

PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN CANARIAS

ALCOHOL



Título

Guía de Prevención de Adicciones en Canarias. Alcohol.

Edita

Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.
Servicio Canario de la Salud.
Dirección General de Salud Pública.

Coordinación técnica

Amelia María Hernández García.

Jefa de Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

María del Mar Velasco Villar.

Enfermera. Técnica del Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

Nicolás Perdomo Álamo.

Enfermero. Técnico del Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

Amalia García Suárez.

Operadora de Sistemas. Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

Elabora

Elsa Caballeria Lamora

Grup Recerca Addiccions Clínic (GRAC), Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Socidrogalcohol.

Servicio de Atención a las Drogodependencias.

Edición

Noviembre de 2022

Diseño

Martín Gràfic

Web de referencia

https://bit.ly/3ccp7ZD_Drogodependencias

ISBN

978-84-16878-45-1



PRESENTACIÓN

La prevención y la sensibilización se entienden como herramientas cuyo objetivo es reducir los factores de riesgo (evitar que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso continuado, previniendo la aparición de los consumos de riesgo y las consecuencias negativas en otras áreas) y aumentar los factores de protección (estilos de vida sana, ocio, formación, etc.), frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción.

IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024).

La Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud ha elaborado la “Guía de Prevención de Adicciones en Canarias. Alcohol”, con la finalidad de ofrecer una herramienta que sirva para desarrollar y transmitir valores positivos a nuestra población.

Siguiendo los objetivos marcados en el IV Plan Canario sobre Adicciones, dentro del ámbito del ocio y el tiempo libre, destaca la promoción de un ocio saludable y responsable destinado a la difusión de hábitos de vida saludable. La información aportada a la ciudadanía es fundamental para que pueda adoptar decisiones y ser capaz de prevenir y canalizar situaciones vinculadas a riesgos relacionados con el consumo o abuso de las adicciones en nuestra comunidad.

El presente documento pretende aportar a la población en general información actualizada sobre datos epidemiológicos, riesgos del consumo, causas y consecuencias, enfoques terapéuticos, advertencias y consejos en relación al consumo de sustancias adictivas.

Esta guía pretende ser una herramienta para sensibilizar y concienciar a nuestra ciudadanía, permitiendo a la persona ser parte activa en la toma de decisiones en lo que respecta a los hábitos personales de cada uno, y en concreto en lo que respecta al uso y consumo de ciertas sustancias que pueden generar un problema de salud.

Conocer los riesgos y tomar consciencia de las consecuencias y repercusiones que pueden acarrear ciertos hábitos, es importante para que valoremos la necesidad de cuidar nuestra salud, el bienestar personal y el desarrollo integral del ser humano.

Desde esta Dirección General deseamos que esta “Guía de Prevención de Adicciones en Canarias. Alcohol” sea de utilidad para alcanzar una sociedad canaria más saludable, más informada y más sensibilizada.

José Juan Alemán Sánchez
Director General de Salud Pública
Servicio Canario de la Salud.

ÍNDICE

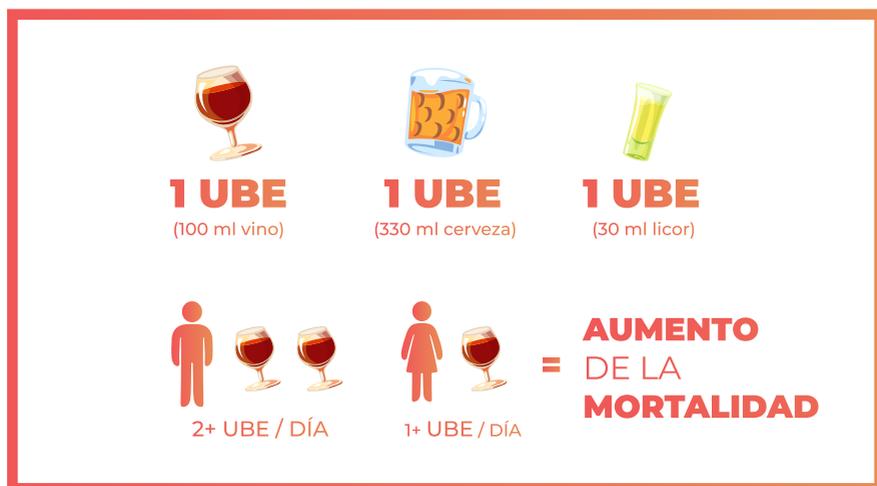
PRESENTACIÓN	3
1. CONCEPTUALIZACIÓN.....	7
2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	9
2.1. Uso de alcohol en población de 14-18 años.....	9
2.2. Uso de alcohol en población adulta	9
3. CAUSAS.....	11
3.1. Factores individuales.....	11
3.2. Factores ambientales.....	12
3.3. Interacción entre factores biológicos y ambientales	13
4. CONSECUENCIAS.....	14
5. ENFOQUES TERAPÉUTICOS Y/O INTERVENCIÓN	17
6. ADVERTENCIAS.....	19
7. CONSEJOS	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23

