

1

Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas

Ma. Elena Medina-Mora DIRECTORADE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICAY SOCIAL,
INSTITUTO NACIONALDE PSIQUIATRÍA RAMÓNDELA FUENTE

Guillermina Natera JEFADEL DEPARTAMENTODE INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL,
INSTITUTO NACIONALDE PSIQUIATRÍA RAMÓNDELA FUENTE

Guilherme Borges INVESTIGADOR TITULAR C. INSTITUTO NACIONALDE PSIQUIATRÍA RAMÓNDELA FUENTE,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA- XOCHIMILCO

INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas con alcohol en México data de la época precolombina; a partir de la Conquista su uso se extendió a grandes sectores de la población, especialmente a los hombres de edad media y en las últimas décadas se ha observado un crecimiento importante entre la población femenina, en hombres y en adolescentes. Su uso se relaciona de manera importante con festividades cívicas y religiosas cuyo patrón de consumo ha sido descrito como episódico y explosivo, ya que se observa con poca frecuencia pero con grandes cantidades consumidas en las ocasiones de consumo. El abuso de este producto representa un elevado costo para el país, por su contribución en mortalidad prematura debida a problemas de salud y como resultado de accidentes y violencias. Se ha estimado que el abuso de alcohol, por sí solo representa el 9% del peso total de la enfermedad en México. Los padecimientos asociados al consumo de alcohol que más pérdida de días de vida saludable provocan, son la cirrosis hepática (39%), las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%), la dependencia alcohólica (18%) y los homicidios (10%) (Frenk, 1999). Sin embargo, también se trata de uno de los problemas de salud pública con elevado índice de recuperación de la inversión en programas orientados a su prevención y manejo. De ahí que sea importante que el *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas* mantenga un diagnóstico actualizado del problema, que oriente las políticas públicas en la materia.

En el presente capítulo se presenta un panorama del consumo de alcohol en el país y los problemas con los que se asocia, se revisan aspectos relacionados con la disponibilidad de bebidas, los patrones de consumo, las normas sociales en torno a esta práctica y se concluye con una serie de recomendaciones para la política de salud.

LA EXTENSIÓN DEL CONSUMO

El consumo *per cápita*, estimado en 1997, a partir de las ventas sujetas a un control fiscal, es de 5.54 litros de alcohol absoluto para la población mayor de 15 años². Este indicador ha mostrado variaciones en los últimos treinta años con un incremento importante en relación con el nivel de consumo observado en 1970, cuando representaba 3.82 litros para la población mayor de 15 años; alcanzó su elevación máxima en 1980, con 6.0 litros, y su punto más bajo se dio en 1986, con 4.48 litros a partir del cual aumenta sin haber alcanzados los niveles observados hace dos décadas. (Rosovsky & Borges 1996; CISMAD, 1997).

- 1 Medición conjunta de días de vida sana perdidos por mortalidad prematura debida a enfermedad, accidentes o violencias y a tiempo de vida llevado con discapacidad o AVISAs (Frenk y cols., 1994).
- 2 Incluye el total de la producción que paga impuestos más las importaciones y restando las exportaciones.

La evolución del consumo *per cápita* sigue el trayecto del desarrollo económico del país que después de presentar tasas altas y sostenibles de crecimiento económico desde la década de los años 40 hasta los 80, cuando el producto interno bruto crece 6%, y la población 3%. Se presenta entonces un importante receso derivado de un crecimiento del producto interno bruto (1.9%), por debajo del observado en la población (2%) y se revierte en la década de los años 90, con crecimientos de 3% y 1.7% respectivamente (Consultores Internacionales, 1998).

El consumo *per cápita* es 2.7 veces inferior al observado en Francia (13.7), 2.2 veces menor que el de España (11.09), 1.7 veces inferior al de Estados Unidos (8.9). En América Latina es también inferior al observado en Argentina (9.58), Venezuela (9.41), Uruguay (8.17), Chile (7.06) y Colombia (6.41) y similar al reportado en Costa Rica (5.72) y Brasil (5.57). En países desarrollados se observa una tendencia hacia el decremento en tanto que en países menos desarrollados, entre ellos México, la tendencia es hacia el incremento (WHO, 1999), (gráfica 1).

En México el consumo no se distribuye en forma homogénea en la población. Por una parte, existe una proporción importante de abstemios³, principalmente en la población femenina. El alcohol disponible es consumido básicamente por hombres de edad media (ENA 1993, 1998) y el 25% de los bebedores más fuertes, consumen el 78% del alcohol disponible (Medina-Mora M, Tapia R, Villatoro J, y otros, 1991).

La cerveza es la bebida de preferencia (representa el 63% del consumo *per cápita*), seguida de los destilados (34%) y en menor proporción los vinos (1%); sin embargo, el consumo de esta última bebida se ha incrementado más que ningún otro, con un porcentaje de variación de 300% entre 1970 y 1997 junto con la aparición de un nuevo producto, los “coolers” (0.027 litros de consumo *per cápita* en 1997) y “cocktails” (0.015 litros), con un contenido alcohólico de 5° en el caso de los primeros y de 12° en los segundos, mismos que se comercializan como bebidas refrescantes cuyo blanco principal es el sector joven de la población. El tequila ha presentado un incremento en su participación en el mercado de los alcoholes, (de 0.13 litros en 1989 a 0.47 litros en 1997).

