

KENA MORENO
Coordinadora
de la obra



Centros de
Integración
Juvenil, A.C.

JOSÉ LUIS CUEVAS
Ilustrador

Los jóvenes y el alcohol en México

**Un problema
emergente en
las mujeres**



ACTUALIZADO
3ª edición

DIRECTORIO

DR. ROBERTO TAPIA CONYER
Presidente del Patronato Nacional

SRA. KENA MORENO
Fundadora de CIJ y
Vicepresidenta Vitalicia del Patronato Nacional

DRA. CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES
Directora General

MTRO. BRUNO DIAZ NEGRETE
Director Normativo

DR. ÁNGEL PRADO GARCÍA
Director Operativo y de Patronatos

LIC. IVÁN RUBÉN RÉTIZ MÁRQUEZ
Director Administrativo

COMPILACIÓN Y COORDINACIÓN TÉCNICA
Dra. Carmen Fernández Cáceres

COORDINACIÓN EDITORIAL
Mtro. Alejandro Sánchez Guerrero

CUIDADO DE LA EDICIÓN
Elena Cuevas Blancas
I. Andrea Pérez Orozco

ACTUALIZACIÓN
Dr. Alberto Javier Córdova Alcraz
Mtra. Maribel Méndez Llamas
Lic. Vianney Rivera Montealegre

CORRECCIÓN
Lic. Jeanette Muñoz López

DISEÑO EDITORIAL
Lic. Víctor Gerardo Gutiérrez Campos
Lic. Gerardo Narváez Rivas

CÓMO CITAR ESTA OBRA
Centros de Integración Juvenil, A. C. (2013).
Los jóvenes y el alcohol en México.
Un problema emergente en las mujeres (3.ª ed.). CIJ.





Centros de Integración Juvenil, A.C.

Los jóvenes y el alcohol en México

**Un problema
emergente en
las mujeres**



Inevas

D.R. © 2010 Centros de Integración Juvenil, A.C.

ISBN 978-607-7917-05-2

Tlaxcala 208, Col. Hipódromo Condesa

06100, México, D.F.

www.cij.gob.mx

El consumo de alcohol ha acompañado la historia de las civilizaciones y ha formado parte de su cultura; sin embargo, problemas paralelos de la sociedad actual, como los altos índices de estrés, violencia e inseguridad pública, así como la creación y la demanda de falsas necesidades –influidas en gran parte por los medios masivos de comunicación–, potencializan los efectos y las repercusiones físicas y mentales del abuso de esta sustancia.

El inicio de la ingesta de alcohol durante la adolescencia, junto con rasgos de personalidad compulsivos, problemas de conducta, alcoholismo parental y condiciones familiares adversas son importantes factores de riesgo para un posterior abuso o adicción, a tal grado que se duplica la probabilidad de recibir un diagnóstico por dependencia de alcohol en la juventud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó durante 2004 la existencia de alrededor de dos billones de personas en todo el mundo que consumían bebidas alcohólicas y de 76.3 millones que sufrían trastornos por esta causa. Cada año, el uso nocivo de esta sustancia causa 2.5 millones de decesos, incluidos 320 mil jóvenes de 15 a 29 años, por lo que esta práctica ocupa uno de los primeros lugares entre los principales factores de riesgo de muerte a nivel mundial. Se estima que en 2004 ocasionó casi cuatro por ciento de las defunciones en todo el mundo. Por ello, esta organización internacional ha recomendado incluir en las políticas públicas de todos los países, asuntos relacionados con la respuesta de los servicios de salud, la acción comunitaria, las políticas de fijación de precios y la reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el de producción informal.

De acuerdo con las Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2010, los adultos consumen al año un promedio de 4.4 litros de alcohol puro procedente de la cerveza, el vino y los licores. Europa posee el consumo medio más elevado (9.5), seguida por América (6.7), Asia Sudoriental (4.7) y África (4.3). La misma OMS ha manifestado que el desarrollo económico es un importante factor que puede ayudar a explicar el aumento del consumo per cápita de un país o región. Este organismo también estimó que los costos sociales y económicos por la ingesta de alcohol es del cinco al seis por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) en países desarrollados, cifra en la que se incluyen los casos fatales en accidentes de tránsito.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) reafirmó que el patrón de ingesta de bebidas alcohólicas predominante en México es alto (en los últimos 12 meses, se reportó un consumo de cinco copas o más en una sola ocasión, para los hombres, y cuatro copas o más en una sola ocasión, para las mujeres);

32.8 por ciento de la población total de 12 a 65 años refirió beber en una misma oportunidad más de lo que puede considerarse un consumo moderado. Asimismo, 6.2 por ciento de la población total presenta posible abuso o dependencia de la sustancia. Con estos datos se confirma una tendencia creciente de consumo en adolescentes, quienes están copiando los patrones de ingesta de la población adulta. Según esta encuesta, 11.7 por ciento de las mujeres de entre 12 y 17 años de edad muestra patrones de consumo alto y 2 por ciento sufre una posible dependencia al alcohol; mientras que en hombres de ese mismo rango de edad, la prevalencia es de 17.3 por ciento y 6.2 por ciento, respectivamente.

Por otro lado, se ha encontrado que 14.6 por ciento de los lesionados en accidentes automovilísticos había consumido alcohol en el lapso de las seis horas previas, por lo que el uso de esta sustancia puede ser considerado como el más importante factor asociado a accidentes de tráfico. De la misma manera, se ha observado que 25 por ciento de los hombres y seis por ciento de las mujeres involucrados en accidentes no fatales bebieron en las seis horas previas al ingreso en servicio de urgencias. Además, pese a que la probabilidad de sufrir un accidente se incrementa 3.97 veces si se consume alcohol, el riesgo es mayor en las dos horas siguientes al consumo y aumenta de acuerdo con el número de copas ingeridas.

Estas son algunas de las razones por las cuales es importante centrar la atención en tres serias amenazas a la salud poblacional estrechamente vinculadas con el uso de alcohol, a saber, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, los accidentes de tránsito y la violencia, fenómenos que implican elevadas tasas de mortalidad y una alta pérdida de años de vida saludable. El abuso y la dependencia de alcohol es un problema que contribuye de manera significativa a deteriorar la salud de las personas, devasta los lazos familiares y desgarrar las estructuras de las comunidades que nos dan soporte económico y afectivo.

Por ello, a nivel mundial se ha suscitado un gran interés por atender los problemas derivados del consumo de alcohol, particularmente entre los más jóvenes. Actuar de manera temprana sobre los principales factores de riesgo que los afectan será la forma más efectiva de disminuir los problemas de salud pública de nuestra sociedad. Este libro es una magnífica herramienta para todas aquellas personas interesadas en ampliar su información sobre los factores y las situaciones relacionadas con el consumo de alcohol, así como para conocer algunas de las diferentes vías de intervención preventiva y de tratamiento para reducir su demanda.

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1	
Panorama epidemiológico del consumo de alcohol	5
Panorama epidemiológico del consumo de alcohol	7
Capítulo 2	
El consumo de alcohol y sus consecuencias	15
Conceptos básicos: alcohol y alcoholismo	17
Daños a la salud física y mental	28
Consecuencias sociales	46
Capítulo 3	
Mujeres y consumo de alcohol	63
Consecuencias en la salud de las mujeres por consumo y abuso de alcohol	65
Implicaciones psicosociales del consumo y abuso de alcohol en las mujeres y violencia familiar	81
Formas de representación del consumo de alcohol en mujeres jóvenes	109
Factores psicosociales asociados al abuso y dependencia de alcohol en mujeres estudiantes adolescentes	128
Capítulo 4	
Servicios de atención, respuesta institucional	143
Prevención del consumo de alcohol	145
Tratamientos exitosos para el abuso y dependencia del alcohol	183
Capítulo 5	
Retos y compromisos	219
Uso nocivo del alcohol. Política pública	221
Retos y compromisos	226

Una propuesta efectiva que aborde el impacto del abuso de alcohol en los jóvenes exige la integración de una visión panorámica que ayude a bosquejar los rasgos esenciales y principales factores de este fenómeno. La intención de este libro es informar sobre gran parte de los diferentes ángulos de análisis usados para discutir lo relacionado con el consumo de alcohol en las sociedades del siglo XXI.

Entender la relación entre las motivaciones humanas y la ingesta regular o esporádica de una sustancia como el alcohol, con la finalidad de alterar la conciencia, requiere de la resolución de una ecuación que implica identificar, conocer y jerarquizar una serie de incógnitas interdisciplinarias: histórico-antropológicas, biomédicas, psicosociales y macroeconómicas, entre otras. Por otra parte, es innegable la carga simbólica que tiene esta sustancia en la esfera de la interacción social, en donde culturalmente se mantiene y resignifica junto a una serie de normas, valores, conocimientos y creencias que definen su uso.

El desarrollo de determinadas habilidades de interacción es lo que posibilita a las personas una participación equilibrada en la sociedad y les brinda los recursos necesarios para adaptarse a las exigencias de comportamiento y a las necesidades socialmente creadas; estas habilidades pueden ser consideradas como micropartes de ese mundo incorporado y son aprendidas en la dinámica de interacción de los diferentes contextos en los que se transita. El alcohol, en la mayoría de las sociedades, suele formar parte de esas micropartes internalizadas.

Es posible identificar y apreciar múltiples adversidades en las actividades que se desarrollan en la reducción de la demanda, entre ellas la redefinición de nuevas pautas de alto riesgo de consumo de alcohol, particularmente entre el sector de los y las jóvenes; el nivel de toxicidad y capacidad adictiva de la sustancia etílica, que ahora se conoce con mayor precisión, gracias a los avances de la biotecnología; la correlación que existe, según diversas investigaciones científicas, entre el abuso de alcohol y los crecientes índices de violencia e inseguridad pública; así como los altos costos, en términos de vidas humanas y pérdida de años de vida saludable, provocados por los accidentes, principalmente en automotores, bajo los efectos de la ingesta de alcohol.

La comprensión de los problemas generados por el abuso de alcohol en la sociedad actual requiere, como un primer paso, conocer la dimensión que tiene desde la perspectiva de la salud pública y el impacto que provoca en diversas áreas de la vida de las personas y de la sociedad. Por ello la importancia de establecer políticas públicas enfocadas a disminuir el consumo *per cápita* y los conflictos relacionados con el abuso de alcohol. Podríamos decir que la incógnita por identificar –con fines de encontrar el punto de equilibrio– está determinada por el consumo global de la población y las adversidades asociadas al mismo.

Este problema de salud implica una multiplicidad de factores que se organizan e interaccionan de formas no del todo predecibles, pero sobre los cuales es imprescindible incidir para modificar su intensidad e influencia en la vida cotidiana de las personas. Esto responde cabalmente a una lógica preventiva: anticiparse y actuar sobre determinado hecho que pudiera alterar la forma en la que se presenta otra situación de manera posterior.

Una de las preocupaciones centrales en este asunto es lo que ocurre con las nuevas generaciones. Hacer referencia a los jóvenes como colectivo uniforme es equiparable a definir un ángulo de observación en las convergencias que lo unifican; sin embargo, es importante el reconocimiento de la construcción de procesos identitarios que se agrupan en fragmentos más cercanos por sus características y necesidades concretas. Frente al consumo de alcohol, los jóvenes perciben, razonan y actúan de distinta manera, por lo que habrá quienes asuman posturas de mayor riesgo que otros; es por esto que en el desarrollo de programas de atención se deben incorporar dispositivos metodológicos que permitan detectar e intervenir de forma temprana en casos que puedan avanzar a consumos más problemáticos.

Otro matiz que está en juego es el que corresponde a una perspectiva de género, particularmente cuando se observa el tipo de consumo actual que mantienen las mujeres jóvenes. Los problemas relacionados al abuso de alcohol afectan tanto a mujeres como a hombres, pero estos efectos distan mucho de ser iguales, existe entre ellos una notable diferencia respecto al impacto que se genera a nivel biológico, subjetivo y social. Sin embargo, estas distinciones parecen borrarse en los espacios de interacción juvenil, donde la bebida es un medio más de convivencia.

Lo que empieza como una recreación puede derivar en un patrón explosivo de consumo de alcohol caracterizado por elevadas cantidades en momentos esporádicos (generalmente en fines de semana). De manera reciente, la Secretaría de Salud ha señalado que consumir alcohol antes de los 15 años aumenta el riesgo de dependencia cuatro veces. Por cada año que se retrase

el inicio del consumo, disminuye 14 por ciento el riesgo de presentar dependencia durante la vida adulta.

El distanciamiento respecto al rol tradicional de la mujer, su inserción en nuevos campos económicos, así como su paulatina incorporación al ámbito público y a esferas más amplias de interacción social pueden complementar un cuadro explicativo que ayude a entender en parte sus patrones actuales de consumo. Las atribuciones y referencias que se hacen de las mujeres frente a este comportamiento están vinculadas y adjudicadas a determinadas valoraciones culturales que moldean la representación social del ser mujer; ontológicamente esta disputa se ha librado a lo largo de la historia sobre su cuerpo moral: el alcohol ha sido, entre otras muchas, una herramienta para el sometimiento público de su imagen a la esfera de lo privado. Estos procesos de construcción social pueden contribuir a potenciar, acelerar, minimizar, optimizar u obstruir procesos de cura hacia los embates del propio alcohol y de otros problemas de salud. El tema central de este libro es dilucidar y proponer alternativas de intervención temprana que coadyuven a revirar las tendencias de este fenómeno entre la población joven en nuestro país, particularmente entre las mujeres.

Junto al fenómeno juvenil y de género que se construye en torno al consumo de alcohol, emerge otro hecho sumamente arraigado a las formas culturales de vida: la violencia. Las prácticas de agresión, como se describe en este libro, se dan en relaciones desiguales de poder, donde una de las partes se concibe como inferior o más débil respecto a la otra. La vinculación entre alcohol y violencia crea un efecto en espiral, en cuya fuerza de movimiento se atrapan actos repetitivos que alteran la percepción sobre los derechos humanos y la propia existencia de las personas, haciéndolas más vulnerables.

Cuando la vulnerabilidad a la que puede estar expuesta una persona por sus condiciones de vida o por determinadas características psicológicas, etarias, étnicas, laborales, económicas, etcétera, interaccionan con el abuso de alcohol, las capacidades y las competencias de esta persona para anticipar, controlar, resistir o recuperarse ante situaciones problemáticas normalmente se ven mermadas. Bajo escenarios como estos, las consecuencias provocadas por el alcohol suelen ser aún más graves que en condiciones de mayor seguridad.

Uno de los sectores más vulnerados son los jóvenes, de acuerdo con datos del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2008), en el país 14.9 millones de hombres y mujeres jóvenes (entre los 12 y los 29 años de edad) se encuentran en pobreza, 3.3 millones en pobreza extrema y 12.1 millones en indefensión por carencias sociales, según destacó este organismo en el marco del Día Internacional de la Juventud.

Las características del medio pueden ser un factor que proteja o acentúe estas condiciones que exponen a las personas. El contexto está definido por un conjunto de circunstancias que rodean o condicionan un hecho en un entorno o escenario definido, en donde incluso el significado de algunos conceptos, por ejemplo el consumo de drogas, puede adquirir connotaciones o generar representaciones distintas, influyendo en la percepción del riesgo. El entorno implica generalmente una serie de políticas y normativas que regulan los comportamientos en su interior, aunque también tienen una repercusión, algunas veces importante, hacia el exterior. Por ello en el libro se notará un particular interés por abordar algunos de los contextos –como el laboral, en el cual el abuso de alcohol tiene un impacto importante– que constituyen medios propicios para desarrollar programas de atención basados en la evidencia científica.

Por otra parte, el tema de la reducción de la demanda de alcohol implica necesariamente entrar en la complejidad de su mercado, cuyo objetivo está fundamentalmente fincado en la promoción y el incremento de las ventas del producto. Las estrategias publicitarias para lograrlo están basadas, en gran parte, en crear imaginarios de estilos de vida, que no necesariamente corresponden con la realidad de los públicos, y en los cuales se borran las fronteras entre las necesidades y los deseos. Esto es un importante factor que ha facilitado la incorporación del consumo de alcohol entre la población de jóvenes, como parte de sus rasgos de identidad.

El uso de la sustancia está ligado a las expectativas de adhesión a determinados estilos de vida, asunto en el que la publicidad ha jugado un papel central. Varios estudios a nivel mundial¹ han dejado en claro que el tiempo de exposición a anuncios de bebidas alcohólicas incrementa la probabilidad de la ingesta a edades tempranas y a establecer patrones de consumo explosivos (binge drinking); incluso algunos de ellos han indicado que el aumento del gasto en publicidad está asociado a un incremento de los daños provocados por el alcohol. Estos aspectos se discuten en el penúltimo capítulo de esta obra.



¹ ELSA Project Report on the Evidence to Strengthen Regulation to Protect Young People (2007). *The impact of alcohol advertising Utrecht. National Foundation For Alcohol Prevention*. Pág. 81 (citado en CDD (2008). Boletín documental sobre drogas y drogodependencias. Núm. 148. 2008. Pág. 6)



CAPÍTULO

1

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO
DEL CONSUMO DE ALCOHOL

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

David Bruno Diaz Negrete
Alma Delia Gutiérrez López

CONTEXTO INTERNACIONAL

El consumo de alcohol es el problema de uso de sustancias más extendido en México y el mundo. En la población mundial de más de 15 años, la ingesta *per cápita* alcanzó un promedio de 6.13 litros de alcohol puro, de los cuales cerca de 1.8 litros (28.6%) correspondían a alcohol de producción doméstica o ilegal (OMS, 2011). El mayor consumo *per cápita* (12.2 litros) se reporta en Europa, seguida por América (8.7 litros), la región del Pacífico Oriental (lejano Oriente y Oceanía) y África, ambos con cerca de 6.2 litros. Datos similares pueden apreciarse en la prevalencia del uso de alcohol en los últimos 12 meses, que en el mundo alcanza 41.8 por ciento (51.3% de los hombres y 32.5% de las mujeres):

Prevalencia del uso de alcohol en los últimos 12 meses,
según regiones establecidas por la Organización Mundial de la Salud

	Hombres	Mujeres	Total
África	36.9	21.9	29.2
América	67.0	50.2	58.3
Medio Oriente	5.3	1.8	3.5
Europa	76.5	61.9	68.8
Asia Sudoriental	18.1	2.9	10.7
Pacífico occidental (Asia central y Oceanía)	71.8	40.5	56.3

OMS, *Global Status Report on Alcohol and Health 2011*.

En lo que se refiere a episodios semanales de consumo excesivo, la prevalencia en los últimos 12 meses en el continente americano (12.0%: 17.9% en hombres y 4.5% en mujeres) es similar a la registrada en el mundo (11.5%: 16.1% en hombres y 4.2% en mujeres), aunque en México se reporta un alto nivel de consumo riesgoso.

Los países americanos que se ubican por arriba del consumo promedio de la región (8.7 litros *per cápita*) son Argentina, Canadá, Guyana, Ecuador,

Estados Unidos y Brasil, con tasas de prevalencia de consumo en los últimos 12 meses que oscilan entre 31 y 83 por ciento (OMS, 2011):

Uso de alcohol en países americanos seleccionados

	Consumo <i>per cápita</i> en litros de alcohol puro (promedio 2003-2005)			Uso de alcohol en el último año (%)		
	Controlado	No controlado	Total	Hombres	Mujeres	Total
Argentina**	8.0	2.0	10.0	93.7	72.3	82.5
Brasil**	6.2	3.0	9.2	58.2	41.3	49.5
Canadá***	7.8	2.0	9.8	81.2	74.2	77.6
Ecuador**	4.0	5.4	9.4	43.6	19.4	31.4
EUA*	8.4	1.0	9.4	71.7	59.5	65.4
Guyana**	7.5	2.0	9.5	ND	ND	ND

* 2002, ** 2003, *** 2004.
 ND: no disponible.
 OMS, *Global Status Report on Alcohol and Health 2011*.

CONTEXTO NACIONAL

En el continente americano y El Caribe, México ocupa el lugar número 12 en cuanto a nivel de ingesta de alcohol (8.4 litros *per cápita*, de los cuales 3.4 corresponden a alcohol no controlado). Asimismo, para 2003, la OMS estimó una prevalencia anual de consumo de 31.0 por ciento en población de 15 años y más (45.1% de los hombres y 17.8% de las mujeres; OMS, 2011).

La Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica de 2002 indica que el consumo perjudicial de alcohol alguna vez en la vida afecta a 2.4% de la población mayor de 18 años: 4.9% de los hombres y 0.3% de las mujeres; en tanto que la dependencia asciende a 5.9%: 11.5% de los hombres y 1% de las mujeres (Medina-Mora, *et al.*, 2003).

Se estima que en la Ciudad de México 2.7 millones de personas (56.0% de la población entre 12 y 45 años) bebieron alcohol en el último año (67.5% de los hombres y 47.1% de las mujeres); en el caso de los jóvenes de entre 12 y 17 años, el consumo se situó en 37.3% (cerca de 371 mil personas), con proporciones prácticamente iguales entre hombres y mujeres. La dependencia afectaba a 8.6% de la población (cerca de 418 mil personas), 14.6% de los hombres y 3.1% de las mujeres; mientras que entre la población adolescente, la dependencia de alcohol ascendió a 2.2%, con proporciones similares en ambos sexos (SDS, IASIS, INP, 2007).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 reportó que el uso de alcohol en el último año afectó a 51.4% de la población mexicana entre 12 y 65 años, lo cual equivale a 51.8 millones de bebedores. En el caso de población urbana mayor de 18 años, la ingesta de la sustancia ascendió a 69.3% de los hombres y a 43.2% de las mujeres (SSA, CONADIC, INP, DGE, INEGI, 2003; INPRF, INSP y SS, 2012). LA ENA también mostró que el consumo consuetudinario (más de cinco copas en una ocasión, al menos una vez a la semana) se presentó en 6.3% de la población mayor de edad: 11.3% de los hombres y 1.6% de las mujeres. Además, 36.5% de la población registró consumo problemático sin dependencia, mientras que 6.6% de los encuestados (11.8% de los hombres y 1.6% de las mujeres) reveló el padecimiento de una adicción. (Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones*, 2012).

La ENA 2011 (INPRF, INSP y SS, 2012) señaló que el patrón de consumo de bebidas alcohólicas predominante en México es esporádico, pero con la ingesta de grandes cantidades. Así, 32.8% de la población de 12 a 65 años de edad refirió beber en una misma ocasión más de lo que puede considerarse un consumo moderado (hasta cuatro copas en el caso de los hombres y tres en el de las mujeres).

Del mismo modo, entre la población de 12 a 65 de edad, 1.4% de los hombres y 0.2% de las mujeres informaron consumir alcohol diariamente. El uso cotidiano de la sustancia aumenta con la edad, por lo que es mayor la ingesta diaria entre la población adulta que entre la adolescente: 0.9% y 0.2%, respectivamente. De la misma manera, 6.3% de la población total se clasifica como usuaria consuetudinaria (personas que beben grandes cantidades de alcohol al menos una vez a la semana), patrón de consumo que es más alto entre los hombres (9.6%), que en las mujeres (1.4%); sin embargo, esta manera de beber está aumentando entre la población femenina, en particular entre las adolescentes, como puede inferirse si se considera que en las menores de 18 años la prevalencia es de 1.4%, contra 3% de los hombres, mientras que en las adultas se sitúa en 1.6%, contra 11.3%. Por último, 6.2% de los mexicanos presenta posible dependencia de alcohol, 10.8% de la población masculina y 1.8% de la femenina.

La encuesta mostró un incremento significativo en cada uno de los ámbitos estudiados de 2002 a 2011. En población total de 12 a 65 años de edad, la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3%; la correspondiente al último año de 46.3% a 51.4%; por último, la de mayor crecimiento se observa en el último mes, de 19.2% a 31.6%, respectivamente. Por patrón de consumo, se observan variaciones en el comparativo de las encuestas nacionales en las mediciones 2002, 2008 y 2011. El consumo diario disminuyó de 1.4% a 0.8%, la ingesta consuetudinaria presenta poca variación (de 5.6% a 5.4%), el porcentaje

de posible dependencia se incrementó de 4.1 a 6.2 y, por último, el consumo alto, comparado sólo entre 2008 y 2011, aumentó de 32% a 32.8%.

Abuso de alcohol en población de 12 a 65 años (%)

Encuestas Nacionales de Adicciones

Población		Alto			Diario			Consuetudinario			Posible dependencia		
		2002	2008	2011	2002	2008	2011	2002	2008	2011	2002	2008	2011
12 a 65 años	Hombres	NC	45	47.2	2.5	1.6	1.4	9.7	10.5	9.6	8.3	8.5	10.8
	Mujeres	NC	19.9	19.3	0.4	0.3	0.2	2.3	2.1	1.4	0.6	1.8	1.8
	Total	NC	32	32.8	1.4	0.9	0.8	5.6	6.1	5.4	4.1	5	6.2
12 a 17 años	Hombres	NC	15.7	17.3	0.4	0.4	0.4	2	3	1.7	3.5	3.1	6.2
	Mujeres	NC	10.6	11.7	0.1	0.1	***	1.6	1.4	0.4	0.6	2.2	2.0
	Total	NC	13.1	14.5	0.3	0.3	0.2	1.8	2.2	1	2.1	2.7	4.1
18 a 65 años	Hombres	NC	51.8	53.6	3.1	1.9	1.7	11.8	12.2	11.3	9.6	9.8	11.8
	Mujeres	NC	21.9	20.8	0.5	0.3	0.2	2.4	2.2	1.6	0.7	1.7	1.7
	Total	NC	36.2	36.5	1.6	1.1	0.9	6.5	7.0	6.3	4.6	5.6	6.6

Consumo alto: Ingesta de alcohol que en los últimos 12 meses ha sido de cinco copas o más en una sola ocasión, en el caso de los hombres, o cuatro copas o más en una sola ocasión para las mujeres.

Consumo consuetudinario: Beber por lo menos una vez a la semana cinco o más copas (en los hombres) o cuatro o más copas (en las mujeres) en una sola ocasión.

Consumo diario: Consumir diariamente al menos una copa de bebidas que contengan alcohol.

Posible dependencia al alcohol: Es el conjunto de manifestaciones físicas, cognoscitivas y del comportamiento que incluyen la presencia de distintos síntomas como tolerancia, abstinencia, uso por más tiempo o mayor cantidad, deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, así como el uso continuado a pesar de tener conciencia de sus evidentes consecuencias perjudiciales. En este estudio, se consideró posible caso de dependencia en los individuos que presentaron tres o más de estos síntomas dentro de los 12 meses previos a la entrevista.

La ENA 2011 (INPRF, INSP y SS, 2012) también muestra un aumento en las prevalencias registradas en 2002, 2008 y 2011 en la población situada entre los 12 y 17 años de edad: el uso alguna vez en la vida pasó de 35.6% a 42.9%; el consumo en el último año aumentó de 25.7% a 30%, y en el último mes de 7.1% a 14.5%. Por género también existe un incremento en las prevalencias: entre 2008 y 2011, el consumo alto de alcohol en las mujeres se incrementó de 10.6% a 11.7%, y en hombres de 15.7% a 17.3%; lo mismo que en la posible dependencia de alcohol, en 2002 se registró 2.1%, y 4.1% en 2011, datos que reflejan un preocupante aumento en el consumo excesivo y dependencia de alcohol en adolescentes.

Las encuestas levantadas en años recientes con estudiantes de educación media de distintas entidades de la república (Villatoro, *et al.*, 2010) indican que el uso de alcohol alguna vez en la vida afecta entre 30 y 60 por ciento de los estudiantes de secundaria: las tasas de prevalencia más altas corresponden al Distrito Federal y a Jalisco. En estudiantes de bachillerato, el uso alguna

vez en la vida se presenta en porcentajes que oscilan entre 60 y 70 por ciento aproximadamente, aunque en las encuestas levantadas en Aguascalientes, Jalisco y el Distrito Federal, la prevalencia alcanzaba porcentajes superiores al 80 por ciento. En general, puede apreciarse que el uso de alcohol alguna vez en la vida tiende a registrar proporciones similares en hombres y mujeres.

Por otra parte, en el caso de estudiantes de secundaria se reportan tasas de abuso entre siete y 10 por ciento, con la excepción de Querétaro, Distrito Federal, Colima y Jalisco, que se encuentran por arriba del promedio. En lo que se refiere al abuso entre estudiantes de bachillerato, el rango oscila entre 25 y 50 por ciento en el caso de los hombres, mientras que en las mujeres se sitúa entre 14 y 33 por ciento (Villatoro, *et al.*, 2010).

Consumo alguna vez en la vida y abuso de alcohol en estudiantes
Encuestas levantadas entre 2003 y 2009

		Uso alguna vez en la vida		Abuso	
		Secundaria	Bachillerato	Secundaria	Bachillerato
Aguascalientes	Hombres	ND	83.4	ND	50.8
	Mujeres	ND	79.2	ND	32.8
Baja California	Hombres	39.7	ND	8.2	ND
	Mujeres	37.6	ND	10.3	ND
Campeche	Hombres	37.5	62.0	9.9	24.9
	Mujeres	34.1	54.4	10.1	14.0
Colima	Hombres	43.8	72.6	16.6	32.0
	Mujeres	42.8	68.9	15.8	24.5
Distrito Federal	Hombres	62.0	83.4	15.2	36.9
	Mujeres	60.7	85.2	15.0	31.1
Jalisco	Hombres	60.4	84.4	17.1	39.3
	Mujeres	59.5	82.2	18.6	26.1
Nuevo León	Hombres	30.6	67.0	7.9	32.3
	Mujeres	31.7	64.5	7.3	19.2
Querétaro	Hombres	43.2	69.2	14.9	33.9
	Mujeres	35.2	62.6	11.3	21.8
Sonora	Hombres	34.2	ND	9.4	ND
	Mujeres	30.2	ND	7.8	ND
Tlaxcala	Hombres	38.4	70.2	9.9	28.8
	Mujeres	35.7	69.0	6.7	21.1
Yucatán	Hombres	36.4	ND	10.3	ND
	Mujeres	30.8	ND	7.3	ND
Zacatecas	Hombres	32.7	ND	9.8	ND
	Mujeres	29.9	ND	7.8	ND

ND: no disponible.
Villatoro *et al.*, *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la Ciudad de México, Medición 2009*, mapas comparativos por estado.

Otras fuentes indican importantes tendencias en el uso de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes. Así, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (INSP, 2012) refiere que la prevalencia a nivel nacional de consumo de alcohol (definida como la ingesta de forma diaria, semanal, mensual u ocasional en el último año), en adolescentes de 10 a 19 años de edad, es de 25 por ciento, lo que no representa cambios estadísticamente significativos entre el 2000 y el 2012. De acuerdo a los datos de una encuesta levantada en 2005 entre estudiantes de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México (Díaz, *et al.*, 2008) en los adultos jóvenes se observa una prevalencia de consumo riesgoso y dañino en el último año de 11.1% y 18.4%, respectivamente. Otra investigación estima que el uso de alcohol alguna vez en la vida asciende, entre los 18 y 29 años, a 84.9%, índice de prevalencia que resulta similar a los mostrados por grupos de mayor edad (Fleiz, *et al.*, 2007).

Finalmente, respecto a la población captada en servicios de tratamiento, se sabe que el consumo riesgoso y dañino de alcohol ha afectado a 12.8% de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (22.2% de los hombres y 3.4% de las mujeres); de ellos, 17.2% de los hombres y 2.7% de las mujeres presentó ingesta riesgosa, en tanto que 4.5% de los hombres y 0.7% de las mujeres se vieron afectados por el uso dañino de la sustancia (Morales, *et al.*, 2002).

Del mismo modo, de más de 12 mil 787 casos de usuarios de drogas recibidos en tratamiento en CIJ en el primer semestre de 2012, 89.3% reportó haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y 57.4% en el último mes (Gutiérrez López, 2013); 17.1% refirió al alcohol como la sustancia que le había reportado mayores daños o problemas, mientras que 34.2% señaló abuso de alcohol menos de una vez a la semana, y 34% una o dos veces a la semana, en los últimos 30 días. Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, en 2009 el alcohol fue la droga de mayor impacto en pacientes atendidos en centros de tratamiento no gubernamentales en 22 de las 32 entidades federales del país (SSA, DGAE, 2010).

- Berenzon, S., Romero, M., Tiburcio, M., Medina-Mora, M.E., Rojas, E. (2007). "Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México" en *Salud Mental*. 30(1): 31-38.
- Díaz, A., Díaz, L., Hernández, C., Narro, J., Fernández, H., Solís, C. (2008). "Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso" en *Salud Mental*. 31(4): 271-282.
- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C., Medina-Mora, M.E. (2007). "Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana. Un estudio de cohortes" en *Salud Mental*. 30(5):63-73.
- García, V. *Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración juvenil, julio-diciembre 2011*. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación 12-02a, México, 2012.
- Gutiérrez López, A.D. (2013). *Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento a Centros de Integración Juvenil*. Enero - Junio, 2012. Informe de Investigación 13-01. México. Centros de Integración Juvenil. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación.
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Medina-Mora, M.E., Villatoro-Velázquez, J.A., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M.M., Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. y Guisa-Cruz, V. México. INPRFM. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, M. (2003). "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México" en *Salud Mental*. 26(4):1-16.
- Morales, J., Fernández, I., Tudón, H., Escobedo, J., Zárate, A., Madrazo, M. (2002). "Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social" en *Salud Pública de México*. 44(2):113-121..
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Global Status Report on Alcohol and Health 2011*. Lausana. OMS.
- Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, Instituto de Asistencia e Integración Social, Hábitat, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón

de la Fuente Muñiz” (2007). *Encuesta de adicciones de la Ciudad de México, 2006*. México. Instituto de Asistencia e Integración Social.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2003). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México. SSA, INEGI.

Secretaría de Salud, Dirección General Adjunta de Epidemiología (2010). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Informe 2009*. México. DGE, SSA.

Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M., Olivia, N., Bretón, M., López, M.A., Bustos, M. y Medina-Mora, M.E. (2010). *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la Ciudad de México, Medición 2009*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.



CAPÍTULO

2

EL CONSUMO DE ALCOHOL Y
SUS CONSECUENCIAS

CONCEPTOS BÁSICOS: ALCOHOL Y ALCOHOLISMO

Rafael Cortés Fuentes
Norma Juárez Pastor

Los esfuerzos contra el consumo de sustancias adictivas se convirtieron desde hace varios años en una parte importante de las políticas de salud en la mayoría de los gobiernos, entre ellos el de México. En los Programas Nacionales de Salud y en las estrategias que de ellos se desprenden, se reconoce de manera explícita que las adicciones al tabaco y al alcohol son las principales causas de enfermedad y muerte evitables, por lo que se señala la necesidad de prevenir y controlar el consumo, en particular entre los jóvenes. Las autoridades sanitarias consideran a esta población como la de más alto riesgo para el consumo de sustancias adictivas, pero también como aquella en la que las políticas de prevención pueden ejercer un mayor efecto de control debido al poco tiempo transcurrido en el proceso de adicción (SS, 2007).

En México, el abuso en el consumo de alcohol constituye un creciente y preocupante problema de salud pública. Esta situación se pone de manifiesto a partir de las estimaciones del consumo *per cápita* que reflejan incrementos importantes, particularmente en la población joven (ENA, 2011; Rosovsky, Narváez y Borges, 1992).

En términos generales se observan dos formas de uso de alcohol: la primera se caracteriza por episodios agudos de gran consumo y es la más recurrente entre la población general; la ingesta aumenta sobre todo durante los fines de semana y en periodos de fiesta. La segunda forma se define por un empleo excesivo crónico, propio de los individuos con un problema de alcoholismo. El consumo episódico agudo se ha relacionado más frecuentemente con los actos de violencia y los accidentes, en tanto que el crónico se asocia por lo general con enfermedades como la cirrosis hepática y otros padecimientos orgánicos (ENA, 2011, *op. cit.*; Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994).

Las consecuencias directas e indirectas del alcoholismo en sus manifestaciones agudas o crónicas son enormes. Este problema de salud rebasa, con creces, el caso de otras enfermedades con expresiones o complicaciones primordialmente centradas en la esfera biológica. Su impacto se extiende hasta el núcleo familiar, las redes sociales y el área laboral o profesional, donde

el individuo se desenvuelve, hasta que repercute en otras personas y grupos sociales (OMS, 2004; Narro, *op. cit.*).

De acuerdo con este marco de referencia, cabe resaltar la importancia de los servicios de salud pública, cuyas tareas son fundamentales para atender los siguientes aspectos: 1) fomento de la vitalidad y la salud integral, 2) prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas, 3) organización y provisión de servicios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y 4) rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de independencia. La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las prioridades de las instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial a partir de 1948, cuando la OMS incluyó en su definición de salud al bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades (OMS, 2006).

¿QUÉ ES EL ALCOHOL?

El etanol o alcohol etílico –constituyente fundamental de las bebidas alcohólicas– es un líquido incoloro inflamable que se obtiene por medio de la fermentación natural o por destilación. Las bebidas fermentadas como la sidra, el vino y la cerveza se obtienen por la fermentación de un mosto (zumo) abundante en azúcares. Su grado de alcohol puede oscilar entre los 5 y 15 grados GL (Grual, 2002; CIJ, 2006; CIJ, 2005; Rosovsky, Narváez y Borges, *op. cit.*).

Las bebidas destiladas se obtienen mediante un proceso artificial en el que se aumenta la concentración de alcohol puro de una bebida fermentada, éste es el caso de la ginebra, el ron, el whisky, el vodka, el anís, el coñac, el aguardiente, los licores afrutados y determinados aperitivos, en los cuales el grado de alcohol suele oscilar entre los 17 y 45 grados GL.

Cabe señalar que no existe diferencia en el alcohol presente en las distintas bebidas, lo que las distingue es el nivel de concentración de esta sustancia. El grado de alcohol o graduación alcohólica de una bebida está indicado en su etiqueta y representa la concentración o porcentaje de etanol que contiene.

El alcohol es considerado una droga de carácter legal, cuyos efectos son depresores del sistema nervioso central; su consumo en pequeñas cantidades genera una sensación de relajación y estado de ánimo placentero; en dosis mayores produce embriaguez caracterizada por alteraciones en el comportamiento, el razonamiento y en la capacidad perceptiva. Si la depresión del sistema nervioso es intensa, puede llegar a generar un coma etílico (OMS, 2006).

Esta sustancia es absorbida con rapidez por el estómago y el intestino, desde donde pasa a la circulación sanguínea y se distribuye por todo el organismo. Cuanto mayor es el nivel en la sangre, más importante es el daño

que origina. Un porcentaje muy pequeño se elimina por la orina, el sudor y los pulmones, pero la mayor parte pasa al hígado, donde las enzimas lo metabolizan y descomponen en derivados más inocuos que son eliminados del organismo unas seis u ocho horas después.

Por lo general, la velocidad con la que el alcohol se absorbe y acumula en el torrente sanguíneo es mayor que la velocidad con la que se metaboliza y elimina del organismo, lo que favorece el aumento de su concentración en la sangre. Es importante destacar que cada persona tiene una susceptibilidad individual a los efectos del alcohol, de manera que una misma dosis puede producir daños de diferente intensidad, por lo que es un error considerar que el riesgo por su consumo “es similar para todos”, sin diferenciar sexo y edad (CIJ, 2006; Gual, *op. cit.*).

Mientras que algunos estudios debaten si el uso moderado de alcohol tiene algún efecto beneficioso para la salud, es un hecho que su consumo excesivo y crónico puede dañar, de forma grave e irreversible, al organismo.

¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL?

En sentido general se refiere a la necesidad de ingerir dosis repetidas de alcohol con la finalidad de obtener ciertos efectos deseados o para evitar el malestar que provoca la interrupción del consumo.

Se ha considerado que la característica esencial de la dependencia a las sustancias psicoactivas consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiéndolas a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ellas (Lorenzo, 2009).

La dependencia es una forma crónica de abuso de alcohol que tiene efectos fisiológicos, de conducta y cognitivos. Cuando se bebe repetidamente y durante un periodo de tiempo prolongado, el cerebro se adapta a la sustancia, y el cuerpo se vuelve tolerante y depende de ella para mantener algunas de sus funciones.

Esta adaptación del cerebro significa que cada vez es menos sensible a los efectos del consumo, por lo que la dosis debe incrementarse gradualmente para obtener el mismo resultado de la primera toma de alcohol. A medida que las neuronas se van adaptando a dosis cada vez más altas, funcionan de forma aparentemente normal a pesar de estar “bañadas” en alcohol.

La dependencia, que acompaña normalmente a la tolerancia, se vuelve manifiesta y, por tanto, puede ser observada cuando hay una abstinencia en el consumo. Cuando una sustancia adictiva se administra repetidas veces en un intervalo que produce tolerancia, el cerebro se adapta a la presencia de la droga, es decir, hay una neuroadaptación.

La normalidad aparente de las funciones cerebrales enmascara un cambio neuroquímico subyacente que sólo se manifiesta si se deja de usar el alcohol bruscamente, ya que con la interrupción del consumo emergen los desórdenes cerebrales, conocidos como síndrome de abstinencia. Así, se experimentan síntomas como estallidos de actividad eléctrica en el cerebro, convulsiones y a veces fenómenos psicóticos como alucinaciones que hacen evidentes los cambios cerebrales que permanecían ocultos mientras se bebía.

Los síntomas de esta abstinencia desaparecen al volver a beber, lo que complica que los dependientes al alcohol dejen de consumirlo, porque saben que al ingerirlo de nuevo sentirán un alivio inmediato de los síntomas. Sin embargo, este alivio significa que su organismo ya sólo funciona “normalmente” con la presencia del alcohol, es decir, se ha vuelto dependiente.

A menudo la dependencia no se detecta durante años. La facilidad con que se consiguen las bebidas alcohólicas y la manera en que se consumen (pautas sociales) parecen ser factores importantes en la probabilidad de que una persona llegue a ser dependiente, pero también puede haber un componente genético, ya que en algunas familias el alcoholismo se repite entre varios de sus miembros. De todas formas, no hay seguridad de que estas repeticiones no sean consecuencia de comportamientos aprendidos.

La Organización Mundial de la Salud señala que la dependencia da lugar a una pérdida total de la libertad, pues la persona se encuentra controlada, “esclavizada” y su conducta gira en torno a obtener y consumir alcohol.

¿QUÉ ES LA TOLERANCIA AL ALCOHOL?

El uso repetido de alcohol produce tolerancia, es decir, la adaptación del cuerpo a la presencia continua de esta sustancia. Esto se manifiesta de dos maneras: a) requerir cada vez mayores dosis de alcohol para conseguir un efecto similar al que se presentaba cuando se tomaban dosis menores y, b) los efectos que se conseguían con la toma de las dosis iniciales cada vez son menores (Lorenzo, *op. cit.*).

Las personas que abusan del alcohol tienen la creencia errónea de que son “buenos bebedores” porque “aguantan” la ingesta de grandes cantidades de esta sustancia sin mostrar, aparentemente, un estado de intoxicación severo (emborracharse) que afecte su comportamiento. Sin embargo, estos individuos ignoran o no le dan la suficiente importancia al hecho de que abusar del alcohol no sólo pone en riesgo su salud física y mental por los riesgos asociados (accidentes, lesiones, actos de violencia, etcétera), sino que los puede llevar a desarrollar dependencia o alcoholismo y, con ello, a sufrir los efectos adversos que esta enfermedad provoca a nivel orgánico, familiar y laboral.

¿CUÁNDO SE CONSIDERA QUE UNA PERSONA TIENE ALCOHOLISMO?

El alcoholismo es una enfermedad crónica producida por el consumo prolongado y excesivo de alcohol etílico. Se caracteriza por un deterioro del control con respecto a la bebida, episodios frecuentes de intoxicación, alteraciones biológicas, obsesión por esta sustancia y su consumo, a pesar de las consecuencias adversas que genera, así como una evolución progresiva previsible (DSM IV, 2002; CIJ, 2006; OMS, 1994).

La OMS define al alcoholismo como la ingesta diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y a 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tienen aproximadamente 40 gramos de alcohol; un cuarto de litro de vino, 30 gramos; y un cuarto de litro de cerveza, 15 gramos).

Esta enfermedad parece ser producida por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos y se caracteriza por una dependencia emocional y, a veces física, de esta sustancia. El alcohólico pertenece a cualquier estrato socioeconómico, raza y sexo, y aunque afecta más a los varones adultos, su incidencia está aumentando entre las mujeres y los jóvenes.

A diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable, el abuso de las bebidas alcohólicas ha sido considerado como un síntoma de debilidad de carácter, estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. Recientemente, y quizá de forma más acertada, se ha definido como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección, por parte del enfermo, de sus amistades o actividades. Esta sustancia se considera cada vez más una droga que modifica el estado de ánimo, y menos una costumbre social o un rito religioso.

Al principio, el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia a la bebida, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal. Más adelante, la sustancia empieza a cobrar cada vez mayor importancia en las relaciones personales, el trabajo, la reputación e incluso la salud física. El paciente pierde el control sobre el alcohol y es incapaz de evitarlo o moderar su consumo. Puede llegar a producirse dependencia física, lo cual lo obliga a beber continuamente para evitar el síndrome de abstinencia.

¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE ABUSO DE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO?

En términos generales, el abuso se refiere a cualquier consumo de sustancias psicoactivas que dañen o amenacen la salud física y mental, o el bienestar social de un individuo o la sociedad en general. El abuso constituye, en defi-

nitiva, un uso inadecuado, valorado ya sea por la cantidad, la frecuencia o la finalidad (Lorenzo, *op. cit.*).

El abuso alude, por tanto, al consumo excesivo o problemático, se diferencia del alcoholismo en que no incluye el deseo o la necesidad compulsiva de beber, no hay pérdida de control o dependencia física y, por tanto, no hay tolerancia. No obstante, el abuso puede generar alcoholismo, el cual implica un uso crónico que tiene como consecuencia una dependencia física al alcohol y una incapacidad para dejar de beber o limitar la ingesta; al tomar la primera copa, al alcohólico se le despierta una compulsión física y mental que le impide controlar cuánto bebe y que lo lleva a ingerir mayores cantidades para sentir el mismo efecto (DSM IV, *op. cit.*).

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva, degenerativa y a menudo mortal por las complicaciones orgánicas que lo acompañan; es un trastorno primario, es decir, una enfermedad y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales.

¿CÓMO SE LLEGA A LA EMBRIAGUEZ?

Las bebidas alcohólicas contienen diferentes cantidades de alcohol (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007):

- La cerveza tiene aproximadamente cinco por ciento de alcohol, aunque las cervezas más oscuras y la gaseosa de jengibre pueden tener más.
- El vino generalmente tiene de 12 a 15 por ciento.
- El licor fuerte tiene aproximadamente 45 por ciento.

Después de beber, la sustancia ingresa al torrente sanguíneo rápidamente. La cantidad y el tipo de alimento en el estómago pueden cambiar la rapidez con la que esto ocurre. Por ejemplo, los alimentos ricos en carbohidratos y en grasas pueden hacer que el cuerpo absorba el alcohol más lentamente. Ciertos tipos de bebidas ingresan al torrente sanguíneo de forma más acelerada. Una bebida alcohólica carbonatada (gaseosa), como la champaña, se absorberá más rápidamente que una bebida no carbonatada.

Tomando en cuenta lo anterior, se definen las siguientes etapas para llegar a la embriaguez (Lorenzo, *op. cit.*):

- Primera etapa (de 1 a 3 copas): La persona se siente relajada, disminuye la calidad del juicio crítico o entendimiento, y se vuelve muy comunicativa y desinhibida.

- Segunda etapa (de 3 a 6 o más copas): El comportamiento es inadecuado, hay torpeza en los movimientos, la visión se hace borrosa, “se ve doble”. La persona se puede volver necia y escandalosa, violenta y agresiva o ponerse triste y apartarse de los demás.
- Tercera etapa (si se continúa bebiendo): La mayoría de la gente en estas condiciones se ve deprimida, muy confundida y no tiene conciencia clara de lo que ocurre a su alrededor. Puede presentar agresividad, miedo o llanto, y muestra dificultades para mantenerse en pie.
- Cuarta etapa (si se sigue bebiendo): Puede haber inconsciencia y hasta muerte por parálisis respiratoria. El alcohol es eliminado lentamente por el cuerpo y no hay nada que acelere este proceso, por lo que de nada sirve el café, los baños de agua fría, ni alguna otra de las recomendaciones que se escuchan comúnmente. Además, se manifiesta “la cruda” del día siguiente, una mezcla de molestias (sed, dolor de cabeza, temblor, náuseas) y cambios en el humor provocados por haber abusado del alcohol.

