

PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE OTRAS DROGAS

Leslie Daza Cazana¹ 

1. INTRODUCCIÓN.

El consumo de alcohol es un factor de riesgo que puede llevar al desarrollo de la enfermedad denominada alcoholismo. Al igual que el tabaquismo, el consumo de alcohol a nivel mundial se constituye en uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo, asociado al consumo de otras drogas ilícitas.

Según el Informe Mundial sobre alcohol y salud de la OPS, el 2016 se produjeron **3 millones de muertes a causa del consumo de alcohol**¹. En la **Región de las Américas**, se registraron 379.000 muertes que tuvieron como factor contribuyente al alcohol y **más de 85.000 muertes anuales**, que se atribuyeron exclusivamente al consumo de bebidas alcohólicas². Lo lamentable es que las muertes se produjeron en menores de 60 años, sobre todo por traumatismos 28,7% (accidentes de tránsito, caídas, lesiones traumáticas por fuego, calor y sustancias calientes, ahogamiento y accidentes causados por maquinaria), enfermedades digestivas 21,3%, enfermedades cardiovasculares 19%, enfermedades infecciosas 12,9% (VIH, tuberculosis, hepatitis virales, infecciones de transmisión sexual¹) y diferentes tipos de cáncer 12,6%¹. Paralelamente, **el consumo de alcohol se constituye en el factor causal de más de 200 enfermedades**, principalmente hepatopatías (63,9%), y diversos trastornos de comportamiento o neuropsiquiátricos (27,4%)².

El 2016, también se reportó que el inicio del consumo de alcohol a nivel mundial, se produce antes de los 15 años¹, y si bien los hombres son los mayores consumidores de alcohol, las mujeres que beben actualmente han aumentado¹. Esto hace que, junto al tabaco, estén entre los factores de riesgo más importantes para el suicidio en la adolescencia³.

Sin embargo, es necesario destacar que el 2020, la pandemia de COVID-19, redujo la prevalencia de consumo de alcohol en América del Sur, de 81,4% (2019) a 73,8% (2020); así como el consumo excesivo episódico de alcohol que bajó de 50,7% (2019) a 37,7% (2020)⁴; lo cual es un reflejo de la importancia de las restricciones estrictas respecto a la venta y consumo de bebidas alcohólicas.

Lamentablemente en **Bolivia**, estas restricciones son insignificantes, lo que hace que la bebida alcohólica de preferencia sea la cerveza (73%), seguida de las bebidas blancas o espirituosas (21%) y otras en menor proporción⁵. Al respecto, 2016, la aplicación del AUDIT permitió concretar que la prevalencia de uso nocivo de alcohol fue 6,7% (muy superior al promedio mundial de 5,1%⁵) y la dependencia al alcohol 2,9% (superior en 0,3% al promedio mundial⁵). Llama la atención, más aún, la población universitaria de Bolivia, cuyo último reporte es de **15,2% de dependencia al alcohol**⁶.

Docente titular del Departamento Facultativo de Salud Pública, Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica, Universidad Mayor de San Andrés, Master en Comunicación, Información y Promoción en Salud Pública.

<https://orcid.org/0000-0002-5242-8709> Correspondencia: ldaza1@umsa.bo

Recibido: 24 de agosto de 2022

Aceptado: 30 de agosto de 2022



Respecto al consumo de drogas ilícitas asociadas al consumo de alcohol En Bolivia, la investigación más reciente sobre ésta temática, es un estudio de *Prevalencia de consumo de drogas en la población escolar 2017*, cuyos resultados reflejan que la prevalencia anual de consumo de drogas ilícitas en estudiantes de secundaria, fue 4,28% para la marihuana, 1,97% inhalables, 1,12% cocaína y 0,5% pasta base; con una edad promedio de iniciación a los 15 años y con signos de dependencia entre los 15 y 16 años mayoritariamente; todo atribuible a la falta de metas y el abandono de la familia, según este estudio⁷.

El consumo de drogas ilícitas en la población universitaria, según el *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas 2016*, concretó una prevalencia de 6,1%; con mayor consumo en varones, en comparación con las mujeres⁶. La droga ilícita más consumida por esta población fue la marihuana 5%, seguida del LSD 0,8%, y en tercer lugar, la cocaína con 0,4%⁶ (inferior al consumo en escolares). Llama la atención que el mismo estudio señala que 17,4% de los estudiantes universitarios, refirieron al mismo tiempo, haber consumido estas drogas alguna vez en su vida⁶, confirmando el inicio de su consumo en la etapa escolar.

Todo lo descrito, justifica la necesidad del abordaje de este tema desde el primer año de medicina, con el objetivo de que, a partir del conocimiento adquirido, el/la estudiante de medicina, opte por una conducta abstemia, evitando el consumo de alcohol u otras drogas ilícitas, lo cual implica al mismo tiempo, promover ambientes familiares, laborales y recreativos libres del alcohol y drogas. Esto, porque su rol fundamental como médico, será el de promover la salud y prevenir las enfermedades.

En ese sentido, este artículo de revisión describe primeramente los fundamentos teóricos que explican las razones por las que el consumo de alcohol y otras drogas son factores de riesgo y seguidamente las medidas que se recomiendan implementar para prevenir el alcoholismo y el consumo de otras drogas ilícitas.

2. DESARROLLO.

2.1 CONCEPTOS GENERALES

2.1.1 ALCOHOL ETÍLICO O ETANOL

Es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable y de infinita solubilidad en agua⁸, que por sus efectos se constituye en una droga psicoactiva con efecto depresor a nivel del sistema nervioso central, cuyo consumo se asocia a otros peligros intrínsecos, como la intoxicación y dependencia⁹.

2.1.2 ALCOHOLEMIA

Es la concentración de etanol en sangre, que se mide en g/l (gramos de alcohol por litro de sangre). Se determina en laboratorio, a partir de una muestra de sangre de la persona que consumió bebidas alcohólicas.

2.1.3 ALCOTEST

Es una prueba de campo que realizan los oficiales de tránsito a los conductores, utilizando un aparato digital llamado “*alcosensor o alcoholímetro*”. Este aparato realiza la medición de la concentración de alcohol en el aire espirado, cuyo resultado es en mg/l (miligramos de alcohol por litro de sangre)¹⁰.

2.1.4 BEBIDA ALCOHÓLICA

Una bebida alcohólica es aquella bebida que en su composición contiene alcohol etílico o etanol, en una concentración igual o superior a 0,5%, es decir 0,5g de alcohol/100ml¹¹.

- a) Las **bebidas fermentadas** (cerveza, vino o sidra), son procedentes de frutas o cereales, que por acción de organismos microscópicos (levaduras), el azúcar que contienen se convierte en alcohol.
- b) Las **bebidas destiladas** (singani, coñac, whisky, tequila, ron, vodka, vermouth y ginebra), también llamadas blancas o espirituosas, se obtienen luego de un proceso de destilación, que es una ebullición y posterior condensación de los líquidos, para eliminar el alcohol metílico (que es el que produce la resaca o chaki) dejando finalmente al alcohol etílico, responsable de determinar el grado alcohólico de estas bebidas¹².

Las bebidas alcohólicas de mayor consumo en Bolivia tienen los siguientes grados alcohólicos:

- **Cerveza 4,2 – 7 %¹³**. Lo que significa que en 100 ml hay 4,2 - 7g de alcohol, por tanto, en una lata de cerveza de 355 ml hay 14,91 – 24,85 g de alcohol, que varía según la marca elegida.
- **Bi - cervicina Inca (CBN¹) 3%¹⁴**. Lo que significa que, al consumir toda su botella tradicional, que contiene 330 ml, consumimos 9,9 gramos de alcohol.
- **“Cerveza sin alcohol”**. También es una bebida alcohólica porque tiene alcohol, pero se le da éste denominativo porque **su graduación alcohólica es menor al 1%** (menos de 1g por cada 100 ml de la bebida)¹⁵, siendo en la mayoría de las marcas 0,7%¹⁶. Las cervecerías no están obligadas a revelar el grado alcohólico de sus bebidas, si estas son inferiores al 1,2%.
- **Sidra 1,1 – 17% (varía según la marca)¹⁷**. En 100 ml de ésta bebida hay de 1,1 a 17 g de alcohol.
- **Vino 10 – 20%**. En una copa de 100 ml de vino hay entre 10 a 20 g de alcohol.