1. CONCEPTUALIZACIÓN

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país, tanto en población adolescente como adulta^{1,2}. Que sea psicoactiva significa que produce alteraciones en el sistema nervioso central. Es una sustancia capaz de producir dependencia, y su consumo se asocia a más de 200 condiciones de pérdida de salud, así como consecuencias sociales y económicas (para la persona y la sociedad en su conjunto), e impacta en la calidad de vida^{3,4}.

Las cantidades de alcohol se especifican en base a las “Unidades de bebida estándar” (UBEs). Una UBE equivale a 10 gramos de alcohol puro. Esto sería, por ejemplo, una copa de vino de 100 mL, 330 mL de cerveza o 30 mL de licor⁵.

No hay ninguna cantidad de alcohol que se considere segura. En nuestro país, el consumo de “bajo riesgo” se ha establecido en 10g de alcohol al día en mujeres (1 UBE) y 20g de alcohol/día (2UBEs) en hombres⁵. La Organización Mundial de la Salud (OMS) especifica el consumo de riesgo entre las 4 y 6 UBEs/día o 28-42 UBEs a la semana en varones, y entre 2 y 4 UBEs o 14-28 UBEs/semana en mujeres. El consumo pasa a considerarse perjudicial cuando se superan las 6 UBEs/día o 42/semana en varones, y las 4 UBEs/día o 28/semana



en las mujeres, aunque la tendencia es a bajar este límite de riesgo. El consumo en forma de atracón o *binge drinking*, se define como el consumo de 40g o más de alcohol en mujeres (4 UBEs) o 60g o más en hombres (6 UBEs) en una misma ocasión de consumo (4-6 horas)⁵.

El alcohol es una sustancia capaz de generar dependencia, esto quiere decir que la persona que consume alcohol poco a poco necesita beber cada vez más para sentir los mismos efectos (tolerancia), y puede ocurrir que también necesite consumir para paliar los síntomas de malestar (abstinencia). Esto desembocaría en el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol (TUA), una enfermedad del sistema nervioso central, en que la persona necesita beber cada vez cantidades más elevadas de alcohol, y presenta dificultades para cesar el consumo a pesar de las consecuencias adversas en su salud, entorno social o laboral.

Se estima que hasta 3 millones de muertes (5,3%) son atribuibles al alcohol cada año en el mundo^{1,3}. El alcohol es la séptima causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) y la cuarta causa para los hombres¹. Once millones (3,4%) de europeos (UE + Suiza + Islandia + Noruega) de entre 18 y 64 años padecen una dependencia al alcohol, cifras que aumentan si consideramos aquellos que cumplen criterios para un trastorno por uso de alcohol³. En España, 3 de cada 4 españoles ha consumido alcohol en el último año, mientras que el 8,8% son usuarios a diario¹. Sin embargo, en población tratada en servicios médicos el consumo de riesgo de alcohol alcanza 1 de cada 5 pacientes. El trastorno por uso de alcohol alcanza el 25% en población atendida en el hospital en algunos países⁶.



2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En nuestro país, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida tanto en adultos como en jóvenes de entre 14-18 años (Estudios EDADES¹ y ESTUDES²).