Tomada en conjunto, la industria del alcohol contribuye al 2.2% del PIB total, cifra similar a la industria automotriz terminal (Consultores Internacionales, 1998). La balanza comercial ha sido positiva debido al valor que el tequila y la cerveza han alcanzado en el mercado internacional. El ingreso obtenido por concepto de gravámenes aplicados a estos productos, representó entre el 7% y el 10% de lo captado por el impuesto al valor agregado en los años noventa. Los tributos generados por la producción formal de estas bebidas representan aproximadamente la cuarta parte de los impuestos a la producción de productos petrolíferos (Consultores Internacionales, 1998).

En 1982 los impuestos aumentaron 25% para la cerveza y 60% para las bebidas de alto contenido alcohólico. En 1998 se aumentaron nuevamente, por lo que representan entre el 25% y el 30% del precio final de las bebidas con bajo contenido alcohólico y entre 35% y 40% de las bebidas con mayor contenido. El aumento de precios registrado en 1999, debido al incremento en impuestos y a otros costos de la cadena entre la producción y el mercadeo, se asoció con una disminución de la demanda estimada entre el 8% y 20% (Consultores Internacionales, 1998). En 2000 volvieron a subir los precios de las bebidas por otra alza de impuestos y su impacto en el volumen de consumo podrá apreciarse en los próximos años.

3 Se define como abstemio a la persona que reporta no haber consumido bebidas con alcohol en los doce meses previos a la encuesta. Incluye aquellos que nunca han bebido alcohol (9% de la población urbana masculina y 18% de la femenina entre 18 y 65 años) y aquellos que habiendo bebido en el pasado no lo hicieron en este período (14% de los hombres y 38% de las mujeres) ENA1998.

La demanda de cerveza se redujo en 1983 a raíz del incremento de los precios, sin embargo, en 1988 se observó una elevación en el consumo a pesar de que se mantuvieron altos los precios, probablemente debido al bajo precio de la cerveza en comparación con otras bebidas alcohólicas. Desde 1992 este precio ha disminuido en forma importante, lo que ha dado como resultado una recuperación del consumo *per cápita*. La demanda de brandy ha disminuido considerablemente en los últimos 15 años a pesar de las variaciones en el precio mientras que la del ron ha aumentado. El tequila ha mostrado una reducción en el consumo interno debido probablemente al aumento de los precios (Zurita B, Lozano R 1998).

El precio de las bebidas alcohólicas en su conjunto se ha mantenido por debajo de la tasa de inflación. En los años 90 la economía nacional registró una inflación del 21% y la industria de los alimentos 21.5%, pero las bebidas alcohólicas aumentaron sus precios en sólo 19.5% en el mismo período. La cerveza aumentó solamente 18%, las bebidas destiladas de uva 19.4%, el ron y otras bebidas destiladas de la caña de azúcar se ubicaron ligeramente por arriba de la tasa de inflación, con 21.6% y el tequila con 24.3% (Consultores Internacionales, 1998).

Esta política de precios ha colocado a la cerveza en las preferencias de la población. Así por cada peso que se gasta en alcohol, 64% corresponde a la cerveza y se producen 17 litros de cerveza por cada litro de otros productos (Zurita y Lozano, 1998). Al analizar la relación entre días de vida sanos perdidos debido a mortalidad prematura y vida vivida con discapacidad (DALYS) debido a accidentes de tránsito, precios de bebidas y consumo *per cápita*, encontraron que los DALYS y los accidentes de tránsito crecieron entre los años 70 y 1982, cuando el pico de la curva de incidencia de accidentes coincidió con una disminución de los precios de las bebidas, mientras que cuando los precios aumentaron, las pérdidas debidas a accidentes de tránsito disminuyeron.

Las estimaciones sobre el consumo *per cápita* presentadas, no incluyen el consumo de bebidas con alcohol que no pagan impuestos y cuyo volumen se ha estimado en el 40% del alcohol que se consume en el país, con un valor total del mercado de entre el 10% y el 12% (Consultores Internacionales, 1999). Tampoco consideran al consumo de pulque, que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 alcanza el 11% del consumo *per cápita* de la población urbana, medido en términos de etanol, y cuyo consumo en poblaciones rurales de menos de 2,500 habitantes se ha estimado en seis veces al de la población urbana de más de 100,000 habitantes (INEGI, 1994).

Según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, del INEGI (1994), el aguardiente y el pulque son consumidos con más frecuencia en hogares que carecen de servicio de agua, sin teléfono y con pisos de tierra, en tanto que el vino de mesa es la bebida de preferencia entre la población de mayores recursos.

El consumo global de alcohol se relaciona con el poder adquisitivo de la población. Así se sabe que el 30% de quienes perciben más ingresos consume el 53% del alcohol disponible (Consultores Internacionales 1998). Sin embargo, también queda claro que el gasto en alcohol en proporción al ingreso es mayor entre la población de menos recursos (INEGI, 1994). Por ello, un aumento de precios tendría impacto mayor en el sector más desfavorecido si éste no modifica sus hábitos de consumo, lo que sugiere la necesidad de considerar el impacto de las políticas de precios en este sector de población.

No se observan diferencias en el índice de dependencia que desarrollan las personas que reportan como bebida de preferencia la cerveza, los destilados o el vino de mesa; alrededor del 12% de los varones y del 3% de las mujeres que las consumen, presentan dependencia al alcohol. En cambio la misma se observa en el 42% de los varones y el 26% de las mujeres que reportaron preferir los aguardientes o el alcohol de 96° (ENA, 1998).