- **Singani, whisky, vodka y licor 40 - 50% (varía según la marca)**. Esto significa que una copa de 100 ml de cualquiera de estas bebidas tiene de 40 – 50 g de alcohol.
- **Tequila y ron entre 40 y 70% (varía según la marca)**. Son las bebidas con mayor grado alcohólico porque tienen entre 40 y 70 g de alcohol en una copa de 100 ml.

En términos técnicos, según la OPS, una bebida estándar equivale a 1 lata de cerveza (355 ml), una copa de vino (150 ml) o una inyección de alcohol destilado (40 ml)¹⁸. Estos parámetros son importantes, para evaluar la cantidad de consumo de alcohol por persona.

2.1.5 PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

El patrón de consumo de bebidas alcohólicas nos permite clasificar a las personas en aquellas que tienen un consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo, consumo perjudicial y los dependientes al alcohol. Para comprender su significado, a continuación, se presenta la Tabla N°1 que precisa sus definiciones.

Tabla N° 1. Patrones de consumo de alcohol

Clasificación	Definición	Cantidad de consumo
Consumo de bajo riesgo	Es aquel que se caracteriza por una baja probabilidad de causar daños a uno mismo o los demás. En ésta clasificación se incluye a los abstemios (persona que por decisión propia no consume bebidas alcohólicas) y los que tienen un consumo de alcohol muy ocasional*.	NO supera los 20 g de alcohol/día en mujeres y 40g de alcohol/día en varones.
Consumo de riesgo	Es un patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Según Anderson, “ <i>el consumo de bebidas alcohólicas por niños, adolescentes y mujeres embarazadas, se considera también un consumo de riesgo, independientemente del tipo de bebida o cantidad ingerida</i> ” ¹⁹ **. La OPS ratifica esto cuando concluye que “ <i>el individuo que comienza a beber como adolescente, tiene cuatro veces más probabilidades de desarrollar dependencia al alcohol, que quien espera hasta la edad adulta para iniciarse en el consumo de alcohol</i> ” ²⁰ .	NO supera los 40 g de alcohol/día en mujeres y 60g de alcohol/día en varones.
Consumo excesivo episódico	Es un patrón de consumo mayor al anterior, que seguramente está al borde de llegar a ser un consumo perjudicial.	Supera los 60 g de alcohol puro en al menos una ocasión al mes.

Continúa en la siguiente página.

¹ CBN: Cervecería Boliviana Nacional

Tabla N° 1. Continuación...

Clasificación	Definición	Cantidad de consumo
Consumo perjudicial	Es un patrón de consumo, que según la evidencia está causando efectos perjudiciales para el bebedor, tanto a nivel de su salud física y mental. Recientemente, se decidió utilizar el término uso nocivo de alcohol , cuando el daño causado por el alcohol incluye a terceros ²¹ , es decir a nivel familiar y social, incluso con algunos signos de dependencia.	Supera los 40 g de alcohol/día en mujeres y más de 60g de alcohol/día en varones.
Dependencia al alcohol.	La OMS la define como un <i>“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”</i> ¹⁹ . Esta condición, se puede concretar con la presencia de los siguientes signos característicos de la dependencia: <i>“deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad de su consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y dependencia física cuando el consumo se interrumpe”</i> ¹⁷ .	

* En estos casos, la precisión que debemos realizar con los pacientes, es que **incluso el consumo de pequeñas cantidades de alcohol, se constituye en un factor de riesgo.**

** Esto porque el cerebro de los bebés, niños y adolescentes, está en pleno desarrollo de sus funciones cerebrales, incluso después de los 20 años. Por tanto, el consumo de alcohol en estas edades los hace más propensos a desarrollar una adicción.

Fuente: Elaborado según Babor Thomas, Higgins Jhon, et.al. 2001(b), p. 5 y Anderson P, Gual A, Colon J. 2008. p. 2, 10 y 11

2.1.6 ALCOHÓLICO(A)

Se considera así a la persona cuyo *“consumo crónico o periódico de alcohol, está caracterizado por la imposibilidad de controlar su ingesta, frecuentes episodios de intoxicación y la falta de conciencia respecto a las consecuencias que ocasiona el consumo de alcohol en exceso”*¹⁹. Es decir, a la persona que ya desarrolló la dependencia al alcohol.

En este caso será alcohólico, o estará en vías de serlo, la persona que, teniendo perjuicios y problemas por culpa del alcohol, sigue bebiendo. No importa la cantidad de alcohol que beba, ni su frecuencia, lo distintivo en estos casos es la forma compulsiva en que la persona bebe²². Sin embargo, en nuestro medio, que tiene como componente imprescindible a las bebidas alcohólicas en todas sus expresiones culturales, pueden pasar desapercibidas durante mucho tiempo.

2.1.7 ALCOHOLISMO

El alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva, caracterizada por la dependencia al alcohol²³. Se considera predecible por los efectos personales, familiares y sociales que conlleva, transmisible de una generación a otra, en el ámbito emocional y de conducta, así como potencialmente fatal, que son los criterios básicos de toda enfermedad²⁴.

2.2 TÉRMINOS MAL DEFINIDOS QUE SE RECOMIENDA NO UTILIZAR

En esta temática existen varios términos mal definidos que la OMS recomienda no utilizar. Estos son: *consumo moderado, consumo razonable, consumo responsable, consumo social o consumo excesivo de alcohol*, porque todos suponen la existencia de un nivel de consumo aceptable, que si es superado puede considerarse excesivo, pero como sabemos no existe un nivel estándar que se considere aceptable y que no implique riesgos para la salud.

Asimismo, los términos: *abuso del alcohol o uso indebido del alcohol* denotan que existe un uso formal del alcohol, y que si nos salimos de él pues se convierte en un abuso o uso indebido, lo cual no corresponde. En todo caso, si evidenciamos que la forma de consumo de alcohol de alguna persona, ya tiene repercusiones a nivel personal, familiar y social, el término más apropiado es el de **uso nocivo de alcohol**²¹.

2.3 FACTORES QUE MOTIVAN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Los factores que motivan al consumo de bebidas alcohólicas son de tipo socio-cultural, psicológico y biogénico²⁴.

2.3.1 FACTORES SOCIO-CULTURALES

Los factores socio-culturales constituyen, en conjunto, el principal factor motivador del consumo de alcohol. Esto porque las bebidas alcohólicas están presentes en ocasiones sociales diversas, como fiestas populares y patronales, bautizos, bodas, funerales, etc., facilitando el intercambio social.

En la adolescencia, un *factor de alta influencia es la presión de los pares*²⁵. Posteriormente las presiones de compañeros de trabajo y algunos familiares que inducen al consumo de bebidas alcohólicas, partiendo del hecho de que la diversión sólo existe si de por medio hay bebidas alcohólicas. *Esta situación es favorecida por la asequibilidad de las bebidas alcohólicas respecto a sus precios*²⁶. Para algunos, la curiosidad, ganas de explorar y sentirse aceptados, pueden ser motivos para iniciarse en el consumo de alcohol²⁷. En el ámbito laboral, la falta de oportunidades y logros a nivel social, para los varones y las horas de trabajo prolongadas, se asociaron al mayor consumo de alcohol en mujeres²⁸.

2.3.2 FACTORES PSICOLÓGICOS

La baja autoestima se constituye en un factor psicológico que puede motivar al consumo de alcohol, cuando la persona encuentra en los efectos del alcohol la valentía necesaria para afrontar situaciones difíciles o realizar acciones que sobrios no las podrían hacer. El estrés intenso y prolongado, la frustración, ira y resentimiento, sentimiento de culpa, entre otros, también son

factores psicológicos que pueden motivar al consumo de alcohol, a manera de un escape momentáneo de los problemas emocionales.