2.1. Uso de alcohol en población de 14-18 años

Siguiendo los datos del informe ESTUDES² efectuado en alumnos de instituto de entre 14 y 18 años, el 73.9% de los jóvenes de entre 14-18 años ha tomado alcohol alguna vez en la vida, y el consumo en el último año se estima en 70.5%. Las edades medias de inicio del consumo y de inicio de consumo semanal se sitúan en los 14 años y 15 años respectivamente, sin encontrarse diferencias por sexo.

El 40% de los alumnos indican haberse emborrachado en el último año, y el 23.2% en el último mes, siendo los 14.7 años la edad media en que se da la primera intoxicación etílica. Para todo el período de los 14 a los 18 años, aunque especialmente para las edades más tempranas, las chicas reconocen haberse emborrachado en mayor medida².

El consumo en forma de atracón o *binge drinking* se produjo en el 27.9% de los alumnos. Y entre aquellos que habían tomado alcohol en los últimos 30 días, el 52.6% realizaron *binge drinking* en ese período. Este consumo en atracón se da en mayor medida en chicas, sobre todo en las edades más tempranas (14-15 años) mientras que la diferencia entre sexos se acorta con el aumento de la edad hasta los 18 años, en que son los chicos quienes presentan esta conducta en mayor grado².

2.2. Uso de alcohol en población adulta

Siguiendo los datos aportados por el estudio EDADES¹ con los datos del año 2019, el consumo de alcohol en personas de entre 15 y 64 años mantiene su tendencia estable respecto los años anteriores y con valores elevados. Para todos los tramos de edad, el consumo es mayor en hombres que en mujeres.

El 93% de este grupo poblacional indicó haber consumido alguna bebida alcohólica alguna vez en la vida (95.5% de los hombres, 90.4% de las mujeres), y el 77% durante los 12 meses previos

(82.7% de los hombres y 71.6% de las mujeres). La prevalencia en el último mes es del 63% (72% de los hombres, 53.9% en mujeres), y el 8.8% (14.2% de los hombres y 3.4% de las mujeres) declara un consumo diario de alcohol¹.

El 5.2% de la población en España presenta un consumo de riesgo (6.7% de los hombres y 3.7% de mujeres)². El consumo de riesgo se da en mayor medida en poblaciones más jóvenes y en hombres. Aquellos con consumo de riesgo, presentaron mayor número de intoxicaciones etílicas en el último mes, y la prevalencia de episodios de consumo en atracón es también superior⁷.

La prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas durante los últimos 12 meses se sitúa en el 19.4%, dándose en mayor medida en hombres en todas las franjas temporales. A medida que la edad aumenta, reduce la prevalencia de borracheras, estando más extendidas en el grupo de 15 a 34 años. En cuanto a la prevalencia de borracheras en el último mes, la prevalencia es del 6.8% (9.3% de los hombres y 4.2% de las mujeres), y en cuanto a la edad, el porcentaje es mayor en el grupo de 15 a 24 años¹.

Con relación al consumo en forma de *binge drinking* o atracón, la prevalencia en el último mes se encuentra en el 15.4% (20.9% en hombres y 9.9% en mujeres). Para todos los tramos de edad, el consumo es más elevado en hombres que en mujeres. La mayor prevalencia se encuentra en las edades comprendidas entre 15 y 24 años (33.8% en hombres, 19.2% en mujeres)¹.



La percepción de riesgo asociado al consumo de alcohol es menor en aquellos que han experimentado una intoxicación etílica aguda durante el último mes¹. En aquellas personas consumidoras de más de una sustancia psicoactiva en los últimos 12 meses, el alcohol siempre se encuentra presente como la sustancia consumida con mayor prevalencia. Entre los consumidores de dos sustancias, el 94.7% tomaban alcohol y el 80.9% además fumaba. Los hipnosedantes se sitúan como tercera sustancia más prevalente (18.6%). En los consumidores de tres sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses, además del alcohol y el tabaco, se suma el consumo de cánnabis (62.5%) y el de hipnosedantes con o sin receta (35.2%)¹.

3. CAUSAS

Para entender porque algunas personas sufren problemas con el consumo de alcohol, y la progresión del trastorno por uso de alcohol (TUA), se han identificado diversos factores de riesgo hacia el consumo, así como otros factores que actúan de protectores. Estos factores pueden ser de tipo individual y ambiental⁴.