La evidencia de que se dispone, sugiere la necesidad de instrumentar políticas para las bebidas alcohólicas en conjunto, a la par de poner énfasis en el control de aguardientes, de otros productos de baja calidad y del alcohol de 96° para su consumo como bebida.

LOS PATRONES DE CONSUMO

El *consumo* de bebidas alcohólicas en nuestro país sigue siendo una práctica característica de la población

masculina, pues 77% de los varones que habitan zonas urbanas reportó haber bebido en los 12 meses previos a la encuesta, en tanto que esta conducta sólo se observó en el 44% de las mujeres. Es también una práctica común entre los grupos más jóvenes de la población, que alcanza su punto máximo entre los 30 y 39 años y desciende después de los 50 años (ENA, 1998).

La población de *abstemios* se divide en dos grupos: aquellos que nunca han bebido y aquellos que habiendo bebido en el pasado, no lo hicieron en los 12 meses previos al estudio. Entre las mujeres es más frecuente el primer caso (38% reportan nunca haber consumido una copa completa de alcohol, en comparación con 18% que lo hicieron en el pasado). Es más común encontrar entre los varones ex bebedores (14%) que personas que nunca han bebido (9%).

En los varones que habitan zonas urbanas el consumo de grandes cantidades por ocasión de consumo que ocurre mensual o semanalmente, es el patrón característico, en tanto que el consumo frecuente de bajas cantidades no es frecuente en este grupo. De acuerdo con los resultados de la encuesta, el 28% bebe menos de una vez al mes, 8.5% son bebedores frecuentes de bajas cantidades y 40% se ubican en los patrones mensuales o semanales que se asocian con altas cantidades. Este ocurre con más frecuencia en los grupos más jóvenes hasta alcanzar su máxima expresión entre los 30 y 39 años. Entre las mujeres en cambio, el consumo no es común y cuando ocurre tiende a ser moderado (gráfica 2).

Las mujeres inician el consumo en edades posteriores a las de los varones. Treinta y cinco por ciento de los varones y 27% de las mujeres bebieron su primera copa completa de alcohol antes de cumplir los 18 años de edad; entre ellas, la edad más frecuente para *iniciar el consumo* es entre los 18 y 29 años, en tanto que en el caso de los varones se encuentran dos puntos importantes: entre los 12 y 15 años y al llegar a la mayoría de edad.

El consumo en el sector femenino de la población se ha incrementado en los últimos años con una disminución importante de las tasas de abstención, que se redujo de 63.5% en 1988 a 55.3% en 1998, lo que representa un cambio de 12.9%; entre los varones los índices disminuyeron en este período de 27% a 23%, lo que indica proporcionalmente, un cambio ligeramente mayor de 15%.

Entre los varones, la principal reducción en la tasa de abstención se dio en el grupo más joven, entre 18 y 29 años, de 27% a 22% y entre 30 y 39 años de 24% a 18%, en tanto que en los grupos de mayor edad no se observaron diferencias importantes. Entre las mujeres, en cambio, las variaciones mayores se observaron en aquellas de mayor edad. La tendencia hacia el decremento disminuye con la edad, en el grupo entre 18 y 29 años disminuyó de 61% a 55%, y hubo reducciones de 7%, 10% y 12% en los siguientes grupos de edad considerados en el análisis (30-39, 40-49, 50-65).

La proporción de usuarios fuertes se mantuvo estable. Alcanzó 16% de los varones y a 0.8% de las mujeres, cuando en 1988, las tasas fueron de 14% y 0.6% respectivamente; sin embargo, entre los varones el grupo de edad con mayor proporción de usuarios fuertes pasó de ser el de 40 a 49 años en 1988, al de entre 30 y 39 años en 1998. Los mayores índices de consumo se reportaron en la región norte del país (gráfica 3).

No hubo cambios en la población que reportó beber diario o casi diario, esta práctica sigue siendo poco común en la población; 4.8% de los varones y 0.3% de las mujeres reportaron beber diario o casi diario.

A pesar de que las mujeres beben menos que los varones, tienden a consumir cantidades mayores. Cuando una mujer pasa la barrera social que la “protege” de consumir, tiende a un consumo más severo, lo que la expone a un mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas, además de dificultar su rehabilitación. La mujer presenta una doble vulnerabilidad: biológica, al desarrollar problemas con menores dosis y tiempos de consumo que el varón; y social, al ser objeto de un mayor rechazo de los demás cuando desarrolla problemas. A pesar de estas diferencias, la mayor parte de los programas de atención están diseñados para atender las necesidades de los varones.

Junto con las mujeres, los adolescentes se suman al grupo de consumidores que copian los modelos masculinos adultos, en los que se asocia con frecuencia el consumo y la embriaguez. Para los adolescentes de hoy en día parecen no existir normas claras que limiten el consumo en este grupo de edad, ni en la familia ni en

los establecimientos comerciales (Medina-Mora, Rojas, Mariño, *et al.*, 1997). El uso de alcohol sigue siendo como antes, un elemento importante de paso a la edad adulta pero ahora se suma un mayor número de mujeres y en ambos casos ocurre a edades más tempranas. El 67% de los varones y 77.3% de las mujeres han bebido una copa completa de alcohol antes de cumplir 18 años, edad legal para beber. El índice de consumo fuerte, 5 copas o más por ocasión, al menos una vez por mes, es alto y alcanza al 3.6% de los varones y al 1.5% de las mujeres de entre 12 y 17 años, con índices más elevados en las zonas centro y norte del país (ENA1998).