Las bebidas embriagantes disminuyen las frecuencias respiratoria y cardíaca y el buen funcionamiento del cerebro. Estos efectos aparecen al cabo de 10 minutos y pueden alcanzar su punto máximo en un lapso de 40 a 60 minutos. El etanol permanece en el torrente sanguíneo hasta que el hígado lo descompone. La cantidad de alcohol en la sangre se denomina “nivel de alcoholemia”; si la persona bebe más rápido de lo que el hígado tarda en descomponer la sustancia, la alcoholemia se elevará.

El nivel de alcohol en la sangre se utiliza para definir legalmente si se está o no “ebrio”. El límite legal generalmente oscila entre 0.08 y 0.10 en la mayoría de los estados. A continuación aparece una lista de los niveles de alcohol en la sangre y los probables síntomas:

Nivel	Síntomas
0.05	Disminución de las inhibiciones
0.10	Dificultades en la pronunciación
0.20	Euforia y deterioro motriz
0.30	Confusión
0.40	Estupor
0.50	Coma
0.60	Parálisis respiratoria y muerte

Se puede tener síntomas de “estar ebrio” en niveles de alcoholemia por debajo de la definición legal para el hecho de estar embriagado o borracho. De

la misma forma, las personas que frecuentemente beben alcohol pueden no tener síntomas hasta que alcancen niveles de alcoholemia más altos.

Para conocer la cantidad de alcohol que contienen las bebidas de consumo habitual se utiliza la siguiente operación matemática

$$\text{Gramos de etanol} = (G^\circ \times \text{ml} \times 0.80) / 100$$

En la fórmula basta reemplazar la variable G° por la graduación alcohólica de la bebida, la cual suele visualizarse en la etiqueta. En la variable “ml” debe colocarse la cantidad de bebida consumida, expresada en mililitros. El 0.80 reemplaza al peso de un gramo de alcohol puro, que es 0.80 g. Es la fórmula más exacta para calcular el consumo real de alcohol. Se recomienda utilizarla para estudios científicos. En la práctica clínica es preferible utilizar las Unidades de Bebida Estándar porque son más funcionales y facilitan la detección de la ingesta de riesgo.

La OMS recomienda puntos de corte internacionales para el consumo de alto riesgo de más de 60 g de etanol diarios para los hombres y 40 g en las mujeres. El hecho de que estos puntos internacionales estén medidos en gramos facilita la comparación en términos del volumen consumido entre países (OMS, 2006).

El alcohol afecta de distinta manera a hombres y a mujeres; lo que para un hombre es un consumo perjudicial, para una mujer ya es una adicción. Para comprender esto se debe conocer el proceso de su metabolismo.

El alcohol ingerido alcanza la máxima concentración en la sangre entre los 30 y los 45 minutos. Un 10 por ciento aproximadamente evita el metabolismo y se elimina directamente por la respiración, sudoración y orina. El 90 por ciento restante se metaboliza en el hígado y se distribuye por todo el cuerpo e impacta sobre el cerebro y otros tejidos. El alcohol tiende a acumularse en la grasa, por ello, las personas con mucha grasa lo metabolizan más lento y sufren más sus efectos.

Las enzimas que intervienen en este proceso son la ADH (Alcohol Deshidrogenasa), que es la más importante cuantitativamente, y la Citocromo CYP2E1, que también degrada y provoca la interacción de algunos medicamentos con el alcohol (degrada entre otros al paracetamol de manera que, según un estudio sobre este tema, dosis inferiores a 3 gramos/día asociadas al consumo de alcohol pueden producir hepatotoxicidad).

La ADH convierte el alcohol en acetaldehído, para luego formar acetato, el que a su vez será convertido en dióxido de carbono y agua.

La velocidad de metabolización o depuración es fija para cada persona y depende de la cantidad de enzimas que posee el hígado (no de la cantidad

de alcohol ingerida). Esto explica la diferencia en la resistencia a los efectos de la sustancia. Tal capacidad hepática está determinada genéticamente (los asiáticos, por ejemplo, al poseer menor cantidad de enzimas se embriagan con facilidad).

La velocidad de metabolización de las bebidas embriagantes no se puede modificar, pero la absorción de éstas a la sangre sí. Si el estómago está vacío, el ingreso del alcohol hacia el intestino es más rápido. También los alimentos, especialmente los ricos en grasas, retardan el vaciamiento gástrico, frenando la velocidad de asimilación.

Las mujeres absorben más rápidamente el alcohol y poseen menos cantidad de enzimas ADH. Se estima que en el hígado de una persona adulta sana, de sexo masculino, de 70 Kg. de peso, se puede metabolizar aproximadamente 15 ml. de alcohol puro por hora. En la mujer, este proceso es más lento y solamente se metaboliza el 10 a 12 ml. Esto explica por qué se emborrachan en menos tiempo y por qué la sustancia daña sus órganos antes que los de los hombres (Lorenzo, *op. cit.*; Grual, *op. cit.*).

¿CUÁLES SON LAS BEBIDAS DE PREFERENCIA ENTRE LA POBLACIÓN MEXICANA EN LA ACTUALIDAD?

Los datos de la ENA 2011 confirman que la población mexicana no bebe diario o casi diario: ocho de cada mil personas informaron consumir todos los días, 1.4% de hombres y 0.2% de mujeres. Este tipo de conducta se presenta en menor proporción en adolescentes de 12 a 17 años de edad (0.2%), que en adultos de 18 a 65 años (0.9%).

La cerveza sigue siendo la bebida de preferencia de la población mexicana, la consume más de la mitad de los hombres (53.6%) y una tercera parte de las mujeres (29.3%). Le siguen los destilados (23.6%) y, en una proporción significativamente menor, el vino de mesa (6.6%) y las bebidas preparadas (4.4%). Los fermentados son ingeridos por una proporción menor, su ingesta es tres veces más en adultos que en adolescentes, además de tres veces mayor en hombres que en mujeres. El consumo de aguardientes y alcohol de 96° ha disminuido significativamente a partir de 2002 y es más frecuente en el sur del país.

En los adolescentes, las diferencias entre hombres y mujeres son menores que en la población mayor de 17 años; de 2002 a la fecha, la ingesta de destilados ha ganado mercado en este segmento de la población, entre las personas de ambos sexos.

Las cifras de consumo por tipo de bebida varían según los grupos etarios. El consumo de aguardiente y alcohol de 96° aumenta con la edad. El mayor

consumo de cerveza, de destilados y de vino disminuye entre los 18 y los 29 años. Mientras que el gusto por las bebidas preparadas decae de una forma importante después de los 29 años. El mayor consumo de pulque ocurre entre los 30 y los 39 años (ENA, 2008).

CONCLUSIONES

De acuerdo con los aspectos abordados en este capítulo, cabe destacar la importancia que tiene la información científicamente sustentada sobre algunos de los conceptos relacionados al alcohol y el alcoholismo. Si bien la información por sí misma no es un elemento suficiente para generar cambios importantes en las conductas de los individuos, si es un recurso que favorece la reflexión, y con ello, la probabilidad de desmitificar creencias que, en muchas de las ocasiones, influyen directamente en el mantenimiento de actitudes y comportamientos que conllevan al uso y abuso de bebidas embriagantes.

Debe resaltarse que el alcohol es una droga legal con un alto consumo en México, cuyos efectos pueden resultar altamente perjudiciales a la salud física y mental de quienes lo ingieren. Como lo indican las evidencias nacionales e internacionales, los jóvenes constituyen uno de los grupos de la población que están en alto riesgo de generar abuso o dependencia a esta sustancia, entre otras causas, por la baja percepción de riesgo y las expectativas o los efectos que esperan obtener debido a la ingesta.

El consumo de alcohol representa un problema de salud pública que requiere de la instrumentación de medidas de atención, ya sean de carácter preventivo o terapéutico, dirigidas a sectores específicos de la población como los jóvenes y las mujeres.

- Centros de Integración Juvenil (2006). *Pautas de Tratamiento para la atención de usuarios de Alcohol*. México. CIJ.
- Centros de Integración Juvenil (2005). *Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos. Segunda Parte: Alcohol Etilico*. Documento de circulación interna. México. CIJ. Dirección de Tratamiento.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Informe sobre Alcohol. Secretaría General De Sanidad. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo*. Madrid. Centro de Publicaciones.
- DSM IV TR (2002). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Recuperado de http://www.psicoarea.org/dsm_iv.htm
- Grual, Antoni (2002). *Monografía Alcohol. Adicciones*. Valencia, España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Vol. 14. Suplemento 1.
- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Medina-Mora, M.E., Villatoro-Velázquez, J.A., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M.M., Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. y Guisa-Cruz, V. México. INPRFM. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid. Médica Panamericana.
- Narro, J. II. (1992). “Algunos aspectos epidemiológicos del alcoholismo en México” en *Revista de la Facultad de Medicina*. 35(2):52-57.
- Narro, R.J., Meneses, G.F., Gutiérrez, A.H. (1994). “Consecuencias comunitarias del consumo de alcohol” en Tapia-Conyer, R. (ed.). *Las Adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas*. México. El Manual Moderno. Pp. 228-244.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol. Segundo Informe*. Serie de Informes Técnicos. Ginebra. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Global Status Report on Alcohol*. Ginebra.OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rosovsky, H., Narváez, A., Borges, G., González, L. (1992) “Evolución del consumo per cápita en México” en *Salud Mental*. 15(1):35-41.
- Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México. SSA, CONADIC
- Secretaria de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007–2012. *Por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México. SSA.

El consumo de bebidas alcohólicas provoca un deterioro gradual de diversos órganos y es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades incapacitantes y muerte prematura. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que este hábito es una causa de morbilidad tres veces más importante que la diabetes y cinco veces más que el asma (OMS, 2002); la mayoría de las enfermedades asociadas con este trastorno se ubican dentro de las principales causas de mortalidad en México, particularmente la cirrosis hepática y las enfermedades cardíacas (Narro-Robles y Gutiérrez, 1997; SSA, *op. cit.*). Las complicaciones físicas suelen producirse después de 15 ó 20 años de consumo continuo de bebidas alcohólicas. Desafortunadamente, la mayoría de los consumidores no tiene una clara percepción de riesgo, por lo que suele darle poca importancia a los efectos que el alcohol puede producir a nivel orgánico o cree que podrá dejar de beber por su cuenta antes de que se convierta en algo serio.

Diversas evidencias científicas han constatado que cuanto más tiempo y más cantidad de alcohol (etanol) se ingiera, mayores serán las consecuencias físicas adversas; sin embargo, los problemas médicos no surgen de forma inmediata sino después de varios años, por ejemplo, el daño hepático, pancreático o cardíaco no ocurren sin antes enviar algunos avisos previos.

Al principio, la afectación por la dependencia alcohólica se puede identificar por las alteraciones del funcionamiento general del organismo; el aparato psíquico es el que más pistas nos da, por ser uno de los más alterados al principio. Así, vemos los efectos neurotóxicos del etanol sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), a través de la presencia del síndrome de intoxicación y, posteriormente, del de abstinencia; conforme se hace crónica la dependencia, las alteraciones funcionales de forma constante provocan el cambio estructural, tanto del sistema nervioso como de otros aparatos y sistemas del cuerpo, hasta convertirse en daños irreversibles.

A continuación se mencionan los diversos daños registrados en el cuerpo:

Sistema Nervioso: Se reporta suficiente evidencia para definir que la dependencia al alcohol no es solamente un desorden social, sino un desorden cere-

bral mediado, posiblemente, por una combinación de factores de predisposición genética y de déficit neuroquímico.

El alcohol provoca diversos efectos sobre el cerebro por la alteración en los neurotransmisores, lo que causa neurotoxicidad. En dosis bajas el etanol, ingrediente activo del alcohol, actúa como estimulante, mientras que en grandes cantidades actúa como depresor del SNC; en ambos casos se altera la conducta, las emociones, la cognición y la percepción.

La zona cerebral mayormente afectada es la prefrontal, relacionada con el control de los impulsos, la formación de los conceptos, la planificación y la flexibilidad del pensamiento. El daño directo sobre esta corteza es la base del deterioro mental y psíquico de alcohólicos crónicos, por lo que presentan trastornos de la memoria, delirio crónico paranoide o celotípico, agresividad y otros trastornos del comportamiento.

La intoxicación es uno de los efectos neurotóxicos iniciales debido a la excitación cortical, manifestada por exaltación subjetiva y locuacidad, conducta que puede llegar a los extremos y convertirse en agresividad destructiva o en estado paranoide; si el grado de intoxicación es mayor, se presenta la depresión del SNC, con una pérdida progresiva de la conciencia que puede llegar al coma y, finalmente, a la muerte por depresión del centro respiratorio.

Dentro de las complicaciones más comunes del sistema nervioso se encuentran los trastornos neuropsiquiátricos que a continuación se describen:

Trastornos psicóticos: La dependencia crónica puede dar lugar a la aparición de trastornos psicóticos agudos o crónicos.

- a) Alucinosis alcohólica: Aparece después de 36 horas de la última toma de alcohol (abstinencia) y se caracteriza por la presencia de alucinaciones auditivas vívidas y complejas de tipo paranoide. Las voces suelen ser percibidas como malignas y amenazantes (reproches, acusaciones o maltratos), acompañadas de ideas delirantes de persecución; el paciente no tiene duda de que existen, cree en ellas y piensa que todos a su alrededor las escuchan. Los afectados están temerosos, angustiados o aterrados; estos síntomas duran una semana y, si no se controlan medicamente, pueden complicarse con un *delirium tremens*. El padecimiento es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres.
- b) *Delirium Tremens*: Es conocido también como “delirio alcohólico”, una psicosis orgánica que se desarrolla frecuentemente por la abstinencia presentada después de beber grandes cantidades de alcohol, por largos periodos; se trata de un cuadro agudo que se caracteriza por temblor intenso, agitación psicomotriz, diaforesis, náuseas, hipertermia, deshidratación, taquicardia, hipertensión arterial, insomnio, ideas deliran-

tes, alteración del lenguaje, ilusiones y alucinaciones auditivas y visuales (Zoopsias). En este tipo de alteración, los pacientes no se percatan de la irrealidad de la situación que experimentan, es común la desorientación de lugar y de tiempo, y en ocasiones se presentan crisis convulsivas generalizadas. La mortalidad en los casos tratados es del ocho por ciento.

- c) Encefalopatía de Wernicke: Está relacionada con el déficit de tiamina (vitamina B1) a consecuencia de una mala absorción. Afecta a las células del cerebro vinculadas con el pensamiento, los sentimientos y la memoria; clínicamente se caracteriza por confusión, desorientación y alteraciones en la percepción; provoca un severo problema para caminar (ataxia), afecta la postura y genera dificultades visuales (diplopía, nistagmo), así como amnesia anterógrada y retrógrada. Es un cuadro subagudo que se presenta en pacientes con alcoholismo severo y de larga duración; esta enfermedad puede ser reversible al principio.
- d) Psicosis de Korsakoff: También conocida como síndrome amnésico confabulatorio, es una consecuencia de la cronicidad de la encefalopatía de Wernicke. El individuo parece estar mentalmente alerta, pero si se observa con detenimiento se percibe que existen problemas intelectuales, como la incapacidad para aprender cosas nuevas, la falta de memorización, el pensamiento rígido, la imposibilidad de cambiar de tema de conversación y la tendencia a sustituir hechos olvidados por otros que no vienen al caso (confabulación). El daño ocasionado al cerebro es irreversible, de evolución lenta y puede concluir en demencia alcohólica, enfermedad presente en 10 por ciento de los alcohólicos crónicos.

Atrofia Cortical Cerebelosa: El cerebelo es la parte del cerebro que coordina los movimientos y controla el equilibrio, cuando se ve afectado hay dificultades para caminar (marcha tambaleante), dificultad de articulación de palabras (disartria) e incoordinación de los globos oculares; una de las características de esta atrofia es que no hay trastornos cognoscitivos.

La atrofia cerebral generalizada constituye uno de los fenómenos más invalidantes del alcohólico crónico y afecta predominantemente a las mujeres, quienes presentan mayor pérdida neuronal. Este padecimiento representa la tercera causa de demencia después del Alzheimer y el multinfarto. El cuadro clínico está constituido por deterioro intelectual global, dificultad en la resolución de problemas, disfasias, pérdida de capacidad de juicio, fallas de memoria, lentitud y torpeza en el pensamiento, aplanamiento afectivo y delirios.

Neuropatía periférica (polineuritis): La afección del Sistema Nervioso Periférico (SNP) es frecuente en alcohólicos mal nutridos y más frecuentemente encontrada en mujeres; en la mayoría de los casos es asintomática, se detecta

inflamación de los conductos nerviosos y afecta piernas y brazos (distribución en guante y calcetín); se manifiesta por disminución de los reflejos, trastornos de sensibilidad en los pies, debilidad muscular, cosquilleo, picazón, ardor, dolor, entumecimiento o calambres después de beber. La neuropatía es reversible y la recuperación se produce cuando se deja de beber y se opta por una dieta adecuada, aunque la mejoría no siempre es completa en alcohólicos crónicos por los trastornos en la sensibilidad y el escaso cuidado de éstos. Los afectados pueden presentar úlceras neurotróficas infectadas que pueden llegar hasta el hueso y provocar amputaciones de miembros.

Sistema musculoesquelético: Las alteraciones de los nervios periféricos están íntimamente relacionadas con las que se presentan en los músculos (miopatías) debido a la toxicidad que el etanol genera en estos; la prevalencia varía del 20 al 60 por ciento en los alcohólicos crónicos y las más afectadas son las mujeres. Las miopatías pueden ser agudas o crónicas: la primera se presenta en sujetos que han bebido grandes cantidades y se caracteriza por una debilidad intensa y dolor muscular provocado por una inflamación severa que tiene su origen en la destrucción de fibras musculares; a la palpación se puede sentir el aumento de volumen de los músculos y de la temperatura local, lo que desencadena dolor intenso. Las masas musculares más afectadas son las localizadas en la cintura, los cuádriceps y los gemelos, lo que impide el funcionamiento adecuado de estas zonas. Estas lesiones requieren de un largo tiempo de recuperación.

A diferencia de la anterior, la miopatía crónica se caracteriza por atrofia y debilidad de los músculos proximales, la mayoría de las veces sin dolor. Esta enfermedad se acompaña de polineuropatía periférica, cardiomiopatía dilatada y signos de desnutrición crónica; su pronóstico no es favorable, pues aunque el paciente deje de beber, el músculo y su funcionalidad no se recuperan.

El consumo de alcohol también se asocia con la aparición de osteoporosis –la cual favorece la presencia de fracturas tanto en hombres como en mujeres– y de hiperuricemia (gota).

Aparato digestivo: Es uno de los más afectados, ya que la bebida pasa por el esófago, la garganta y el estómago, produciendo un efecto abrasivo sobre las capas protectoras de todo este tracto. Así, el esófago puede inflamarse y producir esofagitis; las paredes del estómago irritan e inflaman las mucosas y causan gastritis erosiva aguda y crónica. Al repetirse la irritación por las grandes cantidades de alcohol ingeridas, los músculos del estómago se vuelvan más flácidos y producen más ácidos, hasta lesionar el músculo liso de las paredes de este órgano y generar úlceras pépticas y, en algunos individuos, cáncer gástrico. Los síntomas comúnmente referidos son náuseas constantes, agruras, acidez, indigestión, vómitos, fuerte dolor epigástrico y, en ocasiones, sangrado.

El alcohol se absorbe en la parte proximal del intestino delgado y se distribuye por medio del flujo sanguíneo a todos los tejidos corporales. La estimulación crónica hace que disminuya la capacidad del intestino para absorber vitaminas y otras sustancias importantes para la nutrición. Aquí, al igual que en el estómago, puede provocarse irritación crónica que da como resultado el síndrome de mala absorción y, a largo plazo, una desnutrición severa acompañada de avitaminosis. También puede desarrollarse úlcera duodenal y, eventualmente, cáncer.

En el intestino grueso o colon también se puede encontrar inflamación crónica, conocida como colitis y, al igual que en las demás partes del sistema digestivo, se forman úlceras que pueden sangrar (colitis ulcerosa). Los signos y síntomas que caracterizan a este padecimiento son: inflamación abdominal, meteorismo, dolor abdominal y cuadros diarreicos frecuentes, en muchas de las ocasiones acompañados de evacuaciones sanguinolentas.

El páncreas es un órgano que produce enzimas digestivas y hormonas como insulina y glucagón, fundamentales para transformar los alimentos y que puedan ser absorbidos y utilizados por las células del organismo. La insulina es necesaria para la utilización de carbohidratos o azúcares y hace posible que el organismo tenga la energía necesaria para su desempeño en general. Una brusca sobrestimulación del páncreas, secundaria a la ingesta aguda de alcohol y alimentos grasos, desencadena una pancreatitis aguda.

La pancreatitis alcohólica es un desorden inflamatorio del páncreas. Cuando se presenta el primer episodio, ya hay daño funcional en el órgano por la ingesta diaria y elevada de etanol; típicamente sus síntomas se desarrollan de forma crónica (dolor de epigastrio, intolerancia a las grasas, diarrea, náuseas, vómitos, etcétera). Estudios clínicos señalan que la severidad de la pancreatitis depende de su etiología y que la variedad alcohólica presenta la forma más severa; se reporta una mortalidad del 30 por ciento y los individuos que sobreviven al estado crítico que produce esta enfermedad sufren cuadros muy graves con meses de hospitalización por múltiples complicaciones que afectan a otros órganos, como pulmón y riñón. Se presenta con mayor frecuencia en los hombres.

Cuando la inflamación crónica del páncreas por alcoholismo afecta la producción de insulina, haciéndola insuficiente, provoca un aumento excesivo de carbohidratos (hiperglicemia), lo que origina la diabetes mellitus o diabetes tipo 2.

En el hígado, el etanol es capaz de producir tres tipos de alteraciones:

- a) Hígado graso: Puede ser asintomático y descubrirse ocasionalmente con la exploración física, tras la cual se detecta un hígado crecido (hepa-

tomegalia) o bien una discreta sintomatología que en ocasiones provoca disfunción hepática importante.

- b) Hepatitis alcohólica: Puede ser asintomática, pero lo común es que de inicio curse con anorexia, vómitos, ictericia, pérdida de peso, febrícula y dolor abdominal por varias semanas.
- c) Cirrosis alcohólica: La presenta entre tres y 10 por ciento de los alcohólicos y suele ser de tipo micronodular o mixta con evolución variable; requiere aportes vitamínicos, sobre todo de ácido fólico. Es el resultado final del daño al hígado causado por hepatopatías crónicas.

En 2008, la Secretaría de Salud reportó 28 mil 422 defunciones por cirrosis hepática en el país y señaló que ésta y otras enfermedades crónicas del hígado son la segunda causa de mortalidad en población de entre los 15 y los 64 años de edad; en cuanto al rubro de la incidencia de la enfermedad alcohólica por grupo etáreo, se reportó que la población de 60 a 64 años de edad es la más afectada, con 51.16 casos por cada 100 mil habitantes.

Sistema cardiovascular: La estimulación crónica y constante del etanol sobre el músculo cardíaco puede dar como resultado arritmia por fibrilación auricular paroxística, riesgo de hipertensión arterial que se agrava por daño hepático, o bien, una miocardiopatía por fibrosis, hipertrofia miocárdica (crecimiento cardíaco) y adelgazamiento de las paredes del corazón (miocardiopatía alcohólica), un padecimiento definido como una enfermedad degenerativa del músculo cardíaco.

Este trastorno es más común en personas de entre 35 y 55 años de edad, pero podría desarrollarse en cualquiera que consuma demasiado alcohol por un período prolongado. En esta enfermedad, el corazón es incapaz de bombear la sangre a todo el cuerpo para atender sus necesidades, lo cual produce una insuficiencia cardíaca congestiva, detectable únicamente cuando se encuentra en un estadio muy avanzado, caracterizado por los siguientes síntomas y signos:

- Edema de extremidades
- Fatiga
- Cansancio
- Tos
- Oliguria y nicturia
- Disnea
- Taquicardia

Esta insuficiencia puede complicarse y transformarse en edema agudo de pulmón. Un estudio reciente publicado en la revista *Medicina Clínica* 2011

reportó que la miocardiopatía alcohólica es más frecuente en la mujer, pues se presenta en condiciones de menor consumo y periodos más cortos que los requeridos en los hombres.

La evidencia clínica ha demostrado que el alcoholismo predispone a sufrir accidentes vasculares cerebrales (según la OMS, la tercera causa de muerte después del infarto cardiaco y el cáncer) y un análisis reciente demostró que también duplica el riesgo de morir tras un accidente cerebro vascular isquémico (Sposato, 2008). Estos resultados coinciden con los de un reciente estudio japonés publicado en la revista *Stroke*: tras evaluar a 83 mil 700 personas se encontró que quienes tenían un consumo elevado de bebidas presentaban mayor mortalidad por accidente cerebro vascular.

A nivel periférico se produce vasodilatación, lo que genera enrojecimiento y un aumento de la temperatura superficial de la piel.

Aparato respiratorio: El consumo abusivo de alcohol aumenta el riesgo de contraer neumonía y de que sea más grave. Esta predisposición se mantiene incluso después de haber abandonado el hábito de consumo. De acuerdo con un trabajo del Hospital Clínico de Barcelona publicado en la revista *Internacional Chest* (2006), el alcoholismo provoca alteraciones en el sistema inmunitario, lo que favorece las infecciones. Los resultados muestran que el *Streptococcus pneumoniae*, el principal agente causante de neumonías, es más frecuente en alcohólicos y ex alcohólicos que en personas con patrones de ingesta baja y moderada. Asimismo, aunque los enfermos que abusan de esta bebida no tienen mayor mortalidad por esta causa, sí se presentan formas más graves de neumonía, lo que comporta mayor morbilidad y complicaciones.

Por otro lado, es importante mencionar que uno de los signos presentes durante la intoxicación es el vómito, el cual, debido a la inhibición de los reflejos protectores, puede ser broncoaspirado, lo que obstruye las vías aéreas y, si el paciente se encuentra dormido, podría generar muerte por asfixia o llegar a los pulmones y provocar neumonía (síndrome de Mendelson) o abscesos pulmonares.

Sistema Inmunológico: El consumo crónico produce alteraciones de la respuesta inmune que se manifiesta por una mayor susceptibilidad a las infecciones. La inmunosupresión de los alcohólicos se debe a la influencia directa del alcohol sobre las células del sistema inmunológico, a deficiencias nutricionales secundarias, al estrés oxidativo o a la disfunción de los neutrófilos. Esto, asociado a conductas sexuales de riesgo, los hace más vulnerables al contagio de diversas infecciones, dentro de ellas, las de transmisión sexual como VIH/Sida y hepatitis B y C (Gálvez-Buccollini, *et al.*, 2009).

Sistema endocrino y metabólico: Como en los anteriores aparatos y sistemas, el consumo crónico de alcohol tiene un severo impacto en el sistema

endócrino y en el metabolismo (hipoglucemia, cetoacidosis e hiperlipidemia), en los que la sustancia puede generar los siguientes trastornos:

- a) Síndrome de Seudo-Cushing inducido por alcohol. Se debe a la estimulación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal por etanol y se caracteriza por obesidad, cara redonda (luna llena), cuello ancho (cuello de búfalo), acné y, en mujeres, hirsutismo y amenorrea.
- b) Hipogonadismo Masculino. El consumo excesivo de alcohol está asociado con esta enfermedad endocrinológica, tanto por la acción directa sobre los testículos que dejan de producir los espermatozoides y testosterona, como por el daño hepático que conduce a alteraciones en el metabolismo de las hormonas sexuales, provocando ginecomastia debido al aumento de la producción de estrógenos y pérdida de vello púbico; otros síntomas característicos son la disminución del deseo sexual, la impotencia para mantener la erección y, finalmente, la infertilidad.
- c) Síndrome Metabólico. Los principales síntomas son obesidad, caracterizada por gran cantidad de grasa abdominal (en hombres más de 101 cm. y en mujeres, mayor a 89 cm.); baja lipoproteína de alta densidad (HDL); triglicéridos elevados (nivel de grasa en sangre), hipertensión e hiperglucemia. Cabe señalar que las mujeres presentan hasta cinco veces más posibilidades de ser obesas en comparación con los hombres.
- d) Hipoglucemia Alcohólica. Se produce por la deficiente ingesta de alimentos y el consumo crónico de alcohol. La disminución de glucosa en la sangre se debe a una lenta liberación de la misma al torrente sanguíneo, aunque evoluciona en pocas horas; se manifiesta por visión borrosa, taquicardia, dolor de cabeza, diaforesis, nerviosismo, irritabilidad, temblores, cansancio, dificultad para concentrarse y, en ocasiones, puede llegar a la pérdida de la conciencia y convulsiones. Todos estos signos y síntomas se relacionan con los niveles de glucosa en sangre.
- e) Cetoacidosis Alcohólica. Es provocada por el ayuno prolongado, las altas concentraciones de ácidos grasos libres, las bajas concentraciones de insulina y las altas concentraciones de glucosa en la sangre (250-600 mg/dL); es común en alcohólicos crónicos que han suprimido la ingesta de etanol. Los afectados presentan desnutrición, vómitos, grave dolor abdominal, deshidratación, disminución del estado de conciencia, respiración jadeante y olor a manzana dulce. Este desequilibrio se presenta de manera posterior a las infecciones severas y su gravedad depende de la presencia de enfermedad hepática u otras complicaciones.

Aparato reproductor. En casi todos los hombres con alcoholismo crónico se observa impotencia, atrofia testicular, pérdida de libido, infertilidad, características sexuales secundarias masculinas reducidas y ginecomastia (como resultado de los elevados niveles de estrógenos).

En mujeres, el abuso de la sustancia puede disminuir el funcionamiento sexual, interferir con los procesos normales del estímulo sexual y bloquear la respuesta orgásmica; también favorece la pérdida de la menstruación, en ocasiones con anovulación, seguida de infertilidad (Borges, 1997; Berenzon, *et al.*, 2007; OPS, *op. cit.*), inflamación de la vagina, falta de lubricación e irritaciones genitales; adicionalmente se ha reportado la presencia de menopausia precoz.

Síndrome Alcohólico Fetal. Es la causa evitable más común de malformaciones fetales. Se identifica por un patrón de anormalidades físicas, funcionales y de desarrollo que sufre un niño como consecuencia del consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo. Dentro de las alteraciones más frecuentemente reportadas se encuentran:

- Retraso de crecimiento prenatal y postnatal
- Bajo peso al nacer
- Circunferencia pequeña de la cabeza (microcefalia)
- Anormalidades faciales que incluyen ojos de tamaño inferior al normal, mejillas aplanadas, el pliegue entre la nariz y la parte superior del labio está liso (surco nasolabial), labio y paladar hendido
- Coordinación deficiente del sistema locomotor
- Falla orgánica múltiple. Problemas de succión y de sueño, de la audición y de la vista; fallas cardíacas, de los riñones o de los huesos

Se aprecian trastornos del neurodesarrollo como:

- Retrasos en el habla y el lenguaje
- Dificultades de aprendizaje que incluyen disminución de memoria, incapacidad para entender conceptos como tiempo y dinero, mala comprensión del lenguaje o poca capacidad para resolver problemas
- Problemas de comportamiento que incluyen hiperactividad, fallas de atención, incapacidad de concentración, retraimiento social, testarudez, impulsividad, agresividad y ansiedad
- Discapacidad intelectual o coeficiente intelectual bajo
- Poca capacidad de socialización, como dificultad para entablar y mantener relaciones amistosas y para manejarse en grupo

Con frecuencia, cuando una persona tiene un trastorno del espectro alcohólico fetal presenta varios de estos problemas a la vez. Es importante mencionar que no hay un tratamiento específico para este síndrome, por lo que deberá orientarse hacia el tratamiento sintomático.

Cáncer: Algunos estudios han reportado que el alcoholismo puede contribuir al desarrollo de ciertos tipos de cáncer como los de la cavidad oral, faringe, esófago, colon, recto, hígado, laringe y mama. En un estudio publicado en el *International Journal of Cancer* (2006), el Dr. Paolo Boffetta de la International Agency for Research on Cancer (Lyon, Francia) señaló que en 2002, 60 por ciento de los hombres que murieron por cáncer asociado al alcoholismo desarrolló la enfermedad en el tracto digestivo superior; mientras que el 60 por ciento de las mujeres presentó cáncer de mama.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la comorbilidad psiquiátrica como “la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad”, y al referirse al tema de las adicciones, añade: “... uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias”, en este caso de alcohol.

Es difícil determinar cuál psicopatología se presentó primero: es posible que la enfermedad psiquiátrica haya sido el factor de riesgo que llevó al consumo de alcohol, pero también que el abuso de esta sustancia haya provocado el padecimiento, o bien, que ambos factores hayan coexistido independientemente, de tal suerte que su aparición puede ser simultánea o sucesiva y su asociación se puede dar por coincidencia.

La presencia de trastornos mentales entre alcohólicos es mayor que la encontrada en la población general (Landa y cols., 2006). De hecho, la comorbilidad asociada empieza a ser la regla, más que la excepción, así lo demuestran distintas investigaciones clínicas realizadas en los últimos 10 años, en las cuales se confirma la coexistencia de dos o más enfermedades mentales que se asocian con una mayor severidad en la dependencia al alcohol (Santis Barros, R., Torrens M., Pérez, J.L., Soriano, R., Tamayo, J., Torres, J.L.).

Estos estudios reportan que más de la mitad de los alcohólicos presentará por lo menos otro trastorno mental a lo largo de su vida. Otra variable importante a tomar en consideración es el género; la incidencia y la gravedad de los trastornos comórbidos es aún mayor en las mujeres alcohólicas, tal es el caso de la depresión, por lo que se deberá evaluar la posibilidad de la coexistencia de alcoholismo en una mujer que consulta al médico por un cuadro clínico de depresión.

En cuanto a la evolución de estos trastornos, es importante saber que la exposición temprana al alcohol, es decir, durante los primeros años de la adolescencia, puede cambiar de forma permanente el funcionamiento del cerebro, dando paso a la aparición de la enfermedad psiquiátrica asociada, con mayor frecuencia y severidad.

Dentro de las enfermedades psiquiátricas con mayor prevalencia se encuentran las siguientes:

- a) Trastornos del estado de ánimo: Estudios epidemiológicos en ambientes clínicos reportan la coexistencia de estas enfermedades con la dependencia al alcohol de forma frecuente. Se calcula que entre 30 y 40 por ciento de los pacientes cumple con los criterios para un trastorno depresivo mayor alguna vez en su vida. Dicha comorbilidad eleva el riesgo de suicidio y de consumir otras sustancias. También se reporta que más de 20 por ciento de los alcohólicos ha intentado suicidarse y alrededor de 15 por ciento lo logra (Cottencin, O., 2009). En este sentido, se reporta que la tasa de suicidio entre alcohólicos es seis veces superior a la de la población general (Manual APA, 2006); se calcula que entre cinco y siete por ciento de las muertes de los pacientes alcohólicos son por esta causa, cifra que debe encender nuestras alarmas, ya que los alcohólicos crónicos (sobre todo los hombres) constituyen un grupo de alto riesgo.

El alcohólico crónico se deprime porque el etanol actúa sobre el daño cerebral generado por los largos años de consumo severo y por otros déficits neurobiológicos que impiden que el sujeto module químicamente su estado de ánimo. Clínicamente se manifiesta por una gran tristeza, dolor, sufrimiento, vacío, desesperanza, pérdida del sentido de su vida, de la energía y del interés para llevar a cabo las actividades cotidianas, síntomas que se arrastran por meses, quizá años, dando como resultado la ideación y conducta suicida.

Por otra parte, la presencia frecuente de episodios de intoxicación o abstinencia fomentan el desequilibrio químico neuronal, lo que inhibe (deprime) aún más al SNC y crea un círculo vicioso que únicamente se podrá romper cuando el sujeto acuda a tratamiento de desintoxicación médica dentro de una unidad hospitalaria que pueda brindarle apoyo profesional.

Otra de las enfermedades comórbiles que se encuentran dentro de esta clasificación es el trastorno bipolar, diversas investigaciones muestran que 50 por ciento de los pacientes con este padecimiento consume alcohol (Goldstein, B.I., Diamantouros, A., Schaffer, A. y Naranjo, C.A., 2006). La prevalen-

cia mayormente reportada es para los episodios de manía, pues se piensa que estas personas emplean el alcohol para potenciar la euforia maniaca.

- b) Trastornos de ansiedad: La coexistencia reportada de estos trastornos en alcohólicos es del 25-50 por ciento (Kaplan y Cols., 1999), y a la inversa, de 20-45 por ciento de los pacientes diagnosticados de forma primaria con este trastorno consumen alcohol (Mann, K.F., 2003). La existencia de sintomatología ansiosa multiplica por cuatro el riesgo de consumo del alcohol respecto a la población general, lo que la convierte en un factor de vulnerabilidad (Alegría y cols., 2010), pues la bebida suele ser utilizada como una forma de automedicación.

Los trastornos de ansiedad secundarios al alcoholismo se diagnostican cuando se considera que los síntomas ansiosos están relacionados con los efectos fisiológicos directos del alcohol. El cuadro clínico se caracteriza por la existencia de estados de ansiedad paroxísticos –relacionados tanto con la ingesta como con la intoxicación– parecidos a las crisis de angustia. (Casas y Guardia, *op.cit.*; Santo-Domingo y Rubio, *op. cit.*; Martín, *op. cit.*).

El insomnio es un síntoma que habitualmente acompaña tanto a los trastornos del estado de ánimo como a la ansiedad, se vincula con la severidad y cantidad de alcohol consumido de forma cotidiana. Durante la abstinencia se aumenta el riesgo de presentar alteraciones en la respiración, movimientos periódicos de los miembros y alucinaciones durante el sueño.

- c) Trastornos de personalidad: Influyen en la patogénesis, la evolución clínica y la respuesta al tratamiento del alcoholismo. Por ello, es importante hacer un diagnóstico preciso de la personalidad del paciente (Grant y cols., 2004a y 2004b). La prevalencia de los trastornos de personalidad es del cuatro por ciento en la población general y, dentro de este porcentaje, más de 65 por ciento presenta algún trastorno por abuso o dependencia de drogas; específicamente para alcohólicos, la prevalencia es del 15-25 por ciento (Giner-Ubago, Cols., 2007). En un intento por caracterizar una “personalidad alcohólica” nítida, se ha concedido especial importancia a rasgos como la impulsividad, la desinhibición, la baja tolerancia al estrés y a la frustración, la fatiga física y mental, la afectividad negativa y la resistencia a cambiar hábitos desadaptativos, todos ellos elementos que frecuentemente se presentan en quienes abusan del alcohol. Estas características han sido retomadas por diversos estudios clínicos, en los cuales se ha reportado la alta frecuencia con la que se diagnostica el trastorno antisocial

de la personalidad y el trastorno límite, padecimiento, este último, que afecta especialmente a los varones que abusan del alcohol.

En un estudio realizado por Bravo de Medina y cols. (2008) en ambientes clínicos, se encontró que los hombres (65% de la muestra total) presentaron más trastornos de personalidad (TP) que las mujeres, particularmente los de tipo paranoide, narcisista y antisocial; mientras que en ellas (41.8%) prevalecieron los tipos obsesivo-compulsivo, dependiente e histriónico.

El diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), asociado con un problema de conducta en la infancia o en la adolescencia, dobla el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad y, por ende, de abusar del alcohol en la vida adulta.

Se debe tener en cuenta que la presencia de trastornos de la personalidad se asocia con una mayor y más temprana probabilidad de abandono del tratamiento.

- d) Esquizofrenia y otras psicosis: La esquizofrenia incrementa 10 veces la prevalencia del consumo de alcohol, en comparación con las personas no esquizofrénicas; esta enfermedad se diagnostica en el 3-4 por ciento de los sujetos con dependencia al alcohol.

Es muy importante tener en cuenta que en los pacientes esquizofrénicos, las pequeñas cantidades de alcohol producen un mayor efecto, potenciando la sintomatología negativa, y aumentando los déficits cognitivos observados y la probabilidad de depresión comórbida, lo que repercute en un mayor número de recaídas si estas enfermedades no son tratadas al mismo tiempo que la dependencia.

Dentro de otras psicosis se puede mencionar la celotipia alcohólica, enfermedad que se caracteriza por la aparición de sentimientos de celos que van desde sospechas transitorias respecto a la fidelidad de la pareja durante la intoxicación, hasta la firme convicción –que persiste durante la abstinencia– de un engaño. Esta sintomatología tiene una gran repercusión social, ya que es uno de los factores asociados con la violencia de género, pues el hombre reacciona ante sus celos y puede acompañar las acusaciones de infidelidad con insultos y violencia física.

- e) Consumo y dependencia a otras drogas: Es frecuente encontrar el consumo concomitante de otras drogas; estudios clínicos hacen mención de la probabilidad, hasta cinco veces mayor, de asociar la ingesta de alcohol con el uso de otras sustancias, como tabaco, cocaína, opiáceos

y benzodiacepinas. Cuando el abuso de alcohol y cocaína son simultáneos, aumenta la probabilidad de presentar síntomas depresivos que pueden ser muy intensos y precipitar el suicidio. Además, el consumo de otras drogas precipita la recaída con mayor frecuencia, situación que deberá ser tomada en cuenta en la elaboración de un plan terapéutico que contemple la atención de todas las dependencias.

El riesgo de presentar alcoholismo es 23 veces mayor en los ludópatas (adictos al juego) que en la población en general; debido a que éste puede producir un deterioro en la inhibición de respuestas inapropiadas, la capacidad de razonamiento y la asunción de riesgos, lo que aumenta la probabilidad de apostar y seguir jugando sin importar el dinero. Esta conducta tiene mayor prevalencia en hombres que en mujeres.

CONCLUSIONES

La alta prevalencia de trastornos mentales comórbidos al consumo de alcohol dificulta el reconocimiento, el diagnóstico y la atención del paciente que lo padece. Por otra parte, la presencia de un mayor número de complicaciones médicas, sociales e interpersonales hacen que esta condición clínica severa requiera de atención altamente especializada, como el medio hospitalario, donde se debe evaluar de forma integral al alcohólico para llevar a cabo la desintoxicación y el control de la abstinencia, al mismo tiempo que se medica y controla la comorbilidad psiquiátrica encontrada durante el diagnóstico. Es de suma importancia contar con programas específicos de intervención, aplicados por un grupo multidisciplinario de profesionales, para asegurar la adherencia al tratamiento y evitar, en la medida de lo posible, las recaídas y otras complicaciones como el suicidio.

GLOSARIO

Alucinación: Percepción que, aunque no corresponde a ningún estímulo físico externo, la persona siente como real.

Amenorrea: Falta de menstruación.

Arritmia: Ritmo o frecuencia anormal de la contracción del corazón, habitualmente desacompañada o irregular.

Atrofia: Disminución importante del tamaño de la célula y del órgano del que forma parte, debido a la pérdida de masa celular.

Delirio: Alteración mental de la percepción en la cual se produce excitación, desorden de las ideas y alucinaciones.

Diaforesis: Sudoración profusa.

Diplopía: Visión doble de los objetos por falta de coordinación de los músculos oculares motores.

Disnea: Dificultad para respirar.

Edema: Acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, así como en las cavidades del organismo.

Encefalopatía: Anormalidad neuropsiquiátrica causada por toxicidad del cerebro y del sistema nervioso.

Esquizofrenia: Enfermedad mental que produce trastornos de la personalidad, delirios y alucinaciones.

Hirsutismo: Crecimiento excesivo de vello en mujeres en zonas como labio superior, patillas, barbilla, cuello, areolas mamarias, tórax, en área inmediatamente superior o inferior al ombligo, así como en ingles, muslos y espalda. **Isquemia:** Sufrimiento celular causado por la disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo.

Labio o paladar hendido: Alteración congénita originada en las estructuras que forman la boca y el paladar, dando como resultado una separación en el paladar o en el labio por la falta de fusión de las estructuras durante el desarrollo intrauterino.

Meteorismo: Producción de gases intestinales.

Neurotoxicidad: Capacidad de destruir o lesionar al sistema nervioso.

Nicturia: Aumento en la frecuencia o cantidad de orina durante la noche.

Nistagmos: Movimiento rítmico involuntario de los ojos.

Oliguria: Producción reducida de orina.

Patogénesis: Origen y forma de desarrollo de una enfermedad.

Poliuria: Aumento de producción de orina.

Zoopsias: Alucinaciones terroríficas sobre animales amenazantes.

REFERENCIAS

- Alegría, A.A., Hasin, D.S., Nunes, E.V., Liu, S.M., Davies, C., Grant, B.F., *et al.* (2010) "Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder and Substance Use Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions" en *J Clin Psychiatry*. 71: 1187-95.
- Berenzon, G.S., Romero, M.M., Tiburcio, S., Medina-Mora, M.E., Rojas, G.E. (2007). "Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México" en *Salud Mental*. Vol. 30. Núm. 1. Enero-febrero. Pp. 31-38.
- Casas, M., Guardia, J. (2002). "Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo" en *Adicciones*. 14 (Supl. 2): 195-219.
- Centros de Integración Juvenil (2005) *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. Segunda parte: Alcohol etílico*. México. CIJ. Dirección de Tratamiento. Documento de circulación interna.
- Cottencin, O. (2009). "Severe Depression and Addictions" en *Encephale*. 35 (Supl. 7): S265- 8.
- Fan, A.Z., Russell, M., Naimi, T., *et al.* (2008). "Patterns of Alcohol Consumption and the Metabolic Syndrome" en *J Clin Endocrinol Metab*. Octubre; 93(10):3833-8.
- Gálvez-Buccollini, Paz-Soldan, V., Herrera, P., De Lea, S., Gilman, R.H. y Anthony, C.J. (2009). "Vínculos entre las expectativas sexuales asociadas con el consumo de alcohol, el alcoholismo episódico intenso y el riesgo sexual, en jóvenes varones en una barriada de Lima, Perú" en *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*. Número especial de 2009. Pp.15-20.
- Giner-Ubago, J., Franco-Fernández, M.D. (2007). "Problemas relacionados con el alcohol" en Vázquez-Barquero, J.L. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid. Aula Médica. Pp. 436-438.
- Goldstein, B.I., Diamantouros, A., Schaffer, A. y Naranjo, C.A. (2006). "Elevada comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y por consumo de alcohol. Pharmacotherapy of Alcoholism in Patients with Co-Morbid Psychiatric Disorders" en *Drugs*. 66(9):1229- 1237.
- Ikehara, S., Iso, H., Toyoshima, H., *et al.* (2008). "Alcohol Consumption and Mortality from Stroke and Coronary Heart Disease Among Japanese Men and Women: the Japan Collaborative Cohort Study" en *Stroke*. 39: 2936-2942.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1999). "Trastornos relacionados con el alcohol" en Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (eds). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. Madrid. Panamericana. Pp. 446-458.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, López-Goñi, J., Lorea, I. (2006). "Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo" en *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 6 (2). Pp. 253-269
- Mann, K.F. (2003) "Alcohol y trastornos psiquiátricos y físicos" en Gelder, M.G., López-Ibor, J.J., Andreasen, N. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona. Ars Medica. Pp. 583- 584.

- Narro-Robles, M.C. y Gutiérrez, A.H. (1997). "Correlación ecológica entre el consumo de bebidas ecológicas y mortalidad por cirrosis hepática en México" en *Salud Pública de México*. Mayo-junio. Año/vol. 39. Núm. 003. Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 217-220.
- Romero-Mohedano, C., Espárrago-Llorca, G., Carrión-Expósito, L. (2011). "Comorbilidad psiquiátrica en la dependencia alcohólica (II): Alucinosis alcohólica, celotipia y otros trastornos" en *Revista Adicción y Ciencia*. Vol.1. Núm. 3. Recuperado de <http://www.adiccionyciencia.info/romero.html>
- Santis Barros, R. y Casas, M. (2000) *Diagnóstico Dual*. Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Adicciones. Departamento de Psiquiatría. Pp. 1-34
- SSA, CENAVECE EPIDEMIOLOGÍA (2008). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones*.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSA) (2002). *Report to Congress on the Prevention and Treatment of Co-occurring Substance Abuse Disorders and Mental Disorders*. Rockville, MD. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Department of Health and Human Services.

CONSECUENCIAS SOCIALES

Laura Margarita León León
Miriam López Domínguez
Sandra Ortiz Ávila
Juan Arturo Sabines Torres

El abuso del alcohol es un problema de salud pública que a nivel mundial genera costos humanos y económicos de gran magnitud; el uso de esta sustancia causa numerosos trastornos en la vida cotidiana de los bebedores y de sus familias, y afecta gravemente la convivencia comunitaria.