3.1. Factores individuales⁴

En cuanto a los factores individuales, muchos estudios señalan la presencia de **factores genéticos** de riesgo para el desarrollo de un trastorno por uso de alcohol. De hecho, el 49% del riesgo para presentar dependencia del alcohol y su velocidad de progresión parecen estar explicados por factores genéticos.

Diversos genes relacionados con el funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales parecen jugar un papel en el desarrollo de dependencia al alcohol, ya que se relacionan con las partes del cerebro que regulan las motivaciones, la sensación de recompensa y el refuerzo de la conducta (p.ej., se experimenta mayor recompensa ante estímulos relacionados con el alcohol). Y alteraciones en sistemas hormonales (p. ej., hormona liberadora de la corticotropina) se relacionan con un mayor consumo de alcohol ante situaciones de estrés.

Estudios en población adulta han señalado un aumento del riesgo de TUA en aquellas personas que presentan determinados trastornos mentales, como trastornos de ansiedad, afectivos, psicóticos y de personalidad

Por otro lado, estudios en población adulta han señalado un aumento del riesgo de TUA en aquellas personas que presentan determinados **trastornos mentales**, como trastornos de ansiedad, afectivos, psicóticos y de personalidad. También aumenta el riesgo ante determinados **rasgos de personalidad** como impulsividad, búsqueda de sensaciones, desinhibición conductual y emocionalidad negativa. La impulsividad también es factor de riesgo para el inicio temprano del consumo, y un consumo más problemático, así como una mayor probabilidad de abuso de otras sustancias.

Los estudios genéticos también soportan estos resultados, dado que se ha encontrado genes en común entre el TUA y trastornos afectivos [depresión y trastorno bipolar]. Por otro lado, la impulsividad es un factor de personalidad con un componente hereditario muy elevado.

En jóvenes, el uso de alcohol se ha relacionado con problemas de ansiedad y depresión, y también con trastornos relacionados con desinhibición conductual (p.ej., trastorno por déficit de atención con hiperactividad), mientras que una buena regulación emocional se considera un factor protector. El trastorno disocial durante la infancia se ha descrito como predictor del inicio precoz del abuso del alcohol.

3.2. Factores ambientales⁴

Diversos **factores sociodemográficos y familiares** influyen en el riesgo a presentar trastorno por uso de alcohol. El sexo femenino parece conllevar menor riesgo (aunque en los últimos años el consumo en mujeres está en aumento). Por otro lado, iniciar el consumo a una edad temprana conlleva mayor riesgo. Otros factores que influyen serían la zona geográfica en que se reside, estado económico y marital (problemas financieros o legales y divorcio se relacionan con un incremento en el consumo, sobre todo en hombres).

El control y calidez paternos son factores protectores. Los vínculos fuertes del niño/a con la familia y la escuela le ayudan a desarrollar normas prosociales. Por otro lado, el bajo rendimiento académico se relaciona con el consumo de alcohol y otras drogas.

La **influencia de los iguales y la familia** es indudable en la normalización del consumo de alcohol, y en el aumento del riesgo de TUA. La historia de trastornos mentales y de consumo de sustancias en los padres también aumentan el riesgo.

En la normalización del consumo de alcohol y el aumento del riesgo también influyen la **publicidad**, así como el **bajo precio** y la fácil **accesibilidad** a las bebidas alcohólicas. Así, cuanto más restrictivas son las leyes sobre el consumo de alcohol, menor es su consumo. A mayor **percepción de riesgo** del consumo de alcohol, menor es la probabilidad de consumo.

Se ha encontrado una relación causa-efecto entre vivencias traumáticas en la infancia y el inicio precoz del consumo. En adultos, la exposición a experiencias traumáticas repetidas también se relaciona con abuso de alcohol.

3.3. Interacción entre factores biológicos y ambientales

Ninguno de los factores de riesgo, en la mayoría de los casos, va a ser suficiente por sí solo para el desarrollo del trastorno por uso de alcohol. Por ejemplo, el efecto de la predisposición biológica va a depender de la presencia de otros factores ambientales de riesgo (p.ej., situación de estrés o accesibilidad a bebidas alcohólicas) o protectores (p.ej., apoyo familiar).