2.3.3 FACTORES BIOGENÉTICOS

Algunos estudios familiares han señalado de manera sistemática la mayor frecuencia de presentación del alcoholismo en familiares de alcohólicos, que en familiares de no alcohólicos. En relación a esto existen estudios de adopción, que claramente separan la influencia genética de la ambiental, puesto que independientemente del ambiente donde se desarrollaron, los niños cuyos padres biológicos eran alcohólicos terminaron desarrollando también esta enfermedad^{24,29}. No obstante, está demostrado que la expresión de ciertos factores biológicos, casi siempre resulta de su asociación con factores psicológicos y socio-culturales.

2.4 MECANISMO DE ABSORCIÓN, ACCIÓN Y ELIMINACIÓN DEL ALCOHOL ETÍLICO

Luego de la ingestión del alcohol etílico, éste se absorbe casi inmediatamente de la siguiente manera: 20% en el estómago, 70% a nivel del intestino delgado y 10% en el colon. Una vez absorbido, pasa a la sangre y se concentra principalmente en el cerebro, globo ocular y líquido cefalorraquídeo; atravesando incluso las barreras fetoplacentaria y hematoencefálica, si la mujer que consume bebidas alcohólicas, está embarazada⁹.

A nivel del cerebro, incrementa el efecto del neurotransmisor GABA (ácido gaba-amino-butírico), que tiene la función normal de **inhibir o reducir la actividad neuronal**, cuando las neuronas se sobreexcitan; por ejemplo, cuando experimentamos miedo y ansiedad³⁰. De esta manera, el alcohol causa la depresión primaria (sedación y disminución de la ansiedad) característica de la intoxicación aguda.

La “**aparente acción estimulante**” del alcohol, se debe a que produce una actividad incoordinada de diferentes partes del encéfalo, deprimiendo los mecanismos de control del comportamiento⁹; para luego inhibir progresivamente la función de los centros cerebrales superiores, hasta el tronco encefálico, lo que puede llevar incluso a la muerte.

Por otra parte, se sabe que incrementa la síntesis de ácidos grasos y triglicéridos, que es causa del hígado graso y obesidad, característico de los alcohólicos. Asimismo, interfiere con la síntesis de diversas proteínas (causando hipoproteïnemia), aumenta la resistencia a la insulina (causa de diabetes) y finalmente altera la absorción de tiamina y otros nutrientes que afectan el aprovechamiento de la glucosa a nivel cerebral, causando la acumulación del ácido acético que es responsable de las cefaleas, gastritis, náuseas y mareos⁹.

Una vez ingerido el alcohol, su eliminación o excreción se da por exhalación (50 – 60%), hígado e intestinos (25 – 30%), orina (5 – 7%) y el resto por las lágrimas, sudor, saliva y leche materna⁹. Sin embargo, este proceso es muy lento y puede demorar de 2 a tres horas cuando se ha bebido sólo una copa de vino, whisky o máximo una botella de cerveza. Imaginemos cuánto más, si se ha bebido mayores cantidades de bebidas alcohólicas.

Finalmente, cuando el consumo de alcohol es crónico, además de otros efectos, se produce la disminución de la concentración de serotonina (neurotransmisor que equilibra el estado de ánimo) a nivel del sistema nervioso central.

Esto explica los trastornos del comportamiento, e incluso la depresión característica del alcoholismo⁹. A esto se asocia el desarrollo de la tolerancia al alcohol, es decir, la necesidad de consumir cada vez mayores cantidades de alcohol para conseguir el efecto deseado y seguidamente la pérdida de la capacidad de sentir placer ante otros estímulos saludables, como el que genera el realizar ejercicios, alimentarse o relacionarse con seres queridos²⁷.

2.5. EFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Los efectos del consumo de alcohol pueden ser agudos y comenzar a manifestarse a los 30 minutos de su consumo y durar horas; o crónicos cuando la persona bebe regularmente y por un tiempo ya prolongado.

2.5.1 EFECTOS AGUDOS.

Los efectos agudos del alcohol en el organismo dependen del nivel de alcoholemia alcanzado, que también se puede determinar por la concentración de alcohol en el aire espirado. Cabe destacar que estos niveles están condicionados por el peso y sexo del sujeto, la cantidad de alcohol ingerido, modo de ingesta (en ayunas o luego de una comida copiosa), grado alcohólico de la bebida, y de la tolerancia¹⁹.

Tabla N° 2. Efectos agudos del consumo de alcohol según la concentración de alcohol en sangre y en aire espirado

Concentración de alcohol en sangre g/l	Concentración de alcohol en aire espirado mg/l	Efectos en el organismo
Menor a 0,5 g/l*	Menor a 0,25 mg/l*	Desinhibición, euforia, logorrea (que no son efectos estimulantes, sino el resultado de la supresión del funcionamiento del área frontal del cerebro) Afectación leve del rendimiento psicomotor
0,5 - 5 g/l	0,25 - 2,5 mg/l	Sedación, deterioro mental y físico, agresividad o euforia excesiva, confusión, vértigo, náuseas y vómitos. Hipotermia, hipotonía, hipoglucemia, bradicardia, hipotensión y depresión respiratoria. Afectación moderada a muy grave del rendimiento psicomotor
Mayor a 5 g/l	Mayor a 2,5 mg/l	Muerte

*Este es el nivel de alcoholemia y concentración de alcohol en aire espirado, establecido como máximo permitido por la Unidad Operativa de Tránsito en Bolivia, para la conducción de automóviles¹⁰.

Fuente: Modificado de Moya G. 2007, p.56

Cabe destacar que los efectos del consumo de alcohol en las mujeres son mayores, incluso cuando toman la misma cantidad de alcohol que un varón. Esto debido a que su cuerpo es más pequeño y por tanto la concentración de agua corporal es menor³¹, lo que hace que su alcoholemia sea mayor en poco tiempo después de la ingesta de bebidas alcohólicas.

2.5.2 EFECTOS CRÓNICOS.

El consumo crónico de alcohol tiene efectos sobre todo el organismo, causando más de 200 enfermedades, como se precisó al inicio de este tema. La Tabla N°3, precisa estos efectos.

Tabla N° 3. Efectos crónicos del consumo de alcohol en el organismo

ENFERMEDADES	
DIGESTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Reflujo gastroesofágico • Gastritis • Mala absorción de nutrientes en intestino delgado (Vitamina B1, calcio) • Pancreatitis • Enfermedad hepática alcohólica
CARDIOVASCULARES	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Arritmias (alteración del ritmo cardiaco) que incluso puede ser causa de muerte súbita. • Accidente cerebrovascular (embolia)
INFECCIOSAS	<ul style="list-style-type: none"> • VIH • Tuberculosis • Hepatitis virales • Infecciones de transmisión sexual
A NIVEL SANGUÍNEO	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoglucemia • Anemia, neutropenia y trombopenia (reducción del número de las células sanguíneas) • Alteraciones de la coagulación
OSEAS	<ul style="list-style-type: none"> • Osteoporosis
DISTINTOS TIPOS DE CÁNCER	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de boca, laringe, esófago, estómago, colon y recto. • Cáncer de hígado • Cáncer de mama
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad, depresión y trastornos del sueño • Reducción del flujo sanguíneo cerebral • Lagunas mentales, que tiene que ver con la pérdida de la memoria inmediata y remota • Polineuropatía alcohólica (afectación de los nervios periféricos) • Deficiencia cognitiva y demencia • Esquizofrenia (enfermedad mental grave en la que el paciente pierde el contacto con la realidad)
ENFERMEDADES DEL SISTEMA REPRODUCTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la libido (deseo de placer sexual) • Disfunción sexual • Impotencia

Fuente: Elaborado según Parés A. et.al. 2002 p.155 – 171³², Estruch R. 2002 p. 59³³, OPS 2016¹¹, OMS 2009 p.4³⁴ y Anderson P., Gual A, Colon J. 2008 p, 23 y 24¹⁹. OPS 2019 (a), p. 3 – 8

2.5.3 EFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO

Si una mujer embarazada consume bebidas alcohólicas, los efectos se evidencian durante el embarazo y especialmente después del nacimiento.