EL IMPACTO DEL ABUSO

La mayor parte de los adolescentes no presenta problemas con su manera de beber, sólo 3.2% presenta algunos síntomas que sugieren dependencia (ENA1998). Sin embargo, el abuso de esta sustancia se asocia a los principales riesgos que ocurren en esta etapa, como tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, situación que fue reportada por el 23% de los adolescentes, según datos de la última Encuesta de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior (Fleiz, Villatoro, Medina Mora y otros, 1999); o el intento de suicidio, 2 veces más frecuente entre quienes beben; el conducir después de haber bebido fue reportado por 9% de los menores entre 12 y 17 años o el subirse en el auto de un conductor que ha bebido demasiado, que se mencionó en un 16% (ENA, 1998).

En general los adolescentes compran alcohol en tiendas o beben en lugares destinados para el consumo sin que se les pida identificación, además de contar con poca información sobre los niveles de consumo de riesgo (ENA 1998). Estudios realizados en lugares en donde los jóvenes consumen alcohol muestran la relación entre prácticas comerciales, como las “barras libres”, “los concursos” y otras promociones, y la embriaguez de los asistentes, entre quienes con frecuencia se incluyen menores de edad. Estos estudios han demostrado también el elevado índice de menores que conducen bajo estado de intoxicación y que no usan el cinturón de seguridad (72%) (Ortiz, Galván, 1997).

Los jóvenes son más susceptibles de ser víctimas de muerte por accidentes que la población adulta. De hecho, en el 10% del total de las defunciones en accidentes de tránsito de vehículo de motor ocurridos en el país en 1994, las víctimas tenían entre 15 y 19 años. La proporción aumenta a 13% entre los 20 y 24 años, cuando alcanza su pico para descender posteriormente, hasta alcanzar niveles por debajo del 4% para cada quinquenio después de los 50 años de edad (SSA, 1980-1994). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, 1% de los adolescentes entre 12 y 17 años reportaron haber tenido un accidente asociado con su forma de beber, y esto ocurrió en 1.4% de aquellos que suelen consumir grandes cantidades de alcohol por ocasión.

Los estudios realizados en diferentes ciudades del país muestran que uno de cada cinco ingresos a salas de urgencia por eventos traumáticos, presentan niveles positivos de alcohol en sangre (Borges, García., Gil y otros, 1994; Borges, & Rosovsky, 1996; Borges, Cherpitel & Rosovsky 1998; Borges, Medina-Mora, Cherpitel y otros 1999), y que menos de uno de cada 10 son personas dependientes al alcohol susceptibles de ser influidos en programas de educación y aprendizaje social. Estos mismos estudios muestran que alrededor de una quinta parte de estos ingresos, la persona ha estado bebiendo en un establecimiento donde se expenden bebidas con alcohol, lo que ofrece la posibilidad de intervenir en los lugares donde se origina el consumo (gráfica 4).

Los estudios transculturales en México y Estados Unidos, también reportan que en nuestro país registran tasas más altas de consumo poco frecuente y de grandes cantidades (24% y 6%) y tasas menores de consumo frecuente de bajas cantidades (3% y 12%) (Caetano, Medina-Mora, 1988), y que se observan también tasas más altas de ingreso a salas de urgencia con niveles positivos de alcohol en sangre (21% y 11%) (Cherpitel, Pares, Rodes, Rosovsky 1993; Borges, Cherpitel, Medina-Mora, y otros, 1998).

Se ha estimado que el consumo de alcohol incrementa en casi siete veces el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por traumatismo independientemente de su origen; incrementa 30 veces el riesgo cuando el ingreso está relacionado con violencia infligida por otros y 58 veces, cuando el ingreso es por una violencia

autoinfligida (Borges *et al.*, 1999).

Datos de la Encuesta Nacional de Adicciones señalan que 29% de las mujeres adultas, habitantes de zonas urbanas del país y que tienen o han tenido pareja, han sufrido violencia física por parte de ésta. En 60% de los casos de este tipo de violencia, el alcohol estuvo involucrado. En una encuesta de hogares llevada a cabo en la ciudad de Pachuca, Hidalgo (Natera, López, 1997), se encontró que a mayor intensidad de la violencia, mayor es la participación del alcohol, con índices que oscilaron entre 8% en el caso de la violencia verbal, 23% y 26% cuando la violencia incluyó golpes y 52% cuando se forzó a una relación o contacto sexual.

En esta misma ciudad, se estimó que en uno de cada tres ingresos a las agencias del Ministerio Público había estado involucrado el alcohol durante el acto de violencia. El riesgo de que una persona con patrón de consumo frecuente ingrese por lesiones a una de esas agencias a hospitales de urgencias, es cuatro veces mayor comparada con la probabilidad de que sea detenido (Natera; López, 2000). Se observó que además de ser joven, consumir alcohol y reportar eventos de celos en la relación con la pareja, explicaban el 52% de la varianza de los actos de violencia que se cometen en contra de la pareja (Natera, Tiburcio, Villatoro, 1997).