Hay que tener en cuenta también, que el consumo continuado de alcohol produce efectos neuroadaptativos que alteran el funcionamiento del sistema nervioso central. Es decir, el alcohol afecta el modo en que el cerebro procesa los estímulos agradables o las sensaciones de recompensa de un modo en que los estímulos relacionados con el alcohol pasan a ser más reforzantes, y también la persona puede necesitar consumir alcohol para evitar los síntomas de malestar. Este hecho, en combinación con otros factores ambientales puede dar lugar a que una persona sin factores biológicos predisponentes desarrolle un trastorno por uso de alcohol.

4. CONSECUENCIAS

El consumo de alcohol se asocia a más de 200 enfermedades u otras condiciones que impactan en la salud, además de impactar en la calidad de vida, tanto de la persona, como de la gente que le rodea. A continuación, va a describirse de forma breve, algunas de las condiciones más fuertemente relacionadas con el consumo de alcohol^{3,8}.

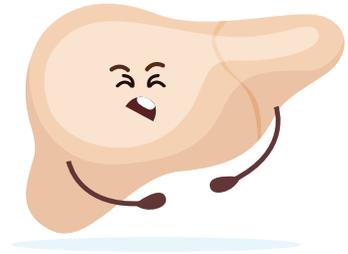
En España, el consumo de alcohol es el cuarto factor de riesgo de pérdida de salud y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), siendo el segundo en mujeres y el quinto en hombres.

Enfermedades no transmisibles/no comunicables

Entre las enfermedades no transmisibles cuyo riesgo aumenta con el uso de alcohol, destacan especialmente las enfermedades hepáticas, algunos tipos de cáncer y las enfermedades cardiovasculares. El consumo de alcohol se ha descrito como la principal causa de desarrollo de una enfermedad hepática y, en la Unión europea, un 41% de las muertes causadas por enfermedad hepática son atribuibles al alcohol.

Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes suponen un 19% de las muertes atribuibles al alcohol en el mundo.

Existe una sólida evidencia de la asociación del consumo de alcohol y ciertos tipos de cáncer, con una relación dosis-respuesta positiva con el de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, colon-recto, mama (mujer) y hepatocarcinoma; de manera que cualquier nivel de consumo aumenta el riesgo. El riesgo de algunos de estos aumenta especialmente en aquellas personas que además de consumir alcohol también fuman tabaco. Un 4.2% de las muertes por cáncer en 2016 fueron atribuibles al alcohol. Los tipos de cáncer que contribuyen con mayor gravedad al número de muertes y al número de pérdida de AVADs atribuibles al alcohol fueron el cáncer colorrectal, hepático y esofágico.



De entre estas enfermedades no comunicables, deben considerarse también el desarrollo de trastornos mentales y comportamentales, entre los que cabría destacar el trastorno por uso de alcohol (TUA), que la OMS estima presente en el 4% de la población mundial y también la elevada comorbilidad con el trastorno depresivo. Además, el alcohol puede generar alteraciones mentales transitorias, como la intoxicación alcohólica o episodios psicóticos transitorios.

Los efectos neurotóxicos directos del alcohol sobre el sistema nervioso central, unido a la falta de tiamina, se relacionan con cambios estructurales y funcionales en el cerebro, dando lugar a déficits cognitivos en un porcentaje muy elevado de pacientes con trastorno por uso de alcohol (se ha descrito entre el 45-80% de los pacientes con TUA). El deterioro cognitivo relacionado con el alcohol se trata de un aspecto en el que la mayoría de los déficits son leves o moderados y mejoran con la abstinencia prolongada (de hasta dos años). Sin embargo, se puede llegar a casos graves e irreversibles como la demencia alcohólica o el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Los déficits cognitivos más habituales son aquellos en memoria anterógrada, función ejecutiva y tareas visuoespaciales. Es importante tomar en cuenta estas alteraciones dado que impactan en el correcto seguimiento de las pautas terapéuticas.