De acuerdo con la OMS, en 2004 había alrededor de dos billones de personas en el mundo que consumían bebidas alcohólicas y 76.3 millones padecían algún trastorno relacionado con el alcoholismo. Cada año, el uso nocivo de esta bebida causa 2.5 millones de decesos, incluidos 320 mil jóvenes de entre 15 y 29 años de edad. Este hábito es uno de los principales factores de riesgo de muerte, pues se estima que tan sólo en 2004 ocasionó casi cuatro por ciento de las defunciones en el mundo. Por ello, esta organización internacional ha recomendado que en las políticas públicas de todos los países se incluyan medidas relacionadas con la respuesta de los servicios de salud, la acción comunitaria, las políticas de fijación de precios y la reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito.

El consumo nocivo de esta sustancia se encuentra entre las principales causas de enfermedades, lesiones, violencia, conflictos sociales y muertes prematuras, por lo que repercute gravemente en el bienestar humano y contribuye a las desigualdades sociales y sanitarias.

Los problemas causados por alcohol se pueden clasificar por su naturaleza (física, mental o social); por los efectos que provocan en el bebedor, su familia o la colectividad en general; y por las consecuencias en las funciones y el control del bebedor que, a su vez, pueden desembocar en actos violentos, accidentes, etcétera (OMS, 1980).

La ingesta de bebidas alcohólicas en las reuniones sociales es frecuente en muchos lugares del mundo; sin embargo, pocas veces los usuarios consideran las consecuencias negativas que genera, mismas que están relacionadas con las propiedades tóxicas y la dependencia que puede producir su abuso.

Los trastornos duraderos en las funciones y el control del individuo, provocados por el consumo prolongado y copioso de bebidas alcohólicas, ocasio-

nan accidentes y disminuyen la capacidad laboral; problemas que se agudizan por la pérdida de amigos, familia, estimación personal, medios de sustento y libertad. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2008) “para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol, mayor es el riesgo. Los daños causados a terceras personas abarcan desde molestias sociales menores, hasta consecuencias más severas, como el deterioro de las relaciones matrimoniales, abuso de menores, violencia, delitos e incluso homicidios”.

“Los efectos dañinos del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas en los planos individual, familiar y social, son evidentes. Los problemas en la economía familiar se suman a los ocasionados por la violencia, la disminución de la productividad y de la prosperidad individual y social, así como por el sufrimiento moral del propio bebedor y de terceras personas” (SSA, 2001).

El uso de esta sustancia también parece asociarse con un incremento del riesgo de suicidio; las pérdidas sociales recientes, la depresión y los rasgos de personalidad son factores que pueden contribuir a generar comportamientos suicidas (Mondragón, *et al.*, 1998). Los trastornos de ansiedad son frecuentes entre los consumidores crónicos de alcohol. Dicho cuadro se caracteriza por la existencia de estados de ansiedad paroxísticos parecidos a las crisis de angustia, que se relacionan tanto con la ingesta como con la intoxicación (Casas y Guardia, *op. cit.*; Santo-Domingo y Rubio, *op. cit.*; Martín, *op. cit.*).

Ante este panorama, las consecuencias sociales asociadas con el consumo excesivo de bebidas embriagantes se relacionan con el surgimiento de problemas laborales, académicos, económicos y emocionales que pueden arruinar la vida del bebedor, así como devastar a su familia y desgarrar la urdimbre de la comunidad. El uso nocivo del alcohol tiene efectos tanto inmediatos como a largo plazo que afectan todas las esferas de la vida social, incluida la seguridad personal por su asociación con la violencia. Además, tiene efectos tóxicos que dañan potencialmente a todos los órganos y sistemas del cuerpo.

ACCIDENTES

El abuso del alcohol representa una de las principales causas de muerte, enfermedades y accidentes evitables en muchos países del mundo; entre 70 y 80 por ciento de los incidentes provocados por el alcohol (accidentes, riñas, ausentismo y delitos) son obra de bebedores moderados o que beben muy poco. Por otra parte, el patrón de consumo muestra que la ingesta en grandes cantidades por ocasiones especiales, aumenta la posibilidad de dependencia y daño a la salud, puesto que se relaciona con nueve por ciento de las causas de mortalidad general, principalmente por accidentes, cirrosis hepática y violencia intrafamiliar.

Existen pruebas irrefutables de que la intoxicación alcohólica es factor causal de accidentes violentos en situaciones que implican algún grado de conflicto social. En las revisiones de la bibliografía internacional sobre la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el etanol se han identificado al menos 61 tipos diferentes de accidentes, enfermedades o muertes que son potencialmente causados por la ingesta (OPS, 2000).

El uso de bebidas embriagantes, aún en cantidades relativamente pequeñas, aumenta el riesgo de sufrir accidentes, tanto para los conductores de vehículos motorizados como para los peatones que en muchas ocasiones se ven involucrados en un percance. El consumo excesivo de alcohol no sólo perjudica procesos esenciales para la utilización segura de la vía pública, como la visión y los reflejos, también se relaciona con la reducción del discernimiento y, por lo tanto, con otros comportamientos de alto riesgo, como el exceso de velocidad y la falta de uso del cinturón de seguridad.

La OMS (2011) estima que “los traumatismos causados por el tránsito provocan la muerte de unos 700 jóvenes cada día”. Durante 2004 señaló que 50 por ciento de la morbi-mortalidad vinculada con accidentes de tránsito está asociado con el consumo de alcohol, pues deteriora marcadamente la función psicomotora y la capacidad para conducir con seguridad. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que un conductor que bebe antes de manejar tiene 17 veces más riesgo de tener un choque fatal.

Se calcula que entre 30 y 50 por ciento de los accidentes con víctimas fatales y de 15 a 35 por ciento de los accidentes causantes de lesiones graves pueden estar relacionados con el uso de alcohol (Medina-Mora, *et al.*, 1993; INSP, s. f.). Los datos también indican que 23 por ciento de las muertes por este tipo de accidentes se da en sujetos de entre 15 y 24 años de edad (SSA, INEGI, 2003; CONADIC, s. f.). Asimismo, se ha encontrado que 24.1 por ciento de los hombres y 5.6 por ciento de las mujeres que bebieron diariamente o casi diario estuvieron involucrados en un percance automovilístico (Medina-Mora, *et al.*, 2001).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2008), conducir en estado de ebriedad aumenta el riesgo de tener un accidente, así como las probabilidades de que éste ocasione la muerte o traumatismos graves; esta posibilidad se incrementa considerablemente cuando la alcoholemia pasa de los 0.004 g/dl. Según datos de Casanova, Borges, et al. (2001), 14.6 por ciento de los lesionados en estos accidentes había consumido alcohol en las seis horas previas, por lo que el uso de bebidas etílicas puede ser considerado como el principal factor asociado con accidentes de tráfico. De la misma manera, se ha observado que 25 por ciento de los hombres y seis por ciento de las

mujeres involucrados en accidentes no fatales bebieron en las seis horas anteriores al ingreso a servicio de urgencias. Además, la probabilidad de sufrir un accidente se incrementa 3.97 veces si se ingiere alcohol; el riesgo es mayor en las dos horas siguientes al consumo y aumenta de acuerdo con el número de copas ingeridas.

De acuerdo con cifras del INEGI, del 2004 al 2008, el alcohol provocó aproximadamente cuatro millones de accidentes. Por otra parte, datos del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) indican que en 2008 ocurrieron 24 mil 129 decesos por percances de tránsito y que los jóvenes de entre 15 y los 29 años de edad representaron el 47.6 por ciento del total de las muertes.

Los Accidentes de Tráfico de Vehículo de Motor (ATVM) constituyen un creciente problema de salud pública para nuestro país. El Sistema Nacional de Información en Salud indica que los ATVM figuran entre las 10 primeras causas de muerte en población masculina, con una tasa cercana a 16 defunciones por cada 100 mil habitantes; también en el caso de los hombres, en 2006, los accidentes de transporte alcanzaron una tasa de 23.9 muertes por cada 100 mil habitantes, mientras que los de vehículo de motor ocupan el primer lugar como causa de muerte en la población de 15 a 29 años de edad, con 15 por ciento de los decesos (SSA, SINAIS, s. f.; Cervantes, 2008; SSA, OPS, 2007).

En conjunto, los ATVM son responsables del 3.3 por ciento de la mortalidad total anual. Según datos del Centro Nacional para la Prevención de Accidentes (CENAPRA), cada año 2 millones de adolescentes sufren lesiones por dichos eventos. Además, los accidentes de tránsito son un problema de salud porque requieren más tiempo de atención hospitalaria por paciente (5.2 días); asimismo, 60 por ciento de los lesionados son hombres, aunque se registra un incremento en el número de mujeres.

Datos del Servicio Médico Forense señalan que 33.3 por ciento de las muertes por percances vehiculares se vincula con la ingesta de alcohol (CONADIC, s. f.). En particular, se reporta que 46.2 por ciento de las personas fallecidas por accidentes de tránsito en 2008 tenía intoxicación alcohólica (n=234); de éstas, 33.8 por ciento tenía entre 20 y 30 años de edad, y 53.8 por ciento presentó signos de intoxicación severa, grave y muy grave. (TSJDF, CJDF, 2009). De manera similar, 22.3 por ciento de muertes no naturales asociadas con el uso de alcohol, reportadas por el Servicio Médico Forense al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, correspondió a accidentes de tránsito (SSA, DGAE, 2008).

Las estrategias de prevención de accidentes y violencia son especialmente necesarias y es recomendable que incluyan:

- Programas de movilización comunitaria para crear conciencia entre la población acerca de los riesgos asociados con el consumo de sustancias y la conducción de automóviles.
- Revisión y modificación de los reglamentos de policía y tránsito para determinar los niveles de alcohol en la sangre permitidos para conducir vehículos; autorizar que los cuerpos de policía soliciten pruebas de niveles de alcohol en sangre a través de dispositivos de aliento, así como la imposición de sanciones en caso de que el resultado sea positivo, con énfasis en la consistencia de su aplicación más que en su severidad.
- Modificar los permisos de uso de suelo y las licencias a establecimientos que expenden bebidas con alcohol, a efecto de evitar tanto el ingreso de menores de edad como las prácticas comerciales que favorezcan la intoxicación.
- La capacitación de proveedores de servicios para que sean capaces de identificar signos de intoxicación y prevenir que sus clientes lleguen a este estado.
- Desarrollar programas orientados a modificar las prácticas sociales que legitiman el uso de la violencia, especialmente aquella asociada con el alcohol (Medina, Natera, Borges, s.f).

Para disminuir los accidentes en el Distrito Federal, en 2003 la Secretaría de Seguridad Pública local puso en marcha el programa “Conduce sin Alcohol”, cuyo objetivo principal es salvar vidas, prevenir accidentes y preservar el bienestar tanto de los habitantes como de los visitantes. La medida ha logrado reducir el índice de accidentes mortales casi 30 por ciento.

La prevención debe recibir más apoyo en todos los niveles, sobre todo aquella orientada a desarrollar habilidades sociales que fortalezcan los factores protectores entre la población a fin de promover estilos de vida saludables, libres del consumo de alcohol y otras drogas.

CONTEXTO LABORAL

Como resultado de los procesos económicos mundiales de las últimas décadas, las dinámicas actuales en los procesos de producción y las relaciones laborales de las empresas e instituciones se enfrentan a cambios trascendentales que exigen una mayor competitividad. En la actualidad, los trabajadores se enfrentan a un panorama de escasez de empleos, salarios bajos y, por si fuera poco, una alta exigencia de personal cada vez más calificado. Esta situación aumenta el riesgo y la vulnerabilidad para el inicio del consumo o el abuso de tabaco, alcohol y otras drogas.

Ubicar las causas del uso de alcohol en el contexto laboral implica considerar, además de lo anteriormente expuesto, una amplia gama de factores culturales, sociales, ambientales y familiares. En cualquiera de los casos es un hecho que los costos laborales a partir del abuso y la dependencia de alcohol son elevados, tanto para los trabajadores que tienen este problema, como para las empresas e instituciones, pues deterioran la calidad laboral.

La OMS define la calidad de vida como “la percepción del individuo acerca de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses” (1998). Es un concepto amplio que incluye en una relación compleja a la salud física, el estado psicológico, los niveles de independencia, las relaciones sociales y las creencias personales, así como la interacción con las características del ambiente y el lugar en el que se desenvuelve cada persona.

La gravedad del consumo de alcohol y otras drogas en el contexto laboral ha sido reconocida desde hace tiempo por organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OMS. En el contexto nacional, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) ha unido esfuerzos con diversas Organizaciones No Gubernamentales, del sector salud y empresarial para implementar acciones que permitan la atención integral de esta problemática que se traduce en ausentismo laboral, baja productividad y malas relaciones en los centros de trabajo, así como violencia y desintegración familiar.

Durante el Foro Nacional “Situación actual y retos para enfrentar las adicciones en el ámbito laboral”, celebrado en 2009, el secretario del Trabajo y Previsión Social destacó que “según el Informe Mundial de las Drogas 2008, cerca del cinco por ciento de la población mundial es dependiente de alguna droga, y entre 12 y 15 por ciento de los adultos consume bebidas alcohólicas en proporciones peligrosas; 70 por ciento de los consumidores de alcohol y drogas tiene un empleo y se calcula que el rendimiento laboral decrece 30 por ciento precisamente a causa de las adicciones.”

Otros datos importantes de la OIT revelan que entre 70 y 80 por ciento de los incidentes laborales (riñas, accidentes, ausentismo y delitos) está relacionado con bebedores moderados o personas que ingieren poco alcohol (OIT, 1998), mientras que 10 por ciento se relaciona con intoxicación alcohólica aguda. Además, el número de accidentes de trabajo entre personas que han consumido alcohol es entre dos y tres veces mayor que los que padecen los demás trabajadores (STPS, 2009). Asimismo, las bajas laborales y el ausentismo se llegan a triplicar y la frecuencia de interrupciones en el trabajo es 1.4 veces mayor en comparación con los demás empleados (OIT, 2006). Por otra parte, la OPS (2007) destaca que 83.3 por ciento de las enfermedades relacio-

nadas con la ingesta de alcohol afecta a los hombres, y que 77.4 por ciento corresponde a la población de entre 15 y 44 años de edad, lo que muestra que estos padecimientos afectan principalmente a jóvenes y adultos económicamente activos.¹

Al analizar la información de los adultos (de 18 a 65 años de edad) que proporcionó la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 se encontró que hay una proporción más alta de usuarios de cualquier droga alguna vez en la vida en los que trabajan (8.1 por ciento), en comparación con los que no lo hacen (4.2 por ciento), y lo mismo sucede en el consumo de cualquier droga en el último año (1.9 y 1.2 por ciento, respectivamente), y en el último mes (1.4 y menos del uno por ciento, respectivamente).

Datos del Instituto Nacional de Psiquiatría señalan que la prevalencia del consumo de cualquier tipo de droga alguna vez en la vida para las personas que indicaron tener trabajo es de 8 por ciento, en contraste con el 11.7 por ciento de los que no trabajaron; asimismo, para el último año la prevalencia es de 1.9 por ciento y para el último mes de 1.3 por ciento, entre quienes cuentan con un empleo, mientras que los desempleados tienen proporciones más elevadas, 4.3 y 2.8 por ciento, respectivamente (Gráfica 1); la diferencia entre estos dos grupos es significativa (INP, s. f.).



¹ La Población Económicamente Activa (PEA) de un país es la cantidad de personas que se han incorporado al mercado de trabajo, es decir que tienen un empleo remunerado, o bien que están en búsqueda de uno. La PEA es distinta a la Población en Edad Económicamente Activa (PEEA) que ubica –de acuerdo al marco legal de cada país– la edad mínima de las personas para incorporarse al mundo laboral. En el caso de México, según la Ley Federal del Trabajo, la edad mínima para incorporarse al mundo laboral es de 14 años, siempre y cuando los menores cuenten previamente con la autorización de sus padres.

así prioridad a la operación de las acciones y estrategias que permitan a los centros de trabajo contar con una detección temprana del consumo de alcohol entre los empleados, para su derivación a tratamiento y su incorporación a acciones preventivas en el nivel de información y orientación acerca de los riesgos y daños que ocasiona el uso de drogas en el ámbito laboral.

Al referir el tipo de riesgos a los que se enfrentan los individuos en el contexto laboral, es necesario puntualizar que éstos no se limitan a los accidentes de trabajo o a las enfermedades profesionales, en este concepto se ubican también aquellos trastornos de salud que, pese a no ser originados exclusivamente por el trabajo, se ven influidos por las condiciones laborales de forma significativa.

El impacto a la salud puede vincularse con diversos factores internos y externos que deterioran el clima laboral: excesivo ruido de las máquinas; herramientas o sustancias que se emplean en la actividad; estado físico de las instalaciones; políticas, reglamentos y relaciones personales con los compañeros de trabajo.

Otro tipo de factores de riesgo son aquellos elementos que se encuentran presentes en las condiciones laborales y pueden producir una disminución del nivel de salud. Estos factores están presentes en el medio ambiente físico de trabajo (temperatura, ventilación, humedad, etcétera), se dan por la presencia de sustancias químicas y biológicas, por la organización y por la carga física de la tarea.

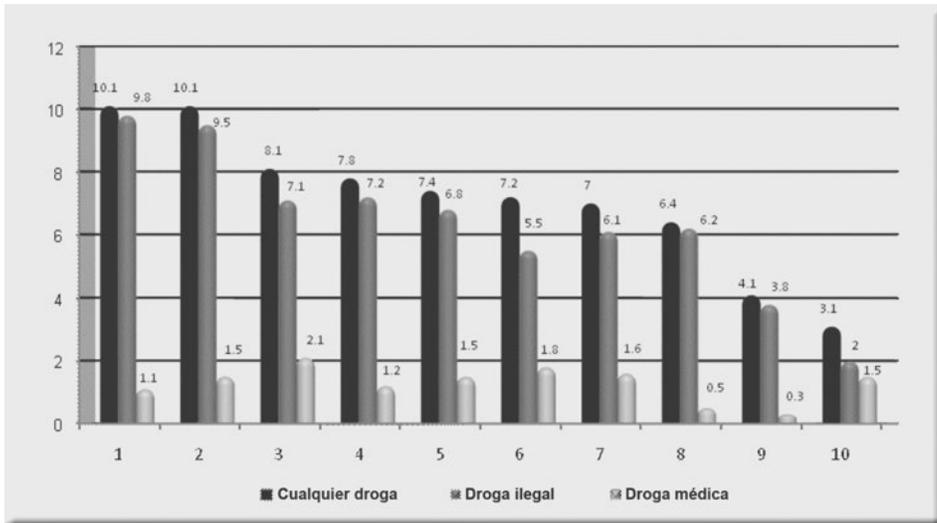
Estudios de la OIT señalan que en el lugar de trabajo el abuso de sustancias contribuye a causar accidentes, ausentismo, problemas de salud, robos, baja de la productividad y pérdida de empleos. Las principales problemáticas que se generan a partir del consumo de alcohol son:

- Aumento del riesgo y la tasa de accidentes de trabajo.
- Incremento de las incapacidades médicas. El ausentismo es dos o tres veces mayor entre quienes abusan de las drogas y el alcohol que entre los demás empleados.
- Conducta arriesgada o inadecuada por la falsa seguridad que provoca desinhibición.
- Presencia de otras enfermedades o dificultades de salud. Los empleados que tienen problemas relacionados con el consumo de drogas y alcohol requieren tres veces más erogaciones por enfermedad y presentan cinco veces más solicitudes de indemnización.
- Disminución y deterioro del rendimiento laboral.
- Deterioro del clima laboral y problemas de relaciones interpersonales.
- Fallas o errores por decisiones impulsivas o por alteración de las destrezas psicomotoras.

- Falta de compromiso con la empresa.
- Conducta antisocial.

Según estadísticas de la OIT, los hombres registran una mayor incidencia del consumo de alcohol en el puesto de trabajo; las cifras más altas se presentan en los sectores de las recreaciones, los espectáculos y la construcción. En las mujeres, los índices más elevados se encuentran en la agricultura, la silvicultura y la pesca. La institución también señala que el consumo de alcohol es elevado entre los juristas, el personal doméstico, los directores de empresas, el personal de las fuerzas armadas e incluso entre los funcionarios de policía y obreros ocupados en cadenas de fabricación masiva.

Al analizar a la población que trabajó en el último mes, la ENA 2008 encontró que las cifras más elevadas de consumo de cualquier tipo de droga alguna vez en la vida la obtuvieron los profesionistas (8.1 por ciento), seguidos por los propietarios de un pequeño comercio (7.8 por ciento); los empleados de bancos, oficinas, establecimientos y dependencias gubernamentales (7.4 por ciento); directores o propietarios de empresas o negocios (7.2 por ciento); subempleados (7 por ciento); agricultores (6.4 por ciento); campesinos (4.1 por ciento) y los maestros de primarias, secundarias y preparatorias (3.1 por ciento), tal como se puede observar en la Gráfica 3 y el Cuadro 1.



Gráfica 3. Prevalencia del consumo de drogas en población adulta trabajadora por tipo de ocupación.⁴

⁴ INPRFM

El consumo de alcohol en el contexto laboral es una problemática que requiere de esfuerzos decididos y duraderos por parte de todos los sectores, así como del diseño e implementación de políticas públicas que promuevan la colaboración conjunta de los organismos e instituciones públicas y privadas. Las acciones, estrategias y leyes que se establezcan, apliquen o refuercen permitirán establecer intervenciones eficaces y basadas en la evidencia científica que ayuden a reducir las pérdidas de productividad, la enfermedad y el deterioro de la calidad de vida de los trabajadores.

COSTOS ECONÓMICOS

El consumo de alcohol supone un costo económico y social de amplio espectro, los escasos cálculos internacionales que se han llevado a cabo hasta el momento reflejan la importancia de estos gastos para la sociedad. Algunos cálculos macroeconómicos de los trastornos relacionados con el abuso del alcohol estiman que los costos de esta conducta se sitúan en torno al 2-5 por ciento del PIB, una cifra muy importante que se justifica por las repercusiones de la ingesta desmedida de la sustancia (López, s/f). Para evaluar estas derogaciones, se realizaron las siguientes diferenciaciones:

- Costos directos (gastos médicos centrales): instituciones especializadas (33 por ciento); hospitalizaciones cortas (44 por ciento); enfermeras domiciliarias (10 por ciento); apoyo y otros (13 por ciento). 10.5 mil millones de dólares.
- Costos indirectos: morbilidad (52 por ciento) y mortalidad (48 por ciento). 70.3 mil millones de dólares.
- Otros costos: criminalidad (36 por ciento); víctimas de la criminalidad (3 por ciento); reclusión carcelaria (30 por ciento); choques de vehículos motorizados (24 por ciento); destrucción por incendios (4 por ciento); y administración de la red de seguridad social (1 por ciento). 15.8 mil millones de dólares.
- Síndrome alcohólico fetal. 2.1 mil millones de dólares.

Otros estudios sobre la cuantificación del daño social derivado del consumo de alcohol consideran el costo indirecto de la mortalidad prematura, que implica un cálculo de la pérdida para la futura economía de lo que habrían producido las personas que fallecieron por el consumo nocivo de alcohol. Si se cuenta este costo indirecto como costo sanitario, en consideración con los costos directos como el ausentismo, el desempleo, los daños derivados de la delincuencia, los accidentes de tránsito, y la prestación de servicios de salud,

judiciales y sociales a los afectados por un problema atribuible al alcohol, los costos de los daños sociales superan a los sanitarios. Y considerando solamente los gastos para el erario público (policía, bomberos y servicios sociales atribuibles al alcohol), a menudo superan con creces los costos de los servicios de salud.

Las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas incluyen también costos intangibles, entre ellos el dolor y el sufrimiento que padece una familia en la que hay un bebedor, y aquéllos derivados de los delitos o la violencia relacionados con el alcohol. Bajo este contexto, las pérdidas económicas a nivel mundial provocadas por esta causa están presentes en todos los sectores: social, económico y laboral. Además, los altos costos para los sistemas de salud, bienestar social y justicia penal, y los derivados de la pérdida de productividad y disminución del desarrollo. A esto se ha de sumar el costo económico de la patología de dependencia, en el que se incluye el tratamiento, la prevención, la investigación, las medidas de aplicación de la legislación pertinente y la pérdida de productividad, no sólo en relación con el consumo abusivo de alcohol sino de otras sustancias como las drogas ilícitas (OIT, 1998).

Por ejemplo, para España, en el 2001 el costo atribuible al consumo excesivo de alcohol ascendió a más de 3 mil 833 millones de euros, destinados principalmente a la atención médica y farmacológica de la enfermedad y a las pérdidas de productividad laboral como consecuencia del ausentismo y la reducción de la eficiencia, principalmente. Además, el alcoholismo fue responsable, a lo largo de 2001, de más de 12 mil muertes y casi 115 mil accidentes laborales (López, *op. cit.*).

La región de las Américas cuenta con varios países productores de bebidas alcohólicas y las recaudaciones impositivas por las ventas proporcionan a los gobiernos una importante fuente de fondos. Sin embargo, incluso en países como Estados Unidos y Canadá, donde las utilidades por alcohol son considerables, los costos ocasionados por el abuso superan con creces las ganancias generadas. Estados Unidos estima que por año los gastos relacionados a la ingesta de alcohol ascienden a 148 mil millones de dólares, incluyendo 19 mil millones en costos asociados con la atención a la salud. En Canadá, el costo económico del consumo de alcohol representa 2.7 por ciento del Producto Bruto nacional, lo que equivale a 18.4 mil millones de dólares (OPS, s/f).

En 2006, el gobierno chileno ordenó un estudio sobre el costo conjunto que genera el consumo de drogas ilícitas y alcohol, el resultado fue impactante: 1,515.3 millones de dólares. El costo estimado representaba 1.03 por ciento del Producto Interno Bruto (CONACE, 2009).

En México, el abuso y la dependencia del alcohol representan un problema preocupante, tanto por los costos que generan a la sociedad y al sistema de salud, como por los efectos en las personas y las familias. Según datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la pérdida económica atribuible al alcohol es mayor en la población con menos recursos, ello se debe no sólo a lo gastado en bebida, sino también al salario perdido, gastos médicos y de otra índole. Aunado a ello, la ingesta excesiva de bebidas embriagantes supone una asociación con males y trastornos con altas tasas de incidencia y de mortalidad que, según se ha visto, se sitúan entre las principales causas de muerte y representan un alto costo en términos de pérdida de años de vida saludable. En este sentido, González- Pier y colaboradores (2006) indican que, en conjunto, 8.4 por ciento de la mortalidad en México (12.3% en el caso de la población masculina) y 7.5 por ciento de los años de vida saludable perdidos (11.7 % en población masculina) pueden atribuirse al uso de alcohol.

Sin embargo, más allá del gasto directo que genera esta conducta, el costo más significativo es el que representan las pérdidas de productividad por los años de vida saludables malgastados por la dependencia a esta bebida, las muertes vinculadas a accidentes automovilísticos y las incapacidades, resultado de cirrosis hepáticas alcohólicas.

Establecer los costos económicos generados por las repercusiones del consumo nocivo de alcohol requiere de información estadística viable que considere las consecuencias previsibles del abuso de sustancias psicoactivas, generando con ello procesos de sensibilización que ayuden a comprender que las cuantías resultantes de los efectos individuales y sociales son elevadas. Por tal razón, es muy importante dentro de cualquier sistema económico, conocer las características del problema social en el consumo de sustancias psicoactivas para poder determinar cursos de acción con medidas de prevención y servicios de detección temprana.

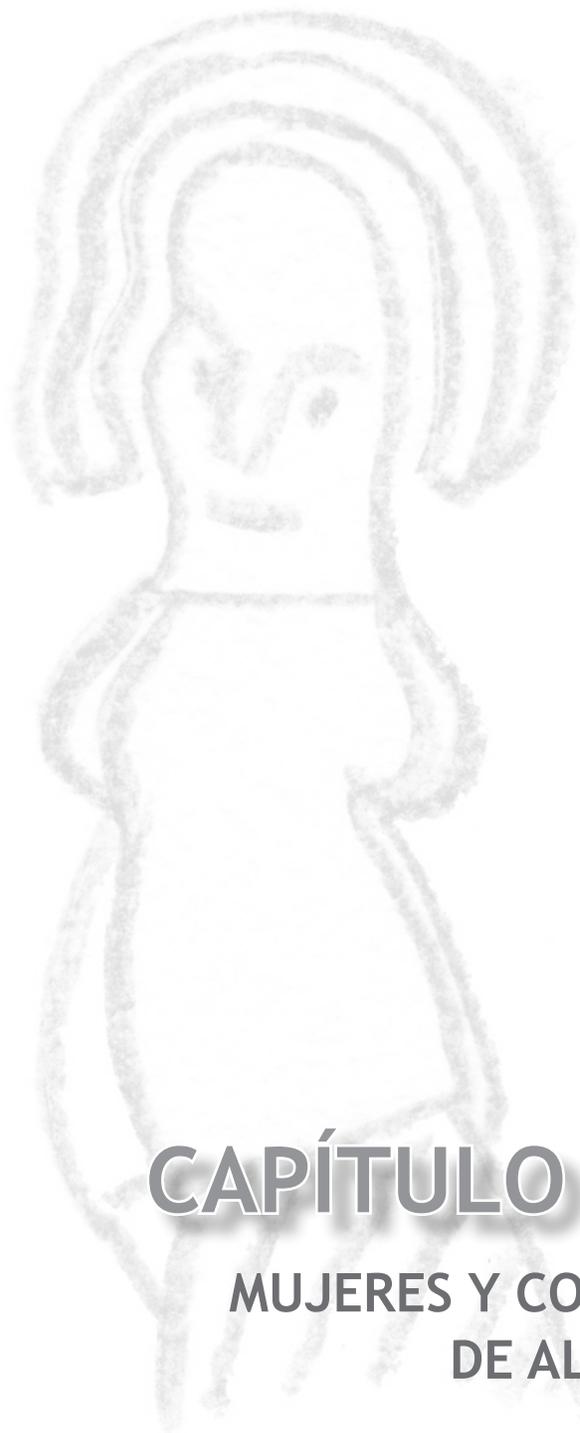
Debe señalarse que los costos de salud reseñados aquí sólo son parcialmente atribuibles al uso y al abuso de alcohol (si bien en proporciones significativas) y que, pese a su magnitud, están lejos de agotar el impacto directo e indirecto que puede atribuirse a esta sustancia. Ante este panorama, es de suma importancia prevenir el consumo excesivo de alcohol a través de la estrategia de educación para la salud y, si el problema ya existe, acudir a los servicios especializados en adicciones para solicitar orientación y tratamiento.

En conclusión, el alcoholismo representa un problema de salud pública que afecta diversas esferas de la vida de las personas, por los daños individuales antes mencionados, pero también por el costo social que implica,

como años de vida perdidos por discapacidad física o muerte; suicidios y homicidios; accidentes viales y problemas legales asociados; despido y accidentes laborales; dificultades y gastos económicos a nivel familiar; violencia intrafamiliar; estigma social, sobre todo en el caso de ciertos sectores de la población como las mujeres.

- Carreño, S., Ortiz, A., Medina, M. E., *et al.* (2000). *Programa Modelo de Prevención del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Trabajadores y sus Familias. Manual General. Cómo introducir el programa a su centro de trabajo.* México. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
- Carreño S., Medina-Mora, M.E., *et al.* (s. f.). *Situación actual del consumo de sustancias psicoactivas en población trabajadora mexicana.* México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Casanova, L., Borges, G., Mondragón, L., Medina-Mora, M.E., Cherpitel, C. (2001). “El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales” en *Salud Mental*. 24, 5, 3-11
- Casas, M., Guardia, J. (2002). “Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo” en *Adicciones 2002*. 14 (Supl. 2). 195-219.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2008). *Accidentes de tránsito; la epidemia silenciosa*, Presentación_xUNOx_Foro_Compartiendo-Esfuerzos_ 24.01.08. pdf. México. CONACE.
- González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, Stevens, G., *et.al.* (2006). “Priority Setting for Health Interventions in Mexico’s System of Social Protection in Health” en *Lancet*. 388(4)1608-1617.
- Karam, Daniel T. (2009). *Mensaje del Quinto Foro Nacional de Prevención de Adicciones en Tiempos de Crisis*, realizado en el Poliforum Cultural Siqueiros de la Ciudad de México. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/99148B8B-B2DA-4367-8CA3-73D3F52B11E4/0/160409PalabrasDKT5ForoAdicciones.doc>
- López, J. (s. /f). *Impacto social y económico del abuso del consumo de alcohol*. Pág. 8. Recuperado de http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/42/08_analisis/ analisis_costes.htm
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, *et.al.* (2003). “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México” en *Salud Mental*. 26(4):1-16.
- Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Caraveo, *et.al.* (2001). “Patterns of Alcohol Consumption and Related Problems in Mexico: Results from Two General Population Surveys” en A Demers, R Room, C Bourgault. *Surveys of Drinking Patterns and Problems in Seven Developing Countries*. Ginebra. OMS.
- Medina, Natera, Borges, (s.f). *Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/obs2002_1.pdf
- Organización Internacional del Trabajo. (1998). *La lucha contra el consumo abusivo de drogas y alcohol en el lugar de trabajo. (párrafo, 3). Comunicado de Prensa*. Ginebra. Noticias de la OIT. Recuperado de http://www.ilo.org/global/aboutthe-ilo/press-and-media-centre/news/WCMS_008941/lang--es/index.htm

- Organización Internacional del Trabajo (2006). "Estar limpio: controles de consumo de drogas y alcohol en el lugar de trabajo" en *Revista de la Organización Internacional del Trabajo*. Núm. 57. Septiembre.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Ginebra OMS. Pág. 19.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Glosario Promoción de la salud*. Recuperado de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C. OPS. Pág. 2
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington, D.C. OPS. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/A&tSP.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud (s/f). *Qué es lo que usted necesita saber acerca de la política del alcohol*. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Pág.2.
- Secretaría de Salud (2008). *Manual Metodológico de Caminando a la Excelencia 2008- 2012*. México. SSA. Pág. 260 Recuperado de http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/SINAVE/MANUALCE_actualizado_27042010.pdf
- Secretaría de Salud (2008). *Dirección General Adjunta de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Informe 2007*. México. DGE, SSA.
- Secretaría de Salud (2008). *Dirección General de Información en Salud. Anuario Estadístico*. México. SSA.
- Secretaría de Salud (2007). *Grupo Interinstitucional de Información en Salud. Boletín de Información Estadística*. México. SSA. Vol. II. Núm. 27.
- Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud (2007). *Situación de salud en México 2006. Indicadores básicos*. México. SSA.
- Secretaría de Salud (2001). *Programa de Acción: Adicciones. Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas*. México. SSA. Pág.6
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (s. f.). *Legislación Federal en Materia de Adicciones: (tabaco, alcohol y drogas)*. México. STyPS.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaria de Salud (s. f.). *Lineamientos para la prevención de las adicciones en el ámbito laboral*. México. SSA ySTyPS.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (s. f.). *Guía para el programa nacional contra las adicciones en el ámbito laboral*. México.STyPS.
- Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, Consejo de la Judicatura del Distrito Federal (2009). *Compendio estadístico del Servicio Médico Forense*. México. TSJDF.



CAPÍTULO

3

MUJERES Y CONSUMO
DE ALCOHOL

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS MUJERES POR CONSUMO Y ABUSO DE ALCOHOL

Alma Rosa Colín Colín
Montserrat Eurídice Lovaco Sánchez
José Ángel Prado García

El uso de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Se trata de un fenómeno que afecta tanto a mujeres como a hombres, quienes, a pesar de compartir algunas semejanzas respecto a los daños y las consecuencias de la ingesta de la sustancia, sufren diferentes impactos a nivel biológico, subjetivo y social, dependiendo de su sexo y de las lecturas que la sociedad haga de su consumo.

El estudio de las consecuencias del uso de alcohol en mujeres tiene diversas vertientes, en este capítulo se describirán los aspectos relacionados con el impacto en su salud, y se analizarán las diferencias biológicas entre mujeres y hombres que provocan daños diferenciados en los consumidores, dependiendo de su sexo.

Existe una relación causal entre el consumo de alcohol y 60 tipos de enfermedades y lesiones; además, esta conducta se asocia con una serie de problemáticas sociales y de salud como reducción de la productividad laboral, diversas formas de cáncer, enfermedades crónicas hepáticas, enfermedades cardíacas, lesiones en los Sistemas Nervioso Central y Periférico y dependencia al alcohol. Los problemas que genera pueden ir más allá del bebedor y producir efectos sobre quienes lo rodean en diversos aspectos, como violencia familiar, conflictos maritales, problemas económicos, abuso de menores, admisión en salas de emergencia (Borges, *et al.* 2004), comportamiento violento, lesiones y muerte de automovilistas y peatones, cuando se conduce en estado de ebriedad.

El consumo de alcohol también está asociado con comportamientos de alto riesgo, tales como sexo no seguro y uso de otras sustancias psicoactivas. También conlleva un alto grado de comorbilidad con otros trastornos por el uso de sustancias, como dependencia a la nicotina y enfermedades de transmisión sexual. Los estudios más recientes sugieren una asociación entre el consumo de alcohol y el VIH/Sida (Matos, *et al.*, 2004; Stein, *et al.*, 2005; Stueve y O'Donell, 2005).

¿POR QUÉ EL ALCOHOL AFECTA DE MANERA DIFERENTE A LAS MUJERES?

Existen diferencias biológicas entre hombres y mujeres que influyen para que los efectos del alcohol en sus organismos sean distintos, por ejemplo, la mayor cantidad de grasa en el cuerpo femenino es un elemento fundamental para que la distribución sea distinta. Además, el peso corporal en las mujeres tiende a ser menor, lo cual genera mayores niveles de concentración de alcohol en la sangre, aun cuando beban la misma cantidad que los hombres.

La constitución biológica del cuerpo, los mandatos sociales en los géneros y los contextos culturales e históricos son determinantes en la forma diferenciada de enfermar de las mujeres y los hombres.

Una rápida revisión respecto a lo que ocurre en el organismo, desde que el alcohol ingresa hasta el momento en que es eliminado, ayudará a comprender dichas diferencias:

Primera fase, la absorción. Una vez que el alcohol ingresa al organismo es absorbido en el estómago y en el intestino delgado; la velocidad en la que lo hace depende de factores como el tipo de bebida y la cantidad de alimentos ingeridos anteriormente. El alcohol es metabolizado mediante la enzima Alcohol Deshidrogenasa (ADH), cuya actividad es menor en la mujer, por lo que se presentan mayores concentraciones en la sangre.

Segunda fase, la distribución. Entre los 30 y los 90 minutos después de haber consumido alcohol se alcanza el nivel máximo en la sangre. Cuando es absorbido se distribuye por todo el cuerpo, excepto en el tejido graso. Fácilmente atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria y pasa a la leche materna. Las mujeres tienen menor contenido de agua corporal y mayor cantidad de grasa que el hombre; por lo que la menor actividad de la ADH gástrica y la mayor cantidad de grasa influyen para que las mujeres tengan niveles más altos de alcohol en la sangre, en comparación con los hombres.

Tercera fase, metabolismo hepático. El alcohol se metaboliza en el hígado y se produce el acetaldehído, que es el causante de la mayor parte de los efectos tóxicos hepáticos. La ADH es la responsable de la conversión del alcohol en acetaldehído. La velocidad de la transformación está en parte condicionada a que la enzima esté disponible. En la mujer esta enzima se encuentra disminuida, situación que se complica cuando existe desnutrición.

El acetaldehído, según algunos autores, es el responsable de los mecanismos de refuerzo, dependencia al alcohol y fenómenos de resaca.

Por lo anterior se puede entender por qué la mujer es más vulnerable a presentar enfermedades relacionadas con el consumo, en comparación con los hombres. También las variaciones en los niveles de algunas hormonas durante el ciclo menstrual pueden provocar cambios en la sensibilidad a los efectos del alcohol, principalmente por los estrógenos.

La ruta del alcohol

¿Cómo se absorbe?

- El alcohol entra al cuerpo vía oral y pasa por el tubo digestivo hasta llegar al estómago, ahí se absorbe el 20 por ciento.
- Posteriormente pasa al intestino delgado y se completa la absorción.
- Ya en la sangre, el alcohol circula por todo el cuerpo y llega al cerebro.

¿Cómo se elimina?

- El hígado es el encargado de metabolizarlo a un ritmo constante.
- Los riñones recolectan las sustancias resultantes que son filtradas y luego enviadas a la vejiga.
- En la vejiga se almacena la orina, la cual es más abundante que la normal, luego será eliminada.
- Una mínima parte se elimina por exhalación, por la orina, las heces y el sudor.

El agua del organismo ayuda a diluir el alcohol y las grasas lo retienen. El consumo de alcohol en las mujeres es más dañino porque tienen menos agua y más grasa que los hombres, lo que significa que retienen más alcohol.

DAÑOS A LA SALUD EN LAS MUJERES

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO Y ABUSO DE ALCOHOL EN LAS ADOLESCENTES

El uso de sustancias etílicas conlleva a padecer problemas mentales, menstruales, enfermedades en los senos y cáncer de mama; además, causa difi-

cultades académicas, accidentes, así como el desarrollo de la dependencia al alcohol u otras drogas. La ingesta de esta sustancia durante la pubertad puede influir negativamente en el crecimiento y la maduración normal de las niñas.

Un estudio reciente realizado por la Universidad de Washington, en San Luis, con población de mujeres de nueve a 15 años de edad, encontró que las niñas y las adolescentes que consumen alcohol tienen mayor riesgo de desarrollar tumores benignos en los senos (no cancerosos), incrementando con ello la posibilidad de desarrollar posteriormente cáncer de mama (Col-ditz, G., 2010). La investigación mostró que el riesgo aumenta en proporción con la cantidad de alcohol que se ingiere: las mujeres que bebían seis o siete veces a la semana eran más propensas a presentar tumores benignos, en comparación con las que no bebían o consumían menos de una bebida a la semana.

Además, el uso de alcohol incrementa la probabilidad de que las adolescentes empleen otras drogas. Asimismo, las investigaciones han demostrado una fuerte asociación entre los padecimientos mentales y los trastornos por consumo de sustancias, incluyendo el alcohol.

Se estima que esta sustancia está involucrada en ocho por ciento de los suicidios de adolescentes: quienes beben con frecuencia tienen casi seis veces más probabilidades de intentar quitarse la vida que las que nunca beben; adicionalmente, las diagnosticadas con trastornos por consumo de alcohol intentan suicidarse el doble de veces.

Respecto a la violencia, las consumidoras tienen un riesgo mayor de ser víctimas de agresiones de pareja, sufrir golpes y violaciones. El alcohol también pone a las adolescentes en riesgo de presentar un comportamiento violento, pues quienes beben tienen tres veces más probabilidades de involucrarse en una pelea física que aquéllas que no ingieren esta sustancia.

También, el consumo de alcohol es uno de los mejores predictores de la actividad sexual y los comportamientos sexuales de riesgo entre los adolescentes. Las jóvenes que beben tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales sin protección, lo que las pone en riesgo de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual, incluido el Sida.

El desarrollo del cerebro se ve afectado durante la adolescencia por el consumo de alcohol: los estudios realizados con ratas y seres humanos sugieren que los cambios ocurridos en el cerebro durante la adolescencia los llevan a responder de manera diferente que los adultos al etanol. Entre los datos más sobresalientes se encuentran los siguientes: los circuitos cerebrales implicados en la memoria son más vulnerables al uso de sustancias etílicas; el daño cerebral es mayor después de ingerir fuertes cantidades de

bebidas embriagantes durante cuatro días seguidos; produce menos sedación en adolescentes y adultos jóvenes en relación con los adultos, y el uso continuo durante la adolescencia altera la forma en la que los consumidores responderán a éste en un futuro.

Señales de advertencia ante problemas por el consumo de alcohol

- Faltas a la escuela, bajas calificaciones o problemas de conducta
- Cambio de amistades
- Abandona actividades como los deportes
- Préstamos inusuales de dinero
- Cambios repentinos de humor, agresividad, irritabilidad
- Inquietud
- Comportamiento irresponsable
- Depresión
- Falta de memoria, problemas del habla o dificultad para expresar los pensamientos
- Falta de coordinación, pérdida del equilibrio

Los signos de abuso de sustancias en una persona joven puede ser difíciles de detectar, dada la presencia común de los cambios de humor, los patrones irregulares de sueño y los cambios en aficiones o intereses.

CONSECUENCIAS DEL ABUSO DE ALCOHOL EN MUJERES ADULTAS

Las mujeres son más vulnerables a los efectos del alcohol en la salud a largo plazo. A continuación se describen los principales daños que ellas presentan. Enfermedad hepática: el riesgo de sufrir cirrosis y otros padecimientos hepáticos relacionados con el alcohol es de cinco a 10 veces mayor en la mujer que en el hombre, puesto que es más propensa a desarrollarlos en menos tiempo y con menor cantidad de alcohol. Las patologías más frecuentes son la esteatosis hepática, hepatitis alcohólica y la cirrosis, mismas que pueden coexistir.

Alteraciones neurológicas: beber en exceso conlleva a la pérdida de la memoria. Los resultados de investigaciones sugieren que las mujeres son más vulnerables a daños en el cerebro por el consumo excesivo de alcohol, pues

en ellas los efectos tienden a presentarse en periodos más cortos. Dichos estudios mostraron que las mujeres alcohólicas obtuvieron menores resultados en pruebas de memoria visual, razonamiento y solución de problemas, debido a un mayor deterioro cognitivo.

Disfunción ovárica e infertilidad: la alta ingesta de la sustancia genera menopausia precoz, osteoporosis, amenorrea e infertilidad, altera el ciclo menstrual y aumenta el riesgo de aborto involuntario, muerte fetal y muerte prematura.

Efectos sobre la sexualidad: la mujer suele emplear al alcohol como un facilitador sexual, pese a que ante el consumo disminuye la excitación. Se ha observado que aun con concentraciones bajas de esta sustancia (20 a 30 g) se presenta una disminución del flujo sanguíneo vaginal, la latencia e intensidad orgásmica. En exceso genera inhibición del deseo sexual, alteraciones de la fase de excitación, anorgasmia, dispareunia y vaginismo. Las mujeres con dependencia al alcohol presentan una mayor prevalencia de enfermedades ginecológicas en comparación con las no alcohólicas y muestran mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Además, las probabilidades de que tengan relaciones sexuales sin protección y múltiples parejas sexuales son mayores, lo que incrementa el riesgo de embarazos no deseados.

Anticonceptivos y alcohol: cuando la mujer toma anticonceptivos retarda la absorción del etanol y disminuyen las concentraciones sanguíneas del mismo, así que los síntomas de intoxicación se retrasan. Puede consumir más alcohol sin que se presenten de manera inmediata los efectos colaterales de la intoxicación aguda, como la sensación de mareo o el dolor de cabeza; esto la puede llevar a tomar mayores cantidades y a desarrollar tolerancia, así como a provocar daños en diversos aparatos y sistemas del organismo.

Enfermedad coronaria: el abuso y la dependencia al alcohol es una de las principales causas de muerte por enfermedades cardiovasculares en ambos sexos. Las mujeres reportan baja incidencia hasta antes de la menopausia, al parecer porque el estrógeno protege contra este padecimiento (Colditz, *et al.*, 1987). Posterior a la menopausia, los niveles de estrógeno sufren un importante descenso, por lo tanto el riesgo de contraer este mal se incrementa gradualmente, casi al mismo nivel que el registrado en los hombres. Otras investigaciones reportan que las mujeres con abuso o dependencia al alcohol son más propensas a morir prematuramente a causa de enfermedades cardíacas relacionadas con su consumo (Bradley, *et al.*, 1998a; Fernández-Sola y Nicolás-Arfelis, 2002; Hanna, *et al.*, 1992).

Existen diversas investigaciones epidemiológicas que sugieren que el consumo moderado de alcohol puede proteger contra enfermedades del corazón en ambos sexos (Albert, *et al.*, 1999; Camargo, *et al.*, 1997; Fuchs, *et al.*,

1995; Gaziano, *et al.*, 2000). Un estudio mostró que las tasas de mortalidad total y las de muerte por enfermedad coronaria se redujeron en las mujeres que consumían una bebida a la semana. Investigaciones recientes realizadas en personas posmenopáusicas sugieren que los mecanismos responsables del efecto protector del alcohol sobre la cardiopatía coronaria pueden incluir mejoras en las condiciones asociadas a enfermedades del corazón, como los niveles del colesterol en la sangre, reducción del colesterol “malo” y aumento del colesterol “bueno” (Baer, *et al.*, 2002); así como reducciones en los niveles de insulina en ayunas y de la sensibilidad a la insulina (Davies, *et al.*, 2002). Es importante tomar en consideración las características de los grupos de control antes de generalizarlos para cualquier tipo de población.