La evidencia revisada sugiere que los problemas presentados en nuestro país pueden explicarse por la forma en que se consume el alcohol: en forma episódica (no diario) con grandes cantidades de alcohol ingeridas por ocasión de consumo. Los problemas que se asocian con el abuso de alcohol son más frecuentes entre los bebedores no dependientes, ya que solamente 18% de las personas que han sufrido un accidente automovilístico en el que el alcohol ha estado involucrado (Medina-Mora y otros, 1991), son dependientes, con lo que se confirma lo observado en los estudios de salas de emergencia, en el sentido de que los accidentes sucedidos con la presencia de alcohol, están más relacionados con la ingesta aguda que con el consumo crónico (Rosovsky, García, López y otros, 1988).

Esta es la paradoja del consumo moderado a la que se había hecho referencia, debido a que los bebedores "normales" son más en cantidad, que los alcohólicos. Las repercusiones sociales del consumo de alcohol son responsabilidad, en mayor medida, de personas que no presentan dependencia sino que consumen frecuentemente altas cantidades de alcohol. De ahí que sea este grupo de personas que beben grandes cantidades en circunstancias de riesgo, el objetivo de los programas de promoción de la salud.

Los estudios clínicos y las encuestas de población muestran que las adicciones se asocian con frecuencia con enfermedades mentales, especialmente ansiedad, depresión y con algunos trastornos de la personalidad. Estudios llevados a cabo en México han demostrado que 9% de las personas con abuso de alcohol padecían también un desorden afectivo y que éste aumentaba a 18% cuando se consideraban los casos con dependencia. Las proporciones para los trastornos de ansiedad fueron 15% y 35%, respectivamente (Merikangas, Mehta, Molnar y otros, 1998).

Nuestro país presenta elevada mortalidad por cirrosis hepática, con tasas de 22 muertes por 100,000 habitantes (ENA1998). La mortalidad por cirrosis asociada con el abuso de alcohol se encuentra en ascenso. En los hombres, aumentó en 72% entre 1970 y 1995 y en 13% en las mujeres. Durante el mismo período, la mortalidad por cirrosis hepática asociada a otras causas disminuyó en 33% para los hombres y en 20% para las mujeres. Las variaciones en los diferentes estados de la república son considerables, con oscilaciones de 6.78 por 100,000 habitantes en Durango y de 44.19 por 100,000 habitantes en Hidalgo, el cual registra las tasas más altas (SSA, 1970- 2002).

Al ajustar la pirámide poblacional mexicana a la de la Comunidad Económica Europea, a fin de comparar tasas de mortalidad evitando el sesgo producto de una población mexicana más joven y por tanto con menos riesgo de morir por una enfermedad crónica, la mortalidad por esta causa alcanza una tasa de 48.6 muertes por cien mil habitantes, superior a la observada en Francia o en Estados Unidos de 17 y 11.6 por 100,000 habitantes respectivamente (Edwards, Anderson, Babor, *et al.* 1994). Sin embargo, este exceso de mortalidad se registra en cuatro estados del centro del país: Hidalgo, Tlaxcala, Puebla y Estado de México. Al remover de la media nacional, la mortalidad registrada en estos estados, la sobre mortalidad desaparece (gráfica 5).

Los estudios llevados a cabo en nuestro país (Calderón, *et al.*, 1981; Medina-Mora, *et al.*, 1993) han

documentado cómo las normas sociales están más relacionadas con quien puede beber que hacia la moderación; en general se considera que las mujeres no deben de beber, pero es aceptado que un hombre se embriague de vez en cuando. Estos dobles parámetros son apoyados por hombres y mujeres, jóvenes y adultos. No se observa una estructura normativa definida ya que al mismo tiempo que se considera que “embriagarse es una forma inocente de divertirse” o que “hace bien embriagarse de vez en cuando”, se le atribuyen aspectos negativos tales como que “el alcohol saca lo peor de la gente”. No se observan, en las respuestas de las personas, referencias a las cantidades de alcohol o al consumo sin riesgo. Aún más, no existe clara definición de lo que es “tomar”, o “tomar en exceso”; en general la población tiene poca información sobre la cantidad de alcohol que inhabilita a las personas para ejecutar acciones concretas como manejar u operar maquinaria. Estos resultados enfatizan la necesidad de orientar campañas informativas e introducir programas de educación, que modifiquen una estructura normativa propiciatoria del abuso.

También es necesario ampliar la oferta de servicios de salud para los alcohólicos y sus familiares. El alcoholismo afecta al 9% de los varones y al 1% de las mujeres de entre 18 y 65 años, que viven en zonas urbanas del país y, en la Ciudad de México, los índices alcanzan 9.2% y 1.9%. En el país, la proporción más elevada de consumidores se ubica en la zona centro (62%) y de las ciudades estudiadas en la Encuesta Nacional, el Distrito Federal y Guadalajara, son las que alcanzan índices más altos (ENA, 1998), (gráfica 6).

Los estudios transculturales, que han compartido metodologías similares en México y Estados Unidos, reportan que aquí se tienen tasas más bajas de dependencia (8% en comparación con 18% en la población norteamericana) Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola y otros, 1998). Estos estudios han mostrado que cuando los mexicanos migran a los Estados Unidos, elevan su consumo (Caetano & Medina-Mora, 1986) y aumenta también el número de dependientes. Este índice crece cuando se consideran solamente los mexicanos que llevan más de trece años en los Estados Unidos, y es superior si se refiere a la población de origen mexicano que ha nacido en aquel país (Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola y otros, 1998). Estudios llevados a cabo en México muestran índices más elevados de consumo y dependencia en población rural que ha tenido experiencia migratoria en Estados Unidos (Pérez, 2002), sugiriendo la necesidad de desarrollar programas especiales para este grupo de población.