Enfermedades infecciosas

El 12.9% de las muertes atribuibles al alcohol en el mundo se relacionaron con enfermedades infecciosas. Entre estas enfermedades destacan la tuberculosis, el VIH/Sida y enfermedades respiratorias de las vías inferiores. El consumo nocivo de alcohol y la incidencia y el desenlace de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH/Sida se relacionan de forma causal, especialmente en aquellos pacientes que cumplen criterios diagnósticos de TUA.

Embarazo

El consumo de alcohol durante el embarazo puede dar lugar a alteraciones en el neurodesarrollo del bebé, que se conocen como “trastorno del espectro alcohólico fetal”.

Los niños pueden presentar alteraciones en memoria, lenguaje, aprendizaje, atención, relación social, entre otras.

Así mismo, el consumo de alcohol durante la lactancia también puede ocasionar alteraciones cognitivas y conductuales en el bebé.

Consecuencias sociales

El consumo de alcohol puede tener un impacto en ámbitos muy diversos de la vida de la persona, incluyendo el laboral (disminución del rendimiento y la productividad, incapacidad laboral); en el ámbito interpersonal se incluirían las lesiones no intencionales (accidentes de tráfico, incendios, quemaduras) e intencionales (agresiones, violencia en el hogar, abusos sexuales, autolesiones y suicidio).

Una parte relevante de la carga de morbilidad y mortalidad debida al alcohol, especialmente en población joven, se relaciona con el mayor riesgo de traumatismos intencionales y no intencionales, incluyendo accidentes de tráfico, violencia y suicidios.

Además, incrementa la probabilidad de conductas de riesgo, como la práctica de sexo sin protección dando lugar a mayor riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, además del VIH/Sida.

Costes para la sociedad

Para la sociedad, los costes directos (hospitalizaciones, absentismo laboral) e indirectos (accidentes, violencia) del consumo de alcohol son muy elevados. Los pacientes que persisten en el consumo de alcohol tras un primer contacto con un servicio especializado en adicciones sufren más días de hospitalización, especialmente aquellas atribuibles al alcohol. Los usuarios con trastorno por uso de alcohol consumen más recursos sanitarios (urgencias, hospitalizaciones). Se ha calculado que los costes sociales relacionados con el alcohol pueden alcanzar hasta los 1500€ por persona y año. España está entre los países de la Unión Europea que menos impuestos atribuyen al vino (0€/unidad de consumo), la cerveza (0,02€/unidad de consumo) y las bebidas espirituosas (0,13€/unidad de consumo), por lo que el coste social superar al beneficio generado por impuestos⁹.

5. ENFOQUES TERAPÉUTICOS Y/O INTERVENCIÓN

Cribado, intervención breve y referencia a tratamiento

La detección precoz de los problemas relacionados con el alcohol va a ser un paso fundamental. Por ello, es recomendable que los profesionales sanitarios de ámbitos distintos a las adicciones, especialmente de atención primaria, estén sensibilizados a esta problemática, y pregunten de forma rutinaria por el consumo de alcohol a sus pacientes. Es importante considerar que el consumo de alcohol no es algo estable en la vida de la persona, de modo que debe preguntarse periódicamente. En ningún caso deben los profesionales de la salud recomendar el consumo de ningún tipo de bebida alcohólica^{4,5}.

Pueden realizarse intervenciones breves con los pacientes, sensibilizando sobre los riesgos del alcohol, y recomendando la reducción del consumo. También se debe derivar al paciente a tratamiento especializado en adicciones en caso de que se detecte un problema de dependencia al alcohol o TUA.

Así mismo, la detección del problema con el consumo de alcohol puede ser realizada por profesionales que identifiquen que la causa de algún problema médico que experimenta el paciente pueda ser debido al consumo de alcohol. En este caso, el tratamiento de este problema médico (p.ej., alteración en las analíticas que sugiera un problema hepático) va a requerir del abordaje del consumo de alcohol, y puede requerirse la derivación a una unidad especializada.

Abordaje bio-psico-social

El abordaje del trastorno por uso de alcohol va a requerir de un abordaje multidisciplinar, que tome en consideración ámbitos diversos de la vida del paciente.