Cardiomiopatías: el abuso o dependencia al alcohol provoca que el corazón aumente de tamaño, pierda parte de su capacidad para contraerse y, por lo tanto, disminuya el suministro de sangre, esta condición es conocida como miocardiopatía alcohólica (Kasper, *et al.*, 1994; Sugrue, *et al.*, 1992). Diversos estudios han mostrado que las mujeres son más sensibles a los efectos tóxicos del alcohol sobre el corazón y por ende tienen un mayor riesgo, en comparación con los hombres, de desarrollar dicho padecimiento (Fernández-Sola, *et al.*, 1997; Urbano Márquez, *et al.*, 1995).

Las personas del sexo femenino presentan una incidencia bastante parecida a la de los hombres, sólo que desarrollan las cardiomiopatías¹ con menores dosis de alcohol y en un menor tiempo. La edad promedio de quienes esto sufren está entre los 30 y los 55 años de edad.

Cáncer: el consumo de alcohol aumenta el riesgo de padecer cáncer de boca, garganta, esófago, hígado, colon y mama.

Cáncer de mama: el consumo excesivo de alcohol aumenta la susceptibilidad de diversos tejidos a los carcinógenos químicos, activándolos, alterando su metabolismo, induciendo déficits nutricionales o modificando la respuesta inmunitaria. Al parecer ocurre más frecuentemente en cánceres con receptores hormonales (estrógenos y progesterona) positivos. La mortalidad por cáncer de mama es mayor en las mujeres que consumen al menos una bebida al día, en comparación con las no bebedoras. Se ha encontrado un aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama mortal entre las posmenopáusicas, pero no en premenopáusicas o en la transición a la menopausia.



¹ Enfermedades del músculo del corazón, aumentan el tamaño del corazón o lo hacen más grueso y rígido.

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de cáncer de mama en personas de 23 a 30 años de edad.²

Cáncer de boca y de garganta: anteriormente era poco frecuente encontrarlos entre las mujeres, hoy en día aumentan en forma paralela al incremento de consumidoras; si hay tabaquismo la frecuencia aumenta.

Alteraciones hematológicas: la macrocitosis, generada por el efecto tóxico del alcohol sobre los glóbulos rojos, es más frecuente en las mujeres y aparece en un tiempo más corto en comparación con los hombres. La anemia también es más frecuente, debido al déficit de ácido fólico, vitamina B12, hierro y piridoxina.

Osteoporosis: Es una de las principales causas de discapacidad y mortalidad en mujeres posmenopáusicas debido a complicaciones en fracturas de la cadera (Cummings y Melton, 2002). Diversos estudios señalan que en las mujeres con abuso o dependencia al alcohol es más temprana y frecuente la osteoporosis³, por ende se propician mayores fracturas. Además, la densidad ósea disminuye por efecto de la disfunción hormonal causada por el abuso (Turner, 2000).

Actualmente existe controversia sobre la relación entre el alcohol y las mujeres en etapa posmenopáusica, algunos estudios muestran que el consumo moderado de alcohol⁴ en este periodo ayuda a reducir la pérdida ósea al



² El efecto adverso o beneficioso de la ingesta de alcohol sobre la salud de las mujeres posmenopáusicas depende de la cantidad que consumen (la dependencia a la dosis) y del tipo de bebida usada (a causa de antioxidantes y otros componentes biológicamente activos en las bebidas alcohólicas). La incertidumbre sobre los efectos sanitarios de la cantidad de alcohol consumido es difícil de resolver porque los ensayos aleatorios a largo plazo de la exposición al alcohol no se han realizado en seres humanos.

³ La osteoporosis ocurre cuando una persona tiene una cantidad inadecuada de hueso que le proporcione la fuerza necesaria para realizar las actividades diarias normales, por lo general es causada por un desequilibrio crónico en el ciclo de remodelado óseo, en el que la absorción ósea no está adecuadamente compensada por la formación del hueso posterior.

⁴ Consumo moderado en mujeres se considera una copa al día.

aumentar los niveles circulantes de estrógeno⁵ y al actuar sobre las células de los huesos.

Comorbilidad psiquiátrica: constantemente el alcoholismo se asocia a diversos trastornos psiquiátricos que se desarrollan de forma independiente a éste y pueden precederlo. Cerca de 80 por ciento de los pacientes reporta haber padecido alguna alteración por consumo de alcohol (Brown y Schuckit, 1988; Anthenelli y Schuckit, 1993). Las probabilidades de presentar un trastorno psiquiátrico comórbido pueden variar en función del sexo.

Aún se investiga la relación precisa de causa y efecto entre la depresión y el alcoholismo. Algunos autores señalan que son frecuentes los episodios depresivos antes de que se presente el alcoholismo, principalmente en la población femenina (Kessler, *et al.*, 1997; Helzer y Przybeck, 1988; Hesselbrock, *et al.*, 1985). Resultados de Encuestas de Hogares realizadas en Estados Unidos mostraron que la depresión antecedió al alcoholismo en 66 por ciento de los casos (NIAAA, 1993; UN, 1994; Dawson and Archer, 1992; NIAAA, 1997). La ansiedad y los trastornos afectivos también predominan en esta población.

Las mujeres separadas, divorciadas y en unión libre tienen tasas altas de consumo de alcohol y mayor número de problemas relacionados (Wilsnack Sh, 1994).

Alcohol y embarazo: las mujeres que beben alcohol durante el embarazo aumentan el riesgo de tener un bebé con trastornos del espectro alcohólico fetal (FASD)⁶. Las personas que lo padecen con frecuencia tienen problemas de aprendizaje, memoria, atención, habla y audición; constantemente presentan problemas en la escuela, con la ley, abuso de alcohol y drogas, así



⁵ La principal fuente de estrógenos naturales en las mujeres posmenopáusicas es la conversión enzimática de las hormonas sexuales conocidas como andrógenos a estrógenos, un proceso llamado aromatización. El consumo moderado de alcohol aumenta la aromatización y puede reducir la velocidad a la que un tipo de estrógeno endógeno, estradiol, se elimina de la sangre.

⁶ Es un término que describe las diferentes consecuencias que puede sufrir una persona cuya madre ha tomado bebidas alcohólicas mientras estuvo embarazada. Estos efectos pueden ser discapacidades físicas o mentales, y problemas de conducta o aprendizaje. Con frecuencia se presentan varios problemas a la vez.

como trastornos de salud mental. La forma más severa es el Síndrome de Alcohol Fetal (SAF), que causa retraso mental y defectos congénitos: problemas de crecimiento, rasgos faciales anormales y problemas del Sistema Nervioso Central. Los daños del SAF son totalmente prevenibles si no se bebe durante el embarazo o mientras exista la posibilidad de quedar embarazada.

Si las mujeres beben alcohol de manera excesiva durante el primer trimestre del embarazo tienen más probabilidades de tener un bebé que fallezca por el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Además, el riesgo de aborto involuntario, muerte del feto por insuficiencia placentaria y parto prematuro aumenta si se ingiere alcohol durante el embarazo.

Leucemia en lactantes: un análisis reciente refiere que hay una probabilidad significativamente mayor de desarrollar leucemia en lactantes de mujeres que beben cualquier tipo de alcohol durante el embarazo.

Accidentes de tránsito: aunque las mujeres son menos propensas que los hombres a conducir después de beber y a participar en accidentes fatales relacionados con el alcohol, tienen un mayor riesgo relativo de mortalidad debido a las diferencias en la metabolización (Waller, P., 1995). A pesar de consumir menores dosis de alcohol que los hombres, los efectos son mayores en ellas, y por ende las habilidades para conducir se ven más afectadas.⁷

¿Qué características tienen las mujeres con mayor riesgo de padecer abuso o dependencia al alcohol?

- Sus parejas son alcohólicas
- Tienen antecedentes familiares de alcoholismo
- Son víctimas de violencia
- Sufren depresión
- Tienen trastornos alimenticios
- Se encuentran en etapa de transición (divorcio, jubilación, abandono de los hijos)
- Son de la tercera edad, con dolor y problemas de pérdidas



⁷ Mujeres con dependencia al alcohol que son sometidas a pruebas neuropsicológicas de memoria inmediata y de velocidad psicomotora obtienen resultados bajos en comparación con hombres con el mismo historial de consumo.

A nivel neurológico, los efectos del alcohol son casi inmediatos. Los adultos mayores son más sensibles porque la tolerancia a esta bebida disminuye con la edad, por lo tanto, hay una mayor tendencia a perder funcionalidad. Se pueden producir o agravar neuropatías, por ejemplo en las extremidades inferiores, lo que genera calambres, sensación de quemaduras y debilidad muscular; se presenta mayor deterioro de la memoria y surgen dificultades para hablar, estados de confusión o depresión. También hay problemas de equilibrio, lo que muchas veces se traduce en fracturas por caídas, accidentes que pueden llegar a ser fatales para un adulto mayor.

En la esfera gastrointestinal se generan patologías como la gastritis aguda, la esofagitis, el reflujo y la cirrosis, enfermedad frecuente en los alcohólicos. También aparecen consecuencias a nivel cardiovascular, ya que el alcohol en grandes cantidades produce aumento de la presión, trastornos severos en los lípidos, miocardiopatía alcohólica y arritmia. La desnutrición también es una consecuencia, porque el etanol reemplaza calorías y los usuarios tienden a comer menos. Junto con esto, se produce un bloqueo de absorción de vitaminas y, por lo tanto, un déficit, especialmente de vitamina B. Además, los adultos mayores alcohólicos tienen más probabilidades de sufrir hipotermia, pues la vasodilatación causada por la sustancia provoca la pérdida de calor y la incapacidad de sentir frío.

Cambios en el organismo femenino: las mujeres que envejecen presentan una disminución de la masa corporal y un aumento del tejido adiposo, dando como resultado una disminución en el volumen de agua corporal total. Por lo tanto, con un menor volumen de distribución, una dosis de alcohol idéntica a la que se administra a una persona más joven del mismo tamaño y género producirá una concentración mayor de alcohol en la sangre.

Existe una gran variedad de efectos adversos para la salud asociados con el consumo de alcohol en exceso, incluyendo las interacciones con drogas nocivas, lesiones, depresión, dificultades de memoria, enfermedad hepática, padecimientos cardiovasculares, cambios cognitivos y problemas de sueño (Barry, 1997; Barry, *et al.*, 2001; Finch & Barry, 1992; Gambert y Katsoyannis, 1995; Liberto, Oslin, y Ruskin, 1992). Aunque el papel del consumo de alcohol en la mortalidad por enfermedades del corazón no se ha investigado en los ancianos, el consumo moderado parece ser seguro. En algunas circunstancias el alcohol en dosis bajas puede producir analgesia, mientras que en otras puede empeorar el dolor.

Consumo de alcohol y medicamentos: los adultos mayores son más vulnerables a los efectos del alcohol que las personas más jóvenes, tienen una

mayor sensibilidad a esta sustancia, así como a los medicamentos de venta libre y prescritos. Hay una disminución, relacionada con la edad, en la masa corporal magra respecto al volumen total de grasa, por lo que la posible interacción de medicamentos y etanol es una preocupación especial en este grupo de edad. Las enzimas hepáticas que metabolizan el alcohol y algunos medicamentos se vuelven menos eficientes, complementariamente el Sistema Nervioso Central aumenta su sensibilidad con la edad.

El sector femenino se ve en mayor riesgo, debido a que se le prescriben fármacos más psicoactivos, como las benzodiazepinas, y es más propenso a ser usuario a largo plazo de estos medicamentos (Gomberg, 1995).

Consumo de alcohol y accidentes cerebrovasculares: actualmente existe controversia sobre el consumo moderado de alcohol y los accidentes cerebrovasculares, debido a que los datos de algunos estudios indican que el alcohol incrementa el riesgo de derrames cerebrales causados por hemorragia. Otras investigaciones encontraron que esta sustancia puede disminuir el riesgo de accidentes cerebrovasculares causados por vasos sanguíneos bloqueados (Hansagi, 1995); sin embargo, esta diferencia está asociada con la dosis de la ingesta.

Consumo de alcohol e insomnio: los efectos del alcohol sobre el sueño son principalmente negativos, pues provocan trastornos respiratorios durante el mismo y empeora el insomnio. El etanol causa cambios en los patrones del sueño, disminuye la latencia y la cuarta fase, y altera la precipitación o el agravamiento de la apnea (Wagman, *et al.*, 1997).

Factores de riesgo: las mujeres mayores tienen más probabilidades de vivir solas y su consumo de alcohol puede ser más difícil de detectar (CSAT, 1998). Las que están confinadas a sus hogares, debido a problemas de salud (por ejemplo, diabetes y enfermedades cardíacas y pulmonares crónicas), corren un riesgo especial de padecer problemas de alcoholismo por su aislamiento y dependencia de otros para salir. Los limitados contactos sociales y la falta de redes de apoyo social pueden provocar que sean más susceptibles a la desesperación y a la depresión, lo que puede llevar al consumo en un intento por aliviar el sufrimiento (Blow, CSAT, 1998b).

Consumo de alcohol y comorbilidad: se han realizado escasos estudios sobre la comorbilidad entre el consumo de alcohol y las enfermedades psiquiátricas en la edad avanzada. Algunas investigaciones indican que el doble diagnóstico de alcoholismo es importante entre los adultos mayores (Blazer & Williams, 1980; Blow, Cook, Booth, Falcón y Friedman, 1992b; Finlayson, 1988; Saunders, 1991).

Consumo moderado en la tercera edad: las recomendaciones de uso de alcohol para los adultos mayores son generalmente más bajas que las de los

adultos menores de 65 años. El Instituto Nacional en Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, 1995b) de Estados Unidos, recomienda que el límite para las mujeres debe ser un poco menos de una bebida estándar por día.

CONCLUSIONES

Desde el ámbito de la salud, el consumo de alcohol en las mujeres está mostrando un aumento en los índices de abuso y dependencia; cada vez se reduce más la edad de inicio; las adolescentes están bebiendo casi a la par que los varones, y las mujeres de la tercera edad con problemas de abuso continúan sin ser detectadas.

En el aspecto psicosocial, a la mujer se le sigue estigmatizando porque es la depositaria de la “decencia familiar”. Se cree que bebe alcohol porque necesita desinhibirse para disfrutar su cuerpo, y por que el consumo es un vehículo para apropiarse de espacios públicos que suelen ser propios de los hombres. Otro de los riesgos importantes que enfrentan es la tendencia a imitar el patrón de consumo de los hombres, sin tomar en consideración las diferencias biológicas, así como el estigma que aún se les adjudica.

Es necesario que las mujeres conozcan los riesgos del consumo y cómo afecta su salud, sin sentirse responsables de la salud, el trastocamiento y el bienestar de su grupo familiar. Por ello es importante que en los ámbitos de prevención y de tratamiento se consideren elementos biológicos y psicosociales, que ayuden a eliminar las barreras que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de atención.

REFERENCIAS

- Aguilar Navarro, Sara, Reyes-guerrero, Jorge (2007). "Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mayores de 65 años" en *Salud Pública de México*. Vol.49. Suplemento 4.
- Asamblea Mundial de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo de alcohol. Resoluciones y decisiones*. Ginebra. 58ª. Asamblea Mundial de la Salud. OMS.
- Ashley, M.J., Ollin J.S., Riche le W.H., Kornaczewski, A., Schmidt, W., Rankin, J.G. (1977). "La morbilidad en los alcohólicos. Las pruebas para el desarrollo acelerado de la enfermedad física en las mujeres" en *Arch Intern Med*. 137 (7):883-887.
- Berenzon, S., Romero, M., Tiburcio, M., Medina-Mora, M.E., Rojas, E. (2007) "Riesgo asociado al consumo de alcohol en el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México" en *Salud Mental*. México. 30(1):31-38.
- Bertolini, Ana María. *El beso se originó en la prohibición de beber vino*. Télam. Recuperado de <http://www.mdzol.com/mdz/nato/108120>
- Borges, G., Mondragón, L., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Zambrano, J., Cherpitel, C. (2005), "A Case-Control study of Alcohol and Substance Use Disorders as Risk factors for Non-fatal Injury" en *Alcohol and Alcoholism*. 40(4):257-262.
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares-Bermúdez, E. (1999). "Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México" en *Salud Pública de México*. Vol.41. Núm.3. Mayo-junio.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas (2006). *Informe sobre el desarrollo humano de los pueblos indígenas 2006*. México. Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas.
- Gutiérrez López, A.D. y Castillo Franco, P. I. (2010). *Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil por sexo, entidad federativa y unidad de atención. Enero-junio de 2009*. Informe de investigación 10-01c. Archivo electrónico. México. CIJ. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación.
- Gutiérrez López, A.D. y Castillo Franco, P. I. (2010). *Consumo de tabaco y/o alcohol en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración juvenil, enero-junio 2009*. Informe de investigación 10-01d. México. CIJ. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación.
- Hanson D.J. *Drinking Alcohol Damages Teenagers Brains*. Recuperado de <http://www.potsdam.edu/hanson/dj/healthissues/1127400726.html>
- Institute of Alcohol Studies. *Alcohol and the Eldery*. IAS Factsheet-Alcohol and The Eldery.
- Instituto Nacional de las Mujeres. *Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud*. Primera edición. Instituto Nacional de las Mujeres.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Primera edición. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública.

- Matos, T.D., Robles, R.R., Sahai, H., Colon, H.M., Reyes, J.C., Marrero, C.A., et al. (2004). "HIV Risk Behaviors and Alcohol Intoxication Among Injection Drug Users in Puerto Rico" en *Drug Alcohol Depend.* 76:229-34.
- Mendelson, J.H., Mello, N.K. (1988) "Efectos crónicos del alcohol en las hormonas de la hipófisis y los ovarios en mujeres sanas" en *J Exp Pharmacol Ther.* 245 (2): 407-412.
- Mohit, J. *Gender and Friends both Influence Teen Alcohol Use.* Recuperado de <http://www.topnews.in/helth/gender-and-friends-both-influence-teens-alcohol-use-24>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004.* Ginebra. OMS. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas.* Un caso para la acción. Washington, D.C. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Alcohol, género, cultura y daños en las Américas. Reporte final del estudio multicéntrico.* Washington, D.C. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias.* Ginebra. OMS y OPS.
- Prescott, C.A. *Sex Differences in the Genetic Risk for Alcoholism.* <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-4/264-273.htm>
- Quirk. M.B. *New Study Shows Link Between Teen Drinking and Breast Disease.* Recuperado de <http://consumerist.com/2010/04/new-study-shows-link-between-teen-drinking-and-breast-cancer.html>
- Ramesh Shivani, m.D., Goldsmith, R.J, M.D. y Robert M.A. (2002). *Alcoholism and Psychiatric Disorders. Diagnostic Challenges.* Recuperado de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/90-98.htm>
- Rea Ángeles, P. (2005). *Alcoholismo entre los jóvenes indígenas.* México. Instituto Mexicano de la Juventud. Departamento de Apoyo a Jóvenes Indígenas y Migrantes.
- Rehm J., Patra, J., Baliunas, D., Popova, S., Roerecke, M. Taylor, B. (2008). *Alcohol Consumption and the Global Burden of Disease 2002.* Ginebra. OMS. Dirección de Toxicomanías.
- Stein, M., Herman, D.S., Trisvan, e., Piirraglia, P., Engler, P., Anderson, B.J. (2005). "Alcohol Use and Sexual Risk Behavior Among Human Immunodeficiency virus-Positive Persons" en *Alcohol Clin Exp. Res.* 29:837-43.
- Stueve, A. O'Donell, L.N. (2005). "Early Alcohol Initiation and Subsequent Sexual and Alcohol risk Behaviors Among Urban Youths" en *Am J Public Health.* 95:887-93.
- Teenage Alcohol Use Could Raise Breast Cancer Risk.* Recuperado de http://www.associatedcontent.com/article/2897678/teenage_alcohol_use_raise_breast.html
- U.S. Department of Health and Human Service, Substance Abuse and Mental health service Administration y Center for Substance Abuse Treatment. *El envejecimiento, los medicamentos y el alcohol.*

Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Juárez, F., Medina-Mora, M.E. (2007). *Encuesta de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de Nuevo León, 2006*. México. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito e Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

IMPLICACIONES PSICOSOCIALES DEL CONSUMO Y ABUSO DE ALCOHOL EN LAS MUJERES Y VIOLENCIA FAMILIAR

Alma Rosa Colin Colin
Graciela Alpizar Ramírez

El consumo de alcohol en las mujeres es un fenómeno complejo que debe ser visto desde diferentes aristas: la salud, lo social y la subjetividad, entre otras. En cualquiera de ellas, es importante distinguir los niveles de consumo de alcohol, pues no es lo mismo una ingesta moderada (que no genera problemas) a una perjudicial y problemática, capaz de derivar en alcoholismo.

La percepción social del uso problemático de alcohol se determina por un doble parámetro de acuerdo con el género de quien lo consume: cuando se trata de mujeres se genera rechazo y desaprobación; mientras que para los hombres hay una permisividad social que incluso estimula su empleo como símbolo de construcción y reafirmación de la masculinidad.

Nuria Romo (S/f: 77) menciona que un nivel fundamental de análisis es de orden sociocultural, ya que “muchas diferencias entre hombres y mujeres que usan sustancias se relacionan con el género más que con el consumo de drogas, esas discrepancias reflejan desigualdades sociales”, también sustentadas en lo biológico.

De acuerdo con datos epidemiológicos, las mujeres consumen en menor proporción que los hombres¹. Farapi (2009) señala que ellas usan menos bebidas alcohólicas porque hay una disociación de esta conducta con su género. Esta disociación-asociación se debe al sistema sexo-género que define y acota lo que corresponde a las mujeres y a los hombres de manera desigual, dicotómica y excluyente.



¹ Para mayor información estadística ver Capítulo 1 sobre epidemiología.

ANTECEDENTES DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS MUJERES: REFERENTES HISTÓRICOS

Entre los pueblos antiguos era mal visto que las mujeres bebieran alcohol, pues esta actitud les traía consecuencias negativas en sus vidas. En Grecia, por ejemplo, se prohibía su consumo a las mujeres y jóvenes, excepto a las cortesanas. Rómulo, el primer rey de Roma, les prohibió beber vino puro (*temetum*). Con esta norma buscaba garantizar la rectitud de la conducta, por considerar que el alcohol las ponía en peligro. Los maridos se encargaban de hacer cumplir la ley al pedirles que les soplaran para verificar si su aliento estaba libre de alcohol.

Posteriormente, se promulgó un reglamento más rígido, donde se estipulaba que los maridos debían rozar los labios de sus esposas para asegurarse de que no hubieran tomado vino. Según el historiador Plutarco, la ley era muy dura: *Mulier si temetum biberit domi ut adulteram puniunta*, lo que se traduce en: “Si una mujer bebe vino en casa ha de ser castigada como una adúltera”, sanciones que podían llegar hasta la pena de muerte (Rojas, 1997).

En el Talmud de la antigua cultura judía editado por Bomberg dice lo siguiente: “Una copa de vino es buena para la mujer, dos son degradantes, tres la inducen a actuar como una mujer inmoral y cuatro causan que pierda el respeto por ella misma y su sentido de vergüenza” (*Op. cit.*). Siglos más tarde, en el ocaso del renacimiento, el filósofo Kant afirmó que las mujeres evitaban emborracharse debido al lugar privilegiado que ocupaban en la sociedad, basándose en que tienen un código moral más alto e intoxicarse provocaría un escándalo.

En realidad estos pasajes históricos muestran que la mirada social sobre las mujeres que consumen alcohol –como en muchas otras cosas– ha estado más centrada en el cuerpo femenino, no en una preocupación de las consecuencias en su salud; las opiniones expresadas por siglos se centran en un sentido de la moral y señalan la transgresión con respecto al “deber ser de las mujeres”, pues los hombres necesitaban completa seguridad de que sus hijos y herederos eran suyos. La atención enfocada hacia problemas en la salud es más reciente, las investigaciones acerca del tema empezaron hace dos siglos porque se consideraba que beber alcohol no era cosa de mujeres; aunque al paso del tiempo se vislumbró un problema serio, pues las que consumían solían hacerlo a puertas cerradas y en el silencio de la vida doméstica porque ese era su principal espacio de vida.

Siguiendo la línea del tiempo, la historiadora Ramos de Viesca (2001) hace una revisión a través de las gacetas y las tesis médicas de la Academia Nacional de Medicina del siglo XIX en México, en las que encontró que el

papel de las mujeres en ese tiempo fue causante de diversos padecimientos, entre ellos el alcoholismo. Se consideraba que las personas sanas eran las más “morales”, mientras que quienes enfermaban, lo hacían como resultado de los excesos, por ello quienes tenían problemas con el consumo de alcohol eran rechazados socialmente.

En ese tiempo, la concepción e imagen de las mexicanas tenía una marcada influencia victoriana: se las concebía llenas de virtud, prudencia y buenas costumbres; seres frágiles, sensibles y de sentimientos nobles. Estaban dedicadas a las tareas familiares y el trabajo doméstico; su educación se daba en el seno familiar, donde recibían conocimientos propios de su sexo. El matrimonio era el destino de las mujeres decentes, el marido les debía brindar cuidado y, para quienes permanecían solteras, la patria potestad estaba a cargo del padre.

Las mujeres podían trabajar siempre que fuera conforme a los conocimientos y dignidad de su sexo, y debían contar con la autorización de su esposo, padre o hermano. Las criollas no podían laborar aunque fuera para los negocios familiares; mientras que las que trabajaban en fábricas de hilados, velas y cigarrillos lo hacían desde el siglo XVIII. Las profesoras, enfermeras, obreras, mineras, viñateras, encargadas de ingenios azucareros y de fábricas de cera se consideraban más proclives al consumo de alcohol. Se pensaba que las mujeres bebían debido a su carácter, educación, celos, problemas conyugales, nervios y trastornos de orden moral. Las enfermedades que desarrollaban se consideraban propias de su “naturaleza”, idiosincrasia y disfuncionalidad sexual (Romo, s/f; Ramos de Viesca, 2001).

La sensibilidad y los padecimientos nerviosos se consideraban inherentes a la “naturaleza femenina” y se relacionaron con las manifestaciones del alcoholismo crónico o de tercer grado, por lo que se convirtió en un problema psiquiátrico reducido a expresiones de histeria y epilepsia. Ramos de Viesca (2001) define las siguientes manifestaciones clínicas del alcoholismo en las mujeres:

- Epilepsia alcohólica
- Historia alcohólica
- Delirium tremens
- Lipemania alcohólica
- Dipsomanía

La epilepsia alcohólica se atribuía a las mujeres contrariadas que estaban expuestas a un sufrimiento continuo por problemas maritales. Se presentaba en mujeres de clase media, quienes se consideraban más propensas a

padecer sentimientos morales. Las convulsiones eran consideradas de una sensibilidad más exquisita que en el hombre y de organización más susceptible.

La historia alcohólica se presentaba en algunas mujeres dependiendo de su temperamento y constitución nerviosa, se creía que era provocada por una mayor sensibilidad y susceptibilidad que afectaba las neurosis relacionadas con el sexo. La explicación era que tras las convulsiones se presentaban los accesos histéricos, debido a que los nervios del útero se relacionaban con la excitación del cerebelo.

El *delirium tremens* se diagnosticaba después de síntomas como tristeza, insomnio y agitación. La enfermedad provocaba alucinaciones que los pacientes enfrentaban con violencia, miedo y cólera. Se pensaba que las personas con este padecimiento tenían una pasión dominante (por ejemplo, celos manifestados con odio para el rival); sin embargo, se podía interrumpir el delirio mediante la persuasión de las personas cercanas al paciente.

La lipemania alcohólica era una especie de locura con alucinaciones, concepciones delirantes y melancolía. Se utilizaba la embriaguez para ahogar los efectos de una pasión amorosa contrariada o de carácter delicado. Se creía que tanto el *delirium*, como la lipemania, la parálisis y la demencia sólo se desarrollaban si en las personas prevalecía el elemento nervioso; mientras que el alcoholismo visceral se ubicaba en quienes no tenían síntomas nerviosos, pero sí presentaban daños en el hígado y vísceras.

Como un verdadero trastorno mental era considerada la dispomanía, un padecimiento que producía un apetito irresistible por las bebidas espirituosas e impulso a la embriaguez. Había afectaciones a la inteligencia y a las funciones eróticas que se manifestaban durante la menopausia.

Se sospechaba que las mujeres hipocondríacas e histéricas eran alcohólicas. El consumo lo hacían en un ritual oculto en el espacio privado, debido a que no era decente alcoholizarse en público, era un acto vergonzoso en el que se involucraba la moral y la sexualidad. Develar esa intimidad implicaba ser juzgadas por los demás y por ellas mismas como personas sin valor, credibilidad, responsabilidad o la capacidad de hacerse cargo del rol social esperado de madres-esposas.

Ya desde entonces, se pensaba que el consumo de alcohol en las mujeres se relacionaba con el carácter, los afectos y los trastornos de orden moral, como lo describe Ramos (2001:26): “por estar contrariadas y sujetas a un continuo por las reyertas conyugales y entregadas al alcohol por la creencia de que la bebida hace olvidar o disminuir los síntomas morales”. En este contexto histórico se encuentra el origen de la estigmatización de las mujeres que consumen o abusan del alcohol, misma que continúa vigente hasta el día de

hoy, pero con los cambios introducidos por la modernidad y sobre todo por el avance de la ciudadanía de las mujeres.

Desde hace cuatro o cinco décadas, uno de los cambios de mayor impacto social es el de la transformación de la vida privada: la sexualidad, las relaciones sociales y de pareja, los roles de género y la familia, fundamentalmente impulsados por las demandas de reivindicación de los derechos de las mujeres. En algunos sectores y estratos sociales, la paulatina incorporación al ámbito público en esferas cada vez más amplias les da a las mujeres la posibilidad de acceder a la educación, tener un trabajo asalariado, ser más independientes económicamente, poseer mayor control sobre sus vidas, tomar decisiones y, por supuesto, entrar a espacios de esparcimiento donde puede haber prácticas de consumo de alcohol. En este contexto se abre una cierta permisividad social que tolera que las mujeres consuman alcohol, pero con recato, es decir, sin que pierdan el control de sí mismas o, como se dice desde siglos atrás, “sin perder la decencia”. Sin embargo, como lo menciona Scheinkman (2010), hay un hecho irrefutable: “aun con todos los cambios recientes en los roles de la mujer y su posición en el mundo provocado por la anticoncepción y la independencia económica, las mujeres aún sufren de una herencia de desigualdad que se aplica a la vida emocional de las parejas”, y esta condición se refleja también en la vida de quienes abusan del alcohol.

Es importante que las lecturas con respecto a las causas y las consecuencias del consumo y abuso de alcohol sean hechas también a la luz de este contexto psicosocial. Todas las mujeres tienen la misma condición de género, están en desventaja social en relación con los hombres (diferencias intergeneracionales); sin embargo, no todas son iguales ya que hay distinciones etarias, económicas, sexuales, étnicas, religiosas y de estado civil (diferencias intrageneracionales). Cada una se constituye con estas condiciones materiales y subjetivas de existencia. Por ello, es necesario aclarar que la experiencia no es la misma para todas las mujeres, cuando se habla del consumo de alcohol, porque para algunas, sobre todo para las nuevas generaciones, hay más permisividad, lo que está directamente relacionado con el uso y significado de los espacios públicos y privados.

ÁMBITO PRIVADO VS ÁMBITO PÚBLICO

De acuerdo con las tendencias de la información epidemiológica, cada década se incrementa el número de mujeres que consumen o abusan del alcohol. Es conveniente revisar esta transición en función de los cambios del contexto sociocultural y los espacios sociales en que se desenvuelven a través de un marco holístico y complejo: analizar lo general para entender lo específico.

co. Para ello, a continuación se revisa la dicotomía de los ámbitos público y privado, espacios sociales estructurantes de la subjetividad de mujeres y hombres, cuyo estudio es indispensable para entender las conceptualizaciones ideológicas y prácticas de lo masculino y femenino en el consumo de alcohol.

El espacio es una construcción social e histórica de la representación del mundo organizado. De acuerdo con Giddens (citado en Vélez, 2005) el espacio social es el conjunto de representaciones que estructuran la experiencia histórica de una sociedad; la pertenencia a una cultura genera una visión común de las dimensiones de la realidad. El autor menciona que la representación del espacio también es uno de los componentes de la subjetividad y uno de los símbolos que comunica funciones sociales.

La segmentación del espacio social se explica con la división sexual del trabajo en el siglo XVIII que dividió a la sociedad en dos: espacio público para los hombres, y privado para las mujeres. En realidad esta división implica la prohibición y limitación de prácticas en ambos géneros, pero con una clara desventaja para las mujeres, ya que limita su participación en actividades de prestigio y relevancia social, así como en la toma de decisiones. La separación de dichos espacios expresa la desigualdad estructural entre los géneros.

Amorós (1994:1) describe que en el espacio público se configuran las prácticas masculinas socialmente más valoradas, reconocidas y de mayor prestigio, es lo que se ve, lo que está expuesto a la mirada, “cuando una tarea tiende hacerse valorar tiende a hacerse pública, tiende a masculinizarse y a reconocerse”. El reconocimiento implica los grados de competencia e íntimamente se relaciona con el poder, éste es repartido, constituye un pacto, instituye un sistema de relaciones y una red de distribución. Hablamos del espacio de los pares, de los que se autoinstituyen en sujetos del contrato social, en el cual no todos tienen el poder, pero al menos pueden tenerlo y son percibidos como posibles candidatos. El poder se constituye como genérico de los hombres. Los pactantes no están en igualdad de condiciones pero respetan el pacto instituido entre ellos.

En el espacio público se incluye lo productivo, el trabajo asalariado, la política, las actividades de recreación y las relaciones sociales. El que a los hombres se les asociara con lo público, el trabajo remunerado y la función de proveedores derivó en que definieran el uso del tiempo libre, concebido como las horas de esparcimiento merecido después de largas jornadas laborales. El consumo de alcohol se construyó como una práctica del espacio público, de la convivencia en la cual se discute y determina el rumbo de las sociedades, de la interacción lúdica, ya sea para celebrar un éxito o lamentar el fracaso económico o amoroso. Pero es el espacio “natural” de los hombres. En cambio para las mujeres hasta hace poco tiempo no existía la posibilidad de entrar a

espacios de recreación y socialización públicos. Hace décadas, en las cantinas estaba estrictamente prohibida la entrada a mujeres, niños, uniformados y perros (Góngora, 2005).

Por el contrario, el espacio privado corresponde a las actividades domésticas y de cuidado menos valoradas socialmente, son lo íntimo, lo que no se expone y no se ve. Aquí no se distingue ni se hacen juicios, porque no varía. Es el lugar de la indiscernibilidad, no se produce la individuación; la función de amas de casa no varía. Este es el sitio “natural” de las mujeres. En oposición al de los varones, éste es denominado el espacio de lo indefinido, no hay relevancia de las tareas femeninas, no hay un sello propio ni es valorado conforme a grados. Tampoco hay poder para repartir, ni prestigio, ni reconocimiento. Las mujeres son las repartidas en este espacio.

Ellas son sujeto de “eticidad”, basada –según Hegel– en el terreno de las costumbres, de la segunda naturaleza de un pueblo, más cerca de lo biológico que de la cultura. La mujer, en cuanto objeto de su deber ético, se encarga del esposo y los hijos.

En la familia, y basada en la diferencia sexual, la mujer es responsable de la reproducción y, por consiguiente, se convierte en la encargada del cuidado y atención de la salud, educación y alimentación de los que se integrarán a la fuerza de trabajo. Para ellas, hasta hace poco tiempo, no existían espacios de recreación y socialización públicos, ya que se les ha identificado más dentro del espacio privado. En reuniones sociales, las mujeres bebían alcohol sólo con la venia de su pareja, quienes determinaban la cantidad a beber. La alternativa era hacerlo a escondidas.

Por lo tanto, el espacio público representa lo que se ve, lo que otorga el mayor reconocimiento social; en él los hombres se consideran pares con posibilidades de ejercer el poder; mientras que en el espacio privado por ser lo íntimo, lo invisible, las mujeres no son reconocidas como sujetos de poder. ¿Será entonces que las personas de sexo femenino buscan un lugar de pares donde se consuma alcohol para ser consideradas como sujetos con la posibilidad de ejercer poder, del cual han sido excluidas? ¿Será que al ingerir bebidas alcohólicas de la misma manera que los hombres buscan competir para obtener el reconocimiento social que se les ha negado? Más aún, ¿será que el ingreso al ámbito público es una estrategia para el cambio de lo privado, de la negación, de la exclusión y discriminación de las mujeres? Más que respuestas inmediatas, estas preguntas tienen la intención de replantear las respuestas con nuevos marcos de conocimiento desde la complejidad del género.

Las mujeres, al consumir o abusar del alcohol, transgreden las expectativas socioculturales; el desafío es más fuerte cuando esta práctica es reali-

zada en el espacio público. En diversas esferas sociales ellas se adaptan a los espacios y pautas de comportamiento del modelo masculino. Sin embargo, la reproducción de prácticas varoniles no es el camino hacia la libertad de las mujeres; seguramente es necesario que en lo genérico tengan su propio sello, es decir, que desarticulen la invisibilización que vivieron por siglos y construyan nuevas formas de feminidad que no tengan a lo masculino como referencia.

Aunque los cambios se reflejan en la construcción de relaciones más equitativas entre los géneros, también producen retos y problemáticas como el consumo y abuso de alcohol en las nuevas generaciones de mujeres. Pues aun con la mayor permisividad, debemos recordar que los roles tradicionales de género aún tienen fuerza y coexisten con las ideas de mayor libertad.

ESTIGMA DE LAS MUJERES QUE CONSUMEN O ABUSAN DEL ALCOHOL

El consumo y abuso de alcohol se califica con un doble parámetro, para las mujeres esta conducta provoca la desaprobación y rechazo porque se concibe como un acto desviado que daña la moral y la decencia familiar e individual. Mientras que en los hombres, generalmente se concibe como una reiteración de transición a la adultez o como un hecho vinculado a actividades riesgosas y de violencia e, incluso, a actos delictivos. Esa reiteración, usualmente los afirma y les demuestra a sí mismos y a los demás el apego a su identidad masculina. Para los varones es una pauta de comportamiento que no se cuestiona porque concuerda con su género y su “propia naturaleza”. Para Farapi (2009) esto quiere decir que ellos adolecen de cierta invisibilidad. En cambio, las consumidoras son señaladas como distintas a las demás mujeres, son las “malas”, pues la construcción social las coloca en condiciones de rechazo y estigma social.

Instituciones sociales como la familia, la escuela, la religión, las leyes y los medios de comunicación masiva promueven y esperan que las mujeres se apeguen a los estereotipos y roles de género, y cuando esto no sucede, se habla de una “conducta desviada”. La sociedad en su conjunto se convierte en vigilante de la normativa y presionan para que se cumpla el orden imperante.

El estigma implica el análisis de la anatomía femenina y su significado. El cuerpo es una realidad biológica incuestionable y natural, se constituye por menor masa y volumen y, por lo tanto, tiene menor capacidad de metabolizar el alcohol, lo que provoca que la intoxicación por etanol se eleve y cause efectos en menor tiempo. Pero, como reflexiona Fuentes (2002:184) “no hay cuerpo sino al interior de una experiencia”, lo cual quiere decir que éste sólo adquiere significación y sentido en la medida en que la persona se relaciona

consigo misma, en tanto sujeto y objeto a la vez de su propia experiencia corporal y subjetiva, y se relaciona con otros cuerpos sujetos-objetos pensantes y actuantes en las relaciones sociales... “el cuerpo inmerso en la experiencia es objeto de representaciones, simbolizaciones y de múltiples discursos”. La experiencia del cuerpo de las mujeres que abusan del alcohol se acredita en el rechazo y estigma social. Aun con el avance de las leyes en la protección de la libertad de las mujeres, el imaginario social suele justificar la violencia sexual que viven cuando se encuentran en estado de ebriedad.

Según McDonald (citado por Farapi, 2009:15): “el comportamiento que el alcohol induce es una cuestión cultural más que una cuestión de las consecuencias inevitables o naturales del etanol que entra en la circulación sanguínea”. Junto con el significado cultural está el sentido de la experiencia del consumo en un contexto social. Elizabeth Ettore (1998) documenta que hay mujeres que ingieren la sustancia de forma positiva: “beben de forma moderada en ocasiones sociales o privadas (...) y no necesitan beber para sentirse bien. El alcohol es considerado como una sustancia que relaja (...) para otras mujeres beber de forma moderada es como una herramienta social”. En cambio al hablar sobre quienes tienen una relación negativa con el alcohol, Ettore señala que “pueden sufrir múltiples problemas (...) serán incapaces de controlar su modo de beber y la pérdida de control provocará inevitablemente dificultades en su vida. Necesitarán beber en exceso para sentir los efectos del alcohol pero, al final, les harán sentirse mal física, psicológica o emocionalmente”.

VIOLENCIA SIMBÓLICA EN LA CULPA DE LAS MUJERES QUE CONSUMEN ALCOHOL

Las mujeres se constituyen dentro de las estructuras de dominación que las producen, es decir, interiorizan la normativa del género femenino y cuando la trasgreden sufren sentimientos de culpa. Según Maturana (1990) “para no sentirnos culpables de nuestros actos, hay que vivirlos desde la legitimidad y aceptación de uno mismo”. Sin embargo, la ingesta de bebidas alcohólicas puede convertirse en una forma de mitigar la culpa al no sentirse completas ni con la capacidad de cumplir con las expectativas sociales impuestas; además es posible que las consumidoras perciban su participación en la construcción de una identidad estereotipada que las sujeta y oprime. La culpa se convierte en un dispositivo de violencia simbólica que posibilita el control de sus cuerpos y pensamientos. Es importante tener presente que la salud o enfermedad mental no sólo es una condición biológica e individual, sino también el resultado de las relaciones sociales que constituyen a las personas.

Con las mujeres que abusan del alcohol se puede utilizar el análisis de Núñez (2005) sobre el proceso de metonimia, un discurso estereotipado que construye un personaje social a partir de una distinción que lo simplifica y convierte en bueno o malo, víctima o victimario. Este proceso reduce la complejidad de las subjetividades, poderes, necesidades y resistencias. Las mujeres que abusan del alcohol son representadas como malas, incluso aunque en el ámbito médico se explique que este hábito induce a una enfermedad.

La metonimia es un recurso estilístico a partir del cual se toma parte de algo para representar su totalidad y construir su identidad. Por ejemplo: la distinción de la mujer, en tanto personaje social, se ha establecido a partir de la diferencia sexual, y el discurso estereotipado de que “es frágil y puede perder la decencia al beber”. Con esto, el personaje social que se construye es la mujer alcohólica, sobre quien se genera un discurso estereotipado: “promiscua”, “indecente”, “mala madre” y “mala esposa”, entre otros. Además con nombrar “mujer”, en singular, se invisibiliza la diversidad intragenérica: adolescentes, ancianas, trabajadoras, indígenas, urbanas, entre otras.

Núñez (2005: 442-443) argumenta que “las implicaciones son diversas: 1) los personajes son reducidos a un solo aspecto, a partir del cual se lee la totalidad de su vida, convirtiéndolas en sujetos parciales donde nada de su ser parece escapar a la característica de distinción privilegiada; 2) se construye un personaje social a partir del elemento de distinción, de tal manera que se invisibilizan las fracturas, los procesos de transformación, las tensiones internas y la multiplicidad; 3) se oculta la manera en que esas múltiples condiciones sociales y subjetivas se condicionan y articulan dentro del sujeto posibilitando diversas trayectorias de poder y resistencia.” Por ello es fundamental el reconocimiento a la diversidad inter e intragenérica.

LAS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL ALCOHOL

Los patrones de consumo de alcohol de las adolescentes son diferentes entre los países. En el informe mundial sobre la violencia contra la infancia, Pinhero (2006) señala que “en general, los jóvenes tienen mayor probabilidad que la población adulta de tener episodios de consumo intenso de alcohol, es decir, existe una creciente preocupación porque se ha extendido a la cultura juvenil el abuso de las bebidas alcohólicas. El estudio sobre Hábitos de Salud de la Población en Edad Escolar, halló que en 32 países europeos 5 por ciento de los niños y niñas de 11 años de edad

eran consumidores habituales de alcohol; 12 por ciento de ellos tenía 13 años de edad; y 29 por ciento, 15. Más de la tercera parte de niños y niñas decían haberse emborrachado dos o más veces. Los niños tenían mayor probabilidad de consumir alcohol y de haberse emborrachado que las niñas, en todos los grupos de edad”.

En México, los estudios epidemiológicos muestran la tendencia de crecimiento del consumo de alcohol entre la población adolescente de los contextos urbanos. Particularmente llama la atención que las adolescentes estén igualando el consumo de bebidas alcohólicas de los varones, así como la disminución de la edad de inicio en ambos sexos.

¿Por qué beben las adolescentes? Algunas explicaciones son que tienden a ingerir esta sustancia para aliviar el estado de ánimo negativo, aumentar la confianza, reducir la tensión, afrontar problemas, perder inhibiciones, mejorar el sexo o perder peso (Johnson, 1998).

- Presión de compañeros: La influencia del grupo se asocia más con el consumo en las mujeres que en los varones. Cuando varios de los mejores amigos de una adolescente fuman o beben, está más propensa a usar bebidas embriagantes.
- Automedicación: Las jóvenes que creen que el alcohol alivia el aburrimiento o las ayuda a lidiar con la tristeza o la depresión, reportan más consumo en comparación con las que parecen no estar en sintonía con la automedicación. Tienden a ser más propensas que los varones a creer que un efecto positivo de esta sustancia es su capacidad para disipar el mal humor o manejar los sentimientos.
- Preocupación por el peso y la apariencia: Independientemente de las propiedades del alcohol para subir de peso, las adolescentes que se perciben con sobrepeso, las que intentan activamente perderlo y las que se involucran en dietas excesivas son más propensas a consumir grandes cantidades de alcohol, en comparación con las que están menos preocupadas por este aspecto.

También se ha encontrado que las posibilidades del consumo y abuso de alcohol aumentan en las adolescentes a causa de antecedentes familiares de abuso de sustancias, exposición prenatal al alcohol, relaciones pobres y comunicación inadecuada entre padres e hijos, trastornos de conducta, rebeldía, depresión, ansiedad, problemas académicos, actitudes positivas hacia la sustancia, estrés y falta de habilidades de afrontamiento. Quienes experimentan la pubertad precoz o han sido víctimas de abuso físico o sexual tienen mayor riesgo de usar drogas antes, con más frecuencia y en mayores cantidades

que sus pares que comienzan su maduración más tarde. Uno de los factores que en la última década ha favorecido el uso de alcohol se relaciona con la publicidad y los medios de comunicación, ya que los recursos publicitarios dirigidos a las adolescentes hacen ver que su empleo es algo divertido y sexy. Especialistas coinciden en que la publicidad ejerce una influencia sobre esta conducta.

Actualmente, las adolescentes se reúnen con sus amistades en escenarios públicos, en lugares de diversión y ocio donde puede estar presente la sustancia. La calle es un espacio de socialización, acuden a las fiestas, se reúnen en las esquinas, en las tienditas del barrio, en los espacios deportivos y en lotes baldíos, donde las bebidas son consumidas sin distinción de sexo. Aquí, las jóvenes desarrollan una postura crítica de las formas tradicionales de organización de la sociedad y en grupos generan identidad. Se expresan mediante el lenguaje, la música, la vestimenta y la estética, crean símbolos y ritos. En este proceso, el alcohol y otras drogas pueden estar presentes. En los espacios públicos se experimenta en compañía de los pares, no así en la familia donde el consumo se da en forma clandestina.

Las adolescentes consumen alcohol en la convivencia con sus pares, ya sea por la búsqueda de reconocimiento e identidad individual y colectiva, la inquietud de experimentar, identificarse o agradarle a la pareja afectiva y sentirse aceptadas por un grupo. Sánchez Pardo (2003: 126) comenta que en la última década empezaron a coexistir dos ideas en relación con el uso de bebidas embriagantes por parte de las mujeres: “la del rechazo cuando los consumos los realizan las mujeres adultas, por cuanto representan un claro desafío al rol tradicional femenino, y la de su aceptación más o menos tácita, cuando son realizados por las adolescentes y jóvenes, puesto que son percibidos como una expresión de una nueva cultura basada en la igualdad de género.”