A pesar de estos elevados índices de consumo, pocos son los alcohólicos que buscan ayuda en nuestro país. Los estudios de población general señalan que solamente una de cada tres personas que presentan dependencia al alcohol, solicita ayuda para atender sus problemas (ENA, 1998). Otros estudios han documentado cómo las familias mexicanas tienden a ocultar el problema por un tiempo significativamente mayor de lo que ocurre en otros países, con un costo importante para la salud y bienestar de las familias que conviven con una persona enferma (Natera, Mora, Tiburcio, 1999).

PERSPECTIVAS

La información presentada en el capítulo sugiere que el consumo de alcohol está en aumento principalmente entre las mujeres, que se ha reducido la edad de inicio, que el consumo fuerte se ubica en edades más tempranas y que los adolescentes se suman a las prácticas de consumo copiando cada vez más los modelos masculinos adultos, de vincular consumo con embriaguez. Las repercusiones de esta práctica en problemas de salud derivados de un consumo crónico, de accidentes y violencias ligados a los eventos de intoxicación, son frecuentes, además de que las normas sociales no se orientan a fomentar la moderación en el consumo.

De este panorama se desprende la necesidad de instrumentar medidas de promoción de la salud que incluyan acciones orientadas a modificar la cultura de embriaguez, para introducir prácticas de consumo saludable, es decir consumo dentro de los niveles de bajo riesgo⁴ en la población general y promover actitudes de respeto a la decisión de no consumir por parte de aquellas personas que tienen problemas en el manejo del alcohol, que están enfermas o que han decidido no consumir bebidas con alcohol.

4 Se ha recomendado como límite de menor riesgo el consumo de no más de 9 copas de cualquier bebida a la semana si se es mujer y no más de 12 si se es varón, no más de una copa por hora y en total no más de cuatro por día si es varón y tres si es mujer. Ninguna si se está enfermo, tiene problemas con el alcohol, se trata de una mujer embarazada o que planea concebir (Medina-Mora, Carreño, Ortiz, 1997).

Los programas de prevención de accidentes y violencias son especialmente necesarios y es recomendable que incluyan:

- I) programas de movilización comunitaria encaminada a crear conciencia en la población sobre los riesgos asociados con el consumo de sustancias y la conducción de automóviles, con objeto de hacerlos partícipes de los programas;
- II) revisión y modificación de los reglamentos de policía y tránsito con el fin de determinar los niveles de alcohol en sangre permitidos para conducir vehículos, la autorización de los cuerpos de policía para solicitar pruebas de niveles de alcohol en sangre a través de dispositivos de aliento, así como la imposición de sanciones en caso de violación de éstas, con énfasis en la consistencia de su aplicación más que en su severidad;
- III) modificaciones en las autorizaciones de uso de suelo y licencias a establecimientos que expenden bebidas con alcohol, a efecto de evitar tanto el ingreso de menores de edad, como las prácticas comerciales que favorezcan la intoxicación, tales como las “barras libres”, las “horas felices” o los “concursos”, entre otras, y la corresponsabilidad en el aseguramiento de un regreso seguro de sus clientes, que incluye contar con sitios de taxis controlados fuera de los establecimientos;
- IV) la capacitación de proveedores de servicios para que sean capaces de identificar signos de intoxicación y prevenir que sus clientes lleguen a estos estados;
- V) desarrollar programas orientados a modificar prácticas sociales que legitiman el uso de la violencia, especialmente aquella asociada con el alcohol.

La prevención debe recibir más apoyo en todos los niveles, sobre todo aquella orientada a desarrollar habilidades en las personas para enfrentarse a los riesgos ambientales y alcanzar bienestar.

Es necesario ampliar la cobertura de los servicios de salud, en particular de los dirigidos a la población con bajos recursos. Si la experiencia clínica indica que diferentes tipos de individuos responden de manera distinta a diversos tipos de tratamiento, es necesario ofrecer una variedad de opciones de tratamiento e instrumentar mecanismos de diagnóstico que permitan a los pacientes recibir el tratamiento que mejor se adecue a sus necesidades. Nuevamente, es indispensable incluir un componente de evaluación de impacto y de revisión continua de los programas.

Es importante lograr una mejor integración de los programas de atención existentes con el fin de ofrecer apoyo de desintoxicación, internamiento y tratamiento de complicaciones médicas y psicosociales; desarrollar normas de operación y ofrecer apoyo financiero a aquellos programas que cumplan con éstas.

REFERENCIAS

1. Borges G., Cherpitel C., Medina-Mora, ME., Mondragon L., Casavuevas, L., (1998) "Alcohol consumption in ER patients and the general population", *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22: 1986-1991.
2. Borges G., García G., Gil A., Vandale S., (1994) Casualties in Acapulco: Results of a Study on Alcohol Use and Emergency Room Care., *Drug and Alcohol Dependence*, 36, 1-7.
3. Borges G., & Rosovsky H., (1996) Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 543-548.
4. Borges G., Cherpitel C. & Rosovsky H., (1998) Male drinking and violence-related injury in the emergency room. *Addiction*, 93, 103-112.
5. Borges G, Medina-Mora ME, Cherpitel C, Casanova L, Mondragón L, Romero M.(1999) "Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencia de la ciudad de Pachuca, Hidalgo". *Salud Pública de México* 41(1):3-11.
6. Caetano R., Medina-Mora ME. (1988) Acculturation and drinking among people of Mexican descent in Mexico and the United States. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 462-471.
7. Calderón, G. Campillo, C. Suárez, C. (1981) Respuestas de la Comunidad ante los Problemas Relacionados con el Alcohol. México: Monografía OMS-IMP.