- a) **Efectos durante el embarazo.** Abortos espontáneos.
- b) **Efectos al nacimiento.** Bajo peso al nacer, parto pretérmino (antes de tiempo) y el **síndrome alcohólico fetal** caracterizado por **trastornos mentales** (mala coordinación, mala memoria, conducta hiperactiva, dificultad para prestar atención, dificultades de aprendizaje, retrasos en el habla y en el lenguaje, discapacidad intelectual y capacidad de razonamiento y juicio deficiente) y **trastornos**

físicos (características faciales anormales, cabeza pequeña, problemas de audición y la vista, problemas del corazón, riñones y huesos)³¹. Si bien este cuadro se presenta en hijos de madres alcohólicas, existen evidencias suficientes de que consumos reducidos también pueden ser nocivos para el desarrollo del feto³⁵.

2.6 ALCOHOL Y COVID-19, MITOS Y SUS EFECTOS.

La pandemia de COVID-19 permitió vislumbrar varios mitos en torno al consumo del alcohol. La Tabla N°4 aclara los más difundidos. Al respecto, la OMS recomienda que los gobiernos aumenten las restricciones respecto a la venta y consumo de bebidas alcohólicas, con medidas costo-eficaces como las de la estrategia SAFER³⁷ que veremos más adelante.

Tabla N° 4. Mitos y verdades en relación al consumo de alcohol durante la pandemia de COVID-19

MITO	VERDAD
El consumo de alcohol protege y es una medida para prevenir la COVID-19.	<i>“El consumo de bebidas alcohólicas NO protege en absoluto frente a la COVID-19, ni evitará que usted contraiga el coronavirus”</i>
Si se toman bebidas alcohólicas de alta graduación, es posible matar al virus del aire inhalado.	<i>“Las bebidas alcohólicas NO matan al coronavirus del aire inhalado y tampoco desinfectan la boca o garganta”</i>
Las bebidas alcohólicas estimulan la inmunidad y la resistencia frente al coronavirus.	<i>“Las bebidas alcohólicas son nocivas para el sistema inmunitario”.</i> Por tanto, las múltiples enfermedades asociadas al consumo de alcohol, incluidos los trastornos de la salud mental, hacen que la persona tenga más probabilidades de contraer la infección por coronavirus, desarrollar la enfermedad de COVID-19 y sufrir un Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), que es una de las complicaciones más graves que pueden llevar a la muerte.

Fuente: Elaborado según OPS 2020. Hoja informativa: El alcohol y la COVID-19, lo que debe saber³⁶ y OPS 2021(e). Preguntas frecuentes acerca del alcohol y la COVID-19, p. 1, 2³⁷

2.7 EFECTOS DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo, como enfermedad, está relacionado con diversos efectos a nivel personal, familiar y social.

2.7.1 EFECTOS PERSONALES

Estos pueden ser **económicos**, por el gasto que implica la compra de bebidas alcohólicas, además, por los efectos **orgánicos** que pueden sumarse a otros gastos para la atención en servicios de salud.

Por otra parte, el alcoholismo se asocia a una serie de comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales sin protección o el uso de otras sustancias psicoactivas, con todas sus consecuencias.

A esto se suman los efectos de **laborales**, por absentismo o mal desempeño en sus funciones, causando despidos y mayor repercusión económica; que inducen, en muchos casos, a cometer delitos como robos o asesinatos, para conseguir dinero y acceder a más alcohol, entrando en un círculo vicioso de difícil salida.

2.7.2 EFECTOS FAMILIARES

El consumo de alcohol tiene efectos secundarios en la salud y bienestar de las personas que rodean al alcohólico. En otras palabras, el alcoholismo *“puede arruinar la vida del bebedor y devastar a su familia”*³⁴.

Esto debido a que *“...el alcoholismo de un miembro afecta a toda la familia y todos se enferman... porque el alcoholismo no sólo existe en el cuerpo del alcohólico, sino que también es una enfermedad de relación”*³⁸; que a partir de las *“psicosis sistematizadas que presenta el alcohólico, con temática de celos [y otros] acompañados de alteraciones de la conducta y comportamientos agresivos, a veces extraordinariamente intensos”*³⁸, se traducen en violencia intrafamiliar, que puede conllevar a la desintegración del núcleo familiar por abandono, separación, divorcio o incluso la muerte.

Lo más preocupante de esto es que los efectos familiares del alcoholismo, afectan al menos a tres generaciones²⁴, es decir, hijos, nietos y bisnietos; según algunos estudios realizados al respecto y los testimonios de los mismos familiares de alcohólicos.

2.7.3 EFECTOS SOCIALES

Los efectos sociales tienen que ver con los daños causados a terceras personas, que van desde molestias menores (como no dejar dormir por la noche por los escándalos que se protagoniza), a severas (cuando se produce una agresión sexual, homicidio o muerte de personas por conducir en estado de ebriedad)³⁹.

De esta manera, el alcohólico muchas veces tiene que responder ante la ley quedando aislado de su entorno social, o viviendo en la indigencia por el abandono de su familia.

2.8 PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo es un problema de salud pública, que sólo se puede prevenir si se implementan medidas integrales a nivel personal, familiar, comunitario y fundamentalmente político.

2.8.1 MEDIDAS PERSONALES

A nivel personal podemos empezar **informándonos sobre los efectos del consumo de alcohol** en

nuestro organismo y a partir de ello, **optar por una conducta abstemia**; apropiándonos de la idea de que es posible divertirse sin el consumo de bebidas alcohólicas de por medio.

Esto puede implicar modificar los propios estilos de vida no saludables, como el consumo de tabaco, que sabemos que está asociado al consumo de alcohol, evitando lo más posible exponerse a aquellos ambientes, situaciones o grupos sociales donde se promueve el consumo de estas sustancias adictivas. En contraposición realizar actividades saludables que nos mantengan ocupados y alejados de las adicciones, como el deporte o arte.

Por otra parte, si identificamos en nuestra vida “razones” que justifican el consumo de alcohol, podemos buscar el apoyo de amigos, familiares, o profesionales que nos ayuden a superar estas situaciones.

2.8.2 MEDIDAS FAMILIARES

La familia juega un rol importante en la prevención del alcoholismo, puesto que cuando existe un **ambiente saludable en la familia, libre de adicciones y violencia**, es menos probable que los hijos se vean motivados para iniciarse en el consumo de alcohol.

En ese sentido, el afecto de los padres y la **comunicación asertiva** ha demostrado ser un factor protector para las adicciones en adolescentes³, porque refuerza la autoestima de los hijos y los hace más aptos para superar situaciones sociales donde se ven presionados a reproducir conductas no saludables. Por otra parte, el **control que deben ejercer los padres** respecto a los amigos con los que se relacionan sus hijos, los lugares que frecuentan y las actividades que realizan; esto con el fin de detectar oportunamente si ya se han iniciado en el consumo de alcohol e incluso si su consumo es de riesgo.

En todo caso, si el problema del alcoholismo está presente en la familia, lo más importante para su control será el **reconocimiento de este problema y la búsqueda de ayuda** en consecuencia.

La familia puede buscar apoyo, en grupos de autoayuda como los de **AL-ANON**³⁸, para aprender a convivir con el alcohólico y saber cómo responder

a cada situación que se presente a causa de su enfermedad.

De parte del alcohólico, será él o ella quien tendrá que reconocer que tiene el problema, para buscar ayuda en consecuencia. Esto implica pasar de la etapa de negación, que generalmente es parte de todas las adicciones, al reconocimiento de su enfermedad; lo que lamentablemente muchas veces se logra sólo cuando se ha “tocado fondo” (es decir se ha quedado solo, ha sido despedido, alguien ha muerto por su causa, está preso por esta causa, se ve viviendo en la indigencia, etc.). En este caso, los grupos de autoayuda de **Alcohólicos Anónimos** (AA) les brindan la ayuda necesaria para mantenerse abstemios, basados en un programa de 12 pasos y la práctica del lema “*Sólo por hoy*”^{22,24}, es decir, “Sólo por hoy no voy a beber”, que día tras día se repiten y así logran mantenerse abstemios por años. Este tipo de apoyo se da en reuniones grupales semanales⁴⁰.

