

COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

INFORME EJECUTIVO

ANÁLISIS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN MÉXICO

I. GENERALIDADES DEL ALCOHOL

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

- a) Es absolutamente miscible en agua, lo que le permite llegar a cualquier célula del organismo, puesto que el medio interno es fundamentalmente acuoso. Su liposolubilidad, aunque 30 veces menor que su hidrosolubilidad, es suficiente para permitirle rebasar las barreras lipídicas que se oponen a su penetración en las estructuras celulares, como son las membranas, cuyas cualidades físicas también modifica.
- b) Por encima de determinadas concentraciones, que se alcanzan consumiendo cantidades consideradas normales, es directamente tóxico. Además, su principal metabolito, el aldehído acético o acetaldehído, que se origina sobre todo en el hígado, pero también en otros órganos y tejidos, es mucho más tóxico, debido a su elevada reactividad química. Por otra parte también otros productos altamente reactivos e igualmente dañinos.
- c) Es un producto energético. Cada gramo de etanol genera, a través de su metabolismo oxidativo, 7,2 Kcal; aunque no tiene utilidad plástica, genera un consumo de elementos claves en la cadena metabólica y altera seriamente el equilibrio bioquímico del organismo.

Mecanismos de Acción

El alcohol afecta específica y selectivamente la función de ciertas proteínas de membrana, entre las que se encuentran los canales de iones dependientes de receptor (GABA- y NMDA son los más sensibles a la acción del etanol). El etanol

favorece la entrada de cloro por estímulo del receptor GABA, pero no todos los receptores GABA-A son sensibles al etanol ya que existe gran diversidad de subunidades que componen este receptor. Esta acción explica la tolerancia cruzada que presenta el alcohol con otros depresores que actúan en el mismo complejo macromolecular del GABA-Canal de Cloro, las benzodiazepinas y los barbitúricos. El etanol actúa como inhibidor del receptor NMDA y reduce, por tanto, la actividad glutamatérgica.

Cuando el consumo de alcohol es crónico, el organismo se adapta disminuyendo la actividad GABA-érgica y aumentando la del sistema glutamatérgico. También existen otros neurotransmisores implicados en la dependencia alcohólica. Tras la ingesta de alcohol, la liberación de dopamina está aumentada en algunas zonas del Sistema Nervioso Central (SNC) y especialmente en el núcleo accumbens, y la ingesta crónica produce una reducción en la liberación de este neurotransmisor y una hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos. Igualmente, el consumo de alcohol produce un aumento de la liberación de serotonina e incluso tras el consumo crónico se produce tolerancia a este efecto, de hecho se describe que los alcohólicos presentan una cifras bajas de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo.

La administración de fármacos con actividad dopaminérgica o serotoninérgica disminuye el consumo de alcohol. Por último, el sistema opióide también está relacionado y de hecho se sabe que las endorfinas intervienen en la motivación a la ingesta de alcohol. El consumo de alcohol estimula los receptores opióides (especialmente el receptor δ) y aumenta la liberación de endorfinas, desencadenando una sensación de bienestar y un reforzamiento positivo que estimula al paciente a seguir bebiendo. La disfunción de los receptores opióides podría formar parte de las bases biológicas del ansia del alcohol y de las recaídas que se observan.

El alcohol en todas sus formas es una sustancia de uso legal y está clasificado por su acción farmacológica dentro de los depresores del SNC.

Efectos agudos y crónicos al consumo de alcohol.

Tabla 1. Efectos de alcohol a diferentes concentraciones (Lorenzo, 2003)

Concentración gr/L	Estado clínico	Síntomas y signos
0.5 a 1	Euforia	Sociable, desinhibido, disminución de la atención
1 a 2	Exitación	Inestabilidad emocional, aumento del tiempo de reacción
2 a 3	Confusión	Desorientación, mareo, diplopía, hipostesia, incoordinación, ataxia
3 a 4	Estupor	Apatía, incapaz de levantarse, vómitos, incontinencia de esfínteres, adormecimiento
4 a 5	Coma	Inconsciencia completa, anestesia, abolición de reflejos, hipotensión, hipoventilación, hipotermia
>5	Muerte	Paro respiratorio

Tabla 2. Efectos del consumo crónico de alcohol (Cruz, 2007)

Sistema	Efectos
Nervioso	Síndrome de Wernicke-Korsakoff, pérdida de visión periférica y nocturna
Gastrointestinal	Desnutrición alcohólica, irritación de mucosa, úlceras, sangrados, varices esofágicas, síndrome de malabsorción, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática, pancreatitis.
Cardiovascular	Cardiopatía alcohólica, ruptura de pequeños vasos sanguíneos.
Reproductor	Impotencia, menor cuenta espermática en hombres, dismenorrea, disminución del deseo sexual, síndrome alcohólico fetal.

II. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y CONTEXTO INTERNACIONAL

Se estima que en el mundo aproximadamente dos billones de personas consumen bebidas alcohólicas y 76.4 millones presentan desordenes atribuidos a su consumo (OMS, 2002). El alcohol es un importante factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en las América Latina, los niveles de ingesta de alcohol en las esta región son mayores ue el promedio global, en tanto que los índices de abstinencia, tanto para hombres como para mujeres, son consistentemente inferiores.