En muchos casos, la intervención va a requerir el **tratamiento farmacológico** para tratar los síntomas desagradables relacionados con la abstinencia del alcohol cuando se inicia la desintoxicación, así como prevenir los déficits nutricionales que se suelen asociar al

consumo de alcohol (falta de vitamina B12). También se utilizan fármacos aversivos, que en contacto con el alcohol producen una reacción de malestar, y fármacos para reducir el deseo de consumo y así reducir el riesgo de recaída. El tratamiento farmacológico va a ayudar a tratar aquellos síntomas que se presentan de forma muy prevalente en los pacientes que cesan el consumo, como serían los síntomas del estado de ánimo o de ansiedad⁴.

El **abordaje psicológico** va a incluir el entrenamiento en habilidades para ayudarle a identificar aquellas situaciones o emociones desencadenantes del consumo y habilidades para poder hacerles frente. También se entrenarán estrategias para hacer frente al deseo de consumo, y es conveniente trabajar también con la familia del paciente que van a dar apoyo y acompañamiento en el tratamiento.

La entrevista motivacional (EM) es un estilo comunicativo muy utilizado en el ámbito de las adicciones, que pretende identificar el estadio de cambio del paciente en relación al abandono del consumo de alcohol, ayudándole a detectar las incongruencias entre su conducta actual y sus valores y expectativas de futuro. Se considera al paciente un experto en su enfermedad y en su propia vida, que se encuentra ambivalente en cuanto a dejar o no el consumo. El terapeuta actúa de guía y acompañamiento en el proceso de cambio,



ayudando al paciente a definir sus objetivos y motivos para el cambio, habilidades de las que dispone para lograrlo, y planificar como lo va a llevar a cabo.

En algunos casos, el paciente va a requerir también un apoyo por parte de **trabajo social o educación social**, para mejorar el bienestar del paciente y facilitar su reinserción en su entorno.

Estigma

La sociedad tiene una visión muy estigmatizada de los trastornos por uso de alcohol y otras drogas. Los propios pacientes y sus familiares puede que tengan ideas erróneas acerca de la enfermedad. Por ello, es importante indagarlo y explicar la dimensión integral del trastorno por uso de alcohol, en la que influyen elementos biológicos, psicológicos y sociales.

Estas ideas estigmatizantes tienen un impacto en el tratamiento, ya que pueden hacer que el paciente demore la búsqueda de ayuda, crea que solo podrá lograr cesar el consumo, o piense que si ya tiene consecuencias físicas es demasiado tarde para actuar¹⁰.

6. ADVERTENCIAS

Durante mucho tiempo, se definió como cantidades moderadas de alcohol podían ser factores protectores de algunas enfermedades, como las cardíacas (p.ej, disminución de riesgo de infarto de miocardio). Sin embargo, en la actualidad está definido como la única cantidad de alcohol que no tiene riesgo es cero, dado que el posible beneficio en algunos aspectos de salud (p.ej. cardiovascular) derivado del consumo de alcohol, es insuficiente para compensar la mortalidad por el conjunto de las otras causas⁴.

Los consumos de alcohol por encima de 10 g /día (1 UBE) en mujeres y 20 g /día (2 UBEs) en hombres, pueden producir un aumento significativo de la mortalidad, que sólo se puede reducir evitando el consumo⁴.

En nuestro país, ciertas bebidas como el vino o la cerveza están asociadas a la dieta mediterránea. Sin embargo, los estudios epidemiológicos no muestran evidencia de que estas bebidas tengan un efecto protector diferenciado en la reducción de riesgos cardiovasculares ni de otro tipo. **Para todos los tipos de bebidas, el riesgo de mortalidad se incrementa a medida que se incrementa el consumo, sin encontrarse diferencias en función de la bebida.**

Los efectos inmediatos del consumo de alcohol ocurren más rápidamente y más prolongadamente en **mujeres** que en hombres, debido a diferencias metabólicas, de absorción y de composición corporal, alcanzando mayores concentraciones en sangre que en los hombres. A largo plazo, también las mujeres tienen más probabilidad de sufrir determinadas enfermedades, como las hepáticas, más sensibilidad a la toxicidad neuronal y cardíaca. En ellas se dan también problemas específicos, como los relacionados con el consumo durante el embarazo o lactancia.