2.8.3 MEDIDAS COMUNITARIAS

Las medidas comunitarias, requieren la participación de la sociedad en su conjunto para:

Organizar e implementar procesos educativos en todos los ámbitos posibles; con el fin de dar a conocer la problemática del alcoholismo y dónde se puede buscar ayuda. Como estrategia, se puede aprovechar en difundir algunas películas que motivan a la reflexión en ésta temática.

Apoyar a organizaciones sin fines de lucro que brindan apoyo a los alcohólicos (AA), así como a sus familiares y amigos (AL-ANON), con el fin de encontrar solución a su problema común del alcoholismo familiar.

Organizar comités de vigilancia vecinal, que permitan coadyuvar en el control del cumplimiento de las medidas políticas.

Implementar líneas telefónicas de apoyo para personas que desean dejar de beber.

2.8.4 MEDIDAS POLÍTICAS

A pesar de las cifras alarmantes a nivel mundial, en relación al consumo y la dependencia al alcohol, ésta sigue siendo la única sustancia psicoactiva y generadora de dependencia, que no está siendo

controlada a nivel internacional por marcos normativos jurídicamente vinculantes como el CMCT²⁶. Es por ello que la “*Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol de la OMS*” sigue siendo el único documento de política internacional, que precisa medidas políticas efectivas para la prevención del alcoholismo⁴¹.

Sin embargo, para efectivizar su aplicación, el 2018 la OMS lanzó el paquete técnico **SAFER**, que establece **cinco intervenciones clave**, basadas en la evidencia acumulada de su impacto en la salud y su rentabilidad (intervenciones eficaces y mejores inversiones); con el objetivo claro de prevenir y reducir el uso nocivo de alcohol en todo el mundo⁴². Estas intervenciones son:

- **Strengthen: Fortalecer las restricciones respecto a la disponibilidad física de las bebidas alcohólicas (mejor inversión).** Esto significa monitorear la producción, la venta al por mayor y menor, regular el número, ubicación y horarios de atención de las tiendas minoristas de alcohol, establecer la edad mínima para la compra y consumo de alcohol y la prohibición del consumo de alcohol en lugares públicos⁴².
- **Advance: Avanzar en las restricciones para conducir bajo los efectos del alcohol (intervención eficaz).** Esto implica instalar puntos de control de sobriedad, suspender las licencias de conducir de los infractores, provisión de transporte alternativo, tratamiento para reincidentes y programas de educación masiva para conductores⁴².

Al respecto, la OPS y la Fundación Gonchi Rodríguez realizaron una investigación publicada el 2021, sobre el impacto del alcohol en la siniestralidad de Uruguay y se pudo determinar que “*varias de las habilidades para manejar se alteran con medidas (de alcohol en aire espirado) distintas de cero; que los conductores bajo efectos del alcohol son más compulsivos y arriesgados y, su capacidad de juicio, vigilancia, tiempo de reacción y control, disminuyen de forma acorde y que los Estados con normas más restrictivas sobre el consumo de alcohol presentan menores tasas de mortalidad*”⁴³ por esta causa. Lo que ratifica que esta es una intervención eficaz.

- **Facilitate: Facilitar la detección precoz del consumo de riesgo, perjudicial o dependencia al alcohol, con la aplicación del AUDIT en todos los niveles de atención (intervención eficaz).** Esto implica fortalecer los sistemas de salud y bienestar social, capacitando al personal para implementar la detección precoz y brindar apoyo y tratamiento no sólo a personas que tienen problemas con el alcohol, sino también a las familias afectadas; asegurando el acceso universal a la salud, especialmente para grupos de bajo nivel socioeconómico⁴². El AUDIT será descrito en el siguiente subtítulo.
- **Enforce: Aplicar restricciones absolutas a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas, así como el patrocinio de eventos que motivan al consumo de alcohol (mejor inversión).** Esto implica establecer un marco regulador con base legal, que establezca sistemas administrativos eficaces en caso de infracción⁴².
- **Raise: Aumentar los impuestos a las bebidas alcohólicas en relación directa a su potencial para causar daños (mejor inversión).** Esto implica establecer políticas de precios especiales para las bebidas alcohólicas, revisar periódicamente los precios de venta al por menor, controlando estrictamente las promociones orientadas a reducir los costos y proporcionando incentivos especiales para bebidas no alcohólicas⁴². *El aumento del precio de las bebidas alcohólicas es la mejor inversión para reducir el uso nocivo del alcohol*²⁶.

El *“Plan de acción 2022 – 2030, para la aplicación eficaz de la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol”*, ratifica las medidas sugeridas el paquete técnico SAFER; pero añade como un componente importante que, *“se debe prestar mayor atención y realizar mayor concientización sobre los daños y riesgos de la exposición prenatal al alcohol”*²¹.

2.9 AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)¹⁷

El AUDIT es un instrumento de fácil aplicación y de gran valor como medida de prevención. Se considera útil para prevención primaria, porque

permite la identificación del **consumo de riesgo**, con el fin de implementar las medidas de control necesarias.

Asimismo, permite la identificación de las personas que tienen un **consumo perjudicial** y las que desarrollaron la **dependencia al alcohol**, como medida de prevención secundaria; con el fin de implementar lo antes posible, medidas de intervención breve adecuadas a cada caso. Para dicho efecto, este instrumento puede ser aplicado con dos modalidades:

- Auto-pase o auto-administrado.** Consiste en entregar al paciente el test impreso, para que lo responda de manera autónoma. Esto se puede realizar en cualquier ámbito, pero su inconveniente es que no asegura un registro adecuado, porque cabe la posibilidad de que la persona no comprenda a cabalidad todas las preguntas.
- Entrevista.** Se lo administra verbalmente durante la consulta médica o una intervención preventiva, ante la respuesta afirmativa de consumo de alcohol, de parte del paciente. Se considera que ésta es la manera más efectiva de aplicar este test, porque su aplicación requiere de sólo 2 – 4 minutos y la puntuación e interpretación, menos de 1 minuto.

Esta versión incluye **10 preguntas** con las siguientes características¹⁷:

- Preguntas **1, 2 y 3** que sirven para evaluar el **consumo de riesgo**.
- Preguntas **4, 5 y 6** indicativas de **dependencia al alcohol**, cuando al menos una respuesta de las tres es “a diario”, “semanalmente” o “mensualmente”.
- Preguntas **7, 8, 9 y 10** relacionadas con el **consumo perjudicial**.

Cada una de las preguntas tiene una puntuación asignada para cada respuesta, por tanto, la puntuación final nos permite clasificar a las personas de la siguiente manera:

- 0 – 7 puntos: consumo de bajo riesgo
- 8 – 15 puntos: consumo de riesgo
- 16 – 19 puntos: consumo perjudicial
- 20 – 40 puntos: dependencia al alcohol

Las acciones que se sugiere realizar en cada caso son¹⁷:

- **Consumo de bajo riesgo:** Educación en los efectos del consumo de alcohol y beneficios de una conducta abstemia.
- **Consumo de riesgo:** Consejo simple para que reduzca su consumo de alcohol, partiendo de su grado de disposición para hacerlo.
- **Consumo perjudicial:** Intervención breve en un tiempo no mayor a 5 minutos, con el objetivo de motivar al individuo a que haga algo para modificar su patrón de consumo.
- **Dependencia al alcohol.** Derivación a un especialista y/o a un grupo de autoayuda (AA), para implementar un tratamiento o programa de ayuda específica para el caso.

La pandemia de COVID-19, tuvo como efecto positivo en este campo, la implementación de Programas de Telemedicina para la aplicación del AUDIT e intervención breve de problemas relacionados con el alcohol².

2.10 MEDIDAS PREVENTIVAS EN BOLIVIA

LEY N°259. LEY DE CONTROL AL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

En Bolivia la *Ley 259: “Ley de control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas”*, vigente desde el 11 de julio de 2012, trata de normar las medidas recomendadas por la OMS. Para ello, cuenta con 38 artículos distribuidos en siete capítulos que tienen por objeto “*regular el expendio y consumo de bebidas alcohólicas en todo el territorio nacional, prohibiendo la publicidad que incite el consumo de alcohol, sancionando la ebriedad en vía pública y obligando la rehabilitación por alcoholismo, entre otras medidas*”⁴⁴.