En el año 2002, en términos de carga de morbilidad, el alcohol causó aproximadamente 323,000 muertes, 6.5 millones de años de vida perdidos y 14.6 millones de años de vida ajustados a la discapacidad en la Región, abarcando

resultados de enfermedad crónica y aguda en neonatos y ancianos. Los hombres tienen mayores niveles de carga de morbilidad atribuible al alcohol en comparación con las mujeres, lo cual podría deberse principalmente a su perfil de consumo de alcohol, tanto en términos de un mayor volumen total, como en patrones más nocivos de ingesta, incluyendo ingesta episódica intensa (OMS, 2007)

III. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y CONTEXTO NACIONAL

El consumo de grandes cantidades en forma episódica es el patrón de consumo característico de la población mexicana, principalmente entre los hombres, y se ha estimado que contribuye con el 9% del peso total de la enfermedad (Frenk, Lozano y González, 1994).

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), del 2008 a 2011 creció el número de bebedores; esta práctica tiene un inicio temprano, poco más de la mitad (55%) de la población que ha consumido alcohol, inició antes de los 17 años.

Así mismo, la ENA 2011 reporta que el 6% de la población desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas entre 12 a 65 años, correspondiendo el 10.8% a los hombres y el 1.8% a las mujeres.

La dependencia al alcohol afecta a 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos, este índice aumentó significativamente entre los hombres de 2008 a 2011, nuevamente con menos distancia entre hombres y mujeres adolescentes (3 hombres por cada mujer) que lo que se observa en la población adulta (7 hombres por cada mujer). La proporción de mujeres adultas con dependencia (1.7%) es similar a la observada en mujeres adolescentes (2%), indicando un fenómeno más reciente; entre los hombres hay dos adultos con la condición por cada adolescente.

En la población adolescente también se encontró que el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias. De tal manera que el consumo alguna vez pasó de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30.0% y en el último mes de 7.1% a 14.5%. Esta misma tendencia se observó en los hombres y en las mujeres, especialmente en el consumo del último mes ya que se incrementó en el caso de ellos de 11.5% a 17.4% y en ellas de 2.7% a 11.6%

En la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2012 en la Ciudad de México se encontró que el 68.2% de los/as adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en su vida y un 40.1% lo ha consumido en el último mes

En esta encuesta de estudiantes se observa que el porcentaje de los adolescentes de secundaria que han consumido alcohol durante el último mes es de 27.2% y para los de educación media superior, el porcentaje incrementa a 56.5%.

Los resultados globales para la Ciudad de México, indican que el 22.5% de los/as estudiantes consumieron 5 copas o más en una sola ocasión, durante el mes previo al estudio, porcentaje similar al reportado en 2009, que fue de 23.3%. Las delegaciones más afectadas por el abuso de bebidas alcohólicas son Azcapotzalco (29.9%), Magdalena Contreras (24.3%), Álvaro Obregón (24.2%), Coyoacán y Cuajimalpa (23.7% en ambas) ya que su consumo es mayor al promedio de la Ciudad de México.

Por otra parte de acuerdo al Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), el impacto del Uso Nocivo del Alcohol se refleja en los siguientes datos:

- A nivel nacional, el 50% de los accidentes de tránsito están relacionados con el abuso de alcohol.

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

IV. ACCIONES EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

Con base en el contexto anterior y considerando que México suscribió la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol en mayo de 2010 en donde actualmente funge como miembro del grupo de las Américas para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol, se ha desarrollado la Estrategia Nacional para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol, que consta de un amplio conjunto de acciones encaminadas a resolver los problemas causados por el Uso Nocivo de Alcohol, con la finalidad de lograr reducir sus consecuencias sanitarias y sociales a largo plazo.

Las acciones propuestas en la Estrategia Nacional para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol toman en cuenta la evidencia científica mundial, evaluada por organismos internacionales, que demuestra que existen políticas públicas efectivas en el control del consumo de alcohol (OMS,2010).

- 1.-Fortalecimiento de la legislación y normatividad para reducir el uso nocivo de alcohol
- 2.- Sensibilización, capacitación y actualización en el tema de “Uso Nocivo del Alcohol”
- 3.- Coordinación interinstitucional y fortalecimiento de las capacidades en materia de reducción del uso nocivo del alcohol.

- 4.- Implementación de acciones continuas de prevención en el uso nocivo del alcohol
- 5.- Implementación y desarrollo de sistemas de detección temprana y referenciación.
- 6- Ampliación de la cobertura de los servicios de salud y fortalecimiento de los centros de tratamiento para de los trastornos por consumo del alcohol.
- 7- Implementación de medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol.
- 8.- Fortalecimiento de la investigación, análisis y difusión de la información científica en materia de alcohol.
- 9.- Implementación de programas de atención e intervención a poblaciones vulnerables y atención a familiares.
- 10- Fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia para el uso nocivo del alcohol

REFERENCIAS

- Babor T, Caetano R, Casswell S, Griffith E, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Östeberg E, Rehm J, Room R & Rossow I. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. Organización Panamericana de la Salud. 2ª ed. Washington, D.C; 2010
- Cruz, S. Los efectos de las drogas: De sueños y pesadillas. Trillas; 2007
- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. Encuesta de Consumo de Drogas en estudiantes en la Ciudad de México; 2012
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Lorenzo, P. et al. (2003). Drogodependencias, Farmacología, patología, psicología legislación, 2a edición, pp. 335 a 351 Edit. Panamericana
- Medina-Mora M, Robles R, Cortina D, Real T (Eds). Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México. México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2009

- Organización Mundial de la Salud. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: Reporte final del estudio multicéntrico. Washington; 2007
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo del alcohol; 2010.