernos Médico-Sociales de la Asociación Médica de Rosario, 51*, 27-43.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2000) *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries.* Sweden: Council of Europe.

Humphreys, K., & Tucker, J. (2002). Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction, 97,*126-132.

Klingemann, H., Takala, P., & Hunt, G. (Eds.). (1992). *Cure, Care or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany, Nueva York, Estados Unidos: State University of New York Press.

Lunde, P. K. M. (1990). Selección de medicamentos a nivel internacional, nacional y local. En: Laporte, J., & Laporte, J. R. (Eds.) *Avances en terapéutica, 12,* 154-164. Barcelona, España: Salvat.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O.Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000) Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association, 284,*1689-1695.

Moos, R. H., Finney, J. W. & Cronkite, R. C. (1990) *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*. New York: Oxford University Press.

Míguez, H. A. (2004). Epidemiología de la alcoholización juvenil en la Argentina. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, 50*(1) 43 -47.

Miguez, H. (2000). Consumo de sustancias psicoactivas en la Argentina. *Acta psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 46*(3), 19-28.

Ministerio de Salud de la Nación (2005). *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Informe de Resultados.* Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. En: http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/que_aspectos.asp.

Monteiro, M. (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas. Un caso para la acción.* Washington, D. C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la salud.

Monteiro, M. (2009). Cómo responder a los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la comunidad. En: J. Rodríguez (Ed.) *Salud Mental en la Comunidad, segunda edición* (pp. 297-310). Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Obot, I., & Room, R. (Eds.) (2005) *Alcohol, gender and drinking problems. Perspectives from low and middle income countries.* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Osterberg, E. (1975). *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective.* Helsinki: Fundación Finlandesa para Estudios sobre el Alcohol.

Öjesjö, L. (1981). Long-term outcome in alcohol abuse and alcoholism among males in the Lundby general population, Sweden. *British Journal of Addiction, 76*, 391-400.

Organización Mundial de la Salud. (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2004) *Global Status Report on Alcohol 2004.* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Pattison, E. M., Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (Eds.) (1977) *Emerging Concepts of Alcohol Dependence.* Nueva York, Estados Unidos: Springer.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., ... & Jernigan, D. (2004). Alcohol. En: Ezzati M., Lopez A. D., Rodgers, A., & Murray, C. J. L. (Eds.). *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors* (vol. 1) (pp. 959-1108). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (2006). *Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas.* En: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/EncuestaPoblación General2006.pdf.

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (2009). *Encuesta Nacional a estudiantes de enseñanza media.* En: http//:www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Encuesta/Estudiantes/EnseñanzaMedia2009.pdf

Turner, C. (1990). How much alcohol is in a 'standard drink': an analysis of 125 studies. *British Journal of Addiction, 85*, 1171-1175.