No obstante, su **Artículo 24 (Excepciones)**, que a la letra dice: “*Los Gobiernos Autónomos Municipales, en el marco de sus competencias, podrán otorgar excepcionalmente autorización especial y transitoria para el expendio y consumo de bebidas*

alcohólicas en fiestas populares y patronales previa valoración de su pertinencia, mediante norma Municipal expresa”⁴⁴...excluye todas las prohibiciones y sanciones fijadas cuando se trata de una fiesta popular y patronal, sabiendo que estos eventos son precisamente los que más promueven el consumo de alcohol, e incluso motivan a la población adolescente a iniciarse en éste consumo, porque escapan al control de las autoridades.

Esta es la razón por la que, hasta la fecha, la ley N° 259 no ha tenido resistencia por parte de los fabricantes, importadores, comerciantes, publicistas y medios de comunicación; ya que la excepción citada, no afecta a sus ganancias. Está por demás decir que esto también genera ingresos fiscales para el gobierno.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS (UMSA): RESOLUCIÓN HCU 008/07

El 24 de enero del 2007, el Honorable Consejo Universitario de la Universidad Mayor de San Andrés, emitió la Resolución N° 008/07 que en su artículo primero resuelve lo siguiente: “*Queda terminantemente prohibida la realización de fiestas, expendio y consumo de bebidas alcohólicas en todos los predios universitarios, principalmente le Monoblock Central de la UMSA*”⁴⁵.

FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA - UMSA: RESOLUCIÓN HONORABLE CONSEJO FACULTATIVO N° 1022/2013

El 1° de octubre del 2013, el Honorable Consejo Facultativo de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología médica, emitió la Resolución N° 1022/2013 que en su artículo único resuelve lo siguiente: “*Prohibir de manera determinante y sin excepciones, la realización de festejos y fiestas y todo tipo de actividades que contemplen el consumo de bebidas alcohólicas y/o consumo de estupefacientes dentro de los predios de la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología médica, en cumplimiento estricto a normas en vigencia*”⁴⁶.

Se deja a criterio personal, la evaluación del cumplimiento o no de éstas disposiciones.

² SCALA (Scale-up of Prevention and Management of Alcohol Use Disorders and Comorbid Depression in Latin America) es un proyecto H2020 de 4 años que evalúa la implementación ampliada de un paquete de intervención, a medida para la atención primaria de salud, para prevenir y controlar los problemas de alcohol y la depresión comórbida. Más información en: Home/scalaproject.eu

2.11 CONSUMO DE OTRAS DROGAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

Según la OPS, “*el alcohol a menudo se consume antes, junto con, o después de otras sustancias psicoactivas*”¹; con efectos subsecuentes sobre la salud, que además de la dependencia tienen que ver con la afectación a nivel personal, familiar, académico, laboral e incluso legal. Esto nos obliga a realizar una breve descripción del consumo de estas sustancias psicoactivas.

Las **sustancias psicoactivas o drogas** son “*compuestos naturales o sintéticos (administrados por cualquier vía), que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento*”⁴⁷; con alta probabilidad de generar dependencia física o psicológica, tolerancia y un síndrome de abstinencia al dejar de consumirlas⁴⁸.

La **drogadicción o drogodependencia** es un “*trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivo de una droga, pese a sus consecuencias negativas*”⁵⁰. Esta situación se constituye en una enfermedad compleja, en la que la persona va perdiendo progresivamente la capacidad de realizar sus actividades cotidianas, si carece de la droga.

2.11.1 CLASIFICACIÓN

Las drogas se pueden clasificar según origen, uso y efectos. Describiremos estas dos últimas clasificaciones por ser las más relevantes para los objetivos de esta revisión.

a) Según su uso⁴⁸:

- **Uso médico.** Para el tratamiento de algunos trastornos, especialmente neuropsiquiátricos, con el requisito previo de que existe una indicación médica, seguimiento de sus efectos y evaluación del momento en que deben ser suspendidas.
- **Uso legal.** Se da en el caso del alcohol y tabaco que pueden adquirirse “legalmente”, cuando se es mayor de 18 años. Sin embargo, en nuestro país y otros ésta normativa no se cumple.
- **Uso ilegal.** Se utilizan sin la prescripción médica y de manera indebida, es por ello que tienen alto potencial de causar daño a la persona que lo consume. En este grupo se encuentran la marihuana, cocaína, heroína, etc.

b) Según sus efectos⁴⁹:

- **Estimulantes.** Aceleran el funcionamiento del sistema nervioso central. Ej. Nicotina, cocaína, pasta base, clorhidrato, cafeína, anfetaminas y antidepresivos.
- **Depresoras.** Deprimen o desaceleran el funcionamiento del sistema nervioso. Ej. Alcohol, inhalables, tranquilizantes, hipnóticos y opiáceos (morfina, heroína, codeína, etc.)
- **Alucinógenas.** Alteran la percepción de la realidad. Ej. Marihuana, LSD (dietilamida de ácido lisérgico), éxtasis, psilosibina (hongos alucinógenos) y mezcalina (peyote).

2.11.2 FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS

Tabla N° 5. Factores de riesgo para el desarrollo de una adicción

PERSONALES	FAMILIARES
Aislamiento y actitud apática Confusión de valores Problemas de aprendizaje / Fracaso académico Baja resistencia a la frustración Baja autoestima e inseguridad/ Dependencia emocional Búsqueda de identidad mediante el grupo Amigos o compañeros que consumen drogas	Reconocimiento del fracaso familiar Relaciones tensas o violentas en el hogar Deseo de abandonar la casa familiar Disciplina autoritaria e inflexible Falta de comunicación con los padres Falta de control Ausencia de límites
SOCIALES	
Disponibilidad de drogas en la comunidad Falta de información sobre los efectos de las drogas Actitudes tolerantes hacia el consumo de drogas Publicidad de drogas legales Ausencia de compromiso en el ámbito educativo	

Fuente: UNAM 2020. Adicciones. p. 5 y 6

La Tabla N° 5 precisa los factores de riesgo para el consumo de drogas y posterior adicción, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Independientemente de estos factores de riesgo, está claro que la decisión de consumir drogas siempre es voluntaria; a pesar de la presión o la necesidad de ser aceptados por un grupo.

2.11.3 ETAPAS QUE SE ATRAVIESAN DESDE EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS A LA DEPENDENCIA

Hoy sabemos que todo inicia con la **experimentación** “*para sentirse bien y mejor*”, y como las drogas producen sensaciones intensas de placer, entre ellas: euforia, sensación de poder, autoconfianza y más energía⁵⁰, se sigue con el **uso**, que puede transformarse en **abuso** y finalmente se llega a la **adicción**⁴⁸, que hace que la persona se “enganche” y repita el consumo de la droga para volver a experimentar la sensación “placentera”. No obstante, esta práctica afecta posteriormente a la toma de decisiones, aprendizaje, memoria y control de los comportamientos.

Un consumo prolongado o a temprana edad, antes de los 25 años, acelera el desarrollo de la adicción, debido a que los efectos de la droga cada vez son menos efectivos, obligando a aumentar la dosis o frecuencia de su consumo (**tolerancia**). A esto se asocia un **síndrome de abstinencia**, cuyos signos y síntomas varían según el tipo de droga que se consume; entre ellos: taquicardia, sudoración, hiperventilación, dolor de cabeza, ansiedad, nerviosismo, etc.⁴⁸, cuando la persona intenta dejar de consumirla, o no puede acceder a ella; lo cual refleja la dependencia ya desarrollada.

2.11.4 DROGAS ILEGALES DE MAYOR CONSUMO

MARIHUANA⁴⁸

Es una planta que tiene entre sus componentes al THC (tetrahidrocannabinol) que es el responsable de los efectos sobre el sistema nervioso central, afectando las áreas que controlan el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la coordinación, el apetito, el dolor, la percepción sensorial y del tiempo.

Por todo ello, la persona que la consume puede sentir mucha euforia, que se expresa con la risa sin motivos y la pérdida del sentido del tiempo, con aumento de la percepción a los sonidos y colores.