Actualmente en México, el foco de atención se centra en las adolescentes de entre 12 y 17 años de edad que beben a la par de los varones de su edad. Hay más permisividad social para que ellas consuman alcohol, pues nacieron en los noventa, una época de transición en el cuestionamiento de la división de los espacios públicos y privados. Las nuevas generaciones cuentan con mayor libertad y acceso a espacios que sus madres y abuelas no tuvieron, crecen con la libertad de entrar a los bares, a las cantinas, de asistir a reuniones festivas donde se consume alcohol sin tantas restricciones. Sin embargo, no deja de haber una ilusión de igualdad con respecto a tener presencia en espacios de socialización antes prohibidos. Pues si bien es cierto, que esto se presenta en contextos donde hay mayor autonomía económica, opciones de actividades recreativas, libertad en la toma de de-

ciones, desplazamiento en espacios de la vida pública, esto no deja de ser un entrapamiento, pues las mujeres siguen siendo colocadas en un lugar de desventaja social y emocional al ser estigmatizadas y correr mayores riesgos de violencia, principalmente sexual. El alto índice de violencia en el noviazgo o en las relaciones de pareja –a cualquier edad– pone en entredicho la anhelada igualdad.

La exclusión social también impacta a las menores de edad que consumen alcohol. En el estudio comparativo de adolescentes que estudian y no estudian que Mariño y cols. (1999) realizaron, señalan que 51 por ciento de ellos no asiste a la escuela por condiciones de pobreza. De esta población hubo diferencias por género: tres cuartas partes de los hombres trabajan (74%), mientras que solo 26 por ciento de las mujeres lo hacen. En general, los participantes carecen de oportunidades de desarrollo y sus opciones son, para ellas, permanecer en casa, y para ellos salir a beber con amigos.

En este contexto, la prevalencia del consumo de alcohol “alguna vez” y “en el último año” fue ligeramente mayor en los que dejaron la escuela, aunque hubo diferencias por sexo: en los hombres que no asistían a la escuela el consumo de alcohol “alguna vez” fue más frecuente con 45 por ciento, mientras que en las adolescentes fue de 20 por ciento. Lo que puede significar que permanecer en casa para las adolescentes disminuye la posibilidad de consumo, por un lado, y tienen mayor imposición de los estereotipos de género, pero también limita su desarrollo. De las adolescentes que abandonaron la escuela, un 100 por ciento permanece en el hogar y realiza labores domésticas, casi la mitad de ellas acepta que se aburre.

De acuerdo con este estudio, quienes estudian usan el alcohol como un medio para relacionarse socialmente; en cambio para las personas que no estudian refleja una escasa relación con la familia, la falta de oportunidades de desarrollo o, en el caso de las jóvenes, la frustración generada por un embarazo no deseado.

LAS JÓVENES Y SU RELACIÓN CON EL ALCOHOL

La vida de la juventud urbana usualmente oscila entre los espacios familiares, educativos y laborales. Para un amplio sector, implica la formación de vida en pareja e incluso la procreación, aunque la mayoría de las veces las jóvenes son quienes se responsabilizan de los embarazos no deseados. También es la época de búsqueda y de participación en espacios recreativos. Es el periodo donde las estadísticas indican un mayor consumo y abuso de alcohol, principalmente en los hombres. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud

(2005), para jóvenes de ambos sexos hay una percepción de que las drogas y el alcohol son un problema prioritario (70.9 por ciento), mientras que muy por detrás se encuentra la falta de empleo (28.3 por ciento), área donde los hombres se sienten afectados.

Los espacios del ámbito público como la escuela y el trabajo promueven la interacción social. Las mujeres jóvenes con un empleo remunerado acceden con más facilidad a espacios de socialización como restaurantes, discotecas, bares y centros nocturnos, u organizan reuniones con amistades, lugares donde usualmente se incorpora el alcohol como un elemento de convivencia.

En un estudio con alumnos de universidad de primer ingreso, Díaz Martínez y cols. (2008) señalan que el Consumo de Riesgo y Dañino de Alcohol (CRDA)² ocurrió, en promedio, entre los 20 y los 25 años de edad. Tener ingresos económicos incrementó la posibilidad de CRDA en ambos sexos; sin embargo, el problema no es que tengan posibilidad económica, esto sólo facilita pero no determina las prácticas, lo relevante son las motivaciones por las que abusan del alcohol. En los hombres se relaciona con la influencia de los grupos de convivencia que apelan a la reafirmación de la masculinidad, a la presión del grupo y a la búsqueda de un sentido de pertenencia. En las mujeres las causas para beber fueron un desempeño académico deficiente, violencia sexual y lesiones auto-infligidas, entre otras. Los años de educación de los progenitores fue un aspecto que diferenció a las mujeres, pues a mayor educación del padre y la madre (12 años o más de educación), los jóvenes presentaron mayor CRDA. En las y los estudiantes casados el riesgo de este problema disminuyó.

Entre las jóvenes generaciones sigue habiendo una profunda desigualdad de género: las mujeres dan sentido a su vida a partir de ser para otros, de ser valoradas, queridas y aceptadas por los hombres; aún con todo y los ánimos y



² El autor lo sitúa como un *continuum* de severidad y lo define como un patrón de consumo de bebidas embriagantes que colocan al sujeto en riesgo de desarrollar problemas de salud. El CRDA desemboca en francas complicaciones físicas o psicológicas (accidentes, victimización, violencia, dependencia al alcohol y cirrosis hepática).

posibilidades de libertad, para algunas el consumo de alcohol se convierte en una experiencia negativa cuando tratan de disminuir malestares emocionales. Como bien ilustra el sociólogo Giddens (1992) las mujeres desean la felicidad, pero la seguridad es más importante para ellas y muchas veces se deposita en la aceptación y protección por parte de los hombres³. Desde otra perspectiva se podría decir que las mujeres buscan protección pero anhelan libertad. En ambos casos, ese supuesto respaldo lo ubican en la pareja, en hombres que muchas veces tienen conductas violentas y además abusan del alcohol.

Para las jóvenes y adolescentes, el abuso del alcohol implica la ilusión de sobrellevar situaciones emocionales, lo que, evidentemente, no logra resolver los problemas de fondo. Tal vez la alternativa sea la construcción de formas de relacionarse propias, constituidas por las nuevas generaciones de mujeres, en las que no necesariamente se quiera acceder a espacios y formas construidas desde lo masculino, como es el caso del consumo de alcohol. Hace falta la creación de lugares, formas y horizontes propios, abandonar a lo masculino como la referencia a la cual regresar una y otra vez, pues esto se convierte en un piso pegajoso que tiene sus propias trampas, al estar constituido desde una lógica que rechaza la presencia femenina.

Las jóvenes casadas o que viven en pareja comparten algunas situaciones con las mujeres adultas. Enfrentan problemas vinculados con los mandatos sociales derivados de su condición de género: tienen tensiones en su hogar, cumplen con dobles y triples jornadas de trabajo al estudiar, trabajar y, además, cumplir con las labores domésticas; viven violencia familiar que proviene de su pareja o cualquier otro varón de la familia; sufren depresión porque se ven y sienten devaluadas. Algunas mujeres se vinculan sentimentalmente con su pareja al abusar del alcohol; se sienten culpables por pensar que no cumplen a cabalidad los roles de madres-esposas, o simplemente de mujeres “decentes”, y cuando beben son percibidas con mayor accesibilidad a su sexualidad. Además, cuando las mujeres abusan del alcohol se rompen los vínculos familiares y las redes sociales que las rodean, quedando en el olvido o el abandono, lo que dificulta aún más salir del problema.



³ Hablando estrictamente de las relaciones heterosexuales. La complejidad del ámbito de las relaciones diferentes a la heterosexual no se consideran en este capítulo por cuestiones de espacio.

MUJERES ADULTAS Y SU RELACIÓN CON EL ALCOHOL

De acuerdo con la información epidemiológica, las mujeres adultas de los 30 a los 65 años de edad consumen en menor proporción que los hombres. En esta etapa el uso y abuso de bebidas embriagantes son sancionados, pues las generaciones a las que pertenecen estas mujeres han interiorizado los estereotipos y roles de género, lo que las lleva a recrearlos en el espacio privado. En esta población se reproduce la práctica social de otros siglos con el consumo oculto y la limitación de los espacios de desenvolvimiento. La presión social para cumplir con los estereotipos de madres-esposas dificulta la identificación del problema y por lo tanto que accedan a espacios de atención profesional.

Esta situación aún prevalece en diversos sectores por la carga cultural que implica. Aunque existan lugares para atenderlas, continúa la negativa a aceptar o reconocer que una mujer en la familia tiene problemas con su forma de beber. Para evitar ser estigmatizadas, tienden a ocultar el problema, a no pedir ayuda o postergar la petición o la asistencia a un centro de apoyo especializado, donde probablemente se enfrentarán a prejuicios de género (Góngora y Leyva, 2005).

El abuso de alcohol suele provocar una vida más solitaria, pues usualmente es privado y oculto. Esta clandestinidad busca impedir el estigma social, el riesgo de la pérdida familiar y prevenir el alejamiento y aislamiento de las redes sociales. En el afrontamiento de situaciones difíciles (sufrir episodios de violencia familiar, la no satisfacción y la falta de expectativas), las mujeres pueden ver en la botella su refugio, escape y una forma de soportar y mantenerse. El trabajo doméstico que se realiza en el espacio privado no tiene una valoración social, las mujeres responsables de una familia que se desenvuelven como amas de casa no reciben reconocimiento y día a día se enfrentan a la desaparición de sus expectativas, necesidades y aspiraciones individuales; se diluyen en el abstracto y en el bienestar de la familia, lo que les niega una identidad propia; se deben al otro y viven con pocas posibilidades de desarrollo individual. Esto genera depresión, estrés, insomnio, problemas de alimentación y descuido corporal y de salud, factores que detonan el uso de esta sustancia.

También hay mujeres, que además de lo anterior, salen a trabajar como resultado de las crisis económicas y de las transformaciones sociales en los roles de género. Actualmente en México, las mujeres son jefas de familia en 22.7 por ciento de hogares, realidad que, de acuerdo al INEGI (2011:3-4), “se relaciona, en la mayor parte de los casos, con la ausencia del cónyuge, en mayor proporción por viudez (29.7 por ciento), seguido por separación (21.8 por ciento), soltería (14 por ciento) y divorcio (7.7 por ciento).” Estas mujeres tienen doble o triple jornada laboral, lo que implica un fuerte desgaste físico y emocional. Mientras

más responsabilidades, disminuyen y se limitan los tiempos de diversión. Ellas también colaboran en acciones de mejora comunitaria, escolar y actividades religiosas. Ocasionalmente buscan socializar en espacios públicos donde un medio de convivencia es el uso de bebidas embriagantes.

Lagarde (2008) señala que la población femenina se ve envuelta en el sincretismo que implica que la mujer sea a la vez tradicional y moderna; las contradicciones que surgen a partir del sincretismo, “pueden ser dolorosas” o detonadores de estrés y depresión. En algunos casos, contribuye al consumo de alcohol y otras sustancias usadas para atenuar malestares emocionales. Las mujeres han incorporado las exigencias del entorno y las han convertido en autoexigencias, de ahí que se esfuercen aunque les genere cansancio físico y emocional y las lleve a enfermar. La sociedad promueve el consumo de alcohol a través de los medios de difusión, coludidos con el sector empresarial, y hay permisividad para que ellas asistan a espacios donde se convive con el uso de esta sustancia; sin embargo, prevalece el rechazo y el estigma social. Por ejemplo, en el marco de una relación estable, los hombres –incluso los que tienen problemas de adicciones– prefieren a las mujeres que no consumen alcohol u otra droga.

TRABAJADORAS SEXUALES Y SU RELACIÓN CON EL ALCOHOL

El trabajo sexual de mujeres ha estado presente en todas las sociedades, quienes a esto se dedican constituyen uno de los grupos sociales con mayor índice de marginación y estigmatización. De acuerdo con investigaciones, es común que las trabajadoras sexuales consuman como un elemento inherente a su trabajo, aunque en algunos sectores también usan otras drogas.

El abuso de alcohol se genera principalmente cuando laboran en bares y clubes nocturnos e incluso se considera una “droga de trabajo”. Rodríguez y cols. (2003) señalan en un estudio con mujeres que realizan trabajo sexual, que tomar una copa es un medio para establecer contacto con el cliente, una forma de agradarlo y una manera de obtener ganancias económicas que se le proporcionarán a terceras personas. El consumo de alcohol de los clientes también es frecuente al inicio del contacto. Para Checa (2005) este contexto representa la condición subordinada de las mujeres en una sociedad patriarcal que les asigna un estatus de cuerpos para otros.

MUJERES ADULTAS MAYORES

Según la OMS (2002) son varios los factores de envejecimiento de las personas; entre los determinantes conductuales se encuentran el uso del tabaco, la

ausencia de ejercicio, la alimentación y el abuso de alcohol, entre otras. En las mujeres influye, también, el número de partos.

Por su parte, los determinantes personales (herencia genética y factores psicológicos), los relacionados con el entorno físico (seguridad de la vivienda y en la ciudad, la disponibilidad de agua potable y aire puro), los sociales (apoyo social, violencia, abuso y nivel educacional) y los económicos (ingresos, protección social y trabajo) tienen efectos diferenciados en distintos contextos culturales; por ejemplo, no es lo mismo envejecer siendo mujer indígena en una zona rural, que hombre inmigrante en una ciudad.

Los estudios sobre el problema del alcohol en la población anciana y, particularmente, de las mujeres en edades avanzadas, son muy escasos. El consumo del alcohol en esta etapa de la vida puede ser un escape a una realidad difícil de asumir, la vejez. Las personas mayores con frecuencia viven negligencia y abandono de sus familiares, sufren pérdidas de seres queridos, se sienten solas, tienen una salud física o mental deficiente, perciben bajos ingresos, otros no cuentan con recursos económicos, aspectos que puede conducirlos al abuso de bebidas embriagantes para mitigar su situación.

Aunque comparten situaciones de desprotección, hay más mujeres que hombres que en esta etapa de la vida se encuentran sin patrimonio, dependientes de la pareja o de familiares. En muchas ocasiones, son objeto de violencia de todo tipo por parte de los integrantes de la familia. Esa situación puede ser detonante para que ingieran bebidas alcohólicas a escondidas o se automediquen psicofármacos para atenuar sus malestares emocionales, pero también es común que quienes iniciaron con el abuso de alcohol a menor edad lo continúen en la vejez. En ocasiones este problema se detecta cuando acuden a los servicios médicos para atenderse alguna otra enfermedad. Las bebidas alcohólicas en exceso ponen en desventaja a la persona adulta mayor, pues reducen su resistencia a las enfermedades.

En el estudio de Aguilar y cols. (2007) sobre alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años de edad se tuvieron los siguientes resultados: en la muestra predominaron las mujeres, pero el mayor consumo lo presentaron los hombres. La población estudiada tenía entre 65 y 74 años de edad, vivía en matrimonio y sin empleo, aunque recibía pensión. 34.7 por ciento reportó consumo de sustancias etílicas en el pasado. De éstos, 67.5 por ciento continuaba con una ingesta de más de cuatro bebidas diarias en los últimos tres meses (18% en hombres y 6% en mujeres). Las personas que bebían y fumaban presentaron mayor independencia para realizar sus actividades cotidianas. En este contexto, las mujeres con autonomía económica (profesionales, comerciantes y empresarias) no dependen tanto de redes familiares. Aunque en general se encuentra que entre las mujeres a

mayor edad disminuye el consumo y abuso de alcohol, seguramente esta situación cambiará cuando las actuales generaciones de adolescentes y jóvenes lleguen a esa edad.

MUJERES INDÍGENAS

El consumo de bebidas alcohólicas en las comunidades indígenas de nuestro país se relaciona con sus tradiciones, prácticas religiosas, actividades laborales y la marginación que ha estado presente durante generaciones. El alcohol juega un papel primordial de socialización en las fiestas del santo patrono, el compadrazgo, el arreglo de matrimonios, las ceremonias agrícolas y diversas celebraciones a lo largo de la vida; incluso forma parte de las curaciones en la medicina tradicional.

Son pocos los estudios que se han realizado con población indígena y mucho más escasos los que abordan la problemática en las mujeres de este sector poblacional. Un estudio realizado por la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CNDI, 2008) reportó que de cada 100 mujeres indígenas entre los 40 y los 50 años de edad, 52 consumen cotidianamente bebidas embriagantes. El promedio de consumo es de cinco a 10 vasos al día. El 75 por ciento de las entrevistadas bebe en fiestas familiares; 74 por ciento en fiestas religiosas; 61 por ciento en fiestas de matrimonio; 47 por ciento por costumbre; y 43 por ciento por cambio de autoridades. Se considera que los daños a la salud son más drásticos debido a la ingesta de bebidas adulteradas o de pésima calidad y a los altos niveles de desnutrición, lo cual genera altas tasas de mortalidad.

La encuesta sobre percepción del alcoholismo en población indígena realizada en consejeros de la CNDI⁴ mostró que 68 por ciento de los consejeros indígenas piensa que el alcoholismo es un problema tanto de jóvenes como de varones, mientras que 48 por ciento señaló que también afecta a las mujeres. 77 por ciento opinó que entre hombres y mujeres existen diferencias en el consumo del alcohol, pues los hombres beben más y lo hacen en espacios públicos, como las cantinas; mientras que las mujeres que to-



⁴ En la consulta participaron un total de 96 consejeros indígenas, de los cuales 28 por ciento fueron mujeres y 72 por ciento hombres. La representación fue de 51 pueblos.

man deben cuidarse, pues son muy criticadas y desprestigian a sus esposos y familiares.

Según un estudio realizado en Chiapas con 10 parejas de entre 36 y 40 años de edad, la mayoría de las mujeres (dedicadas al hogar y a realizar trabajos extras como lavar ropa ajena, vender pan o dulces y asistir a huéspedes) iniciaron el consumo después de casarse, generalmente en compañía de su pareja. Ellas consumían con menor frecuencia y cantidades menores que los hombres (dos o tres cubas y otras de tres a cinco). La frecuencia del consumo dependía de la asistencia a las fiestas o reuniones familiares. Por lo general, las entrevistadas decían que no les gustaba beber, excepto cuando las invitaban a alguna celebración. Cuatro de ellas mencionaron que a sus esposos no les gustaba que ellas tomaran e incluso se molestaban si pedían más, por lo que decidían cuándo y cuánto podían beber.

VIOLENCIA FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL

El tema de la violencia en general y la ejercida al interior de los grupos familiares⁵ son temas que actualmente tienen espacios importantes de discusión en la vida cotidiana. Escuchar historias donde las formas de relación implican gritos, insultos, ofensas o golpes son comunes; también se suele hablar de los malestares que se experimentan a nivel corporal y en el estado de ánimo, sin identificar con claridad las razones del sentir; sin embargo, todo esto se vincula con relaciones conflictivas que derivan en prácticas violentas y pueden agudizarse por el abuso de alcohol de uno o más de los integrantes de la familia. Quienes suelen padecer principalmente las prácticas de violencia en los grupos familiares son las mujeres, las niñas y los niños.



⁵ No se habla de la familia desde el modelo tradicional, porque actualmente se reconoce que dejó de existir un modelo único. Desde el siglo pasado se están replanteando las formas de relaciones de pareja, así como configuraciones diversas de grupos familiares, lo que es parte de la evolución de las sociedades. Esto se reconoció por primera vez en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo en 1994.

El Estudio Internacional sobre Género, Alcohol y Cultura (GENACIS, 2004) realizado en España y promovido por la OMS señala que el alcohol tiene una importante presencia en el escenario de la violencia física. Casi la mitad de las víctimas (47%) señalan que alguno de los dos integrantes de la pareja había bebido antes de producirse la agresión: quien violenta (25.9%), quien violenta y la víctima (167%), o bien sólo la víctima (3.5%).

Es importante hacer una precisión sobre la relación que hay entre el consumo de alcohol y el ejercicio de la violencia, ya que en ocasiones se les concibe en una relación directa o causal. Si bien es cierto que el uso de bebidas embriagantes puede provocar que la persona se desinhiba en diferentes esferas de su vida, esto no es el origen de la violencia; puesto que no todas las personas que abusan del alcohol ejercen violencia, ni todas las personas que ejercen violencia abusan del alcohol. Lo que resalta es la dificultad de resolver los conflictos de manera pacífica y los efectos generados por la sustancia etílica. Bajo esta lógica se pueden presentar diversos escenarios.

Por una parte hay casos en que el alcoholismo puede aumentar las posibilidades de que una persona ejerza violencia, cuando en la cotidianidad no lo hace. En otros casos, la persona es agresiva independientemente de que haya o no bebido, y su comportamiento suele agudizarse o presentarse con más frecuencia bajo los efectos del alcohol. Ettore (1998) menciona que “el alcohol puede actuar como un intruso, tener un efecto violento y exacerbar el comportamiento de dominio en las relaciones íntimas (...) si el alcohol interviene en escena, en la violencia ejercida contra las mujeres, sólo añadirá brutalidad.”

En este contexto, algunas disciplinas justifican las prácticas violentas argumentando que los hombres las ejercen por los efectos del alcohol, sustancia que les genera poca lucidez y voluntad en sus actos, por lo que no se dan cuenta de lo que hacen. Sin embargo, es fundamental dejar claro que todo acto de agresión es una decisión y ello implica responsabilidad de quien lo hace, a menos que se trate de hombres que tengan un trastorno mental psicótico.

Las prácticas de violencia se dan en relaciones desiguales de poder, donde una de las partes se concibe como inferior y más débil con respecto a quien agrede. Esta asimetría dentro de los grupos familiares puede estar determinada por el género, dada la sobrevaloración de lo masculino; por la edad, pues se piensa que a más edad, más poder, excepto cuando se llega a la adultez mayor; por la orientación sexual, cuando se toma lo heterosexual como la norma, entre otras causas. Estas situaciones de vida son leídas por quienes integran el grupo familiar de manera diferenciada, y los escenarios que se

generan están determinados por el lugar que ocupa la persona en la familia que tiene el problema con su manera de beber.

En este sentido, cuando los hombres toman licor hay mayores posibilidades de que se manifiesten escenas de violencia, en comparación con las mujeres que beben. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006) reporta que de 83 mil 159 mujeres entrevistadas, 23 por ciento señaló que las tensiones y conflictos en la relación de pareja se originan porque el hombre bebe o se droga. Estos datos coinciden con la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (2006) en la que se obtuvieron 22 mil 318 entrevistas a usuarias de servicios de salud, y se encontró que es más frecuente que el varón protagonice episodios violentos cuando consumen alcohol, que cuando lo hace una mujer (19 y 6%, respectivamente). En todos los casos, los principales afectados son los hijos que reciben la violencia de ambos. Los problemas a causa del consumo de alcohol en las parejas son fundamentalmente de tipo familiar (15%) y económico (13%).

El abuso de alcohol, en el caso de los hombres, cuenta con la permisividad social, por lo que desde la adolescencia empieza la presión para hacerlo; diversos espacios públicos de socialización de jóvenes y adultos incluyen a la bebida como un medio para la convivencia. Lo que empieza como una recreación y reto puede derivar en un problema que repercute en la vida familiar. De acuerdo a la ENA 2002, los problemas más frecuentes entre varones rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o pelea con su pareja mientras estaban bebiendo (12.9% de 357 mil 775 en el ámbito rural, y 11% de 13 millones 581 mil 107 en población urbana). Coincide con datos anteriores que los problemas son menos frecuentes cuando beben las mujeres.

En los grupos familiares la forma de beber del padre o hijos mayores, dada la posición de privilegio y poder que guardan estas figuras masculinas, genera una dinámica de temor y angustia, pues los episodios de violencia se pueden agudizar o presentarse con más frecuencia. Pero simultáneamente, suelen darse comportamientos de protección y apoyo por parte de las figuras femeninas, principalmente de la pareja o esposa, quienes los impulsan para que reciban un tratamiento y los acompañan durante ese proceso. Por lo tanto, en el caso de los hombres se activan las redes de apoyo para tratar de resolver el problema con el abuso de alcohol, pues se apuesta a que si dejan de beber se acabarán los problemas familiares, sobre todo los episodios de violencia. Esto puede ser sólo una ilusión, ya que los hombres pueden dejar de beber, pero eso no garantiza que dejarán de abusar de su poder y control sobre el resto de la familia, especialmente si ellos tienen la creencia de que deben imponerse incluso por medio de la agresión.

En este escenario es importante revisar el sistema de creencias de los varones, es decir, lo que significa para ellos ser hombres, así como las prácticas de violencia que se les enseñan desde la infancia como la forma de relacionarse para convivir y enfrentar el mundo. También se debe considerar que tanto en su juventud como en su adultez se les sigue presionando para demostrar su masculinidad y que el consumo de alcohol es un recurso más para probarla.

En el caso de los grupos familiares donde quien abusa de la bebida es una mujer, se da una dinámica diferente. Se enfrentan al reproche y a la sanción, y al contrario de lo sucedido con los hombres, a ellas se les margina y abandona; sus redes sociales se desvanecen en una especie de alianza que castiga su comportamiento, lo que dificulta primero el reconocimiento de la existencia de un problema y, en consecuencia, el acceso a los servicios de atención.

Por ello, atender el abuso de alcohol en las mujeres implica un proceso de curación de la socialización femenina que promueve que ellas se preocupen más de la relación consigo mismas y disminuyan a la vez –lo que no significa desentenderse– el cuidado de los otros como una estrategia de balance. Esto hace indispensable que fortalezcan su participación en la toma de decisiones y se conviertan en agentes activos de su proyecto de vida.

QUÉ PASA CON LA INFANCIA QUE VIVE EN AMBIENTES DE VIOLENCIA Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL

Es común que la violencia sea aceptada como una forma de relacionarse con la infancia, incluso es vista como una práctica “inofensiva” que se lleva a cabo por “el bien de niños y niñas”, para “que tengan una mejor educación” y “no se desvíen del camino”. Ésta es una práctica ampliamente difundida y tolerada en México y se agudiza cuando hay integrantes en el grupo familiar que presentan abuso de alcohol. Generalmente, donde hay maltrato físico, también hay otras formas de violencia como falta de cuidado en la alimentación y en la higiene personal. Asimismo, es común que donde hay mujeres que padecen violencia por parte de su pareja, también los hijos resulten afectados. La Secretaría de Salud reportó que de enero de 2007 a agosto del 2011 requirieron atención médica 179 mil 458 mujeres y menores de edad, quienes presentaban lesiones, desde leves hasta graves, por haber sido víctimas de violencia intrafamiliar; este porcentaje representa un aumento, con respecto al 2010: “El repunte en atención médica por esa causa es de 32.4 por ciento. También se ha incrementado 38 por ciento la atención psicológica” (*Excélsior*, 2011).

En la mayoría de los países de América Latina, la violencia dirigida hacia la infancia se incorpora y legitima como parte de los usos y costumbres originados en Europa desde tiempos remotos bajo la figura del *Pater Familias* (el dueño de la familia, en latín, refiriéndose al padre, es decir, el dueño de los bienes, las tierras, las vacas, las mujeres y los niños). Este poder se ha compartido, posteriormente, entre las personas adultas que rodean a la infancia. Es común que las personas que han sido castigadas en la niñez, sobre todo los hombres, se relacionen mediante el abuso de alcohol y la adopción de conductas de riesgo. Hasta hoy, existe poco conocimiento sobre cómo experimentan la violencia, en sus propias narrativas, las niñas y los niños. Los cambios anímicos son los primeros signos que se pueden presentar, pero para interpretarlos es indispensable superar las dificultades de comunicación que se viven al interior de las familias y las escuelas, pues de lo contrario, se corre el riesgo de hacer interpretaciones erróneas del comportamiento de los infantes. Por ello, es fundamental escucharlos y sobre todo creerles cuando están denunciando, con sus posibilidades y recursos, situaciones que los lastiman.

“A mí me golpeaban pero aprendí”, dice un niño de 11 años de edad del Estado de Zacatecas (Odisea, 2008). Leer esta expresión obliga a la reflexión, pues de alguna manera este pequeño incorporó que el maltrato que recibió estuvo justificado, pues a final de cuentas obtuvo un conocimiento, lo que era la intención de sus padres. Legitimar el maltrato corporal infringido por los padres de familia o docentes lesiona seriamente la percepción que niñas y niños incorporan, como sucedió en una investigación con infantes en Belice (Pinheiro, 2006), donde los menores de edad mencionaron que sus padres y docentes les dijeron que los castigaban por amor, y esto los llevó a creer que era correcto que les administraran castigos corporales. Resalta, sin embargo, que aunque manifestaron la necesidad de sentir amor, hablaron de su dificultad para aprender cuando están bajo la amenaza de recibir un golpe.

Las consecuencias del castigo corporal se pueden percibir en varios niveles: a corto plazo tiene como resultado lesiones físicas y, en casos extremos, la muerte; y en el largo plazo, la violencia puede utilizarse como un patrón de comportamiento relacional. El castigo físico en la infancia se asocia en la vida adulta con maltrato hacia la pareja e hijos, depresión, consumo de alcohol y otras drogas en niveles problemáticos; además conlleva menores logros educativos, ocupacionales y económicos, con lo cual se repite el ciclo de vida y el sistema de creencias. Otra de las consecuencias es que los menores de edad que enfrentan el castigo corporal por parte de sus maestros tienen más probabilidades de dejar de estudiar, comprometiendo con ello su

futuro; incluso quienes permanecen en la escuela ven perjudicado su proceso de aprendizaje y educación por el temor de recibir golpes.

Recientemente, Unicef y organizaciones no gubernamentales denunciaron que cada año unos seis millones de niños, niñas y adolescentes son víctimas de abusos severos en América Latina y El Caribe, de ellos se calcula que 80 mil mueren a causa de la violencia doméstica, aunque no hay una precisión acerca de en cuántos hogares hubo abuso de alcohol u otras drogas (Agencia EFE, 2009). También se señala que muchas veces los niños salen lastimados en su afán por defender a su madre del papá, en episodios de violencia.

El primer *Informe Mundial sobre la Violencia contra las Niñas y los Niños* (Pinheiro, 2006) transmite como idea principal que ningún tipo de maltrato contra la infancia está justificado y que cualquier expresión de violencia es prevenible. El documento revela que México es una de las naciones más violentas del mundo. El ambiente álgido del país tiene un alto impacto en la niñez, situación reflejada en las elevadas tasas de homicidios de niños. Esto es una consecuencia –entre otras– de la legitimación de la violencia infringida por los progenitores y personas adultas, por ello la Unicef señaló que la falta de normativas al respecto es uno de los asuntos pendientes más acuciantes del país, pues el castigo corporal no está explícitamente prohibido en las leyes mexicanas.

Bajo este contexto, cuando se trabaja violencia familiar relacionada con el abuso de alcohol es importante considerar el impacto que el consumo tiene en la niñez, pues se corre el riesgo de que al no atenderlos adecuadamente se provoquen implicaciones emocionales que marquen su vida tanto en el presente, como en el futuro.

La intervención en la prevención y en la eliminación de esta conducta debe considerar los diferentes papeles y funciones que adoptan quienes integran el grupo familiar. Es necesario identificar quiénes ejercen prácticas de violencia y qué hace el resto de la familia, así como el papel del abuso de alcohol, su relación y consecuencias, no sólo para quien bebe, sino también para el resto de la familia, en particular las mujeres, niñas y niños.

REFERENCIAS

- Aguilar-Navarro, S.G, Reyes-Guerrero, J., Borges, G. (2007). "Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años" en *Salud Pública*. México. 49 Suplemento 4. Pág. 470.
- Amorós, C. (1994). "Espacio público, espacio privado y definiciones ideológicas de 'lo masculino' y 'lo femenino' " en Amorós, Celia. *Feminismo, igualdad y diferencia*. México. PUEG-UNAM. Pp. 23-52.
- Castillo, M. M., Álvarez-Bermúdez, J., López-García, K. S., Rodríguez-Aguilar, L., Alonso-Castillo, M.T.J, Angélica-Armendáriz, N. (2009) "Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas" en *Imagen y Desarrollo*. Bogota. Pontificia Universidad Javeriana. Vol. 11. Núm. 1. Enero-junio, 2009. Pp. 97-114.
- Centro Nacional de Equidad y Salud Reproductiva (2006). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres*. México. Secretaría de Salud. Pág. 58.
- Checa Ruiz, M. A., Córdoba Basulto, D. I. y Sapién López, J. S. (2005). "Entorno, experiencias sexuales e imagen corporal de sexo servidoras de la zona metropolitana" en *Psicología y Ciencia social*. México. Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 7. Núm. 1-2. Pág. 61.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2008). *Informe General sobre consulta de alcoholismo y pueblos indígenas*. México. CDI. Pp. 153-157.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México. SSA.
- Díaz Martínez, A., et al. (2008). "Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso" en *Salud Mental*. Vol. 31. Núm. 4. Pp. 271-282.
- Escobar, A., Juárez, E., Torres, A. y Vega, G. (s/f) "Grupos urbanos juveniles: hacia la aceptación y tolerancia de la diversidad". Recuperado de <http://www.liberacion.org/articulos/26/518-grupos-urbanos-juveniles-hacia-la-aceptacion-y-tolerancia-de-la-diversidad>.
- Ettorre, E. (1998). *Mujeres y alcohol. ¿Placer privado o problema público?* Madrid. Narcea. Pág. 185.
- Farapi, S.L. (2009). *Drogas y Género*. Euskadi. Pág. 31.
- Fuentes Vásquez, Lya Y. (2002). "Representaciones de los cuerpos femenino y masculino, salud y enfermedad. Una revisión de los anuncios publicitarios del *Excelsior*" (1920-1990) en *Ventana*. Núm. 16. Pp. 182-222.
- Giddens, A. (2000). Un mundo desbocado. *Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid. Taurus.
- Giddens, A. (1992). *La Transformación de la Intimidad. Sexualidad, Amor y Erotismo en las Sociedades Modernas*. Madrid. Cátedra.
- Glantz, N. M., Martínez Hernández, I., Tinoco Ojanguren, R. y De León Ruiz, P. (2004). "Si no tomara él... El consumo de alcohol y su papel en las relaciones de pa-

- reja” en *Salud Mental*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Vol. 27. Núm. 6. Diciembre 2004. Pp. 50-56.
- Góngora Soberanes, J. y Leyva Piña, M. A. (2005). “El alcoholismo desde la perspectiva de género” en *Revista El cotidiano*. México. Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco. Vol. 27. Núm. 6. Diciembre 2004. Pág. 90.
- Hernández Mella, R., Pacheco Salazar, B. (2009). “De la culpa a la redención: Hacia una nueva psicología” en *Ciencia y sociedad*. República Dominicana. Instituto Tecnológico de Santo Domingo. Vol. XXIV. Núm. 4. Octubre-diciembre. Pp. 505-515.
- INEGI (2011). *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana. Datos nacionales*. Boletín. México. D. F.
- Inmujeres (2006). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. México. Inmujeres. Pág. 43.
- INJUVE (2005). *Encuesta Nacional de la Juventud, resultados preliminares*. México. Secretaría de Educación Pública. Instituto Nacional de la Juventud. Pp. 10, 12 y 32.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2000). “Autoestima y Género” en *Cuadernos Inacabados 39, Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Pp. 1-18. Recuperado de http://webs.uvigo.es/xenero/profesorado/marcela_lagarde/autoestima.pdf
- Landero Hernández, R. y Villareal González. (2007). “Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos” en *Psicología y salud*. Xalapa. Universidad Veracruzana. Año/vol 17. Núm. 001. Enero-junio. Pp. 17-23.
- Marino, M.C, Medina-Mora, M. E., Mondragón, L., Díaz, L. (1999) “¿Quiénes son los adolescentes que no van a la escuela? Encuesta de hogares en la ciudad de Pachuca, Hidalgo” en *Salud mental*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Vol. 22. Núm. 3. Junio. Pp. 41-47.
- Núñez Noriega, G. (2005). *Diversidad sexual (y amorosa)*. Sonora, México. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. Pp. 402-450.
- ODISEA (2008). *Consulta Infantil en Zacatecas*. Zacatecas. Odisea.
- OMS (2002) “Envejecimiento activo: un marco político” en *Revista Español Geriatria Gerontol 2002*. 37(S2). Pp. 74-105.
- Pinheiro, S. (2006). *Informe mundial de violencia contra los niños y niñas*. Unicef.
- Ramos de Viesca, M. B. (2001). “La mujer y el alcoholismo en México en el siglo XIX” en *Salud Mental*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Vol. 24. Núm.3. 3 de junio. Pp. 24-28.
- Rodríguez, E. M., Gutiérrez, R. y Vega, L. (2003). “Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la zona de la Merced” en *Salud Mental*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Año/vol. 26. Núm. 005. Octubre. Pp. 75-76.
- Rojas, J. (1997). “El Estigma de la Sexualidad en la Mujer Alcohólica” en *LiberAddictus*. Núm. 14. Junio-julio.
- Romo Avilés, N. (s/f). “Género y uso de sustancias: la invisibilidad de las mujeres” en

Monografías Humanitas. Barcelona. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Vol. 5. Pp. 69-83. Recuperado de www.grugipia.com/descargas/IECO2-humanitasmedicas.pdf.

Sánchez Pardo, L. (2003). "Género y Drogas, drogas y perspectiva de género". Documento marco. Xunta de Galicia. Pp. 214

Scheinkman, M. (2010) "Infidelidad, violencia y género". Presentación en el *Practicum* del Instituto Crisol. México. Mayo 2010.

Sociedad Española de Toxicomanías (2004). *Estudio Internacional sobre Género, Alcohol y Cultura*. España. Proyecto Genacis. Pág. 75

Unicef (2008). Recuperado de http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm.

"Unicef dice que 6 millones de niños sufren abusos severos en Latinoamérica" en *El Universal*. 13 mayo 2009.

Vélez Bautista, G. (2005). "Espacio y Subjetividad. Orden social desde lo privado y público" en *Espacios públicos*. Toluca, México. Universidad Autónoma del Estado de México. Año/vol.8. Núm. 015. Febrero. Pp. 150-161.

"Violencia intrafamiliar nutre a la delincuencia organizada" en *Excélsior*. 30 octubre 2011.

FORMAS DE REPRESENTACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES JÓVENES

Solveig E. Rodríguez Kuri
Verónica Pérez Islas

La magnitud del abuso en el consumo de alcohol en nuestro país ha sido ampliamente documentada. Como se ha señalado en capítulos anteriores, los hallazgos de la Encuesta Nacional de Adicciones (SSA, 2011) muestran un incremento en el uso de esta sustancia, particularmente entre mujeres jóvenes. En el mismo sentido, los estudios enfocados en estudiantes reflejan que en este segmento de la población el consumo es prácticamente el mismo entre ambos sexos.

La Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de 2009, realizada en el Distrito Federal (Villatoro, Gaitán, Moreno, Gutiérrez, Olivia, Bretón, López, Bustos y Medina-Mora, 2009), refleja no solamente un incremento en la ingesta de bebidas alcohólicas con respecto al 2006, sino también que el uso de esta sustancia se presenta en la misma proporción entre las personas de ambos sexos (71.4%). Esta tendencia creciente entre mujeres, vislumbrada desde años anteriores, al menos en el Distrito Federal (Villatoro, 2003; Caraveo, Colmenares, Salivar, 1999), no es privativa de México, pues diversos países de América Latina (Costa Rica, Colombia y Argentina) y España refieren un incremento del uso de alcohol en población femenina, con una clara reducción de las diferencias en las prevalencias entre ambos sexos (Delgado, Bautista, Inglés, Espada y Torregrosa, 2005; Díaz Martínez, Hernández Ávila, Narro Robles, Fernández Varela y Solís Torres, 2008; Sanabria León, 2005; SEDRONAR, 2005). Particularmente en España, en los últimos años, se ha invertido el consumo en favor de las mujeres.

El incremento registrado en América Latina puede estar reflejando, entre otras cosas, el éxito de las estrategias de mercado utilizadas en la región por las compañías alcoholeras internacionales que, según Jeringan (2000), “han encontrado un campo propicio para actuar, debido a una baja conciencia social hacia los problemas que causa el consumo de alcohol y a los pocos recursos destinados por estos países para la prevención y el tratamiento”. Sin embargo, para comprender el cambio en el patrón de consumo de las mujeres jóvenes se deben considerar otros elementos culturales, como la transforma-

ción del rol femenino tradicional y el cambio en el lugar de las mujeres en las sociedades occidentales.

Podemos visualizar el problema de salud pública que esta tendencia creciente representa, sobre todo si se considera la magnitud del daño potencial que genera el abuso de alcohol en las mujeres, así como el riesgo de desarrollar dependencia con mayor rapidez que los hombres cuando el inicio del consumo tiene lugar a edades tempranas.

Los daños a la salud como consecuencia del uso de alcohol, en el caso específico de la mujer, han sido tema de investigación. Cruz (2007) señala varios hechos destacables: “La misma cantidad ingerida tiene un mayor efecto en la mujer que en el hombre, porque el tiempo para desarrollar alcoholismo es más corto en ellas; las mujeres que beben en exceso tienen mayores posibilidades de desarrollar daño hepático que los varones; el abuso de esta sustancia durante el embarazo tiene efectos permanentes en el bebé.”

A pesar de tener índices más bajos de consumo, el sexo femenino tiende a experimentar más problemas que el masculino. Según Natera (2002), cuando las mujeres llegan a tratamiento han experimentado más pérdidas y rechazo por conductas semejantes a las que han presentado los hombres, así como un daño físico más severo debido a su vulnerabilidad biológica.

De acuerdo con la misma autora, las mujeres en tratamiento “muestran un número más elevado de problemas emocionales que los varones, tienen la autoestima más afectada y utilizan psicotrópicos con una frecuencia superior”. Generalmente, las causas que las llevan a solicitar tratamiento por consumir alcohol son las dificultades relacionadas con la familia y los hijos, mientras que los hombres presentan más problemas laborales.

También se ha reportado una mayor presencia de problemas psiquiátricos en quienes beben de manera excesiva, como una depresión previa frecuentemente asociada con un evento estresante (Manninen, Poikolainene, Vartiainen, Laatikainene, 2006; Romero, Mondragón, 2001).

EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA MUJER JOVEN

Diversos estudios se han dado a la tarea de identificar factores asociados con la práctica del uso de alcohol entre las jóvenes; uno de estos tiene que ver con las expectativas positivas o negativas sobre los efectos o las consecuencias del consumo. Desde un enfoque de género, se ha encontrado que entre los hombres son mayores las expectativas positivas de dicha conducta que entre las mujeres (Shell, Newman, Qu, 2009).

Entre la población de adultas jóvenes, los estudios muestran un alto nivel de involucramiento con el alcohol (Claes, Johnsson, Berglund, O' Jehagen,

2007; Rodríguez, Pérez, 2009), aunque en general los jóvenes muestran patrones acordes con lo que se observa en el resto de la población: los hombres beben más alcohol y experimentan más problemas relacionados con su uso que las mujeres.

De acuerdo con Pyne, Claeson y Correia (2002), los varones cuentan con más ocasiones sociales para beber, y la intoxicación en ellos suele ser mejor aceptada. Sin embargo, pareciera que las normas que regulan el consumo tienden a ser cada vez menos tradicionales y más tolerantes para las jóvenes (Díaz Martínez, *et al.*, 2008).

Perkins (2002) ha encontrado que las consecuencias del consumo problemático también difieren por sexo. De acuerdo con este autor, los hombres por lo general, experimentan con más frecuencia conductas antisociales (discusiones, peleas, accidentes, daño en propiedad ajena, vandalismo) con sus consecuentes problemas legales, mientras que en las consumidoras es más común observar consecuencias en el ámbito privado y personal (desempeño académico deficiente, actividad sexual no consentida, lagunas mentales, pérdida de la memoria, lesiones autoinfligidas, etcétera).

CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

Algunos investigadores (Guilamo, Jaccard, Turrisi, Johanson, 2005) han mostrado que los patrones de consumo observados a lo largo de la vida pueden desarrollarse antes de los 15 años. Asimismo, se ha encontrado (Grant y Dawson, 1998) que aquellas personas que comenzaron a beber antes de esta edad tienen más probabilidades de cumplir con el criterio de dependencia de alcohol en algún momento de su vida, y que, de hecho, los problemas con la bebida típicamente asociados con la edad media, en realidad aparecen mucho más temprano, ya sea al final de la adolescencia o durante la adultez temprana. Estos mismos autores sostienen que los niños y adolescentes que comienzan a ingerir alcohol tienen más probabilidades de involucrarse en conductas de riesgo para sí mismos y para otros (incluyendo el uso de otras drogas, como marihuana y cocaína) y de tener sexo sin protección con numerosas parejas.

Otros estudios sobre factores asociados al consumo de alcohol y tabaco (Hernández y Pires 2008) destacan algunos elementos de riesgo –identificados por los mismos jóvenes– propios del ámbito familiar, entre los que se incluyen el consumo entre sus miembros, conflictos, disfunción o desintegración; factores sociales como la propaganda en medios de comunicación; individuales, como curiosidad, placer y uso del tiempo libre; y los relacionados con el grupo de pares como la influencia, identificación y aceptación del grupo.

Algunos de estos aspectos han sido previamente identificados o corroborados por otros estudios, como el de De la Cruz y Herrera (2002), quienes identifican a la presión social y la desestructuración familiar como factores de inicio y mantenimiento del consumo. En coincidencia con estos hallazgos, Rodríguez, Pérez y Córdoba (2007) también identificaron como factores de riesgo importantes para el uso de alcohol y otras drogas el involucramiento con pares usuarios en actividades antisociales, así como una mayor permisividad y tolerancia familiar ante el consumo de estas sustancias. Asimismo, destacan como factores de protección la calidad del vínculo o el involucramiento familiar, el monitoreo parental y la presencia de reglas claras y consistentes.

Por otra parte, es sabido que el paso de la infancia a la adolescencia y de ésta a la adultez joven involucra, como todos los periodos de transición en el desarrollo, profundos cambios emocionales, físicos y, sobre todo, de los estilos de vida. La adolescencia y la creciente independencia que la caracteriza suelen estar asociadas con el uso del alcohol.

Algunas investigaciones (Speer, 2000) sugieren la probabilidad de que el lento desarrollo del cerebro humano –el cual continúa después de los 20 años, estableciendo importantes conexiones y refinando sus funciones– puede explicar algunas conductas características de la adolescencia que llevan a experimentar situaciones potencialmente peligrosas. De acuerdo con Speer, las diferencias entre el cerebro del adulto y el del adolescente en maduración también ayudan a comprender por qué muchos jóvenes pueden beber una mayor cantidad de alcohol que los adultos antes de experimentar efectos negativos como somnolencia, falta de coordinación y resaca. Esta inusual tolerancia puede explicar los altos niveles de abuso entre este sector de la población. Simultáneamente, siguiendo a este autor, los adolescentes parecen ser particularmente sensibles a algunos efectos del alcohol, como sentirse más desinhibidos en situaciones sociales, por lo que suelen beber más que los adultos. Estos cambios también explicarían, desde un punto de vista fisiológico, por qué los adolescentes actúan tan impulsivamente sin reconocer que sus acciones tienen consecuencias.

Otro elemento que influye en el inicio del consumo y en la magnitud de éste tiene que ver con las expectativas que se tienen con respecto a sus efectos; de ahí la importancia de evaluar las creencias que se forjan los jóvenes sobre las posibles consecuencias de esta sustancia.

Existe una importante línea de investigación que se centra en cómo las expectativas influyen en los patrones de consumo desde la infancia hasta la adolescencia (Smith, Goldman, Greenbaum y Christiansen, 1995), y también entre los adultos jóvenes (Leigh y Stacy, 2004), pero en la conducta de consumo no sólo intervienen las expectativas con respecto a la posibilidad

de experimentar placer, también a la propia capacidad para controlar o manejar la situación en la que se produce el mismo (control personal percibido [Ajzen, 1991]); por una parte son importantes las creencias del joven sobre su capacidad o recursos para preparar una bebida y por otra su percepción acerca de su habilidad para resistir la presión de los demás, de modo que si el individuo cree que no tiene habilidades para enfrentar las situaciones que lo invitan al consumo, tenderá a beber (Petraitis, Flay y Miller, 1995). En este sentido, también cuenta su idea acerca del “límite” personal con respecto a la cantidad por beber. Otro tipo de expectativa que parece tener una influencia importante en los patrones de consumo de los adolescentes es el efecto que tiene el consumo de alcohol en su reputación personal. De acuerdo con un estudio realizado entre estudiantes asiáticos (Shell, Newman, Qu, 2009), los no bebedores tienen una mayor preocupación por su “reputación personal” con respecto al consumo de alcohol que los consumidores ocasionales, mientras que éstos poseen una expectativa más alta que los usuarios frecuentes sobre los beneficios del consumo moderado con respecto a su reputación personal.