8. Centro de Información en Salud Mental y Adicciones, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México. Estimaciones del consumo *per cápita* en México, 1970-1997.
9. Consultores Internacionales. (1998) El beneficio económico: Beber de Tierra Generosa. Libro 2 Ciencia de las bebidas alcohólicas en México, (ed) Fundación de Investigaciones Sociales A.C. (Eds) Medina-Mora ME, Echeverría L, 234-249.
10. Consultores Internacionales. Prospectiva del mercado mexicano de bebidas alcohólicas destiladas al año 2000. Informe preparado para la Fundación de Investigaciones Sociales A.C., México, 1999.
11. Cherpitel C., Pares A., Rodes J., Rosovsky H. (1993) Drinking in the injury event: A comparison of emergency room populations in the United States, Mexico and Spain. *International Journal of the Addictions*, 28, 931-943.
12. Edwards G., Anderson P., Babor TF., Casswell S., *et al.* Alcohol policy and the public good. Oxford University Press, 1994.
13. Fleiz C., Villatoro J., Medina Mora ME., Alcántar E., Navarro C., Blanco J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 22(4) 14-19.
14. Frenk, J., Lozano R, González Block Ma, *et al.* Economía y Salud: propuesta para el avance del Sistema de salud en México. Informe final. México D.F., Fundación Mexicana para la Salud 1994.
15. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), (1994) Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. México.
16. Medina-Mora ME., Tapia R, Villatoro J, Sepúlveda J, Mariño Mc, Rascón MI. Patterns of alcohol use in Mexican urban population: Results from a National Survey. Paper presented at the 17th. Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Sigstuna, Sweden, 1991.
17. Medina-Mora ME, Rojas E, Mariño MC, Martínez N, Fleiz C, Mondragón L, Leal L. (1997) El abuso de alcohol en estudiantes. ¿Qué podemos hacer padres y maestros? Resultados del estudio: Consumo de sustancias en estudiantes de enseñanza media y media superior. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Consejo Estatal contra las Adicciones.
18. Medina-Mora, ME, Ortiz, A., Carreño, S., Vélez, A., Evaluación del Programa Modelo para la Prevención de Adicciones en trabajadores mexicanos. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, México, 1996.
19. Medina-Mora, ME, (1993) Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol. Resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más de una entidad urbana y otra rural del estado de Michoacán. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
20. Medina-Mora ME., Tapia R., Sepúlveda J., Rascón ML., Mariño MC., Villatoro J. (1991) Los patrones de consumo de alcohol y los síntomas de dependencia en la población urbana de la República Mexicana. *Anales* 2, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 133-137.
21. Medina-Mora, ME, Carreño, S., Ortiz, A. (1997) Model program for the prevention of Drug and Alcohol Abuse among workers and their families. Results from the Research Component. Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente*.
22. Merikangas KR., Mehta RL., Molnar BE., Walters EE., Swendsen JD., Aguilar-Gaxiola SA., Bijl R., Borges G., Caraveo-Anduaga JJ., DeWit DJ., Kolody B., Vega WA., Wittchen H., & Kessler RC., (1998) Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the International Consortium of Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23:893-907.
23. Natera G., Mora J., Tiburcio M., (1999) Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*. Número Especial: 114-120.
24. Natera G, López JL., (1997) Agencias del Ministerio Público: Violencia y consumo de alcohol en Pachuca. Hgo. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Informe Preliminar.
25. Natera, G., Tiburcio, M., Villatoro, J., Marital violence and its relationship to excessive drinking in México. *Contemporary drug problems*, 24, 787-804.
26. Natera G., López J.L., Tiburcio, M., Martín R.M., León, P.J. (2000) Violencia y alcohol, una relación peligrosa. En: Una propuesta desde la educación y la salud para la no violencia. FUNSALUD, México, 305-333.
27. Ortiz, A., Galván J., Políticas de alcohol: el abuso de alcohol en establecimientos dedicados al consumo. Reporte de la Fase 1. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997.
28. Perez, M J, Salgado de Zinder, N., Consumo de alcohol y migración internacional, Tesis para optar por el grado de Maestra en Psicología, UNAM, en proceso.
29. Rosovsky, Garcia G. López J., Narvaez A. El papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumáticas. IV Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 261-267 1988.
30. Rosovsky H., Borges G., "Consumo *per cápita* de alcohol en México (1979-1994) y sus correcciones con datos de las encuestas poblacionales. Trabajo presentado durante la reunión: "Alcoholismo" CONADIC, México, 1996.
31. Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística Informática. Tabulación sobre defunciones. 1980 -1994.
32. Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística Informática. Tabulación sobre defunciones, 1970 y 1998.
33. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Segunda Encuesta Nacional de Adicciones, México, 1993.
34. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones, Tercera Encuesta Nacional de Adicciones, ENA, 1998.
35. Vega W., Kolody B., Aguilar-Gaxiola S., Alderete E, Catalano R., Caraveo J. (1998) Lifetime Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders Among Urban and Rural Mexican-Americans in California. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 55., 771-778.
36. World Health Organization, Global Status Report on Alcohol, Geneva, 1999.
37. Zurita B, Lozano R, 1998 Costo del abuso: the handbook. Beber de Tierra Generosa, Libro 2 Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. (ed) Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. (Eds) Medina-Mora ME, Echeverría L, 204-217.