Cuando el efecto pasa, se experimenta un estado depresivo con aumento del sueño.

LSD (dietilamida de ácido lisérgico)⁵¹

Se fabrica a partir del ácido lisérgico, que se encuentra en el cornezuelo, un hongo que crece en granos como el centeno. Se consume por vía oral y sus efectos alucinógenos varían según la persona y la cantidad de consumo.

Las experiencias de su uso son conocidas como “viajes” porque se caracterizan por tener una duración mayor a 12 horas, en las que se experimenta una distorsión profunda de la percepción de la realidad (ver imágenes y escuchar sonidos que parecen reales, pero no lo son). Asimismo, se observan más cambios drásticos en las sensaciones y sentimientos que en la parte física, que hace que los consumidores pasen rápidamente de una emoción a otra, con sentimientos de desesperación, miedo de perder el control y volverse locos.

Estos efectos pueden afectar significativamente el funcionamiento social o laboral, que en muchos casos suele ser el motivante para dejar su consumo, ya que más que adictiva se ha comprobado que desarrolla la tolerancia cruzada con otros alucinógenos.

COCAINA⁵²

Es una droga que se obtiene de las hojas de coca, con un efecto estimulante que afecta directamente al cerebro y por ello extremadamente adictiva.

Se comercializa como “polvo blanco” y otras denominaciones propias que cada región. Su uso suele ser por vía oral, nasal (esnifar), intravenosa y respiratoria, con el efecto posterior del aumento de los niveles de dopamina, generando su acumulación entre las neuronas y posteriormente los estados de euforia característicos de su consumo⁴⁸.

No obstante, su consumo repetido o compulsivo, característico de la adicción, tiene efecto a nivel del cerebro y corazón, causando convulsiones y el paro cardíaco como causa de la muerte.

2.11.5 MEDIDAS PREVENTIVAS

Como vimos, el inicio temprano del uso de sustancias psicoactivas se considera un factor de riesgo, por su alto potencial de causar intoxicaciones o sobredosis, dependencia, accidentes y muerte¹, y por tanto, también debe recibir atención prioritaria en los programas de prevención⁵³.

Para dicho efecto, la OPS y OMS han diseñado la *Guía de intervención mhGAP (mental health Gap Action Programme) para los trastornos mentales y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializado*⁵⁴, como un instrumento de apoyo específico para el personal de salud no especializado, pero que tiene interés en brindar una atención inicial de calidad a pacientes con consumo perjudicial o dependencia al alcohol, u otras drogas ilícitas, como la marihuana y cocaína.

Esta guía incluye varios flujogramas que explican de manera muy didáctica los procedimientos a seguir en estos casos; precisando con mucha claridad el momento oportuno para derivar al paciente a un especialista. Por tanto, se considera que este documento también debe ser conocido por los estudiantes de medicina, para su posterior aplicación en primer nivel de atención; lo cual se considera que reduciría en gran manera la carga que tienen las unidades de salud mental actualmente, porque sólo el 1% del personal de salud, a nivel mundial, presta atención especializada en salud mental⁵⁴.

En Bolivia, la **Ley N° 913 - Ley de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas**, establece en su Capítulo V, que el Ministerio de Salud tiene la tarea de coordinar la Red de prevención integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones⁵⁵.

Estas medidas, sumadas a las medidas comunitarias como la implementación de Unidades de apoyo multidisciplinario, para las personas que desarrollaron la adicción a alguna de las drogas citadas, o grupos de autoayuda como Narcóticos Anónimos⁵⁶.

Las medidas personales, consistentes en informarse lo suficiente para evitar el consumo de cualquier droga; también son medidas que en conjunto ayudarán a la reducción de la prevalencia de consumo de drogas ilícitas.

3. CONCLUSIONES

Para prevenir el alcoholismo en nuestro país, se necesita un fuerte liderazgo y compromiso político que implemente y ejecute **rigurosamente** las medidas consideradas en el paquete técnico SAFER de la OMS, porque han demostrado ser las “mejores inversiones e intervenciones más eficaces”⁴².

Paralelamente, se debe realizar el monitoreo permanente del consumo de otras drogas ilícitas; así como la implementación de medidas de detección precoz, apoyo y tratamiento a las personas y familias afectadas por estas adicciones. Esto porque una de las obligaciones prioritarias de nuestros gobernantes es cuidar y proteger la salud y bienestar de toda la población.

Finalmente, y no menos importante, está la decisión y acción individual, de optar por una conducta abstemia de cualquier sustancia psicoactiva y a partir de ello, promover con el ejemplo los ambientes familiares, laborales y recreativos libres del alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen [Internet]. Washington, DC: OPS; 2019 [citado 6 abr 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Organización Panamericana de la Salud. Nuevo estudio de la OPS/OMS indica que 85 mil personas al año en las Américas pierden la vida exclusivamente por consumo de alcohol. [Internet]. Washington, DC: OPS;

- 2021 [Publicado 12 abr 2021 / citado 19 may 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/12-4-2021-nuevo-estudio-opsoms-indica-que-85-mil-personas-al-ano-americas-pierden-vida#:~:text=Washington%2C%20D.C.%2C%2012%20de%20abril,publicado%20hoy%20en%20la%20revista>
3. Arce C.R., Álvarez A. A.. Consumo de alcohol, participación de los padres, y otros predictores de suicidio en la juventud boliviana. *Gac Med Bol.* 2017; 40(1): 29-34. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v40n1/v40n1a7.pdf>
 4. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19. El consumo de alcohol durante la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. [Internet]. Washington, DC: OPS; 2021 [Publicado 8 sept 2020 / citado 19 may 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53113/OPSNMHHMHCVID-19200042_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 5. Organización Panamericana de la Salud. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 10 abr 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
 6. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Bolivia, 2016 [Internet]. 2016 [citado 11 abr 2020]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/bolivia/III_Estudio_sobre_consumo_de_drogas_en_poblacion_universitaria_Bolivia_2016.pdf
 7. Ministerio de Gobierno de Bolivia/Consejo Nacional contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID). Tercer Estudio de Prevalencia de Consumo de Drogas en Población Escolar 2017 (Nueve ciudades capitales más la ciudad de El Alto). [Internet]. Diagnosis. 2017 [citado 12 abr 2020]. Disponible en: <http://observatorio.mingobierno.gob.bo/documentos/pdf/Informe%20prevalencia%20consumo%20escolares.pdf>
 8. Moya G.C, Sánchez M.A, Flores C.J, Bobes G.J, Magí F.D, Álvarez V.C, et al. Informe sobre alcohol. [Internet]. Madrid – España: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de publicaciones. 2007 [citado 18 ago 2012]. Disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf
 9. Téllez M., J. Cote M., M. Alcohol étílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Rev. Fac Med Univ Nac Colomb* [Internet]. 2006 [citado 4 jul 2018]. Vol. 54 N°1. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n1/v54n1a05.pdf>
 10. Instituto de Investigaciones Técnico Científicas de la Universidad Policial (IITCUP). Información de alcotest y alcoholemia. La Paz, Bolivia, 2011. (Cartilla de difusión)
 11. Organización Panamericana de la Salud. Reunión de la OPS sobre reglamentación de la comercialización del alcohol. Informe Final [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2016 [citado 1 ago 2016]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28423/PAHONMH16001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
 12. Macek M. Bebidas. La destilación. [Internet]. Fundación de investigaciones Sociales A.C. Argentina. [citado 11 abr 2020]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/articulo213_4.pdf
 13. Birrapedia.mkt. Cervezas de Bolivia. Disponible en: <https://birrapedia.com/cervezas/de-bolivia>
 14. BirraBox. El Inca Bi-Cervecina. Disponible en: <https://www.birrabox.com/cerveza/el-inca-bi-cervecina>
 15. Alimento. Por qué las cervezas sin alcohol, sí