Según el Modelo de Desarrollo Social de Catalano y Hawkins (1996), los procesos de desarrollo que favorecen el surgimiento de conductas antisociales como el abuso de alcohol y otras drogas son semejantes a los que llevan a la ejecución de conductas prosociales. Cabe mencionar que se denominan como antisociales porque escapan al consenso normativo y constituyen una violación de los códigos legales, incluyendo aquellos relativos a la edad. Estas conductas serían resultado de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales en diferentes dominios, como el individual, el familiar, el escolar, el establecido con el grupo de pares y el comunitario.

Este modelo integra teorías previas que han tenido un importante apoyo empírico, como la del Control, la del Aprendizaje Social y la de la Asociación Diferencial. Además, otorga gran relevancia a los factores de riesgo y de protección y plantea que la presencia de un amplio grupo de los primeros incrementa la probabilidad de que la persona consuma alcohol u otras drogas, en tanto que los de protección funcionan de modo semejante y a la vez independiente de éstos. La principal asunción de este modelo es que los seres humanos son buscadores de satisfacción y que la conducta humana depende del interés de alguien por sus actos, esto es, las personas se involucran en actividades e interacciones por la satisfacción que esperan recibir de ellas. Claramente, esta asunción se deriva de la Teoría del Aprendizaje Social. Además, las experiencias proporcionan información empírica que sirve para las experiencias futuras, esto se basa en la Teoría de la Asociación Diferencial. La segunda principal asunción de la teoría es que existe un consenso normativo en la sociedad o, lo que es lo mismo, reglas del juego.

La Teoría del Control es utilizada para identificar los elementos causales en la etiología de la conducta antisocial y de ajuste. La Teoría del Aprendizaje Social se retoma para identificar los procesos por los que los patrones de ajuste (conformarse) y la conducta antisocial son extinguidos o mantenidos. La Teoría de la Asociación Diferencial es utilizada para identificar caminos causales paralelos pero separados para los procesos prosociales y antisociales. El Modelo de Desarrollo Social plantea que el niño aprende los patrones de conducta, tanto sociales como antisociales, de los agentes de socialización, como son la familia, la escuela, otras instituciones comunitarias y el grupo de pares. Los niños son, para este modelo, socializados a través de un proceso que implica cuatro constructos: a) oportunidades percibidas para implicarse en actividades e interacciones con otros, b) grado de implicación e interacción, c) habilidades para participar en estas implicaciones e interacciones y d) reforzamiento inmediato percibido como resultado de esta conducta.

JUSTIFICACIÓN

Resulta necesario profundizar en el estudio de las características y los factores asociados al consumo de alcohol y su tendencia creciente entre las mujeres jóvenes, con el objeto de generar información específica que permita apoyar el desarrollo de estrategias preventivas y de tratamiento más sensibles a las necesidades de esta población.

Está claro que cualquier intento por abordar el problema del consumo de alcohol en las mujeres debe partir de un análisis que permita hacer visibles las características particulares de esta práctica que afecta a hombres y a mujeres de forma diferenciada. Un problema frecuente es el que refieren Lasheras y colaboradores (Lasheras, Lozano, Pilares Alcaide y Rodríguez Gimena, 1997) en el sentido de que el análisis de los procesos salud-enfermedad en general ha excluido a las mujeres de los estudios de investigación y de los ensayos clínicos o les ha atribuido las mismas características del sexo masculino al definir los problemas de salud que los afectan.

Es necesario incluir metodologías de investigación que incorporen una perspectiva amplia sobre la salud de hombres y mujeres, es decir, que permitan proponer hipótesis y explicaciones alternativas a la problemática del consumo de sustancias, la cual, sin duda, está atravesada por las diferencias de género.

De acuerdo con Lasheras y colaboradores (1997), para hacer visibles estas diferencias de género en la práctica que nos ocupa, se requiere de la identificación, el análisis y la interpretación de una serie de componentes básicos subyacentes, es decir, "analizar el proceso salud/enfermedad con un en-

foque que permita dar respuesta a quién, cómo, cuándo, dónde y por qué enferma la población”. Es necesario incorporar elementos provenientes de disciplinas como la economía, la sociología o la psicología y tener en cuenta que las “desigualdades de género en la salud requieren ser comprendidas en el contexto en el que se desarrollan y es preciso tener presente ese contexto para llegar a descubrirlas”. Estos autores destacan también la importancia de conocer cómo ambos géneros perciben su salud, el valor que le asignan, las creencias en torno a ella y las motivaciones que se encuentran en la base de los comportamientos saludables y de los nocivos. Incluso, podría agregarse, la importancia de estos elementos en la construcción de una identidad de género en el momento histórico actual.

En síntesis, el sentido del análisis de las prácticas de consumo de alcohol tendría que proporcionar información acerca de su impacto en la salud de las mujeres, además de permitir reconocer aquellas situaciones potenciales de desigualdad.

Este trabajo constituye una aproximación al estudio de las prácticas actuales de consumo de alcohol entre mujeres jóvenes, a partir de un abordaje que permita comprender su representación y factores asociados, con el fin de proponer hipótesis y explicaciones sobre los posibles significados de esta práctica.

METODOLOGÍA

El objetivo del estudio consistió en explorar las características que presenta el uso de bebidas alcohólicas en las mujeres jóvenes, así como el posible significado de estas prácticas en el contexto en el que tienen lugar.

Lo anterior supuso la realización de una serie de entrevistas grupales, mediante la técnica de grupo focal, en las que se sondearon creencias y representaciones asociadas con el consumo de alcohol. El método de abordaje propuesto consistió en recoger información de una muestra de mujeres estudiantes de educación media superior y superior a partir de una serie de entrevistas centradas en los siguientes tópicos basados en constructos derivados del Modelo de Desarrollo Social de Catalano y Hawkins:

- Oportunidades percibidas para implicarse en actividades e interacciones con otros, relacionadas con el consumo de alcohol y las habilidades para participar en estas implicaciones e interacciones.
- Grado de implicación e interacción.
- Reforzamiento percibido en lo inmediato en las actividades e interacciones.

Se realizaron cinco entrevistas con grupos conformados por un promedio de nueve estudiantes cada uno. Se entrevistó a un grupo de mujeres de educación superior y a cuatro grupos de educación media superior (tres mixtos y uno de mujeres) con edades que oscilaban entre los 15 y los 23 años de edad, seleccionados a partir de un muestreo teórico. Las escuelas se eligieron con base en criterios de conveniencia, en este caso, planteles que tuviesen convenios vigentes de colaboración en materia de prevención con Centros de Integración Juvenil.

El número de grupos se determinó mediante el principio de “saturación de contenidos”, es decir, en la medida en la que los temas de interés se consideraron agotados y la información proporcionada se tornó reiterativa, se dio por finalizada la fase de levantamiento de información. Por otra parte, la composición por sexo se definió considerando la necesidad de contar con una mirada tanto masculina como femenina acerca de la construcción de una representación social del consumo de alcohol en las jóvenes. Las entrevistas tuvieron una extensión de una hora y media aproximadamente y los grupos se conformaron con estudiantes que aceptaron participar de manera voluntaria.

El personal médico-técnico de las unidades de atención participantes solicitó a las autoridades de las escuelas seleccionadas que extendieran una invitación a los estudiantes de su plantel para participar en una entrevista grupal, con el fin de conocer algunos de sus puntos de vista sobre diferentes temas relacionados con el uso de alcohol. Las entrevistas corrieron a cargo del equipo de investigación, conformado por un entrevistador y un relator para cada grupo, y fueron grabadas –previa autorización de los participantes–.

La información recogida se transcribió, segmentó y codificó para la identificación de categorías y subcategorías y finalmente se analizó e interpretó. En función de la información obtenida se elaboró un sistema de categorías e hipótesis basado en el marco referencial del Modelo de Desarrollo Social de Hawkins y Catalano (1996).

PRINCIPALES HALLAZGOS

GRADO DE IMPLICACIÓN E INTERACCIÓN EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol en la vida de los jóvenes (consumo, uso problemático, contexto)

El consumo de alcohol es una práctica frecuente entre los jóvenes entrevistados, con una tendencia al abuso aparentemente mayor entre los jóvenes de nivel bachillerato.

Los contextos en los que esta práctica tiene lugar se asocian principalmente con situaciones recreativas compartidas con el grupo de pares (fiestas, “tardeadas”, “antros” y reuniones en casas) y, en el nivel universitario, también se presenta en el propio campus y en bares. El consumo está presente en el ámbito familiar, aunque en este contexto tiende a ser más moderado en comparación con el que tiene lugar con el grupo de pares, evidenciando el peso que aún mantiene el papel normativo de las figuras paternas en esta etapa de la vida.

La opinión generalizada es que las mujeres consumen alcohol en la misma cantidad y frecuencia que los hombres. Los más jóvenes consideran que esta situación no es una realidad privativa de la época actual, sino que el consumo en las mujeres siempre ha sido equiparable al de los hombres, sólo que antes estaba más oculto.

Otras opiniones expresan que el uso de esta bebida sigue siendo mayor entre los hombres, aunque la tendencia va a la alza entre el sector femenino. En opinión de una de las jóvenes, el porcentaje de mujeres que ingiere alcohol es menor que el de los hombres, pero ellas consumen en mayor cantidad “porque desarrollan mayor tolerancia”.

Patrón de consumo

En general, el consumo de alcohol tiende a presentar patrones de abuso. Los parámetros de abuso y moderación son bastante difusos, pues si bien mencionan como una posible medida de consumo moderado una o dos copas cada fin de semana (jóvenes universitarias), otros hablan de cuando ya se “siente mareo”, “ganas de vomitar” o se comienza a “perder el control”. También consideran que es la experiencia personal la que debe determinar el parámetro de moderación, el cual está vinculado con el momento en el que se comienza a perder control, y que dicha medida debe provenir de la experimentación, iniciando con un consumo intenso y moderándolo a continuación (primero tomas 10 y ya después ves que ocho es mejor).

Para los estudiantes de bachillerato, el abuso de alcohol tiene que ver con la periodicidad (tomar todos los días) y para los universitarios con la cantidad (tomar dos o tres caguamas), pero también con las consecuencias de esta práctica, como por ejemplo, dejar de realizar otras actividades reconocidas como importantes (dejar las clases para irse a tomar todos los viernes).

En general, resalta el hecho de que entre los jóvenes de bachillerato es difícil establecer patrones de consumo en términos de cantidad, no obstante que perciben un uso excesivo entre sus coetáneos.

Según los jóvenes de bachillerato, es común iniciar con el consumo de cerveza (más o menos cinco cervezas o una caguama por persona) y continuar con el de destilados (tequila y vodka, y para rematar mezcal, “cuando ya no hay otra cosa”). Además, se acostumbra mezclar alcohol con bebidas energizantes (perla negra).

En general, los estudiantes de bachillerato no perciben diferencias importantes en los patrones de consumo entre hombres y mujeres, en la frecuencia, la magnitud y el tipo de consumo, pero señalan que la cerveza y el tequila son las bebidas preferidas de los hombres, mientras que las mujeres, además de éstas, consumen vodka, porque “no apesta tanto y se puede acompañar con bebidas dulces”.

OPORTUNIDADES PERCIBIDAS PARA IMPLICARSE EN ACTIVIDADES E INTERACCIONES CON OTROS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y HABILIDADES PARA IMPLICARSE E INTERACTUAR

Accesibilidad, expectativas sociales, tolerancia personal

Existe una amplia tolerancia social hacia el consumo de alcohol entre los más jóvenes. De hecho, esta sustancia etílica constituye un elemento infaltable en situaciones sociales como fiestas y reuniones. Se trata, además, de una práctica aceptada en el ámbito familiar aunque, como se señaló, en estos espacios suele ser más moderada.

Entre los jóvenes universitarios el consumo es una experiencia cotidiana y “normal” y la abstinencia pareciera ser lo “anormal”, aquello que favorece la exclusión.

Hay una gran disponibilidad en su contexto, incluso para que los estudiantes de bachillerato puedan acceder y beber en los “antros”. En términos prácticos, la minoría de edad no representa una limitación para acceder al alcohol.

Destaca que si bien los jóvenes de ambos sexos expresan una actitud de amplia tolerancia frente al consumo de alcohol en las mujeres (una mujer que usa alcohol no tiene que ser criticada), al mismo tiempo perciben que, en los hechos, hay una mayor estigmatización de esta conducta cuando viene de una mujer y especialmente cuando se manifiesta como una pérdida de control.

Cabe señalar que esta estigmatización procede de las propias mujeres, como si se tratara de algo que han internalizado (“se ve más mal una mujer que se emborracha”, “la mujer es más criticada cuando se emborracha”). Aún

así, se percibe como algo positivo que ellas también puedan consumir alcohol, siempre y cuando “no pierdan el control”. Los jóvenes consideran que el consumo en las mujeres tiene una importante relación con la conquista de espacios tradicionalmente limitados a los hombres y que encuentran en esta conducta una forma de percibirse como iguales, en términos de derechos y oportunidades.

La disponibilidad de las bebidas alcohólicas parece ser la misma para ambos sexos, incluso se considera, particularmente entre las jóvenes de nivel superior, que las mujeres acceden con mayor facilidad a ellas porque se las invitan, o bien, debido a las prácticas tan extendidas de ofrecer consumo gratuito a las mujeres en los “antros”.

REFORZAMIENTO INMEDIATO PERCIBIDO EN LAS ACTIVIDADES E INTERACCIONES

Creencias y actitud hacia el consumo

Como motivos más frecuentes del consumo los jóvenes de bachillerato refieren los siguientes:

- Divertirse (sentirse más libres y desinhibidos)
- Sentirse feliz
- Facilitar la socialización
- Probarse a sí mismos y ante los demás (“probar el aguante”, “sentirse poderoso”, “sentirse grande”, “llamar la atención”)
- Curiosidad (“ves que hay un tequila y te da curiosidad probarlo”)
- Falta de alternativas para el uso del tiempo libre (“estás en la casa, no tienes nada que hacer y hay alguna bebida a la mano”)
- Experiencia de libertad (“aunque no se te antoje lo haces simplemente porque te gusta sentir que eres libre de hacerlo”, “porque se puede”, “porque quiero hacerlo”)
- Fácil acceso
- Presión de los amigos (“no quieres que te excluyan”)
- Imitación de modelos idealizados (actores, cantantes, personajes). La identificación con los padres, algunos de ellos alcohólicos, también es referida como una de las causas del consumo entre los jóvenes
- Desintegración familiar
- Pérdidas

Entre los más jóvenes, el abuso está especialmente relacionado con la búsqueda de sensaciones o con la adrenalina asociada al rompimiento de las

reglas, así como a la sensación de “liberarse” del cuidado y la “represión” paterna, aunque también está vinculado con la necesidad de pertenencia grupal como una forma de afirmación de la propia identidad. Por lo que señalan, un problema central en sus vidas es la carencia de identidad, lo que se intenta compensar mediante la integración y la pertenencia al grupo de pares, y si se considera la presión que éstos pueden ejercer hacia el consumo, pareciera que no hay muchas opciones para evitar esta práctica (“lo peor que te puede pasar cuando estás en la escuela es no tener una identidad, entonces te acoplas a lo que ves”, “se crea una identidad”, “los amigos te van jalando, que es lo más sólido que podemos tener, aunque sea falso”). En este mismo orden de ideas, se menciona que el consumo de alcohol es un asunto generacional, es decir, una práctica íntimamente ligada con su identidad etaria.

Aunque en general se considera que el uso de bebidas alcohólicas busca facilitar la socialización tanto en hombres como en mujeres (desinhibirse), algunas jóvenes ponen particular énfasis en la necesidad de expresar sentimientos y emociones por medio del alcohol y también consideran que la depresión es un elemento que se vincula de manera importante con el consumo. Otros jóvenes señalan que, detrás del consumo, hay una cuestión de imagen y moda (sienten que se ven bien como con el cigarro, “es muy fashion”). Las estudiantes de bachillerato también señalan la necesidad de cambiar de imagen, así como aspectos más bien relacionados con el control y el monitoreo paternos: falta de control, problemas en casa y falta de figuras paternas.

Una idea recurrente tiene que ver con ganar espacios, buscar mayor presencia y aceptación en su entorno, de manera particular entre aquellas mujeres que se encuentran en ámbitos tradicionalmente circunscritos a la presencia masculina (un buen ejemplo son las alumnas de la carrera de informática), quienes manifiestan una mayor necesidad de afirmar su identidad y pertenencia al grupo de pares, esfuerzo en el que el alcohol viene a representar una práctica significada como de equivalencia e igualdad. En este grupo en particular existe una necesidad imperiosa de borrar cualquier diferencia de género que pudiera percibirse con respecto a la práctica del consumo de alcohol. Estas jóvenes se sienten particularmente cómodas consumiendo en el contexto de los amigos, “si tienes buenos amigos para tomar... mientras no se proponen”.

Las universitarias hacen una distinción que contrasta con lo que se observa entre las alumnas de bachillerato, pues las de nivel superior consideran que el consumo en los hombres está más bien asociado con “estar a gusto” y acompañar la conversación, en tanto que en las mujeres tiene que ver con la búsqueda de diversión, “bailar, ligar y reventarse”. En este rango de edad el alcohol sigue siendo un elemento vinculado con la búsqueda de sensaciones, así como con la necesidad de desinhibirse para favorecer el contacto con el

otro sexo, como ocurre con las jóvenes de bachillerato, mientras que en los hombres pareciera que comienza a asociarse a otros motivos.

Destaca, sin embargo, la opinión expresada por las jóvenes universitarias en el sentido de que a esta edad el consumo ya no expresa una necesidad de romper las reglas y revelarse contra la autoridad paterna, como cuando estaban en bachillerato.

Percepción de riesgo y daños asociados

Entre los riesgos más frecuentes identificados por los jóvenes de bachillerato se mencionan los problemas familiares y con los amigos; conductas que pueden avergonzar posteriormente a los involucrados; riesgo de sufrir accidentes (caídas, manejar alcoholizado, poner en riesgo la vida propia y la de los demás); abusos sexuales y violación; relaciones sexuales sin protección; embarazos no deseados; posibilidad de consumir bebidas adulteradas y de padecer congestión alcohólica.

A su vez, las estudiantes de nivel superior mencionan en primer lugar el riesgo de sufrir accidentes (poner en riesgo la vida propia y la de los demás); daños a la salud, como congestiones alcohólicas o cirrosis; relaciones sexuales sin protección, y problemas sociales, como ser expulsado de la universidad (por peleas o agresiones, no por el consumo mismo, porque en ese sentido el problema está tan extendido que ha rebasado las posibilidades de actuación de las autoridades, “tendrían que expulsar a todo el mundo”). También se menciona la posibilidad de terminar en el hospital o en la cárcel.

Si bien sus referentes de moderación evidencian un desconocimiento de los niveles de consumo recomendables antes de sufrir daños o consecuencias para la salud, sí parecen tener conocimiento de las diferencias en los efectos que representa el uso entre hombres y mujeres.

En este sentido, se percibe un mayor riesgo para las mujeres cuando consumen alcohol. También se menciona la mayor maleabilidad de éstas (“a la mujer la pueden controlar más fácilmente”) o una mayor desinhibición sexual y la disminución en el control de impulsos (“las mujeres se ponen sentimentales y luego se andan consolando con todos”), probablemente debido a la mayor represión para expresarse de manera normal con respecto al otro sexo, lo que incrementa el riesgo de embarazos no deseados, así como de experimentar situaciones de abuso y violaciones. El riesgo de tener problemas familiares y sociales como consecuencia del consumo de alcohol es también importante para las mujeres universitarias.

Otro elemento de riesgo tiene que ver, según expresan, con la dinámica autodestructiva que se presenta como consecuencia de la existencia de una

mayor estigmatización de esta práctica en las mujeres. Los entrevistados razonaron que una vez que alguien se excede en el consumo de alcohol y siente que ya ha roto con las reglas, es más probable que tienda al abuso, debido a que ya no se podrá librar del estigma (cuando las mujeres comienzan a beber lo siguen haciendo porque las ven mal y ya no les importa). Uno de los jóvenes comentó que “una vez ganada la etiqueta”, se busca encontrarle la ganancia al nuevo rol adquirido, transformándolo en una manifestación de poder (“miren yo cómo aguanto”).

CONCLUSIONES

Según lo reportado en las entrevistas, el consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes es una práctica cotidiana, naturalizada, marcada por patrones de abuso, en la que las jóvenes comienzan a incorporarse, emulando los patrones de uso explosivo de sus coetáneos. Con ello se reafirma la tendencia reportada en los estudios epidemiológicos antes mencionados (SSA, *et al.*, 2008; Villatoro, *et al.*, 2003; 2007; Caraveo, *et al.*, 1999; Delgado, *et al.*, 2005; Díaz, *et al.* 2008; Sanabria, 2005; SEDRONAR, 2005). Tal incorporación implica, en la mayoría de los casos, una exploración inicial caracterizada por un consumo excesivo.

Se trata de una práctica aparentemente enmarcada por distintos significados:

El consumo como experiencia de disfrute y ejercicio de libertad. De disfrute en un sentido inmediato, en el cual el énfasis está puesto en la ganancia a corto plazo y las consecuencias negativas no emergen en el discurso en un principio, aunque den cuenta de su existencia. La prioridad está en la sensación pronta, la diversión asociada con esta práctica y la aceptación del grupo de referencia, en un cálculo en el cual la expectativa de ganancia es mayor al consumir que al no hacerlo. Las formas y los contextos en los que esta práctica se produce permiten pensar que el alcohol juega un papel importante en el establecimiento de nuevas formas de integración de las jóvenes en los espacios de recreación.

Libertad en los diferentes planos que puede ser representada en esta etapa de la vida. Libertad en relación con el control paterno, es decir, en un ejercicio de afirmación de la autonomía, misma que constituye de por sí un ritual de paso en la adolescencia, pero que en las jóvenes parece representar una doble afirmación, dado el mayor control parental ejercido sobre ellas.

Emular al sexo masculino. En el esfuerzo por incorporarse a espacios con una mayor presencia masculina, el consumo se experimenta subjetivamente

como una práctica que acompañaría y posiblemente favorecería esta incorporación, en la medida en la que se trata de una práctica naturalizada en tales contextos.

En esta emulación se estaría jugando también la intención de ubicarse en una aparente situación de igualdad, en el entendido de que la presencia en los mismos espacios, así como la práctica de conductas asociadas con lo masculino, se traducen en un trato igualitario y en el equiparamiento de derechos y oportunidades.

El consumo como un elemento favorecedor de la integración social. El uso de alcohol se percibe como una práctica que favorecería la interacción y el contacto con los pares y la pareja, en tanto que la abstinencia es sinónimo de exclusión. La intención de desinhibirse, socializar, integrarse e identificarse, si bien es común en los jóvenes de ambos sexos, también es expresada en función del género y está permeada por las expectativas que tiene el grupo de referencia para cada uno. En este sentido, para las jóvenes desinhibirse representa la posibilidad de asumir un rol más activo en la interacción con el sexo masculino y, particularmente, lograr una mayor desinhibición sexual. Si bien existe suficiente información sobre la relación entre el abuso de alcohol y diversos riesgos relacionados con la conducta sexual, como los embarazos no deseados, la adquisición de enfermedades de transmisión sexual o situaciones potenciales de abuso, parece tener más peso la expectativa del alcohol como un vehículo que favorece el contacto con los hombres.

El consumo como un elemento de identidad generacional y de género. Desde siempre, el alcohol se ha constituido como un elemento expresivo de la identidad generacional, sin embargo, ahora el consumo comienza a constituirse como una práctica de integración en contextos recreativos e interaccionales mixtos que suponen nuevas formas de participación grupal para las mujeres jóvenes.

Tolerancia y permisividad como una expresión de aceptación de la igualdad. La aceptación de las diferencias, como parte de los valores de tolerancia y permisividad, termina actuando entre los jóvenes en favor de la legitimación social de algunas conductas. La aceptación se traduce en permisividad y justificación de actos percibidos como transgresores del orden.

Igualdad y estigma. El abuso de alcohol en las jóvenes se justifica en el contexto de la interacción entre pares; no obstante a ser cada vez más aceptado, la práctica es vista y juzgada a partir de formas de etiquetar y estigmatizar profundamente internalizadas, pues si bien el exceso es aceptado y tolerado, la pérdida de control conductual que puede acompañar a éste es juzgada con particular dureza en la mujer. Esta situación termina en ocasiones favoreciendo un proceso curioso de identificación con el rol desviante, es decir, la joven,

ante la falta de una identidad grupal –en la cual el exceso sería aceptado, pero no la pérdida de control sobre la propia conducta– acaba por identificarse con ese otro rol estigmatizado, en lo que Melucci (1982) denomina como “identidad desviante”.

Pudiera plantearse a manera de hipótesis, dado que los datos con los que se cuenta no son suficientes para sostener al 100 por ciento esta idea, que al tener lugar la transgresión de un rol socialmente asignado, tales estigmas favorecen el surgimiento de un círculo de abuso-culpa-abuso.

En este sentido, esta práctica es un buen ejemplo de la identidad compleja y en ocasiones contradictoria que caracteriza a la mujer de estos tiempos, fruto de la coexistencia de referentes tradicionales más propios de un orden patriarcal y de la emergencia de una nueva identidad de género. Esta ambivalencia, que Lagarde (2002) llamaría “sincretismo de género”, es causa de un importante malestar en las mujeres, “quienes no se sienten suficientemente legitimadas en su mundo simbólico para tomar decisiones y reconocer su deseo”. Y es que tal reconocimiento implicaría, según esta autora, todo un proceso de deconstrucción de una identidad femenina desvalorizada socialmente para tener la oportunidad de construir una nueva identidad en la cual pueda producirse una reconciliación con lo femenino y donde prácticas de riesgo tradicionalmente asociadas con lo masculino, como el consumo problemático de alcohol, no se constituyan en un factor identitario. Lo anterior supone un ejercicio crítico de cuestionamiento de roles e identidades que pueda converger en un reconocimiento de las propias necesidades, deseos e intereses. Pero éste bien podría ser tema para otro estudio.

- Ajzen, I. (1991). "The Theory of Planned Behavior" en *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50. Pp. 179-211.
- Caraveo Anduaga, J., Colmenares Bermúdez, A. y Salivar Hernández, G. *Salud pública de México. Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México*. 41 (3). Pp. 177-188.
- Catalano, R.F. y Hawkins D.J. (1996). "The Social Development Model: A Theory of Antisocial Behavior" en *Delinquency and Crime: Current Theories* (ed. Hawkins). Nueva York. Cambridge University Press.
- Claes, A., Johnsson, K. O., Berglund, M. & O'Jehagen, A. (2007). "Alcohol Involvement in Swedish University Freshmen Related to Gender, Age, Serious Relationship and Family History of Alcohol Problems" en *Alcohol & alcoholism*. 42 (5). Pp. 448-455.
- Cruz-Martín del Campo, S. L. (2007). *Los efectos de las drogas. De sueños y pesadillas*. México. Ed. Trillas.
- Delgado, B., Bautista, R., Inglés, C. J., Espada, J. P. y Torregrosa, M. S. (2005). "Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria" en *Salud y drogas*. 5 (2). Pp. 55-65.
- De la Cruz Godoy, M. J., Herrera García, A. (2002). *Adicciones en mujeres*. España. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas.
- Díaz Martínez, A., Díaz Martínez, L. R., Hernández Ávila, C. A., Narro Robles, J., Fernández Varela, H., Solís Torres, C. (2008). "Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso" en *Salud Mental*. 31 (4). Pp. 271-282.
- Grant, B.F. y Dawson, D. A. (1998). "Age at Onset of Drug Use and its Association with DSM-IV Drug abuse and Dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey" en *Journal of Substance Abuse*. 10. Pp. 163-173.
- Guilamo, V. R., Jaccard, J., Turrissi, R. y Johansson, M. (2005). "Parental and School Correlates of Binge Drinking Among Middle School Students" en *Research and practice*. 95 (5). Pp. 894-899.
- Gutiérrez López, A. D. y Castillo Franco, P. I. (2009). *Consumo de tabaco y/o alcohol en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil*. Informe de Investigación de 09-02c. México. CIJ. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación.
- Hernández Rodríguez, V, Pires Scherer, Z. (2008). "Motivaciones del estudiante universitario para el consumo de drogas legales" en *Revista Latinoamericana Enfermagem*. 16.
- Lasheras Lozano, M. L., Pilares Alcaide, M. y Rodríguez Gimena, M. del M. (1997). *Género y Salud. Instituto Andaluz de la Mujer*. Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Recuperado de www.unidadgenero.com

- Leigh, B. C. y Stacy, A. W. (2004). "Alcohol Expectancies and Drinking in Different Age Groups" en *Addiction*. 99. Pp. 215-227.
- Jeringan, D. (2000). "Alcohol Industry in Developing Countries" en *Journal of Substance Use*. 5 (1). Pp. 14-20.
- Manninen, L., Poikolainen, K., Vartianen, E. y Laatikainen, T. (2006). "Heavy Drinking Occasions and Depression" en *Alcohol & Alcoholism*. 41 (3). Pp. 293-299.
- Melucci, A. (1982). "L'invenzione del presente". Citado en León, E. y Zemelman, H. (Coords.). *Subjetividad. Umbrales del pensamiento social*. Barcelona. Antropos-CRIM.
- Natera, G., Mora, J. y Tiburcio, M. (2002). "Experiencia de las mujeres ante el abuso de alcohol y drogas de sus familiares" en Lara, M. A. y Salgado, V. N. (Eds.). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito... La Salud Mental de las Mujeres Mexicanas*. México. Pax. Pp.71-84.
- Perkins, H. W. (2002). "Surveying the Damage: A Review of Research on Consequences of Alcohol Misuse in College Populations" en *Journal or Studies on Alcohol*. 14. Pp. 91-100.
- Petraitis, J., Flay, B. R. y Miller, T. Q. (1995). "Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle" en *Psychological Bulletin*. 117. Pp. 67-86.
- Pyne, H. H., Claeson, M. y Correia, M. (2002). "Gender and Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems in Latin America and The Caribbean Current Topics" en *Revista Panamericana de Salud Pública*. 12 (1). Pp. 59-62.
- Rodríguez Kuri, S. E. y Pérez Islas, V. (2009). *Evaluación de un proyecto preventivo dirigido a mujeres abusadoras de alcohol*. Informe de Investigación 09-12. México. CIJ. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación.
- Rodríguez Kuri, S. E. y Pérez Islas, V. y Córdoba-Alcaráz, A. J. (2007). "Factores familiares y de pares asociados al consumo de drogas en estudiantes de educación media" en *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 9 (1). Pp. 159-186.
- Sanabria León, J. (2005). "Motivaciones hacia el consumo de alcohol en jóvenes, datos y extrapolaciones sobre el caso costarricense" en *Revista Reflexiones*. 88 (1). Pp. 37-53.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" e Instituto Nacional de Salud Pública (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México. SSA.
- SEDRONAR y Observatorio Argentino de Drogas (2005). *Imaginario sociales y prácticas de consumo de alcohol en adolescentes de escuelas de nivel medio*. Argentina. SEDRONAR.
- Shell, D. F. y Newman, I. M. (2009). "Alcohol Expectancies Among High School Students in Inner Mongolia, China" en *Asia Pacific Journal of Public Health*. 21 (4). Pp. 433-41.

- Smith, G.T., Goldman, M. S., Greenbaum, P. E. & Christiansen, B. A. (1995). "Expectancy for Social Facilitation from Drinking: The Divergent Paths of High-expectancy and Low-expectancy Sdolescents" en *Journal of Abnormal Psychology*. 104. Pp. 32-40.
- Spear, L. P. (2000). "The Adolescent Brain and Age-related Behavioral Manifestations" en *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 24. Pp. 417-463.
- Villatoro, J, Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. y Medina-Mora, M. E. (2007). *Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".
- Villatoro, J. Medina-Mora, M.E., Cravioto, P., Fleiz, C., Galván F., Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Vélez, A. y García A. (2003). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Capitulo de Drogas. México. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN MUJERES ESTUDIANTES ADOLESCENTES

Jorge Luis Arellanez Hernández
Ricardo Sánchez Huesca

En los últimos años, las distintas encuestas en población abierta y en estudiantes realizadas en nuestro país han hecho evidente que el consumo de alcohol en las mujeres, particularmente en las más jóvenes, se ha incrementado hasta llegar a ser similar al de los varones. Esta situación lleva a plantear diversas interrogantes que apuntan a esclarecer estos cambios. Algunas preguntas revelan la necesidad de profundizar en el estudio de las características y los factores asociados al consumo de alcohol, con el fin de generar información específica que permita apoyar el desarrollo de estrategias preventivas y de tratamiento sensibles a las necesidades de esta población.

De esta manera se planeó el estudio que a continuación se presenta, considerando la evaluación de factores psicosociales en una muestra de jóvenes estudiantes de secundaria y bachillerato o equivalente, en localidades urbanas del país con tasas de consumo de alcohol por arriba de la media nacional de acuerdo con lo reportado por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008.

MÉTODO

El objetivo general de la investigación fue conocer las características del consumo de alcohol en mujeres estudiantes de educación media e identificar factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de esta sustancia.

Para lograr dicho objetivo se diseñó un estudio transversal *ex post facto*, correlacional y comparativo, seleccionando los estados que de acuerdo con la ENA 2008 registran tasas de consumo de alcohol superiores a la media nacional (SSA, 2008) y donde Centros de Integración Juvenil cuenta con al menos una Unidad Operativa. De esta forma, se eligieron los estados de Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos y Nayarit.

Las unidades de CIJ participantes fueron Aguascalientes, Ciudad del Carmen, Ciudad Juárez “B” zona Norte, Colima, Cuernavaca, Guadalajara Centro, Iztapalapa Poniente, León, Morelia, Pachuca, Tepic y Tijuana Guaycura. Se eligió una escuela secundaria y una de bachillerato o equivalente que estuviera en el área de influencia de cada uno de estos centros. La encuesta se aplicó a una muestra no probabilística por conveniencia de tres grupos de secundaria (uno por grado) y tres de bachillerato (también uno por grado), elegidos aleatoriamente entre el total de grupos.

El levantamiento de la información se realizó entre los meses de marzo y abril de 2010, con una muestra de 1,049 estudiantes, 527 de secundaria y 512 de bachillerato o equivalente. La edad promedio de las jóvenes fue de 15.18 años, en un rango de 12 a 20 años. La mayoría (88.8%) sólo se dedicaba a estudiar y 11.2% dijo que además realizaba alguna actividad laboral.

La cédula utilizada se retomó de un estudio previo (Rodríguez y Pérez, 2009) y se ajustó a los objetivos del presente estudio. Dicho instrumento está conformado por las siguientes secciones:

- Uso de alcohol alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes.
- Frecuencia y cantidad de consumo, a través de la escala Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), instrumento que identifica personas con problemas tempranos de abuso o dependencia de alcohol (Babor, De la Fuente y Saunders, 1992; Saunders y Aasland, 1987; Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente y Grant, 1993), ha sido validado en población mexicana (De La Fuente y Kershenovich, 1992; Gómez Maqueo, Gómez Hernández, Morales Rodríguez y Pérez Ramos, 2009) y cuya calidad psicométrica se confirmó en este estudio (Cuadro 1).
- Factores asociados al inicio y mantenimiento del uso de alcohol, escalas que mostraron una calidad psicométrica más que aceptable (Cuadro 1) y que comprenden:
 - Contexto situacional que incluye dos componentes, redes de consumo y escenarios de consumo.
 - Accesibilidad percibida de alcohol en el entorno inmediato y el contexto situacional. Incluye dos componentes, facilidad o dificultad para conseguir la bebida y situaciones que generan confianza para consumirla.
 - Motivos asociados al consumo. Explora nueve aspectos, curiosidad, circunstancias y estado de ánimo festivo, pertenencia y aceptación del grupo de pares, desinhibición, autoafirmación (probar la capacidad de aguante, probarse a sí misma), estado de ánimo adverso, problemas con

los padres, ocio y, finalmente, iguales condiciones para beber que los hombres.

- Expectativas percibidas del grupo de pares y de los padres sobre el consumo de alcohol.
- Tolerancia percibida al consumo de alcohol en el entorno inmediato y el contexto situacional.
- Autoeficacia percibida para moderarse o abstenerse de consumir alcohol en situaciones que favorecen el uso.
- Aspectos relacionados con diferencias de género. El abuso como experiencia de “liberación”, expectativas de igualdad en el consumo entre hombres y mujeres, creencias de imitación y de aceptación, y estigmatización por el uso.

Cuadro 1. Confiabilidad y validez de las escalas utilizadas en el estudio

Escala	Confiabilidad	Validez	
		Factores	Varianza explicada
AUDIT (10 reactivos)	0.83	2	53.26%
Redes de consumo (8 reactivos)	0.88	2	68.79%
Escenarios de consumo (9 reactivos)	0.87	1	51.19%
Accesibilidad percibida (8 reactivos)	0.84	2	61.60%
Motivos asociados al consumo (54 reactivos)	0.96	9	61.29%
Expectativas percibidas (12 reactivos)	0.85	2	58.57%
Tolerancia percibida (9 reactivos)	0.89	1	54.17%
Autoeficacia percibida (15 reactivos)	0.95	1	59.74%
Aspectos relacionados con diferencias de género (28 reactivos)	0.92	4	53.54%

La interpretación de la información comprendió, en un primer momento, el análisis de frecuencias y la identificación de grupos de usuarias de bebidas alcohólicas. Posteriormente, se procedió a diagnosticarlas en tres categorías según el AUDIT: “Abstemias o sin problemas de consumo”, “abusadoras” y “dependientes”, y se realizaron pruebas de *Ji* cuadrada o Análisis de Varianza para identificar factores asociados al inicio y el mantenimiento del uso de alcohol.

CONSUMO DE ALCOHOL

64.5% de la muestra dijo haber consumido alguna bebida con alcohol al menos una vez en su vida, el resto son abstemias (35.5%). 49.4% señaló que había consumido alguna cerveza, tequila, vino u otras bebidas en el último año, y 36.2% dijo que había consumido al menos una copa en los 30 días previos a la encuesta. Como era de esperarse, las proporciones de consumo más altas se registraron en las estudiantes de bachillerato o equivalente (Cuadro 2).

Cuadro 2. Consumo global de bebidas con alcohol y por escolaridad

	Secundaria n=527		Bachillerato/equivalente n=512		Muestra global n=1,049	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Alguna vez	302	57.3	367	71.7	677	64.5
Último año	221	41.9	292	57.0	518	49.4
Último mes	167	31.7	208	40.6	380	36.2

Sin pretender generalizar estos datos, las tasas de consumo alguna vez en la vida observadas coinciden con las registradas en diversas encuestas con estudiantes de secundaria y bachillerato (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Amador y Medina-Mora, 2007), si bien se aprecia un consumo alto, comparable con el que se reporta con las estudiantes del Distrito Federal.

DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Según las puntuaciones obtenidas con el AUDIT, considerando los criterios de calificación para población femenina (Gómez-Maqueo, *et al.*, 2009), se encontró que 84.2% calificaba como abstemia o bebedora moderada, esto es, que no tenía problemas con el alcohol; 13.3% acusaba signos de abuso y 2.6% presentaba dependencia de alcohol (Cuadro 3).

Cuadro 3. Diagnóstico del consumo de alcohol (AUDIT)

	Frec.	%
Abstemias o sin problemas de consumo	883	84.2
Abuso	139	13.3
Dependencia	27	2.6

Si se comparan estas características del consumo con los datos de la ENA 2008, se observa que una mayor proporción de las mujeres que participaron en el estudio abusan y tienen características de dependencia, pues dicha encuesta reporta que 2.1% de las mujeres entre 12 y 17 años cumplen con los criterios de abuso o dependencia en términos de presencia de problemas interpersonales, sociales y laborales, además de manifestaciones físicas, cognitivas y del comportamiento asociadas a un malestar significativo.

FACTORES ASOCIADOS AL INICIO Y EL MANTENIMIENTO DEL USO DE ALCOHOL

Considerando como característica de agrupación el diagnóstico del consumo de alcohol, se tiene que en secundaria el número de jóvenes que califican con abuso y dependencia aumenta significativamente conforme se incrementa la escolaridad ($\chi^2=11.210$; $gl=4$; $p=0.024$). Sin embargo, en bachillerato el número de jovencitas que registran dependencia es significativamente mayor que las de segundo grado ($\chi^2=12.415$; $gl=4$; $p=0.015$; Cuadro 4). Vale precisar que esta característica puede ser circunstancial debido a las características propias de la muestra estudiada; de no ser así, resultaría pertinente al menos plantear dos hipótesis al respecto: que las adolescentes con signos de dependencia del alcohol desertan de la escuela en segundo, ya no llegan a tercero y por ello disminuye el número de dependientes en ese grado escolar, o quizá las jóvenes de segundo se encuentran en un momento de transición escolar, en el cual han dejado de ser las “pequeñas de secundaria” pero aún no son las “grandes” de tercero.

Esta indefinición tal vez contribuya a que las estudiantes abran espacios de dispersión donde el consumo de bebidas alcohólicas funja como un elemento de evasión a la carga académica que en el segundo grado de bachillerato se acentúa en nuestro país.

Cuadro 4. Escolaridad por grupo de consumo

	Abstemias/sin problemas de consumo		Abuso		Dependencia	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Secundaria						
Primero	151	90.4	15	9.0	1	0.6
Segundo	154	82.8	25	13.4	7	3.8
Tercero	136	78.2	29	16.7	9	5.2
Bachillerato						
Primero	166	88.8	19	10.2	2	1.1
Segundo	128	77.6	30	18.2	7	4.2
Tercero	139	86.9	20	12.5	1	0.6

Por otra parte, sobresale que el número de copas que beben en promedio por ocasión refleja un consumo moderado en el grupo que no registra problemas (2.6 bebidas); en cambio, los grupos de abuso y dependencia registran un consumo significativamente mayor; las primeras llegan a tomar en promedio cinco copas por ocasión, las segundas beben alrededor de seis (5.9; $F=84.619$; $gl=2$; $p=0.000$). La ENA reporta que 7.1% de las mujeres de entre 12 y 17 años presenta patrones de consumo alto o de riesgo (por lo menos alguna vez en su vida han consumido cuatro copas o más en una sola ocasión).

CONTEXTO SITUACIONAL RELACIONADO CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Uno de los factores de riesgo considerado como más relevante para el abuso de alcohol está asociado con la presencia de redes sociales en las que se consume este tipo de bebidas, de allí que en este estudio se hayan considerado las redes familiares y del grupo de amigos o pares (Rodríguez, Arellanez, Díaz, González, 1998; Díaz, Arellanez, Martínez, 2002; Nazar, Tapia, Villa, León, Medina-Mora y Salvatierra, 1994.; Medina-Mora, 1999).

- Redes familiares usuarias de alcohol. En un rango de calificación de uno a cuatro puntos, entendiendo que a mayor calificación mayor número de familiares que consumen alcohol, se puede apreciar (Cuadro 5) que un promedio significativamente mayor de jóvenes que abusan o muestran signos de dependencia refieren que alguno o varios familiares usan alcohol, en comparación con el grupo de aquéllas que no presentan problemas de consumo o son abstemias ($F=44.902$; $gl=2$; $p=0.000$).
- Redes de pares usuarios de alcohol. En cuanto a la existencia de amigos y amigas que beben, el grupo de mujeres abstemias o sin problemas de consumo cuenta con un promedio significativamente menor de amigos que ingieren alcohol, en comparación con las jóvenes pertenecientes a los grupos de abuso y dependencia ($F=159.130$; $gl=2$; $p=0.000$).
- Escenarios de consumo. Como complemento de la evaluación de las redes sociales resulta relevante valorar la asistencia a lugares donde haya disponibilidad de bebidas con alcohol; dichos escenarios suelen ser espacio de interacción y convivencia como fiestas, reuniones, antros, cantinas e incluso la propia casa. En este sentido, considerando una calificación de uno a cuatro puntos, se encontró que las estudiantes que muestran características de dependencia asisten con mucho más frecuencia a este tipo de escenarios, en comparación con quienes abusan y con quienes no tienen problemas con el consumo (Cuadro 5; $F=164.977$; $gl= 2$; $p=0.000$).

ACCESIBILIDAD PERCIBIDA A BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Pensar que es fácil comprar alguna bebida con alcohol, aun siendo menor de edad, o que es probable que algún amigo la ofrezca, son otros factores de riesgo para abusar de este tipo de productos (Castro, 1994; Arellanez, Diaz, Wagner y Pérez, 2004), así como el hecho de que en casa se tenga acceso a cervezas y a botellas de vino o de licor.

- Facilidad o dificultad para conseguir bebidas con alcohol. Se evaluó, en una escala de uno a cuatro puntos, la facilidad percibida para conseguir alguna bebida con alcohol, y se encontró que el grupo que en promedio percibe una mayor facilidad es el de dependientes, seguido muy de cerca por el de abuso. El grupo de abstemias o sin problemas de consumo obtuvo una calificación significativamente menor, lo que implica que perciben mayor dificultad para conseguir bebidas con alcohol ($F=47.447$; $gl= 2$; $p=0.000$).
- Situaciones que generan confianza para consumir alcohol. Asistir a fiestas o a lugares donde se ingieren bebidas, o bien que haya disponibilidad de ellas en casa resulta más frecuente en el grupo de jóvenes que calificaron con dependencia o abuso, mientras que las estudiantes que no tienen problemas con el uso de la sustancia mostraron una calificación significativamente menor (Cuadro 5; $F=68.295$; $gl= 2$; $p=0.000$).

MOTIVOS ASOCIADOS AL CONSUMO

Otro de los elementos que puede influir en el inicio del consumo de alcohol o en su abuso se relaciona con las expectativas que se tienen con respecto a sus efectos, de ahí la importancia de evaluar los motivos que en la percepción de la población de estudio llevan al uso de alcohol. A continuación se describen los factores de motivación estudiados (Cuadro 5):

- Curiosidad. Ingerir alguna bebida con alcohol para explorar sensaciones, conocer el sabor y experimentar la vivencia son situaciones que con mayor probabilidad se dan en el grupo de mujeres que calificaron con dependencia, seguidas por las del grupo de abuso; en consecuencia, quienes obtuvieron una calificación promedio significativamente menor fueron las jóvenes del grupo de abstemias o que no presentan problemas de consumo ($F=30.001$; $gl=2$; $p=0.000$).

- Circunstancias y estado de ánimo festivos. Otra de las motivaciones estudiadas se refiere a la asociación del consumo de alcohol con estados de ánimo positivos, el festejo, la diversión o la participación en fiestas y reuniones. En una calificación de uno a cuatro nuevamente se encontró que las jóvenes que presentan características de dependencia mantienen este tipo de motivaciones en una proporción significativamente mayor ($F=99.634$; $gl=2$; $p=0.000$).
- Pertenencia y aceptación del grupo de pares. La creencia de que beber alcohol permite estar a la moda, proyectar una imagen más “cool” o sofisticada, o bien querer pertenecer a un grupo y sentirse aceptada por los demás, se observa con mayor frecuencia en las jóvenes que conformaron el grupo de dependencia; de nuevo, el grupo de adolescentes que no tienen problemas de consumo registró una calificación significativamente menor ($F=32.023$; $gl=2$; $p=0.000$).
- Ocio. No tener nada que hacer, estar aburrida y no saber en qué emplear el tiempo libre son otros factores que pueden llevar a usar alcohol. Las jóvenes dependientes reportaron con mayor frecuencia tener este tipo de motivaciones, seguidas por las del grupo de abuso; las que dijeron no tener problemas con el alcohol mostraron, en cambio, una frecuencia significativamente menor ($F=85.154$; $gl=2$; $p=0.000$).
- Desinhibición. Creer que beber facilita la expresión de emociones o la socialización, da valor para “ligar a alguien” y desinhibe para tener relaciones sexuales, se registra en mayor medida en las jóvenes que calificaron con dependencia; las adolescentes que conforman el grupo de abuso también tienen este tipo de creencias, aunque en menor proporción, y el grupo de abstemias o que no tienen problemas de consumo registró con menor frecuencia este tipo de motivos ($F=55.499$; $gl=2$; $p=0.000$).
- Estado de ánimo adverso. En el grupo de dependencia, las participantes manifestaron haber bebido alcohol por sentirse solas, deprimidas, decepcionadas por cuestiones amorosas o preocupadas por tener problemas con la pareja, los amigos o los padres. Nuevamente el grupo que señaló menos este tipo de motivos fue el de las jóvenes sin dificultades por consumo de alcohol ($F=71.753$; $gl=2$; $p=0.000$).
- Problemas con los padres. Las estudiantes que refirieron una mayor probabilidad de consumir alcohol al querer “rebelarse” contra sus padres, para llamar su atención, porque no les han puesto límites o porque no se preocupan por ellas, son las que calificaron con problemas de dependencia ($F=42.928$; $gl=2$; $p=0.000$).
- Condiciones de igualdad para beber. Pensar que es posible beber alcohol igual que los hombres, demostrar con ello que se pueden tener las mis-

mas libertades o que se aguanta igual, también son algunas creencias que los grupos de dependencia y de abuso registran con mayor frecuencia ($F=20.189$; $gl=2$; $p=0.000$).