Por otro lado, aunque las personas con un consumo en forma de atracón o *binge drinking* suelen tener un promedio semanal que podría parecer de bajo riesgo, es importante identificar cuando se produce. Este patrón de consumo, incluso cuando se realiza de forma esporádica, supone unas consecuencias para la salud equivalentes o incluso superiores a las asociadas al consumo promedio de riesgo.

Por ello, **el consumo en forma de atracón debe desaconsejarse en todos los casos, y debe limitarse tanto la frecuencia en que se da este patrón como la cantidad consumida en cada episodio.**

Hay determinadas condiciones y poblaciones en las que cualquier consumo es totalmente desaconsejado. En mujeres embarazadas o lactantes, el consumo de alcohol (incluso productos catalogados como 0.0) supone un riesgo para el desarrollo del bebé por el

grave efecto que produce la exposición prenatal al alcohol en el desarrollo cerebral y del comportamiento.

Así mismo, los menores de edad no deberían consumir alcohol. La probabilidad de desarrollar dependencia y problemas relacionados con el alcohol es 4 veces mayor en aquellos que inician a edades tempranas (14 años, media española). En esta población, el consumo se relaciona con menor rendimiento académico, más accidentes y práctica de relaciones sexuales no seguras.

Otras poblaciones que no deberían consumir alcohol son aquellas personas que deben conducir un vehículo, aquellos con historia familiar de trastorno por uso de alcohol, pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, uso de medicación que puede interactuar con el alcohol, en actividades que requieren precisión, práctica de deporte, supervisión de menores. Así mismo, el uso de otras drogas junto al alcohol también puede tener consecuencias para la salud tanto a corto como a largo plazo.

Es importante tener en cuenta que los riesgos del consumo de alcohol no son únicamente para la persona que consume, también para la gente que le rodea y la sociedad en su conjunto.



7. CONSEJOS

- De acuerdo con toda la evidencia disponible, se recomienda que el consumo de bebidas alcohólicas sea el mínimo. **La cantidad sin riesgo será el no consumo.** Si se consume, se recomienda que la cantidad se mantenga **por debajo de las cantidades definidas como de bajo riesgo, así como evitar los episodios de consumo en forma de atracón.**

- En determinadas poblaciones se desaconseja totalmente el consumo, como la población menor de 18 años o las embarazadas o madres lactantes.

- En las personas que tienen un diagnóstico relacionado con la salud mental, es recomendable evitar el consumo de alcohol, ya que puede influir en el curso, severidad y el resultado del tratamiento. En todo caso, consultar siempre al profesional sanitario en caso de duda.

- Ante cualquier duda acerca de incompatibilidades del consumo de alcohol con síntomas o afecciones médicas, o con fármacos que esté tomando, se debe consultar al profesional sanitario.

- Las consecuencias derivadas del uso de alcohol interactúan también con las derivadas del uso de otras drogas, como el tabaco.

**La cantidad
sí importa,
no hay cantidad
sin riesgo**

BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p.
2. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022. 293 p.
3. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol" (3a edición). Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL). 2013.
5. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid; 2020.
6. Miquel L, et al. Alcohol Consumption and Inpatient Health Service Utilization in a Cohort of Patients With Alcohol Dependence After 20 Years of Follow-up. *Alcohol Alcohol*. 2016;52(2):227-233. doi:10.1093/alcalc/aggw075
7. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021. 109 p.
8. Murray, C.J.L.; et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* **2020**, *396*, 1223–1249, doi:10.1016/S0140-6736(20)30752-2.
9. Miquel L, et al. Alcohol, tobacco and health care costs: a population-wide cohort study (n = 606 947 patients) of current drinkers based on medical and administrative health records from Catalonia. *Eur J Public Health*. January 2018. doi:10.1093/eurpub/ckx236
10. DiMartini, A.F.; Leggio, L.; Singal, A.K. Barriers to the management of alcohol use disorder and alcohol-associated liver disease: strategies to implement integrated care models. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* **2022**, *7*, 186–195, doi:10.1016/S2468-1253(21)00191-6.

PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN CANARIAS

ALCOHOL

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD
MINISTERIO
DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA IS. PLURINACIONAL SOBRE ENCIAS

canaria saludable.org


Servicio
Canario de la Salud

 Gobierno
de Canarias