- llevan alcohol. Disponible en: https://www.alimente.elconfidencial.com/consumo/2018-07-20/cervezas-sin-alcohol-fabricacion-salud_1594344/
16. OCU. Cervezas sin y 0,0% alcohol. Disponible en: <https://www.ocu.org/alimentacion/alimentos/noticias/cervezas-sin-y-00>
 17. Babor T., Higgins J., et.al. AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. [Internet]. Ginebra Suiza: OMS; 2001 [citado 25 jun 2017]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT_spa.pdf
 18. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol. [Internet]. Washington, DC: OPS; 2021 [citado 19 may 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>
 19. Anderson P., Gual A., Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, DC.: OPS; 2008.
 20. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2007 [citado 7 ago 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Multicentrico_Espanol.pdf
 21. Organización Panamericana de la Salud. Elaboración del plan de acción (2022 – 2030) para la aplicación eficaz de la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. [Internet]. Washington, DC: OPS; 2021 [Publicado 16,17 mar 2021 / citado 19 may 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53742/OPSNMHH210005_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 22. Alcohólicos anónimos. Más acerca del alcoholismo. 3° Ed. Chile: Editorial Latinoamericana; 2016
 23. Departamento Facultativo de Salud Pública / Facultad de Medicina UMSA. Programa Promoción de la Salud y Prevención de las ENT's. "Lucha contra el alcoholismo" (Tríptico de difusión). La Paz Bolivia, 2008.
 24. Pérez L. H. Alcoholismo, drogadicción y otras adicciones. Diagnóstico, tratamiento y recuperación. 2ª ed., La Paz Bolivia, 2005.
 25. Consejo Nacional contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID). II Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos de nueve Ciudades Capitales de Departamento, más la ciudad de El Alto 2014: PROINSA SRL. Bolivia, 2014. Disponible en: <https://es.slideshare.net/geojesus/ii-estudio-nacional-de-prevalencia-y-consumo-de-drogas-en-bolivia>
 26. Organización Panamericana de la Salud. Sinopsis de política. Políticas tributarias y de precios del alcohol en la Región de las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [citado 6 abr 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51529/opsnmh19020_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
 27. Universidad Nacional Autónoma de México. Guía para el maestro. Ciencia para chavos. 4. Alcohol [Internet]. México; 2020 [citado 20 may 2021]. Disponible en: <http://ciencia.unam.mx/assets/ciencia-para-chavos/04-ciencia-para-chavos-alcohol-guia.pdf>
 28. Arias-Urión AM, Ordóñez JC. Factores de precariedad laboral y su relación con la salud de trabajadores asalariados y con contrato en Bolivia. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:e98. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49167/v42e982018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 29. Gutiérrez F, Ballesteros R. Alcoholismo y problemas relacionados con el alcohol. En: Rodes T, Guardia M, editores. Medicina Interna. Barcelona - España: MASSON. 2007

30. Pérez-Rial S., Ortiz S., Manzanares J. Neurobiología de la dependencia alcohólica. Trastornos adictivos Elsevier [Internet]. 2003 [citado 12 abr 2020]; 5(1): 4 – 12. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13045021>
31. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Impacto del consumo de alcohol en la salud de las mujeres. [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2016 [citado 11 abr 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=infografias-7758&alias=35123-impacto-consumo-alcohol-salud-mujeres-123&Itemid=270&lang=es
32. Parés A, Caballería J. Patología orgánica. En: Pascual F, Torres M, Calafat A, editores. Monografía alcohol adicciones. Valencia – España: Gual; 2002
33. Estruch, R (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. En: Pascual F, Torres M, Calafat A, editores. Monografía alcohol adicciones. Valencia – España; 2002
34. Organización Mundial de la Salud. Documento de trabajo para la elaboración de un proyecto de estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2009 [citado 1 ago 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbwdsp.pdf?ua=1
35. Montoya S., Kattia. Síndrome alcohólico fetal. Med. leg. Costa Rica [revista en Internet]. 2011 [citado 27 ago 2013]; 28(2): 51-55. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152011000200006&lng=es.
36. Organización Panamericana de la salud. Hoja informativa: El alcohol y COVID-19, lo que debe saber [Internet]. Washington D.C.:OPS; 2020 [Publicado 14 abr 2020 / citado 19 may 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/hoja-informativa-alcohol-covid-19-lo-que-debe-saber>
37. Organización Panamericana de la Salud. Preguntas frecuentes acerca del alcohol y la COVID-19. [Internet]. Washington, DC: OPS; 2021 [Publicado 13 jul 2020 / citado 19 may 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52476/OPSWNMHCOVID-19200028_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Grupos de familia AL-ANON. Senderos de Recuperación: los pasos, las tradiciones y los conceptos de Al-Anon. Buenos Aires, Argentina; 1997.
39. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de la evidencia a la acción política. [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2014 [citado 1 ago 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/alcohol-prevencion-traumatismos-americas-2014.pdf>
40. Alcohólicos Anónimos (AA). Página oficial. Direcciones de grupos y horarios de reuniones. Disponible en: <https://www.alcoholicosanonimosbolivia.org/la-paz/>
41. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. [Internet]. Ginebra Suiza. OMS; 2010 [citado 2 ago 2016]. Disponible en: www.who.int/substance_abuse/activities/msb_alcstrategies.pdf
42. Organización Mundial de la Salud. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 12 abr 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330053/9789241516419-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Organización Panamericana de la Salud y Fundación Gonzalo Rodríguez. Cero alcohol en tránsito, menos riesgos. [Internet].

- Washington D.C.:OPS; 2021 [Publicado 2 marz 2021 / citado 19 may 2021].
 Disponible en:
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Alcohol%20Cero%20Caso%20Uruguay%20FGR%20PS-OMS.pdf>
44. Ministerio de Gobierno de Bolivia. Gaceta Oficial: Ley N° 259. Ley de control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas. [Internet]. La Paz – Bolivia: 11 de julio de 2012. [citado 12 abr 2020]. Disponible en: <http://www.mingobierno.gob.bo/documentos/pdf/leyalcohol259.pdf>.
45. Universidad Mayor de San Andrés. Honorable Consejo Universitario. Resolución N° 008/07. La Paz Bolivia, 2007
46. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología y médica. Honorable Consejo Facultativo. Resolución N° 1022/2013. 1° de octubre de 2013. La Paz Bolivia, 2013.
47. Organización Panamericana de la Salud. Abuso de sustancias [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 12 abr 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
48. Universidad Nacional Autónoma de México. Guía para el maestro. Ciencia para chavos. 8. Adicciones [Internet]. México; 2020 [citado 20 may 2021]. Disponible en: <http://ciencia.unam.mx/assets/ciencia-para-chavos/08-ciencia-para-chavos-adicciones-guia.pdf>
49. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). Problemática de las drogas. Orientaciones generales. Prevención del uso indebido de drogas. Bolivia, 2015 [Internet]. 2015 [citado 21 may 2021]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf
50. Instituto Nacional sobre el abuso de drogas (NIDA). Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción. [Internet]. Junio 2020 [citado 18 may 2021]. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf
51. Instituto Nacional sobre el abuso de drogas (NIDA). Los alucinógenos: LSD, peyote, psilocibina y PCP. [Internet]. Enero 2010 [citado 21 may 2021]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/lsd-sp10.pdf>
52. Instituto Nacional sobre el abuso de drogas (NIDA). Cocaína: Abuso y adicción – Reporte de investigación. [Internet]. Mayo 2010 [citado 21 may 2021]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/download/1141/cocaina-abuso-y-adiccion-reporte-de-investigacion.pdf?v=3f3fb3f0903dfa8879388c2a5d086cb9>
53. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)/Organización de Estados Americanos (OEA). Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas, Washington, D.C., 2019. Disponible en: <http://cicad.oas.org/Main/ssMain/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/files/downloads/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>
54. Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención mhGAP (mental health Gap Action Programme) para los trastornos mentales y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2016 [citado 12 abr 2020]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001231cnt-2018 OPS-OMS-guia-intervencion-mhGAP.pdf>
55. Estado Plurinacional de Bolivia. Cámara de Diputados. Ley N° 913. Ley de Lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas. La Paz Bolivia. 16 de marzo de 2017. [citado 12 abr 2020]. Disponible en: <http://www.diputados.bo/leyes/leyn%C2-913>
56. Narcóticos Anónimos (NA) Bolivia. Página oficial: <https://www.narcoticosanonimosbolivia.org/reuniones-y-contactos>