GRAFICA 1

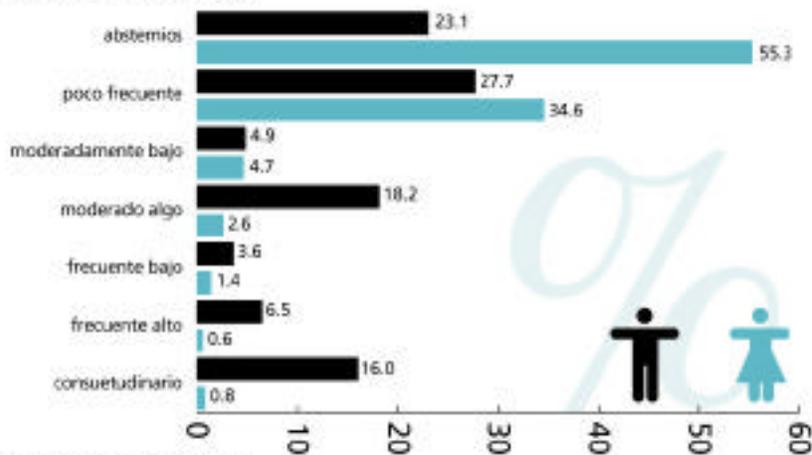
Variaciones en el consumo per cápita 1970-1996

	1970 / 1972	1994 / 1996	% de cambio
Francia	21.7	14.02	- 34.4
España	16.42	11.40	- 30.6
Estados Unidos	9.92	8.98	- 9.5
Chile	13.01	7.46	- 42.7
Argentina	17.52	9.73	- 44.5
Brasil	3.18	5.55	+ 74.5
Costa Rica	4.15	5.97	+ 43.9
Paraguay	4.72	8.83	+ 87.1
México	3.57	5.11	+ 39.2

OMS, 1999

GRAFICA 2

Patrón de consumo por sexo



SSA, DGE, INPREM, CONADIC, INA, 1998

GRAFICA 3

Variaciones geográficas en el índice de consumo fuerte



SSA, DGE, INPREM, CONADIC, INA, 1998

GRAFICA 4
Presencia de alcohol en accidentes

Ingresos en salas de urgencia

El 21% de los ingresos por accidentes = niveles positivos de alcohol en la sangre

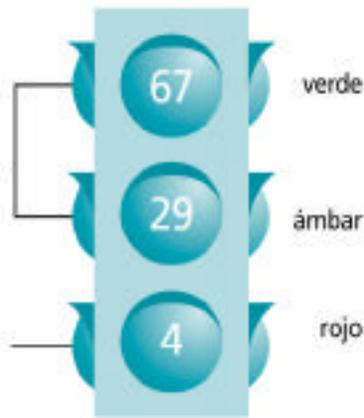
1 de cada 5 = el accidentado había estado bebiendo en un establecimiento comercial

Del 100% de ingresos con NAS
7% eran dependientes
93% intoxicación aguda

Pueden evitarse con programas de intervención sencillos

98%
2%

Trabajadores

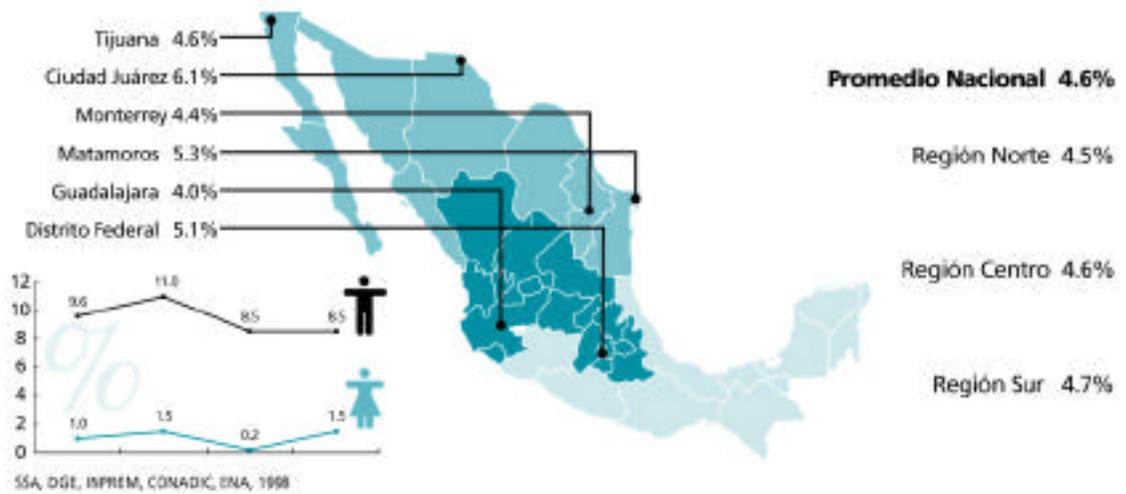


Borges, et al. 1999. Medina-Mora, et. al. 1997

GRAFICA 5
Mortalidad por cirrosis



GRAFICA 6
Índice de dependencia



SSA, DGE, INPREM, CONADIC, ENA, 1998