- Autoafirmación. La idea de que beber las hace sentirse libres y les permite probarse a sí mismas y a los demás la propia capacidad de “aguante”, se da con una frecuencia significativamente mayor en las adolescentes del grupo de dependencia, seguidas por las del grupo de abuso. Las jóvenes que registran en menor medida estas creencias son las abstemias ($F=65.882$; $gl=2$; $p=0.000$).

Cuadro 5. Factores asociados al inicio y el mantenimiento del consumo de alcohol por grupo

	Abstemias o sin problemas de consumo n=883		Abuso n=139		Dependencia n=27	
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE
Contexto situacional relacionado con el consumo de alcohol						
Redes familiares de consumo*	1.43	0.58	1.87	0.70	2.09	0.80
Redes de pares de consumo*	1.26	0.57	2.10	0.65	2.31	0.61
Escenarios de consumo*	1.34	0.46	2.08	0.64	2.25	0.81
Accesibilidad percibida de alcohol						
Facilidad o dificultad para conseguir bebidas*	1.85	0.79	2.48	0.76	2.62	0.72
Situaciones que generan confianza para consumir*	2.06	0.70	2.72	0.69	2.86	0.65
Motivos asociados al consumo						
Curiosidad*	1.99	0.80	2.46	0.83	2.75	0.79
Circunstancias y estado de ánimo festivo*	1.69	0.67	2.46	0.70	2.67	0.75
Pertenencia y aceptación del grupo de pares*	1.20	0.44	1.37	0.50	1.80	0.85
Desinhibición*	1.18	0.38	1.40	0.47	1.92	0.90
Autoafirmación*	1.32	0.57	1.72	0.75	2.46	0.89
Estado de ánimo adverso*	1.50	0.61	2.07	0.73	2.46	0.88
Problemas con los padres*	1.31	0.53	1.59	0.64	2.16	0.79
Ocio*	1.03	0.43	1.44	0.60	1.97	0.86
Iguals condiciones para beber que los hombres*	1.34	0.60	1.59	0.79	2.00	1.12

	Abstemias o sin problemas de consumo n=883		Abuso n=139		Dependencia n=27	
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE
Expectativas del consumo						
Expectativas del grupo de pares*	1.13	0.32	1.38	0.57	1.62	0.82
Expectativas de los padres*	1.13	0.32	1.38	0.57	1.62	0.82
Tolerancia percibida*	1.85	0.65	2.36	0.77	2.37	0.72
Autoeficacia percibida*	2.99	0.90	2.76	0.81	2.27	0.75
Aspectos relacionados con diferencias de género						
Abuso como experiencia de liberación*	1.69	0.67	1.97	0.72	2.02	0.63
Expectativas de igualdad en el consumo entre hombres y mujeres*	1.83	0.65	2.14	0.67	2.21	0.56
Imitación y creencias de aceptación*	1.55	0.59	1.78	0.68	1.95	0.57
Estigmatización por el consumo**	2.33	0.90	2.53	0.83	2.51	0.74
* Significancia al 0.01, ** Significancia al 0.05 DE: Desviación Estándar.						

EXPECTATIVAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

Por otra parte, se valoró la percepción acerca de las expectativas que sus amigos y padres pueden tener –positivas o negativas– respecto a que las entrevistadas consuman alcohol, factor que puede representar un efecto de protección o riesgo. Se encontró lo siguiente:

- Expectativas de los amigos. Tener la idea de que los pares verían bien tomar hasta emborracharse o manejar un auto estando bajo los efectos del alcohol son aspectos que se presentan con una frecuencia significativamente mayor en las adolescentes del grupo de dependientes (Cuadro 5; $F=44.198$; $gl= 2$; $p=0.000$).
- Expectativas de los padres. Al igual que con los amigos, las jóvenes del grupo de dependencia piensan con mayor frecuencia que los padres aceptarían que tomaran en una fiesta, que manejaran bajo los efectos del

alcohol o que bebieran siempre y cuando estuvieran en casa ($F=44.198$; $gl= 2$; $p=0.000$).

TOLERANCIA PERCIBIDA AL CONSUMO DE ALCOHOL

Como complemento de la evaluación acerca de la percepción de la accesibilidad de las bebidas con alcohol, los motivos de uso y las expectativas prevalecientes hacia el consumo, se midió el nivel de tolerancia que las estudiantes perciben en su entorno. Al igual que en los hallazgos previos, se encontró que el grupo de dependencia es el que percibe una mayor tolerancia a la ingesta de la sustancia (Cuadro 5; $F=39.281$; $gl= 2$; $p=0.000$).

AUTOEFICACIA PERCIBIDA

Este concepto hace referencia a las creencias de las personas acerca de su propia capacidad para el logro de determinados resultados (Olaz, Silva y Pérez, 2001). En lo que compete al tema de esta encuesta, implica tomar el control del consumo de bebidas alcohólicas, no excederse, sentirse bien aun sin tomar, tener la capacidad de decir “no” cuando los amigos ofrezcan una copa y buscar alternativas de diversión que no incluyan el uso de alcohol, entre otros aspectos. De acuerdo con lo esperado, las adolescentes abstemias o que no tienen problemas por el consumo de alcohol muestran una mayor autoeficacia en comparación con las que abusan o las que dependen del alcohol ($F=112.061$; $gl= 2$; $p=0.000$).

ASPECTOS DERIVADOS DE DIFERENCIAS DE GÉNERO

Finalmente, uno de los factores que se consideró como importante en este estudio es el referente a la percepción de las diferencias derivadas del género respecto al consumo de alcohol, es decir, de las actitudes o las posturas que se suelen asumir ante el consumo en función del sexo de los usuarios. Dicho factor fue indagado a través de cuatro tópicos que se describen a continuación:

- El abuso como experiencia de “liberación”. Este componente evalúa qué tan frecuentemente las mujeres consumen alcohol porque consideran que con ello pueden ganar espacios tradicionalmente reservados a los hombres, se sienten libres o tienen más libertad que antes. Los resultados muestran que las jóvenes que conforman el grupo de dependencia tienen un mayor acuerdo con tales expresiones; en segundo lugar se ubican las

del grupo de abuso y en tercero el de abstemias o jóvenes sin problemas de consumo ($F=13.002$; $gl= 2$; $p=0.000$).

- Expectativas de igualdad en el consumo entre hombres y mujeres. Considerar que deben aplicarse criterios de igualdad en el consumo de bebidas alcohólicas, que es un derecho consumir a la par de los hombres, que se tiene el mismo aguante que ellos o que son iguales las situaciones emocionales que llevan a los hombres y a las mujeres a consumir bebidas con alcohol fueron otros de los indicadores que se evaluaron. Nuevamente las adolescentes que estuvieron en mayor acuerdo con estas afirmaciones fueron las que calificaron con dependencia ($F=17.102$; $gl= 2$; $p=0.000$).
- Creencias de imitación y de aceptación. Otros de los indicadores que se midieron hicieron pensar que las mujeres usan alcohol para imitar a los hombres o que beber en las fiestas o reuniones las hace sentirse más aceptadas, o les permite interactuar más fácilmente. Al igual que en los indicadores previos, las estudiantes con dependencia son quienes mantienen un acuerdo significativamente mayor con tales afirmaciones ($F=13.539$; $gl= 2$; $p=0.000$).
- Estigmatización por el consumo. El último indicador contempló situaciones tales como pensar que una mujer que consume alcohol de forma excesiva sufre un mayor rechazo que un hombre o que al beber está expuesta a mayores riesgos que sus compañeros. Los resultados obtenidos mostraron que las mujeres de los grupos de abuso y dependencia están de acuerdo en mayor medida con estas aserciones y que, en este sentido, se diferencian significativamente de las que no tienen problemas por su consumo ($F=3.648$; $gl= 2$; $p=0.026$).

CONCLUSIONES

En síntesis, los resultados de esta encuesta muestran claramente que las mujeres que presentan síntomas de dependencia o de abuso de bebidas alcohólicas pertenecen a redes sociales con un mayor número de integrantes usuarios de alcohol, perciben mayor facilidad para conseguir y consumir la sustancia, y se involucran con mayor frecuencia en situaciones o contextos donde es fácil beber.

Los resultados también permiten suponer que este tipo de consumidoras tiene una mayor necesidad de explorar y buscar nuevas sensaciones, así como de experimentar a través del alcohol, proceso que sin duda forma parte de la adolescencia, pero que puede llevar a la adquisición de problemas de abuso o dependencia, derivar en la utilización de otras drogas y en la generación de conflictos en el entorno familiar y social.

Particularmente, las estudiantes que calificaron como dependientes del alcohol muestran una mayor curiosidad para consumir y suelen hacerlo cuando buscan la pertenencia a un grupo, o bien para mantener un estado de ánimo positivo o salir de una situación emocional negativa. Llama la atención que las condiciones y circunstancias de consumo tienden a basarse en muchos casos en un sistema de creencias que, en buena medida, se asocia con tener derechos y libertades similares a los de los varones. Desde esta perspectiva, puede apreciarse que prevalece la idea de competir en un nivel de igualdad con el varón para beber y aguantar igual, sin considerar que hay diferencias fisiológicas y anatómicas que inevitablemente distinguen a ambos sexos, entre ellas, el hecho de que el alcohol se metaboliza más lentamente en el caso de las mujeres, propiciando la manifestación más rápida e intensa de sus efectos.

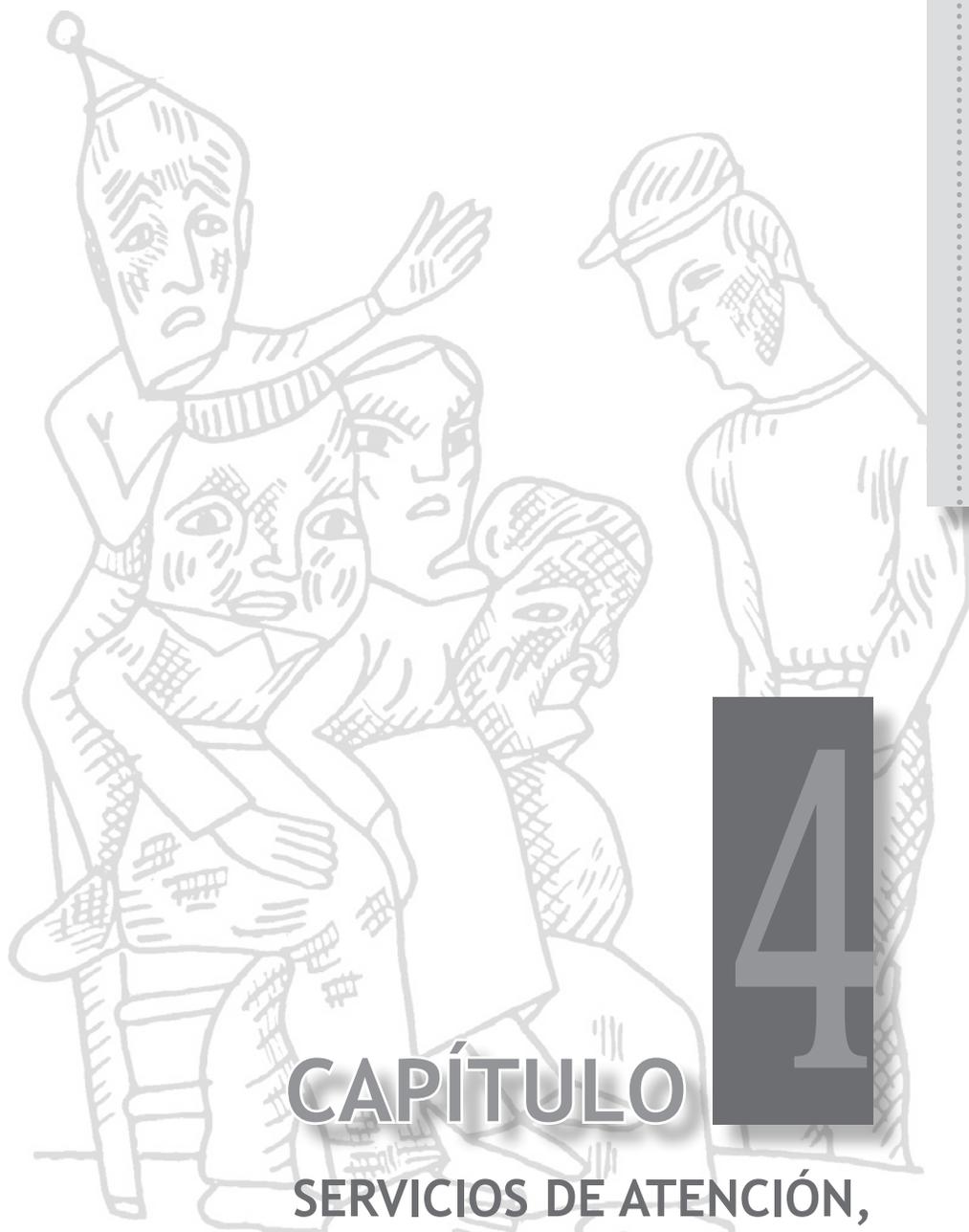
Considerar al uso o abuso del alcohol como una expresión o un medio de “liberación”, lo mismo que argüir razones basadas en la búsqueda de la igualdad con los hombres son factores que –según los hallazgos obtenidos– están ejerciendo un efecto inverso al deseado por las adolescentes, pues la creencia de libertad y equidad las puede llevar, contrariamente a lo esperado, al abuso y a la dependencia, así como a una estigmatización social que ellas mismas reconocen como mayor que en el caso de los hombres.

Estos hallazgos proporcionan, por otra parte, elementos para la planeación de servicios preventivos centrados en premisas definidas. Así, los esfuerzos podrían dirigirse a aumentar la intolerancia social frente al consumo y a limitar el acceso a las bebidas alcohólicas. Aunque la cultura mexicana ha naturalizado la presencia del alcohol en casas, fiestas, reuniones y eventos, habría que replantear formas y estilos de convivencia sin su consumo o reducir al máximo posible su uso, dadas las consecuencias indeseables que propicia.

Finalmente, vale destacar que en la exploración de características psicosociales debe seguir incorporándose como un eje fundamental la perspectiva de género, pues como se ha observado en este trabajo, las tendencias de consumo y la problemática asociada pueden estar reflejando el hecho de que la construcción social de la mujer –y seguramente también la del hombre– está cambiando. Respecto a las aspiraciones de igualdad que las encuestadas parecen asociar con el uso de alcohol, hay que hacer notar, para concluir, que la equidad debe ser un elemento fundamental de las relaciones entre los seres humanos, y una condición que aliente su desarrollo y potencialice sus habilidades, no un factor que vaya en detrimento de su salud física y mental, como se desprendería de las creencias identificadas.

- Arellanez Hernández, J. L., Diaz Negrete, D. B., Wagner Echegaray, F. y Pérez Islas, V. (2004). "Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles" en *Salud Mental*. 27 (3). Pp. 54-64.
- Babor, T. F., De la Fuente, J. R. y Saunders, J. (1992). *AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva. OMS.
- Castro Sariñana, M. E. (1994). "Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas" en Tapia Conyer, R. (ed.). *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas*. México. El Manual Moderno.
- De La Fuente J. y Kershenovich D. (1992). "El alcoholismo como problema médico" en *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 35 (2). Pp.47-51.
- Diaz Negrete, D. B., Arellanez Hernández, J. L. y Martínez Treviño, J. C. (2002). "Uso de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León" en Medina-Mora, M.E. (coord). *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2002*. México. SSA.
- Gómez-Maqueo, E., Gómez Hernández, H., Morales Rodríguez, B., Pérez Ramos, M. (2009). "Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes" en *Revista Colombiana de Psicología*. 18. Pp. 9-17.
- Góngora Soberanes, J. y Leyva Piña, M. A. (2005). "El alcoholismo desde la perspectiva de género" en *El Cotidiano*. (20)132. Pp. 84-91.
- Medina-Mora, M. E. (1999). *La investigación social en adicciones*, ponencia presentada en el Simposio Internacional "Programas con buenos resultados para reducir el abuso de drogas", organizado por CIJ. México.
- Nazar Beutelspacher A., Tapia Conyer, R. Villa Romero, A., León Álvarez, G., Medina-Mora, M. E. y Salvatierra Izaba, B. (1994). "Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México" en *Salud Pública de México*. 36 (6). Pp. 646-654.
- Olaz, F., Silva, M. I. y Pérez, E. (2001). *Guía para la Construcción de Escalas de Autoeficacia* en <http://www.des.emory.edu/mfp/effguideSpanish.html>
- Rodríguez Kuri, S. E., Arellanez Hernández, J. L., Diaz Negrete, D. B., y González Sánchez, J. D. (1998). *Ajuste psicosocial y consumo de drogas*. Informe de Investigación 97-27. México.CIJ. Dirección de Prevención. Subdirección de Investigación.
- Rodríguez Kuri, S. E. y Pérez Islas, V. (2009). *Evaluación de un Programa de Prevención del Consumo Excesivo de Alcohol en Mujeres Jóvenes*. Informe de Investigación 09-12. México. CIJ. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación.

- Saunders, J. B. y Aasland, O. G. (1987). *WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Report on Phase I: Development of a Screening Instrument*. Geneva. OMS.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., Grant, M. (1993). "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II" en *Addiction*. 88. Pp. 791-804.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México. SSA.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador N. y Medina-Mora, M. E. (2007). *Encuesta de consumo de drogas en estudiantes 2006*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".



CAPÍTULO

4

SERVICIOS DE ATENCIÓN,
RESPUESTA INSTITUCIONAL

Elena Cuevas Blancas
Beatriz León Parra
Miriam López Domínguez
Maribel Méndez Llamas
Sandra Ortiz Ávila
Andrea Pérez Orozco

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo, los grupos humanos han incorporado el consumo de bebidas alcohólicas a su existencia con diversas connotaciones: de forma ritual o religiosa, para acompañar los alimentos y como un elemento de diversión, desinhibición y cohesión social.

Las expectativas y representaciones de cada grupo ante el consumo se reflejan en sus normas sociales, que pueden variar por la cultura, el sector poblacional (género, nivel socioeconómico, región, edad, etnia), las situaciones específicas y las etapas de vida (antes de manejar, en un bar, en la iglesia, con hijos pequeños; en la adolescencia, en la vejez, etcétera). Algunas sociedades hasta distinguen los lugares y los momentos para consumir. Hay bebidas que se usan en ocasiones especiales: fiestas, ceremonias, viajes, en la calle, mercados, restaurantes, cantinas, velorios, santorales o durante periodos de abundancia (Berruecos, 2004).

Los patrones más generalizados de consumo tienen un carácter eminentemente colectivo, en el cual el alcohol se ha convertido en uno de los elementos básicos para el desarrollo de eventos mágico-religiosos, naturales, del ciclo vital, festejos sociales y laborales, entre otros (*Idem*). Es preciso señalar que, en sí misma, la ingesta de alcohol no representa una dificultad; los problemas inician cuando la persona pierde el control sobre su consumo, situación que repercute en los ámbitos donde se desenvuelve.

Los consumos han ido cambiando hasta llegar al uso explosivo en fines de semana, principalmente de cervezas, combinados y preparados de dudosa calidad que ponen en mayor riesgo la salud y la vida de quien los ingiere. Contrario a lo que podría suponerse, la mayoría de los problemas vinculados

con el alcohol no necesariamente se presentan en quienes dependen de éste, sino en quienes ocasionalmente abusan de las bebidas.

LINEAMIENTOS Y ESTÁNDARES PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El diseño y la operación de intervenciones preventivas se apoyan en principios propuestos y consensados por organismos internacionales y locales, los cuales tienen como objetivo desarrollar mecanismos efectivos para prevenir el consumo de drogas, a través de la formulación de acciones coordinadas y la participación de la sociedad en su conjunto.

CONTEXTO ESCOLAR

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA, 2005) celebró la VI Reunión de Expertos de Reducción de la Demanda con el fin de desarrollar un marco de acción para estandarizar intervenciones preventivas en el contexto educativo, en él se abordan aspectos de investigación, tecnologías educativas, capacitación a docentes, ejecución y evaluación de programas a nivel nacional, regional y local.

Principios de la CICAD/OEA para el diseño de programas preventivos en el ámbito escolar

- Promover la disminución de factores de riesgo y fortalecer factores de protección.
- Abordar en los contenidos la prevención del uso de drogas legales e ilegales.
- Fortalecer habilidades socio-afectivas y competencias sociales positivas que refuercen el rechazo hacia el consumo de drogas.
- Incluir métodos interactivos (horizontales) en la relación alumno-docente para generar espacios de confianza.
- Dirigirse a toda la comunidad educativa (alumnos, docentes, familiares y administrativos).
- Adaptarse a las condiciones particulares de la comunidad escolar (el fortalecimiento de factores de protección será directamente proporcional a la presencia de factores de riesgo).
- Diferenciar estrategias (universales, selectivas e indicadas) en función del nivel de riesgo.
- Considerar las diferencias de grupo de edad, género y nivel educativo.
- Incluir capacitación continua para el docente y los promotores de salud.
- Intervenir a largo plazo y con permanencia.
- A mayor riesgo, la intervención debe ser más intensiva y temprana.
- Integrar medidas costo-efectivas globales (aumento de impuestos al alcohol, controles estrictos para la prohibición de venta a menores y eliminación de la publicidad).
- Complementar los programas preventivos con campañas de comunicación, modificaciones a políticas públicas y reglamentos que restrinjan el acceso al alcohol, tabaco y otras drogas.
- Reforzar las normas contra el uso de drogas en otros contextos de prevención (familia, trabajo y comunidad).
- Aumentar la calidad y la cobertura de los programas asegurando continuidad y sustentabilidad en el tiempo.
- Monitorear y evaluar los programas a corto, mediano y largo plazo.
- Cuidar la capacidad organizacional a fin de lograr una implementación exitosa.
- Favorecer que cada escuela cuente con una política preventiva del consumo de drogas, la inserte en su proyecto educativo y sea autogestora.
- Desarrollar mecanismos y fortalecer redes y recursos asistenciales para referir casos de consumo temprano a organismos especializados.

CONTEXTO COMUNITARIO

Respecto a la prevención en este ámbito, el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 2004) postuló una serie de estándares, con el objetivo de ponderar, planificar e instrumentar programas de prevención del uso y abuso de drogas fundamentados en evidencia científica.

Estándares del NIDA para la prevención en el ámbito comunitario

- Realzar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
- Considerar todas las formas de consumo.
- Reforzar las habilidades para resistir el ofrecimiento de drogas, el compromiso personal contra el consumo y las competencias sociales.
- Incluir métodos interactivos como grupos de discusión, en lugar de sólo técnicas didácticas.
- Promover el trabajo con padres o tutores para que refuercen el aprendizaje de los niños y jóvenes, así como generar discusiones y una postura familiar respecto al consumo de drogas legales e ilegales.
- Influir a largo plazo, con intervenciones repetidas para reforzar las metas preventivas originales.
- Establecer estrategias diferenciales para padres e hijos, para de esta forma lograr un mayor impacto en la familia.
- Hacer campañas en medios de comunicación masiva y proponer cambios en las políticas públicas en materia de adicciones.
- Fortalecer las normas contra el consumo de drogas en todos los ámbitos de prevención, incluyendo a la familia, la escuela y la comunidad.
- Priorizar el trabajo en escuelas para abarcar a la población de jóvenes, quienes pueden enfrentarse a riesgos específicos.
- Adaptarse a cada comunidad para tratar las particularidades del problema.
- Intensificar los esfuerzos preventivos e intervenir tempranamente en función del nivel y tipo de riesgo de la población objetivo.
- Ser sensibles a la edad, periodo de desarrollo y diferencias culturales.
- Evaluar y demostrar costo-efectividad.

El ámbito laboral cuenta con diversas acciones de normatividad y legislación –tanto en el contexto internacional como en el nacional– para la prevención y atención del consumo de alcohol y otras drogas.

La prevención laboral se define como una serie de actividades coordinadas dirigidas al entorno de trabajo para informar, sensibilizar, consensuar y promover cambios organizacionales en los distintos niveles y sectores empresariales (directivos, trabajadores, representantes sindicales, servicios de salud laboral, etcétera). La finalidad de estas intervenciones es prevenir o disminuir el consumo de drogas legales o ilegales desde el lugar de trabajo y reducir los riesgos asociados al consumo (CICAD/OEA, 2008).

**Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)
para la elaboración de una política relativa al consumo de
alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo**

- Disposiciones para reducir el número de problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo, mediante la administración apropiada del personal, buenas prácticas de empleo, mejores condiciones de trabajo, organización adecuada del trabajo y consultas entre la dirección, los trabajadores y sus representantes.
- Medidas encaminadas a prohibir o limitar el acceso de bebidas alcohólicas y drogas al lugar de trabajo.
- Prevención de los problemas vinculados con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo, mediante programas de información, educación, formación y otras actividades pertinentes.
- Reconocimiento, evaluación y orientación de las personas que tienen problemas relacionados con el alcohol o las drogas.
- Intervención, tratamiento y rehabilitación por parte de especialistas de los centros de atención a los que se haya derivado; el trabajador contará con el apoyo de las empresas y del sindicato o de las comisiones mixtas, según corresponda.
- Normas de conducta en el lugar de trabajo referidas al alcohol y las drogas, cuya violación podría entrañar medidas disciplinarias, incluido el despido.
- Política de igualdad de oportunidades de empleo para las personas que tienen o han tenido problemas vinculados con el alcohol o las drogas, de conformidad con la legislación y las normas nacionales.

Por su parte, la CICAD/OEA en 2008 dispuso los lineamientos hemisféricos en materia de prevención laboral, tomando como antecedente la “Estrategia Antidrogas en el Hemisferio de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas” de la Organización de Estados Americanos (1996), misma que contempla el problema desde una perspectiva global y multidisciplinaria, en la que todos los países reconocen que el abuso de sustancias constituye una grave amenaza para la vida y la salud; quienes consumen y la comunidad comparten la responsabilidad de asegurar el abordaje del problema de modo integral.

Lineamientos hemisféricos en materia de prevención laboral emitidos por la CICAD/OEA

- Desarrollar investigaciones que permitan medir o caracterizar el problema del consumo de drogas en el entorno laboral.
- Procurar la colaboración entre los Ministerios de Trabajo, empresas y sindicatos para crear programas de asistencia en prevención del consumo de drogas.
- Incorporar, en el marco de sus Planes Nacionales de Drogas, estrategias de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, pues los empleados deben ser intervenidos dentro del Plan de Reducción de la Demanda.
- Convocar a las empresas del sector público, privado y líderes patronales en sectores vulnerables donde la seguridad pública esté en juego (por ejemplo, transporte, plantas automotrices y otras líneas de producción industrial como la industria textil y maquiladoras), con el fin de sensibilizarlos en la necesidad de la inversión de recursos en programas de prevención.

En materia de legislación y normatividad nacional para la prevención del consumo de alcohol se ubican las siguientes reglamentaciones:

<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 73, fracción XVI, párrafo cuarto • Artículo 117 	<p>Las medidas que el Consejo de Salubridad General haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.</p> <p>El Congreso de la Unión y las Legislaturas de los estados dictarán desde luego leyes encaminadas a combatir el alcoholismo.</p>
<p>Ley General de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Título Segundo • Sistema Nacional de Salud • Capítulo II. Distribución de Competencias • Artículo 17 • Título Undécimo • Programas contra las adicciones • Capítulo II. Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas • Artículo 185 y 186 • Título Duodécimo • Control sanitario de productos y servicios de importación y exportación • Capítulo III. Bebidas alcohólicas 	<p>Compete al Consejo de Salubridad General dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir.</p> <p>La Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra el alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas, que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La prevención y el tratamiento del alcoholismo y la rehabilitación de los alcohólicos. 2. La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva. 3. El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo. <p>El Artículo 186 señala que para obtener la información que oriente las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas se realizarán actividades de investigación en los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Causas del alcoholismo y acciones para controlarlas. 2. Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas. 3. Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población. 4. Efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos familiar, social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo. <p>Para los efectos de esta ley se consideran bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen. Cualquiera otra que contenga una proporción mayor no podrá comercializarse como bebida.</p>

<p>Ley Federal del Trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 47, fracción XIII • Artículo 488, fracción primera 	<p>Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón: que el trabajador concorra a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner en conocimiento del patrón y presentar la prescripción suscrita por el médico.</p> <p>Señala que el patrón queda exceptuado de las obligaciones que determina el Artículo 487 en los casos y con las modalidades siguientes: si el accidente ocurre encontrándose el trabajador en estado de embriaguez.</p>
<p>Ley del Seguro Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 46 	<p>En materia de seguridad social, no se considerarán para los efectos de esta ley, riesgos de trabajo que sobrevengan por alguna de las causas siguientes: si el accidente ocurre encontrándose el trabajador en estado de embriaguez; si el accidente ocurre encontrándose el trabajador bajo la acción de algún psicotrópico, narcótico o droga enervante, salvo que exista prescripción suscrita por médico titulado y que el trabajador hubiera exhibido y hecho del conocimiento del patrón.</p>
<p>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capítulo II. De la Competencia de las Secretarías de Estado, Departamentos Administrativos y Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal • Artículo 39, fracción XVI 	<p>En lo que respecta al sector laboral de la administración pública, se determina que a la Secretaría de Salud corresponde el despacho de los siguientes asuntos: estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra el alcoholismo, las toxicomanías, otros vicios sociales y contra la mendicidad.</p>

En 2011, la Comisión Nacional contra las Adicciones [anteriormente Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)] y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) convocaron desde 2010 a diferentes organismos nacionales expertos en la materia (Comisión Tripartita, integrada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Centros de Integración Juvenil, etcétera), para elaborar de manera coordinada el Decálogo de Lineamientos para la prevención y atención de las adicciones en los centros de trabajo basado en las recomendaciones emitidas por la Organización Internacional del Trabajo:

I. Partir del enfoque preventivo, basado en evidencia científica	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la prevención, reducción y tratamiento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo (empleos públicos y privados). • Intervenir a partir de un diagnóstico que establezca las necesidades particulares de la empresa. • Hacer un trabajo previo de sensibilización y concientización mediante la difusión de datos duros que hagan constar el costo-beneficio, para el empresario y los trabajadores.
II. Ofrecer atención universal	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas como cualquier otro problema de salud en el trabajo, sin discriminación alguna, y quedar al alcance de los servicios de salud (públicos o privados), según corresponda.
III. Formalizar un acuerdo de participación	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar, por escrito, una política específica para la empresa sobre la prevención de adicciones, a partir de la evaluación de los efectos del consumo.
IV. Promover la participación	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar en el programa de seguridad y salud en el trabajo, las acciones y programas para la prevención integral de las adicciones que recomienden o dicten las autoridades competentes, así como realizar el seguimiento de los avances.
V. Evitar la discriminación respetando la equidad	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar el principio de no discriminación en el empleo a los trabajadores que consumen o consumían alcohol u otras drogas de conformidad con la legislación y los reglamentos nacionales. • Garantizar la seguridad de los trabajadores que quieran recibir tratamiento y rehabilitación para problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas; no deberán ser objeto de discriminación por parte del empleador, y podrán gozar de las mismas oportunidades de traslado y ascenso profesional que sus colegas. • Aplicar idénticas restricciones o prohibiciones respecto del alcohol, tabaco y otras drogas tanto al personal directivo como a los trabajadores para evitar toda ambigüedad e incertidumbre en su política. • Considerar, en la medida de lo posible, las diferencias de género para el abordaje del problema de las adicciones en los trabajadores.
VI. Promover la educación continua	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la seguridad y salud en el lugar de trabajo con acciones de información, instrucción y capacitación sobre prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. • Considerar, en la medida de lo posible, brindar facilidades para que los empleadores se mantengan informados y capacitados en el tema de la salud y la prevención de adicciones.

VII. Garantizar la confidencialidad	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar una estrategia preventiva desde una perspectiva ética y humana. • Establecer un sistema para asegurar el carácter confidencial de toda la información que atañe a los problemas relacionados con el consumo de drogas en los trabajadores e informar sobre las excepciones a la misma. • Contar con el consentimiento informado del trabajador para la aplicación de pruebas de tamizaje o exámenes para la detección del consumo de drogas ilícitas, salvo aquellas excepciones contenidas en la legislación vigente.
VIII. Respetar la voluntariedad	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir los problemas de tipo moral, ético y jurídico que pueden derivarse de la aplicación del tamizaje y pruebas rápidas de detección de drogas mediante un acuerdo o consentimiento informado del trabajador.
IX. Garantizar la estabilidad laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer el papel especial que puede desempeñar el lugar de trabajo para ayudar a las personas que tienen problemas de adicción.
X. Mantener la legalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Remitir a servicios de orientación, consejería, tratamiento y rehabilitación a los empleados usuarios de drogas en lugar de aplicar sanciones disciplinarias.

El empleo de pruebas rápidas de detección de alcohol y otras drogas ha resultado muy eficaz, ya que permite ubicar a aquellas personas con problemas de consumo de drogas que por su ocupación o actividad puedan verse expuestos a un mayor riesgo de accidentes laborales por el manejo o manipulación de equipos, maquinaria o sustancias de mayor peligrosidad; son una herramienta idónea de apoyo en la prevención y el tratamiento de adicciones. Las pruebas se pueden aplicar a partir del análisis de orina, sangre o aliento, y arrojan resultados preliminares para la detección de marihuana, cocaína, alcohol, metanfetaminas, anfetaminas, heroína y benzodiazepinas, entre otras sustancias.

Las pruebas más comunes son las de orina que analizan indicios de varias sustancias; son exactas para detectar alcohol, pero no son muy utilizadas por su baja correlación con el nivel de alcohol en la sangre cuando se llevan a cabo los métodos de recolección normales. Los análisis de sangre pueden medir la cantidad de alcohol y otras drogas en el individuo al momento de hacer la prueba; a diferencia de las pruebas de orina, los resultados de este tipo de

estudios indican si la persona se encontraba bajo los efectos del alcohol o drogas en el instante en el que se tomó la muestra.

Por otra parte, existen los análisis de aliento para detectar alcohol, comúnmente conocidos como “alcoholímetro”, un aparato que, a partir del aire expirado, detecta la ingesta de esta sustancia e indica el nivel de consumo que tiene el individuo.

Recomendaciones de la CICAD/OEA para la aplicación de pruebas rápidas de detección de alcohol y otras drogas en centros de trabajo

- Asegurar la confidencialidad del trabajador (seguimiento y resultados).
- Estos exámenes deberán estar contemplados dentro de las políticas de prevención de drogas de cada empresa (política integral).
- Las políticas deben ser divulgadas en todos los espacios visibles dentro de la empresa.
- Las muestras que se apliquen deberán ser aleatorias.
- Definir la frecuencia de la aplicación de los exámenes.

CONTEXTO DE LA PUBLICIDAD Y LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN

En materia de publicidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) afirma que la exposición a la publicidad de alcohol forma percepciones positivas del consumo y puede incrementar una ingesta más intensa.

Por ello, dentro de los programas de reducción del consumo de bebidas alcohólicas, especialmente los destinados a los jóvenes, se contempla la restricción de la publicidad, el aumento del precio, el establecimiento de programas de prevención para conductores, y la regulación de “días y horas de venta”, así como del número y ubicación de expendios.

Por su parte, la Ley General de Salud y la Ley Federal de Radio y Televisión, con sus respectivos reglamentos, establecen de manera específica los lineamientos que regulan la publicidad en materia de bebidas alcohólicas:

<p>Ley General de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 308 <p>Reglamento en Materia de Publicidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 34 	<p>Establece los requisitos a los que deberá ajustarse la publicidad de bebidas alcohólicas.</p> <p>El Artículo 34 señala que no se autorizará la publicidad de bebidas alcohólicas cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Se dirija a menores de edad; II. promueva un consumo inmoderado o excesivo; III. se transmitan ideas o imágenes de éxito, prestigio, fama, esparcimiento, tranquilidad, alegría o euforia como consecuencia del consumo del producto o éste se presente como elemento desencadenante de las relaciones interpersonales; IV. atribuya al producto propiedades nutritivas, sedantes, estimulantes o desinhibidoras; V. asocie el consumo con actividades creativas, educativas, deportivas, del hogar o del trabajo; VI. asocie el consumo con celebraciones cívicas o religiosas; VII. haga exaltación del prestigio social, virilidad o femineidad del público a quien va dirigido; VIII. presente al producto como elemento que permita o facilite la ejecución de cualquier actividad creativa; IX. se utilice a deportistas reconocidos o a personas con equipos o vestuario deportivo; X. se incorporen en vestimentas deportivas símbolos, emblemas, logotipos, marcas o similares de los productos a que se refiere este capítulo, excepto cuando se trate de marcas de productos clasificados como de contenido alcohólico bajo, que aparezcan exclusivamente en la parte correspondiente a la espalda de las camisetas, y que su tamaño no sea mayor a la sexta parte de la superficie posterior de las mismas; XI. se asocie con actividades, conductas o caracteres propios de jóvenes menores de 25 años; XII. se consuman real o aparentemente en el mensaje los productos o se manipulen los recipientes que los contengan. Únicamente podrán incluirse escenas en las que se sirva producto sin la presencia de ningún ser humano; XIII. emplee imperativos que induzcan directamente al consumo de los productos; XIV. promueva el producto a través de sorteos, concursos o coleccionables, dirigidos a menores de edad, y XV. se utilicen artículos promocionales dirigidos a menores de edad, relacionados con material escolar o artículos para fumador.
---	--

<p>Ley Federal de Radio y Televisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 68 <p>Reglamento en Materia de Concesiones, Permisos y Contenido de las Transmisiones de Radio y Televisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 42 	<p>El Artículo 68 señala que las difusoras comerciales, al realizar la publicidad de bebidas cuya graduación alcohólica exceda de 20 grados, deberán abstenerse de toda exageración y combinarla o alternarla con propaganda de educación higiénica y de mejoramiento de la nutrición popular. En la difusión de esta clase de publicidad no podrán emplearse menores de edad; tampoco podrán ingerirse real o aparentemente frente al público los productos que se anuncian.</p> <p>El Artículo 42 considera que la publicidad de bebidas alcohólicas deberá:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Abstenerse de toda exageración; II. combinarse dentro del texto o alternarse con propaganda de educación higiénica o del mejoramiento de la nutrición popular, y III. hacerse a partir de las veintidós horas, de acuerdo con la fracción III del artículo 24 de este Reglamento. <p>En dicha disposición también se establece que queda prohibida toda publicidad referente a cantinas, y la publicidad que ofenda a la moral, el pudor y las buenas costumbres, por las características del producto que se pretenda anunciar.</p>
---	--

De acuerdo con dichas leyes, corresponde a la Secretaría de Salud (SSA) ejercer las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), así como a la Secretaría de Gobernación vigilar que las transmisiones de radio y televisión se mantengan dentro de los límites de respeto a la vida privada, a la dignidad personal y a la moral, y no ataquen los derechos de terceros ni provoquen la comisión de algún delito o perturben el orden y la paz públicos. Ambos organismos actúan en coordinación con la CONADIC, que tiene por objetivo promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y el combate de los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Por tanto, en México como en otros países, las disposiciones que se establecen básicamente dentro la regulación normativa de la publicidad de alcohol son las siguientes:

- Incluir mensajes de advertencia sobre los daños y las consecuencias negativas del consumo excesivo e instar a la moderación.
- Excluir los mensajes con connotación política, religiosa o que agraven los conceptos morales de la sociedad.

- Respetar los horarios de transmisión.
- No se puede dirigir a los menores de edad ni manejar en torno a los programas para ellos.
- No se debe relacionar con la conducción de vehículos automotores.
- No está permitido el patrocinio de eventos culturales o deportivos por parte de las compañías alcohólicas.

Aunque en todo el mundo existen lineamientos que regulan la publicidad sobre el tema, éstos no son homogéneos. La OMS (2007) exhorta a sus Estados miembro a desarrollar campañas que prevengan y desalienten el consumo de alcohol.

Para finalizar este apartado, la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM-028-SSA2-2009) también marca normas para el desarrollo de acciones preventivas, sin distinguir un ámbito o contexto de acción en específico:

- Tomar en cuenta los aspectos macro y microsociales de las poblaciones objetivo: dimensiones epidemiológicas, disponibilidad de servicios y programas preventivos, representación social, zona geográfica, cultura, usos y costumbres, la familia y aspectos legislativos, entre otros; así como las características de los individuos, por ejemplo su edad y género, las sustancias psicoactivas de uso, los patrones de consumo y problemas asociados.
- Disponer de un marco filosófico, teórico y metodológico, basarse en un diagnóstico, en el conocimiento de las necesidades y evidencias científicas; contar con sistemas de seguimiento y evaluación, así como con los recursos y el personal calificado.
- Considerar componentes de prevención universal, selectiva e indicada; ser proactivo, no discriminativo, y considerar los componentes culturales y de la región.
- Incluir poblaciones vulnerables y de muy alto riesgo, de acuerdo con la estratificación de los diferentes grupos sociales, tomando en cuenta sobre todo a la juventud.
- Contar con programas escritos y tener el aval de la Comisión Nacional contra las Adicciones.
- Establecer los criterios a seguir en materia de comunicación social para:
 - Promover que las actividades de comunicación masiva, grupal e interpersonal sobre prevención del abuso de sustancias psicoactivas formen parte de un programa integral de educación y promoción para la salud.

- Ofrecer una visión integral y objetiva del problema, así como informar sobre las alternativas para su atención preventiva, terapéutica y de rehabilitación.
- Diseñar, elaborar, difundir y evaluar campañas que, basadas en información científica, promuevan la concientización de la comunidad y su participación en acciones preventivas sobre el abuso de sustancias psicoactivas, evitando estigmatizar a grupos específicos de la población.

ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EL CONSUMO DE ALCOHOL

En México, el Programa de Acción Específico 2007-2012 para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones y el Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011-2012, se ubican dentro de la Estrategia Nacional de Salud, cuyas propuestas son aplicadas por la Comisión Nacional contra las Adicciones, con la participación de diversas instancias públicas y privadas. La prevención de adicciones tiene el objetivo de disminuir el uso, abuso y dependencia, así como el impacto social y de salud, a través de intervenciones de tipo universal, selectiva e indicada dirigidas a distintos segmentos de la población.

Para la selección y diseño de una estrategia preventiva dirigida a una población en particular, es necesario conocer los factores de riesgo para esa comunidad, de manera que se cuente con un panorama objetivo de la interacción multifactorial y sus implicaciones a nivel multidimensional.

Una alternativa conceptual y metodológica para el diseño de estrategias preventivas es el enfoque de riesgo-protección, el cual busca reducir la influencia de los factores de riesgo individuales, familiares, escolares y del grupo de pares, además de promover los factores de protección, reforzando habilidades sociales y de afrontamiento para evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como los riesgos psicosociales asociados.

El enfoque de riesgo-protección parte del entendido de que las adicciones son procesos prevenibles, cuyo origen se facilita o se detiene en función de la presencia o ausencia de situaciones o condiciones de riesgo y de protección. Se fundamenta en la investigación e identificación de los riesgos y el fortalecimiento de factores protectores específicos, en un modelo ecológico que incluye a la persona, la familia, la escuela y la comunidad.

En este sentido, la implementación de estrategias requiere la participación de distintos sectores de la sociedad, a fin de asegurar la operación en apego a estándares y lineamientos locales e internacionales, así como garantizar su seguimiento y permanencia a largo plazo. Las intervenciones preventivas son más eficaces cuando participan todos los actores involucrados en las mismas

y se consideran las particularidades del contexto (familia, escuela, trabajo, comunidad, etcétera), por ello es necesario que se adecúen a las necesidades del ámbito donde se va a trabajar. A continuación se señalan algunas estrategias específicas (CIJ, 2009a).

CONTEXTO FAMILIAR

La familia es el principal modelo de socialización para el individuo, por ello las estrategias de prevención implementadas en este ámbito tienen la finalidad de trabajar con padres o tutores para reforzar conductas protectoras, propias de la crianza familiar. Se caracterizan por promover relaciones constructivas entre padres e hijos, transmitir valores, promover estilos de vida saludable y aumentar la percepción de riesgo.

Las estrategias utilizadas en el contexto familiar y dirigidas a la población en general son información, sensibilización, orientación y entrenamiento de habilidades; los dispositivos se orientan a fomentar el apego familiar y los vínculos afectivos, transmitir valores éticos y morales, reforzar recursos de comunicación asertiva, implementar formas de disciplina positiva y consistente. Asimismo, incluyen dispositivos para promover una postura crítica y responsable de la familia respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, fundamentada en información actual y veraz sobre los daños y los riesgos consecuentes al uso y abuso de sustancias tóxicas.

En situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad es necesario implementar estrategias especializadas para la detección temprana de casos de consumo, así como sistematizar dispositivos de canalización oportuna a tratamiento. Sin embargo, cuando existen casos de alto riesgo o consumo experimental es importante ofrecer servicios de consejería breve.

Diversos organismos nacionales e internacionales han detectado factores de riesgo en la familia que incrementan la probabilidad de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes:

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Familias disfuncionales • Ineficacia de los padres para comunicarse • Escasez de lazos afectivos
Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de los padres para saber cómo cuidar emocional y físicamente a sus hijos • No tener familia o vivir en la calle • Padres o hermanos que usan drogas • Ser víctima de abuso psicológico, físico, sexual o verbal
Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (USA, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de supervisión de padres a hijos
Consejo Nacional contra las Adicciones (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares consumidores de drogas • Familias con mayores ingresos • No vivir con una familia
Otras investigaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol y otras drogas por parte de padres o hermanos mayores (Brook, <i>et al.</i>, 1988) • Permisividad de los padres y escaso involucramiento con sus hijos (Baumrin, 1983) • Comunicación negativa, reglas inconsistentes, límites difusos, expectativas poco realistas sobre los hijos (Reilly, 1979) • Vínculos familiares débiles, situaciones de inestabilidad (conflictos familiares, abandonos, caos) (Steinberg, 1991)

CONTEXTO ESCOLAR

La escuela es el segundo espacio de socialización más importante para el individuo, es el lugar donde inicialmente aprende a relacionarse con su grupo de pares y con la autoridad, adquiere modelos de conducta y potencia su desarrollo físico, psicológico y social.

Este contexto es el sitio idóneo para la prevención, cuenta con la infraestructura y los recursos necesarios para llevar a cabo todo tipo de actividades, así como acceso organizado a diferentes grupos poblacionales (alumnos, docentes, padres o tutores y personal de salud). Las estrategias preventivas en este ámbito se caracterizan por amplias coberturas con un menor número de acciones, de tal forma que implican un alto nivel de organización y funcionalidad de las actividades.

Una de las principales estrategias en el contexto escolar es la detección temprana, a través del tamizaje, a fin de identificar oportunamente riesgos, necesidades y casos de consumo en el grupo a intervenir; en este sentido, es primordial sistematizar acciones de canalización y referencia a servicios especializados.

Respecto a los factores de riesgo relacionados con el contexto escolar, existen diversos estudios con jóvenes mexicanos (SS, CONADIC, INEGI, INSP, INP, 2009; Villatoro, *et al.*, 2011), a continuación se enumeran algunos de los hallazgos más importantes:

- Entre los adolescentes no estar en la escuela es un factor de riesgo. Para que ellos se involucren con drogas deben encontrar una oportunidad para usarlas. Los adolescentes de 12 a 17 años tienen más probabilidad de consumir sustancias psicoactivas, cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo, que quienes ya han alcanzado la mayoría de edad.
- Es 4.5 veces más probable que una persona se involucre en el consumo si su papá o hermanos usan drogas; sin embargo, la probabilidad se incrementa hasta 10.4 veces si quien las usa es el mejor amigo o amiga.
- Con respecto a la facilidad para obtener droga, 40.7% de los hombres y 35.8% de las mujeres jóvenes consideran que es fácil o muy fácil conseguir drogas, sobre todo si no están estudiando.
- El 14.2% de los adolescentes que asistieron regularmente a la escuela fuma. El porcentaje para los que no fueron estudiantes durante el año pasado se incrementa a 24.8%.
- El 50.3% de quienes no asistieron a la escuela el año previo al estudio bebieron alcohol en el último mes, cifra que es de 38.9% en adolescentes que asistieron regularmente a clases.
- El porcentaje más alto de consumo de drogas ilícitas corresponde a quienes no asistieron a la escuela el año previo al estudio (30.0%), en comparación con aquellos que acudieron de tiempo completo (19.4%).

Con base a estas cifras se pueden citar como factores de riesgo convivir con amigos que usan drogas o que saben dónde conseguirlas, ser presionado por el grupo de compañeros para probar sustancias, no usar constructivamente el tiempo libre y desertar de actividades escolares u ocupacionales acordes al desarrollo psicosocial.

Por lo tanto, las intervenciones preventivas dirigidas a fomentar recursos o ambientes protectores escolares deben apoyarse en la promoción de

habilidades para la vida, el deporte y la cultura. Asimismo, es fundamental involucrar a la comunidad escolar en su conjunto, mediante acciones de capacitación a docentes y entrenamiento en estilos de crianza positiva a padres y madres de familia.

También es de suma importancia el trabajo de redes sociales e interinstitucionales para conjuntar acciones y esfuerzos. La labor de capacitación a docentes y personal estratégico de salud es fundamental para replicar las acciones preventivas y propiciar competencias de autogestión en la institución educativa.

Los lineamientos y estándares internacionales (NIDA, 2004) destacan la importancia de la prevención temprana del uso de drogas, por ello se han desarrollado estrategias en centros educativos de nivel preescolar que consideran la participación de los distintos actores involucrados, como padres y tutores, educadoras y personal técnico (de salud, pedagógico y psicológico), a fin de que sus esfuerzos tengan impacto en la formación de estilos de vida saludable, el desarrollo de habilidades sociales y la transmisión de valores. Los contenidos se abordan a través de procesos lúdicos de aprendizaje integral, que incluyen aspectos de la vida cotidiana de los niños (CONACE, s. f.).

CONTEXTO LABORAL

El lugar de trabajo crea un ambiente donde las personas se desenvuelven, socializan y satisfacen diversas necesidades inmediatas y de socialización. Aquí también es posible encontrar condiciones favorables para el consumo de alcohol y otras drogas, en las que confluyen aspectos individuales y sociales, así como las motivaciones del trabajador y el empleador. La asociación del consumo de alcohol y drogas con accidentes, ausentismo y bajo rendimiento laboral, así como la presencia de numerosos agentes estresores ligados a la vida cotidiana, supone que la población económicamente activa se encuentre expuesta a situaciones potencialmente riesgosas que inducen al abuso de drogas legales e ilegales en los puestos de trabajo.

Las condiciones de trabajo pueden tener una influencia decisiva en los niveles de salud y bienestar dentro y fuera del ámbito laboral, por lo que existen diversos factores que pueden propiciar bienestar o malestar en los empleados. La percepción sobre el clima organizacional produce consecuencias tanto a nivel individual como en el desempeño laboral.

Entre los factores que incrementan las posibilidades de consumo se encuentran: “las jornadas excesivamente largas que exigen mantenerse alerta,

sistemas de turnos que alteran el ciclo sueño-vigilia, bajos salarios o vivir a largas distancias del lugar de trabajo. Y las variables de la cultura organizacional como: inestabilidad en el empleo, estrés laboral, estilo de liderazgo o supervisión inadecuada, asignación de cargos o responsabilidad para los cuales la persona no tiene las competencias necesarias, existencia de microtráfico en el lugar de trabajo, cultura proclive al consumo, excesiva competitividad y relaciones interpersonales deficientes con los compañeros de trabajo” (CONACE, 2006).

De esta manera se admite que los empleos que requieren un gran esfuerzo físico o en los que el trabajador está sometido a una carga importante de estrés pueden propiciar el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias. Entre los primeros se encuentran los realizados en la minería, la siderurgia, la construcción, el transporte y los que se desarrollan en horario nocturno. Entre los segundos estarían los que requieren un elevado nivel de atención y concentración y aquéllos en los que la monotonía o el aburrimiento producen sentimientos desagradables en el individuo. Se debe considerar que en el organigrama de determinadas empresas existe una excesiva competitividad o falta de promoción, así como puestos de trabajo en los que hay una fuente continua de estrés, factores relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias. Aunado a ello González (1996) señala los siguientes factores de riesgo:

- Profesiones en las que se mezcla el tedio cotidiano de determinadas funciones con una gran tensión en momentos concretos; largos periodos de inactividad y la incertidumbre de sucesos con alto riesgo, por ejemplo, empleos relacionados con la seguridad: bomberos, policías y seguridad privada.
- Profesiones en relación directa con el consumo de alcohol, donde el abuso está favorecido por la cercanía de la sustancia, tal es el caso de los empleados de hoteles o determinados grupos comerciales.
- Trabajos especialmente desagradables o mal considerados, como los basureros y los empleados de cementerios.
- Los trabajos por turnos y las vigilancias hacen que los trabajadores hagan uso de estimulantes.

El consumo de alcohol por parte de los trabajadores afecta además de su salud, el proceso productivo, los resultados, el clima laboral y la identidad de cualquier organización. Por tanto es necesario que la prevención dentro de los lugares de trabajo se realice de una manera integral, considerando factores protectores que impulsen la promoción de estilos de vida saludable, favora-

bles a la disminución del consumo excesivo de alcohol y a la prevención de riesgos laborales. Hacerlo es un deber de las empresas y un derecho de los trabajadores.

CONTEXTO RECREATIVO

La prevención del consumo de alcohol en el contexto recreativo es una prioridad, dada la existencia de una fuerte asociación entre diversión y alcohol; en general el uso de bebidas alcohólicas es aprobado, tolerado y normalizado socialmente. La cultura y las prácticas sociales refuerzan falsas expectativas positivas hacia su uso, favorecen la minimización de la percepción de riesgo y fomentan la negación de problemas de abuso y dependencia (Rodríguez, Agullo, Agullo, 2003).

Respecto a los riesgos vinculados con el contexto recreativo se identifican: disponibilidad (fácil acceso e invitaciones constantes), frecuente presencia en actividades sociales, presión de pares y pertenencia a un grupo; en el caso de las mujeres también se observa la necesidad de “reafirmar la igualdad de género” (apropiación de espacios tradicionalmente masculinos).

La prevención en entornos recreativos requiere de prácticas educativas para fomentar la moderación y generar estrategias para enfrentar los riesgos consecuentes al consumo excesivo de esta sustancia. De inicio, en prevención de adicciones es indispensable diferenciar el nivel de riesgo para determinar la modalidad de intervención.

En situaciones de bajo riesgo es preciso intervenir desde la prevención universal con estrategias de información, sensibilización, orientación, capacitación y movilización social, cuyos objetivos se centren en proporcionar información a los jóvenes en torno a los riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol, y en promover la moderación como forma de uso responsable. En el caso de grupos vulnerables y presencia de riesgos es necesario intervenir desde la prevención selectiva, mediante dispositivos educativos que favorezcan el reconocimiento de los riesgos y los daños consecuentes a la ingesta explosiva de alcohol, y promuevan el aprendizaje de estrategias de autocontrol y autoeficacia para disminuir el consumo excesivo de esta sustancia. Ante condiciones de alto riesgo e ingesta excesiva de la sustancia es importante intervenir desde la prevención indicada, mediante el consejo breve para evitar o disminuir la progresión del consumo y los daños asociados; resulta prioritario que el hábito en esta etapa no avance hacia el abuso o dependencia.

Entre las sugerencias para reducir el consumo se debe priorizar la difusión de información positiva acerca de los beneficios de la moderación y el peligro

de la ingesta excesiva de alcohol; la negociación sobre la reducción, para llegar a un pacto de consumo que se halle en la franja de bajo riesgo (dos o tres copas estándar por ocasión, según sexo); y la distribución de material educativo de apoyo para reafirmar el consejo. Es recomendable presentar alternativas constructivas, creativas y prácticas para reducir el consumo entre los jóvenes que beben con riesgo, ya que si presentan abuso o dependencia es indispensable derivar a tratamiento.

Si algo resalta en este abanico de preocupaciones es el carácter estimulante y sociocultural atribuido al uso de bebidas alcohólicas. Ante ello, es indispensable reforzar capacidades y mecanismos de interacción con respuestas cada vez más funcionales ante el ambiente; crear nuevas y más variadas opciones de vida, para contar con personas capaces de afrontar eficientemente sus adversidades y de satisfacer sus necesidades más apremiantes sin comprometer el bienestar de los demás. Una alternativa es desarrollar programas que posibiliten la calidad de vida y la preservación de la salud, empleando el capital social para el beneficio mutuo y el bien común.

CONTEXTO DE LA PUBLICIDAD Y LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN

Las campañas publicitarias buscan medios de información y actividades particularmente atractivos para los jóvenes, a quienes consideran sus mejores clientes potenciales; las empresas invierten cuantiosos recursos en la promoción de sus productos, entre ellos las bebidas alcohólicas, a través del patrocinio de festivales de música, carnavales, desfiles de moda y más recientemente, del uso de nuevas tecnologías como Internet, los podcast y los teléfonos móviles.

En los modelos actuales del consumo de alcohol por parte de los jóvenes ha jugado un papel importante el cambio en los patrones publicitarios y de comercialización del alcohol desde los medios tradicionales (televisión, radio y prensa) hacia las nuevas técnicas publicitarias que procuran entrelazar el nombre del producto con las actividades diarias del público destinatario.

Para la industria de las bebidas alcohólicas, la publicidad es una forma de incrementar sus ventas, pues aumenta la exposición al producto. Los anuncios que promueven el alcohol tienen el potencial de mostrar al consumo como socialmente deseable, y al promover actitudes en favor de éste, tiene la posibilidad de reclutar nuevos bebedores e incrementar la ingesta entre los consumidores.

Como ya se dijo, los jóvenes son el principal objetivo de la industria del alcohol. Por tanto, la publicidad explota sus mayores deseos: se ha caracterizado por ofrecerles diversión, éxito, sexo... una vida ideal en la que ellos son el centro de todo. Los protagonistas de estos anuncios son atractivos, atléti-

cos, divertidos, prototipos que despiertan el deseo de emulación. La bebida, evidentemente, forma parte de todo ese mundo perfecto, en el que se elimina cualquier preocupación respecto a la salud. En los comerciales los jóvenes participan en un ambiente alegre y de libertad, los personajes socializan en un lugar cómodo o con un bonito paisaje.

Esta publicidad se asocia a “un amplio conjunto de valores positivos; en primer lugar la armonía, la sociabilidad y el liderazgo, seguidos por la alegría, el placer, la diversión, el éxito y el estilo” (Sánchez, 2002). Los anuncios televisivos de alcohol reproducen los hábitos y modos de ingesta juveniles (los bares, la calle, la música, el grupo de amigos); se hace más hincapié en los valores simbólicos que en los valores de uso; es decir, se habla más del prototipo del bebedor que de la bebida en sí, y se hace énfasis en el significado del alcohol como indicador de pertenencia a un grupo de referencia.

Es más, la comercialización del alcohol ha contribuido significativamente a la creación de identidades asociadas a éste, y a la definición de normas sociales con respecto a su consumo. La opción de beber, de cuánto beber, qué beber, con quién beber y en qué situación, se convierte en un medio para reivindicar y vivir una identidad cada vez más configurada por tendencias a escala mundial, en vez de local. En la cadena mercantil, el producto se convierte en un objeto simbólico al que los comercializadores multinacionales adjuntan una amplia gama de significados, tratando de implantar nuevos modelos y culturas de consumo de alcohol o de extender los tradicionales, al ampliar la variedad de ocasiones, lugares y motivos propicios para consumir los productos.

De acuerdo con una encuesta realizada por estudiantes de la Politécnica de Hatfield (Gran Bretaña), los jóvenes describían al *whisky*, por ejemplo, como “la bebida principal de los hombres maduros convencionales, triunfadores, extrovertidos y dominantes”; el vino es una bebida con sabor “relajante” para “personas modernas, de éxito y cultivadas” (Clark, 1989).

Otro ejemplo: “El camino del éxito está sembrado de piedras. Déjenos allanarlo para usted”, decía el anuncio de un *whisky* en 1976, al cual respondió la Comisión Federal para el Comercio de Estados Unidos con un informe que advirtió que el anuncio “ofrecía el producto como un medio para aliviar el estrés y la tensión derivados de la lucha por el éxito”. Pero lo más importante de lo mencionado en dicho informe es que la investigación de estilos de vida encargada por la distribuidora de este producto había aconsejado, para la realización de la campaña publicitaria, que se fijara como objetivo “a las personas que (en las encuestas de mercado) habían manifestado una identificación personal profunda con distintas actitudes asociadas a problemas con la bebida” (Clark, 1989).

Mención aparte merece la relación que ha establecido la publicidad entre las mujeres y las bebidas alcohólicas, cuya premisa es que es más fácil conseguir a una mujer cuando se está bajo los efectos del alcohol. Un anuncio de los años 80 para la promoción de una marca de ginebra mostraba a una mujer acostada sobre un hombre, apretando la cabeza de él sobre su pecho. El texto que acompañaba a la imagen era explícito: “Ellos dicen que es la ginebra número uno de América... Dicen también que puede transformar un tal vez en un... otra vez” (Sánchez, 2002).

En Internet, una marca de tequila anunció su campaña para la celebración del Bicentenario de la Independencia de México, con el eslogan “Déjalo crecer” y su imagen es un gran bigote; mientras que el eslogan de otro tequila es “Todo mundo está cazando algo”.

Al direccionar sus acciones hacia los bebedores jóvenes, la industria del alcohol ha introducido una gama de productos baratos como refrescos con alcohol, bebidas “energéticas” alcohólicas, cocteles premezclados, etcétera, con recetas y empaques diseñados para atraer a los jóvenes. La mercadotecnia tiene un papel crucial en la convergencia global de patrones de uso de alcohol. Las actividades mercadotécnicas incluyen concursos, juegos, caricaturas en páginas de Internet, el uso de música popular y discos compactos con marcas de alcohol, promociones en clubes y revistas orientadas a jóvenes, patrocinio de eventos deportivos y la creación de tiendas de discos compactos y cómics con marcas de alcohol. En los países en vías de desarrollo estas actividades mercadotécnicas se difunden en un entorno con menos protecciones de salud y seguridad que en los países desarrollados.

En 2009 una marca de tequila patrocinó los “Premios MTV”, un famoso canal de televisión dirigido a los jóvenes; y en 2008 organizó un concurso de bandas de rock, también dirigido a los jóvenes. Aunque argumentan que este tipo de eventos son exclusivos para mayores de 18 años, la línea que divide los gustos e intereses entre mayores y menores de edad es muy delgada.

En 2003, el Consejo Nacional de Investigaciones/Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó un informe que marcó un hito al proporcionar evidencias sobre el impacto de la publicidad sobre la ingesta en jóvenes, e instando al Departamento de Salud y Servicios Humanos de ese país a monitorear las prácticas publicitarias y mercadotécnicas de la industria del alcohol para informar periódicamente al Congreso y al público.

Entre 2001 y 2005, esta industria incrementó en Estados Unidos sus gastos en publicidad, así como el número de anuncios en más de 30 por ciento (CAMY, 2005). Dentro de un lapso similar (2002-2005), aumentó a cinco millones el número de estadounidenses de 12 años o más que reportaron ser bebedores (SAMHSA, 2006).

Estos esquemas de comercialización de bebidas alcohólicas recalcan los aspectos deseables de la bebida y pasan por alto el riesgo de su consumo a nivel individual y de salud pública.

Ante el elevado consumo de alcohol en el mundo, los responsables de este negocio afirman que la publicidad no es la causa del problema, pues ésta sólo busca que los bebedores cambien de marca y no atraer a nuevos consumidores ni fomentar el abuso. Tampoco se sienten orgullosos de que su producto, mal utilizado, puede llegar a matar, pero insisten en que ellos no tienen la culpa de la irresponsabilidad de algunos de sus clientes (Sánchez, 2002). En España, por ejemplo, la Asociación de Distribuidores e Industrias de Grandes Marcas de Bebidas afirma que la publicidad no es la causa del problema, ya que no contiene mensajes que inciten a la irresponsabilidad o al abuso en el consumo.

Hoy como nunca, el complejo problema del consumo de drogas se encuentra en el centro de la agenda nacional. Ante ello, resulta necesario informar a la población de la existencia de instituciones especializadas en la prevención, el tratamiento y la investigación del consumo de drogas. Es indispensable difundir que este fenómeno social nos afecta a todos, por lo que es imprescindible la participación del gobierno, la sociedad civil y los medios de comunicación para contribuir con la reducción de su demanda.

Asimismo, resulta necesario implementar una serie de estrategias de comunicación que permitan informar y persuadir a la población acerca de los daños y consecuencias del consumo de drogas, así como de los estilos de vida saludables que pueden desarrollar para evitar el consumo.

Una tarea fundamental es evitar el contacto de niños y jóvenes con las drogas, así como dar a conocer alternativas de atención del consumo, a través de una mayor difusión y promoción de los servicios en diversos medios. Es importante establecer acciones efectivas de comunicación para promover servicios, hábitos saludables y el desarrollo de habilidades.

Uno de los principales objetivos es otorgar información adecuada y clara acerca de las tendencias y características del uso y abuso de drogas con el fin de fomentar el compromiso y la responsabilidad de la población en la prevención y atención de las adicciones.

Ejemplo de acciones efectuadas en México fue la firma del primer acuerdo sectorial en materia de “Publicidad, promoción y venta de bebidas alcohólicas y educación para la salud”, suscrito el 24 de abril del 2003 por las autoridades del sector salud, miembros del sector social, representantes de la industria formal que produce y comercializa bebidas alcohólicas en México, quienes tras un año de trabajos conjuntos y diversas consultas, por primera vez en la historia acordaron suscribir un Código de Principios Éticos en materia de publicidad y comercialización de sus productos (FISAC).

El convenio establece que las campañas de publicidad, estrategias y prácticas de comercialización para la promoción y venta de bebidas alcohólicas deben sujetarse a dicho código, cuyos principios básicos son:

- Fomentar que sus prácticas comerciales y promocionales no aprueben o estimulen el consumo excesivo o irresponsable.
- Pugnar para que dichas prácticas no estén dirigidas a quienes no tengan la edad legal mínima para consumir bebidas alcohólicas.
- Promover que los publicistas, promotores, agencias y demás personas relacionadas con el manejo de las marcas y presentación de las bebidas alcohólicas estén familiarizados con este código, lo apliquen y lo difundan.

Aunque la información y la persuasión son siempre atractivas como intervención para reducir los daños asociados con el alcohol, particularmente en relación con los jóvenes, la teoría y la práctica demuestran que tienen pocas probabilidades de conseguir un cambio de comportamiento sostenido, particularmente en un entorno en el que se reciben numerosos mensajes contradictorios en forma de material publicitario y normas sociales que fomentan el consumo de alcohol y lo hacen accesible.

Teniendo en cuenta que la industria alcoholera ha alcanzado un alto nivel de sofisticación en la utilización de los medios para atraer y estimular a los jóvenes al consumo de alcohol, a nivel internacional la OMS debe apoyar a los países para aumentar la concientización acerca de estas técnicas y desarrollar las mejores prácticas en los programas de asesoría independientemente de los intereses comerciales, y con la participación y el liderazgo de los propios jóvenes (OMS, 2002).

Para avanzar en este campo a nivel nacional se requiere de nuevas políticas que establezcan un equilibrio entre la inversión de recursos públicos destinados al control de la oferta y a la reducción de la demanda, que son de 16 a uno (SSA, 2008); una mayor coordinación entre las instancias de gobierno, organizaciones públicas y privadas, medios de comunicación y sociedad civil; la elaboración de campañas preventivas más específicas, en diferentes ámbitos y diversos medios, así como su seguimiento y evaluación.

PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

A la fecha existen diversos programas para la prevención de adicciones que cumplen con estas recomendaciones. En particular, para abordar el consumo de alcohol, se identifican algunos:

- Programa ALFIL. Grupos psicoeducativos para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo (España).
- Tabaco, alcohol y educación. Programa de actuación intensiva para la prevención del consumo del tabaco y alcohol en el primer curso de educación secundaria (España).
- Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo, desarrollado en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRF) (México: CONADIC).

Los programas y servicios de atención deben ser congruentes con los modos de sentir, pensar y actuar del individuo y de la cultura a la que pertenece; por ello, se vuelve necesario delimitar cada vez más específicamente el abordaje del problema y la intervención con aquellos sectores que, por sus condiciones contextuales, características sociodemográficas y modos de vida, se tornan vulnerables para iniciar, mantener, incrementar y padecer el uso perjudicial de alcohol. El consumo debe ser comprendido en un contexto amplio, como una de las manifestaciones de la estructura social y del encuentro y desencuentro de procesos culturales entre diversos actores y momentos sociales (Monteiro, 2007).

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.

Centros de Integración Juvenil cuenta con proyectos que dan respuesta a diferentes sectores poblacionales, además de metodologías que permiten realizar abordajes con modalidades preventivas que facilitan el cumplimiento de los objetivos de la intervención. En este sentido, el objetivo general del programa “Para vivir sin adicciones” es contribuir a la creación de una cultura de la prevención del uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas con carácter autogestivo, a través de la promoción de factores de protección y estilos de vida contrarios a su consumo.

Para el cumplimiento de este objetivo se operan múltiples estrategias orientadas al diseño, desarrollo y seguimiento del programa preventivo, desde las modalidades universal, selectiva e indicada. La primera se encuentra estructurada en estrategias de intervención que se interrelacionan: información, orientación, capacitación y movilización comunitaria. Desde una modalidad de prevención selectiva o indicada, según sea el caso, se diseñan otros proyectos específicos dirigidos a población vulnerable, es decir, a aquella que tiene una elevada probabilidad de incurrir en riesgos psicosociales o desarrollar abuso o dependencia (CIJ, 2009a).

Cada una de estas estrategias incluye el desarrollo de proyectos para atender las características y las necesidades del contexto y de la población; para fines prácticos y relacionados concretamente con la intención de este apartado se mencionarán únicamente los contenidos dirigidos al consumo de alcohol.

MODALIDAD UNIVERSAL

La **información** tiene como objetivo central elevar el nivel de conocimiento de las personas sobre las drogas e incrementar la percepción del riesgo atribuido a las mismas, así como ofrecer alternativas de protección respecto a las situaciones adversas presentes en su contexto o por las características propias de la población. Incluye intervenciones que focalizan factores de riesgo asociados al inicio y mantenimiento del uso de alcohol, mitos en torno al consumo, daños y riesgos asociados al abuso, factores de protección que pueden evitar, retardar la edad de inicio o disminuir los daños. En población de ocho y nueve años de edad, por ejemplo, se busca la identificación de los daños en diferentes partes del cuerpo por el consumo de alcohol.

La **orientación** tiene la finalidad de incrementar los recursos y las habilidades de los individuos para afrontar de manera exitosa situaciones cotidianas que impliquen riesgo ante el consumo de drogas; las intervenciones se fundamentan en un enfoque cognitivo-conductual que promueve el desarrollo de conductas específicas como toma de decisiones, manejo de emociones, recursos para enfrentar la presión del grupo de pares, habilidades parentales y cuidado de la salud mental. Incluye contenidos centrados en situaciones predisponentes del consumo de alcohol, daños y riesgos asociados al abuso, así como medidas para afrontar estas circunstancias en proyectos dirigidos a adolescentes, adultos jóvenes y familias.

La **capacitación** tiene como finalidad habilitar a diferentes actores estratégicos de la comunidad para que desarrollen actividades preventivas específicas en su entorno inmediato; la estructura metodológica contempla la utilización de técnicas que favorezcan la adquisición de conocimientos y la transferencia de tecnología para la prevención de adicciones, el diseño y la instrumentación de programas en la comunidad.

MODALIDAD SELECTIVA

Su objetivo es reducir condiciones ambientales, culturales y riesgos específicos que predisponen al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, sobre

todo, en aquellos sectores vulnerados de la población. Tiene un sustento científico y se basa en información veraz, sus estrategias están dirigidas a grupos específicos de la población que son más propensos a presentar consumos problemáticos de drogas porque en sus formas de vida confluyen varios factores de riesgo (individual, familiar, del entorno y de contextos cercanos). Este tipo de intervenciones requiere tamizajes que permitan hacer análisis particulares de los riesgos asociados en los diferentes grupos de abordaje, para ello se cuenta con diversas escalas de medición o de diagnóstico.

Uno de los proyectos se encuentra dirigido específicamente a grupos de mujeres de entre 14 y 17 años de edad que muestran un patrón de consumo explosivo de alcohol; en su contenido temático se incluyen riesgos y daños asociados al consumo excesivo, moderación y abstinencia como metas de uso responsable (o no uso) de alcohol, situaciones (subjetivas y ambientales) que favorecen el consumo excesivo, estrategias para el consumo moderado, alternativas para disminuir los riesgos y los daños asociados al consumo explosivo, y respuestas para conseguir la meta (abstinencia o moderación en el consumo).

MODALIDAD INDICADA

Busca disminuir la ingesta excesiva de alcohol y los riesgos y daños asociados, evitar el curso a patrones perjudiciales como el abuso y la dependencia, y promover estilos de vida saludable contrarios al uso de alcohol y otras drogas, mediante un dispositivo grupal e individual de consejo breve, con el uso de técnicas motivacionales dirigidas al diseño, ejecución y seguimiento de un plan de cambio personal.

La intervención se apoya en el empleo de folletos informativos como: “Menos riesgos, mayor diversión”, el cual incluye un paquete de reducción de riesgos (condón y tarjeta con datos de identificación personal y para la atención de urgencias), “Reven sin torito. Antes, durante y después del reven: Qué hacer para que no te sorprendan” y “¿Nos regalas un par de minutos? Folleto de intervención breve para prevención indicada”.

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL POR CONTEXTO

La prevención del consumo de drogas en un escenario en el que el uso, la distribución y el consumo se han sobredimensionado, obliga a generar estrategias específicas y acordes con las necesidades de cada tipo de población y contexto de consumo. La prevención no debe llegar únicamente

antes del consumo, también debe abordar los riesgos y los daños asociados al mismo, sobre todo en aquellos subgrupos de la población que, por sus condiciones o estilos de vida, se encuentran más expuestos a situaciones de adversidad que los colocan en un estado de indefensión, vulnerabilidad o desventaja social.

A. Recreativo

Las intervenciones preventivas en este contexto se fundamentan en las estrategias de reducción de riesgos y daños asociados al consumo. Buscan transmitir información clara, veraz y actualizada sin recurrir al miedo o a la manipulación; se caracterizan por una concepción amoral y la aceptación realista del consumo, de tal forma que se perciba al usuario o persona en riesgo como un individuo con suficiente capacidad de elección sobre su comportamiento.

CIJ cuenta con la campaña preventiva “Si tomas, mídete. No tomes el volante”, dirigida a jóvenes de 18 a 29 años de edad que asisten a “antros”. Su objetivo es sensibilizar sobre los daños asociados al abuso de alcohol y otras drogas en contextos recreativos, y contribuir a la adopción de estilos de diversión con menos riesgos: se hace énfasis especial en evitar accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol. La campaña se apoya con el uso de materiales preventivos: pulsera, portavasos, etiquetas para baños, pruebas de alcoholemia, postales y un spot promocional.

El mensaje preventivo se difunde mediante la capacitación a una población intermedia –personal que labora en “antros”: meseros, cajeros, cantineros, edecanes, limpieza, seguridad, etcétera–, a fin de habilitarlos en el empleo de los materiales. La campaña puede extenderse a restaurantes, centros de espectáculos y otros lugares donde se consumen bebidas alcohólicas.

B. Laboral

La prevención y atención del consumo de alcohol y otras drogas en los centros de trabajo se concibe como un área de suma importancia dentro del esquema de salud pública. Esta problemática, caracterizada por la complejidad de las causas que la provocan, implica un abordaje multidisciplinario que abarque una intervención específica para este contexto, Centros de Integración Juvenil consolidó el proyecto “Prevención del Consumo de Drogas en los Centros de Trabajo” que implica las siguientes etapas de intervención:

C	Contacto	Considera como actividad inicial el contacto que se establece con el centro de trabajo, la obtención y el establecimiento inicial de acuerdos para determinar la intervención. Recaba información general de la institución laboral (misión, visión, valores), realiza una exploración del consumo de drogas y establece acuerdos generales para la intervención.
D	Diagnóstico	Realiza una detección oportuna del consumo de sustancias y canaliza a servicios de tratamiento, en el caso de detectar consumo de tabaco u otras drogas; por otra parte, identifica los factores de riesgo y de protección, así como los recursos disponibles para la intervención diferencial con evidencia científica.
I	Intervención	Contempla el diseño del plan general de intervención, mismo que integra actividades de sensibilización, información sobre el consumo y riesgos de sustancias, talleres, formación de promotores, así como la detección de casos de consumo y su derivación a tratamiento.
E	Evaluación	Efectúa mediciones para conocer los logros y alcances de la intervención, así como el funcionamiento y los resultados. Incluye la elaboración de un informe.
S	Seguimiento	Permite a la empresa tomar decisiones para la implementación de nuevas metas y acciones permanentes que atiendan y prevengan el consumo de drogas en el centro de trabajo. Considera los recursos materiales y humanos, la logística, la funcionalidad y el método.

Entre las actividades que se pueden desarrollar con el proyecto “Prevención del consumo de drogas en los centros de trabajo” se cuentan las siguientes:

- Nivel de información: asociar factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas para contribuir a la adopción de estilos de vida saludables. Sensibilizar en torno a los riesgos

y daños asociados al estrés laboral a través de pláticas informativas para empleados y empleadores sobre los riesgos y daños asociados al estrés laboral acumulado (*burnout*), acoso laboral (*mobbing*), violencia de pareja, depresión y consumo perjudicial de alcohol.

- Nivel de orientación: desarrollar competencias que permitan afrontar situaciones de riesgo específicas asociadas al consumo de drogas. El modelo incluye el desarrollo de talleres para fortalecer la protección ante factores laborales de riesgo: “Cómo protegernos del estrés laboral acumulado” y “Cómo prevenir el acoso laboral en mi empresa”.
- Nivel de capacitación: habilitar a personas estratégicas (promotores de salud) en la difusión de mensajes preventivos, factores de protección y estilos de vida saludables.
- Detección temprana y canalización oportuna: identificar oportunamente los riesgos y los casos de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas dentro del centro de trabajo; proporcionar al trabajador la atención médica y psicológica para eliminar o disminuir el consumo.

CIJ ofrece al centro de trabajo la posibilidad de aplicar una Prueba Rápida de Detección de Drogas (PRDD) que descubre la presencia de marihuana, cocaína, metanfetaminas, anfetaminas y benzodicepinas, a través de la orina. El proyecto también contempla la aplicación de una Escala Diagnóstica de Riesgos Laborales (EDRIL) que permite identificar riesgos psicosociales asociados al consumo de drogas y la prevalencia del uso/abuso de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas en el contexto laboral. Los resultados obtenidos a partir de su aplicación con trabajadores ayudan a diseñar intervenciones preventivas que consideren las características, necesidades y recursos del contexto laboral en el que se apliquen.

- Tratamiento: mediante una serie de intervenciones clínicas, busca reducir o suspender el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, además de identificar padecimientos psicológicos asociados al consumo que pueden agravar la situación; incluye consejería breve, clínicas de tabaquismo, consulta externa y en casos que lo ameriten, hospitalización.

Los beneficios que ofrece el proyecto “Prevención del consumo de drogas en los centros de trabajo” son tangibles en los siguientes aspectos:

- Intervención integral y específica para el ámbito laboral: permite a las instituciones atender el problema del consumo mediante acciones de prevención, detección temprana y canalización oportuna.

- Mejoramiento del clima laboral: el proyecto contempla acciones para reducir el uso y abuso de sustancias entre la totalidad de los empleados; se busca fomentar estilos de vida saludable entre los trabajadores y disminuir riesgos y accidentes laborales.
- Aumento de la productividad: reducción de ausentismo laboral, retardos y rotación de personal; solución de problemas interpersonales en las áreas de trabajo; reducción significativa de los costos de operación y de las erogaciones en seguros, gastos e incapacidades médicas.
- Responsabilidad social: ampliación del enfoque de responsabilidad social empresarial en su dimensión social interna, que implica la labor compartida y subsidiaria de los representantes de los centros de trabajo para el cuidado, el fomento de la calidad de vida en el trabajo y el desarrollo integral y pleno de todos sus integrantes.

En el contexto nacional, los esfuerzos de diversas instancias han permitido ampliar acciones conjuntas entre entidades públicas y privadas para la conformación de lineamientos que rijan la corresponsabilidad del sector empresarial, gubernamental y social en la atención de esta problemática. Las estrategias que en este sentido desarrolla CIJ han dado la pauta para proponer un proyecto de prevención que facilite el abordaje del problema y convierta a los centros de trabajo en espacios de intervención que involucren a los trabajadores en la mejora de su entorno y clima laboral.

C. Difusión y promoción en medios masivos de comunicación

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la “Promoción de la Salud” como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva en el contexto de la vida cotidiana; consiste en proveer a la gente de los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. CIJ retoma estos preceptos en sus programas de atención.

Para lograr el objetivo se proponen diversas actividades de diseminación de información: educación y uso de la comunicación con medios masivos e interpersonales; movilización de recursos para promover la toma de conciencia y la participación de personas y organizaciones públicas y privadas; y el entrenamiento de los trabajadores de salud y de otros sectores sociales para que empleen metodologías preventivas y participativas.

De acuerdo con la OPS, los programas de comunicación en salud pueden:

- Aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas o soluciones.
- Influir sobre las actitudes con el fin de crear apoyo para la acción personal o colectiva.
- Demostrar o ejemplificar habilidades.
- Incrementar la demanda de servicios de salud.
- Reiterar o reforzar conocimientos, actitudes o conductas.

En el caso de CIJ, la promoción se realiza básicamente de dos maneras; en primer lugar, a través de acciones coordinadas con las instituciones con las que se trabaja, como es el caso de escuelas o empresas, donde se organizan pláticas informativas, ferias de la salud, talleres y seminarios, trabajo que se realiza cara a cara con la población objetivo; adicionalmente se da a conocer el quehacer institucional, así como las características del fenómeno de las adicciones en los medios de comunicación con el desarrollo de un tema determinado.

En CIJ la difusión de los servicios se realiza a través de diversos materiales como spots para radio y televisión, dípticos, carteles, espectaculares, pinta de bardas, etcétera, que permiten apoyar las labores de promoción y, al mismo tiempo, posicionarnos como una institución especializada en la atención de las adicciones.

Es importante recordar que los programas de comunicación utilizan estrategias en los medios de comunicación masiva, alternativa e interpersonal, ya que tienen un gran éxito para decirle a la gente en qué debe pensar. Ante ello es indispensable saber cómo funcionan los medios, comprometerlos para apoyar nuestra labor y, sobre todo, convertirnos en voceros confiables que sepan enmarcar los mensajes desde la perspectiva de la salud.

Una campaña de comunicación social es el conjunto de mensajes intensivos que pone en marcha una institución, durante un tiempo determinado, a través de los medios de comunicación.

Las campañas de CIJ informan acerca de los servicios institucionales y promueven estilos de vida saludable con el fin de prevenir y atender las adicciones; además sensibilizan a la población para que reflexione sobre su indispensable participación en la atención del consumo de drogas.

Para que una campaña sea exitosa, CIJ toma en cuenta los siguientes principios: que el mensaje sea sencillo, breve y concreto; que este dirigido a un público objetivo; y que las oraciones utilizadas sean claras, impactantes y de fácil recordación. Es importante manejar una idea central que lleve a la

acción y no variar el mensaje de un medio a otro; finalmente, es necesario difundir el mensaje frecuentemente.

Para reforzar las estrategias de comunicación, la institución propone hacer uso de los medios alternativos, pues éstos permiten llegar a diferentes sectores de la sociedad mediante material impreso y promocional, sistemas de audio y espacios visuales. Entre las ventajas que tienen estos medios destacan la alta flexibilidad, la exposición repetida, el bajo costo, la escasa competencia de mensajes y la buena localización. Entre sus desventajas se puede mencionar que no son selectivos en cuanto a edad, sexo y nivel socioeconómico.

A manera de conclusión diremos que la prevención de adicciones debe considerar los estándares y lineamientos nacionales e internacionales, a fin de retomar experiencias exitosas y efectivas, puestas en práctica y basadas en evidencia científica. En los últimos años, las estrategias para combatir la demanda del uso de drogas, en especial del abuso de bebidas embriagantes, se ha apoyado en alternativas cada vez más específicas, dirigidas a llamar la atención de la población de mayor riesgo –adolescentes y jóvenes, particularmente mujeres- a través de mensajes e intervenciones preventivas no prohibitivas, ni alarmistas, sino promotoras de la salud y prácticas menos riesgosas (consumo de alcohol de manera responsable). En el siguiente capítulo, el lector encontrará alternativas de atención a problemas de abuso y dependencia al alcohol.

REFERENCIAS

- Asociación de Usuarios de la Comunicación. “El marco regulador de la publicidad de bebidas alcohólicas” en *Informe sobre la regulación de la publicidad de las bebidas alcohólicas en España. Avance de resultados*. Pp. 5-7.
- Berruecos, L. (2004). “Aspectos culturales que inciden en la prevención de las adicciones” en *Revista LiberAddictus*. 79. Pp. 32-33.
- Berruecos, L. (2003). “La influencia de la publicidad en los hábitos de consumo de alcohol” en *Revista Liberaddictus*. Número 66. Diciembre 2002-enero 2003.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2009). *Ley Federal de Radio y Televisión*. Texto vigente, última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 19 de junio de 2009.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2008). *Ley General de Salud*. Texto vigente, últimas reformas publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de julio de 2008.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2006). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad*. Texto vigente, última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 6 de abril de 2006.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2002). *Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión, en Materia de Concesiones, Permisos y Contenido de las Transmisiones de Radio y Televisión*. Texto vigente, nuevo reglamento publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 10 de octubre de 2002.
- Clark, E. (1989). *La publicidad y su poder*. Barcelona. Planeta. Pp. 360-373.
- Centros de Integración Juvenil (2009a). *Prevención del consumo de drogas: retos y estrategias en la sociedad contemporánea*. México. CIJ. Dirección de Prevención.
- Centros de Integración Juvenil (2009b) *De la prevención universal a la prevención selectiva*. México. CIJ. Dirección de Prevención.
- Centros de Integración Juvenil (2009c). *Paquete preventivo: Atención integral del consumo de drogas en los centros de trabajo*. México. CIJ. Dirección de Prevención.
- Centros de Integración Juvenil (2010). *Guía para el contacto: Promoción, sensibilización y planeación*. México. CIJ. Dirección de Prevención.
- Centros de Integración Juvenil (s. f.) *Manual de procedimientos para la evaluación del programa preventivo y materiales de apoyo de Centros de Integración Juvenil*. México. CIJ.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2006). *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México. CONADIC.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2006). *Manual de prevención del consumo de drogas en el mundo laboral*. Chile. CONACE.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes del Gobierno de Chile (s. f.). *El ABC de la prevención temprana del consumo de drogas. Aspectos teóricos y prácticos para la utilización del material preventivo*. Chile. CONACE.

- Díaz, R., Gual, A., Serrano, L., Costa, S., Ferri, M. J., Grau, C. (2001). "Programa AL-FIL: Evaluación de marcadores de riesgo e intervención preventiva en hijos de alcohólicos" en *Adicciones*. 13 (1). Pp. 39-49.
- Fernández, M. L. (2004). "Los que piensan la publicidad televisiva" en *Revista del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey*. Vol 1. Núm. 002.
- FISAC. Recuperado de <http://www.alcoholinformate.org.mx/diariooficial.cfm?documento=44>
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. México. Presidencia de la República. Recuperado de http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/marcojuridico/PND_2007-2012.pdf
- González, M. (1996). *La Prevención de las Drogodependencias en el Mundo Laboral*. España. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- González, M. (s. f.). *Mercadotecnia y publicidad*. México. Universidad de Londres. Pp. 89-119.
- Medina-Mora, M. E. (2007). "Encuesta Nacional de Adicciones y Salud Mental: Estado actual. Reunión de Investigación" en *Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 4. Pp.221-30.
- Monteiro, M. (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud.
- National Institute on Drug Abuse (2004). *Cómo prevenir el abuso de drogas en los niños y en los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Maryland. NIDA.
- Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de prevención del Delito (2002). *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con la participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento*. Nueva York. UNODCCP-Red Mundial de la Juventud. Pp. 15-18.
- Organización de los Estados Americanos (2005). *Lineamientos Hemisféricos de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-CICAD*. Washington, D.C. OEA.
- Organización de los Estados Americanos (2008). *Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD. Informe final (borrador)*. Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención laboral. Recuperado de: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=689>
- Organización Mundial de la Salud (2007). "Estrategias e intervenciones eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol" en *Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Pp. 34-37.
- Organización Mundial de la Salud (2002). "Declaración de los asesores técnicos de la Organización Mundial de la Salud sobre marketing y promoción del alcohol dirigida a los jóvenes". OMS.

- Organización Panamericana de la Salud (2008). "Estrategias para abordar la violencia relacionada con el alcohol" en *Políticas para la reducción de la violencia relacionada con el alcohol en los jóvenes: un enfoque ambiental*. Pp. 26-35.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas. Un caso para la acción*. OPS. Pp. 23-32.
- Rodríguez, J.; Agullo, E. y Agullo, S. (2003). "Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evaluación y tendencias de ocio juvenil" en *Adicciones*. 15 (2). Pp. 7-33.
- Rodríguez-Kuri, S. (1997). *Programas de prevención del consumo de drogas centrados en factores de riesgo*. Informe de Investigación 96-98. México. Centros de Integración Juvenil. Dirección de prevención. Subdirección de Investigación.
- Sánchez, Rubén (2002). "Publicidad de bebidas alcohólicas. Algunas razones para establecer unos límites" en *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*. Vol. 14. Núm. Extra 1. Pp. 133-140.
- Secretaría de Salud (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones*. México. CONADIC.
- Secretaría de Salud (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. México. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (2009b) *Encuesta Nacional de Adicciones 2008: Tabaco, alcohol y otras drogas*. México. SSA y CONADIC.
- Secretaría de Salud (19 de enero de 2010). "Iniciará certificación de operadores de centros de atención de adicciones". Comunicado. Recuperado de <http://www.presidencia.gob.mx/prensa/salud/?contenido=52168>
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (s. f.). *Legislación Federal en Materia de Adicciones: (tabaco, alcohol drogas)*. México. STyPS.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (s. f.). *Guía para el programa nacional contra las adicciones en el ámbito laboral*. México. STyPS.
- Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M., Oliva, N. Bretón, M., López, M., Bustos, M. Medina-Mora, M. y Blanco, C. (2011). *Encuesta de consumo de drogas en estudiantes en el D.F. 2009*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

TRATAMIENTOS EXITOSOS PARA EL ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Víctor Hugo Arellano Rocha

Los tratamientos exitosos para los trastornos por consumo de alcohol están orientados a evaluar y resolver las necesidades de las personas afectadas; idealmente se enfocan en “hacer lo mejor, con el menor daño posible”. Ofrecer un menú de tratamientos efectivos favorece la adherencia y los resultados positivos para el paciente, ya que ningún enfoque por sí mismo es universalmente exitoso o especialmente atractivo para los usuarios de alcohol (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 2005). Es importante establecer diagnósticos adecuados para saber cuándo es oportuno y pertinente intervenir, ya que dependiendo de las complicaciones y el tiempo de evolución de un trastorno se favorece un pronóstico positivo.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos (2001) considera que los métodos adecuados de tratamiento dependen de tres factores, aparte de la evidencia científica asociada a su efectividad: los valores de cada paciente (vrg. expectativas y preferencias), (vrg. el tiempo que está dispuesto a permanecer en tratamiento y los honorarios) y el contexto (vrg. las habilidades del terapeuta, los gastos y el tiempo disponible).

Según la NOM-028-SSA2-2009 (SSA, 1999) y la *Guía Técnica de Consulta Externa* (CIJ, 2010), el tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas se define como el “conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto de la persona que consume la sustancia psicoactiva, como de sus familiares”.

Una proporción significativa de la población requiere tratamiento para los trastornos por consumo de alcohol; sin embargo, un porcentaje aún mayor necesita educación para aprender a moderarse y evitar los periodos de consumo excesivo o la progresión a patrones de abuso y dependencia que se asocian con múltiples problemas: de salud, familiares, laborales y económicos, entre otros (adaptado de CIJ, 2010).

EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y FARMACOLÓGICOS

Respecto a la eficacia y estudios de evidencia científica, se puede consultar el reporte de William Miller y colaboradores (Miller, W. R., Walters, S. T. y Bennett, M. E., 2001), quienes han revisado con regularidad y actualizado los estudios de los resultados sobre el tratamiento del alcohol.

En una investigación reciente (Miller, W. R., Wilbourne, P. L. y Hettema, J. E., 2003) se revisaron 381 pruebas clínicas que cumplieron con cualquiera de los siguientes criterios de inclusión: a) la evaluación de un tratamiento diseñado para tener un impacto sobre el trastorno por consumo de alcohol; b) la inclusión de un control; c) condiciones de comparación y un procedimiento para igualar a los participantes en los grupos que se estudian.

En la revisión de Miller, *et al.* (2003) se identificaron 18 modalidades de tratamiento para las cuales hubo una calificación de evidencia positiva. En primer y segundo lugar (adaptado de Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R., 2008) estuvieron las intervenciones breves y el refuerzo motivacional. También las aproximaciones de refuerzo comunitario y terapia marital conductual recibieron una calificación positiva. Diversos componentes de la terapia cognitivo conductual también obtuvieron una calificación de evidencia positiva, en particular el contrato conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y en autocontrol, y la terapia cognitiva.

En el terreno de las intervenciones farmacológicas, tanto el uso del Acamprosato como el de Naltrexona recibieron calificaciones positivas. El Disulfiram recibió un apoyo variado, al evaluarlo no obtuvo una calificación de evidencia positiva acumulativa. Respecto a la utilidad y estudios relacionados con estos y otros medicamentos, se puede consultar más adelante el apartado "Tratamientos farmacológicos de la dependencia del alcoholismo".

TEORÍAS PARA EXPLICAR LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

EL MODELO BIOMÉDICO

Durante mucho tiempo, el Modelo Biomédico predominó en el estudio de los trastornos por consumo de alcohol. Investigadores y médicos buscaron explicaciones de tipo "factor único" acerca de lo que causaba y mantenía los problemas por el consumo de alcohol. Miller, *et al.*, (2003) analizó 12 modelos de "factor único" que abarcan, por un lado, las áreas biológica, psicológica y socioambiental; y por el otro, factores etiológicos que incluyen características individuales (vrg: genética, características de personalidad, falta de conoci-

miento, motivación), efectos ambientales (normas culturales) y la interacción entre el individuo y su ambiente (dinámicas familiares, aprendizaje social).

Aunque recientemente la investigación en cada uno de estos terrenos descubrió que los modelos de “factor único” tienen cierto mérito, se ha encontrado que por separado cada uno muestra deficiencia para explicar satisfactoriamente los trastornos por consumo de alcohol (Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R., 2008).

EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL (BPS) DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

En los últimos años del siglo XX surgió un nuevo esquema para explicar los procesos de salud y enfermedad, denominado Modelo Biopsicosocial, el cual tuvo gran influencia de la Teoría General de los Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy.¹ Engel,² siguiendo los trabajos de Bertalanffy, subrayó que examinar a un paciente que presenta un trastorno médico o psiquiátrico en una sola dimensión, sea biológica, psicológica o social, puede conducirnos a omitir aspectos importantes tanto del sujeto como del problema y de su alivio.

Así se planteó la pregunta ¿qué variables deberían considerarse para entender los trastornos por consumo de alcohol? En respuesta, O'Brien (O'Brien, C. P., 2001) realizó un listado de los factores biopsicosociales asociados al inicio y mantenimiento de los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias. Esta lista se divide en tres: agentes (drogas), huésped (consumidor) y ambiente.

Según este modelo, ningún “factor único”, grupo o dominio de factores tiene prioridad etiológica sobre otro, ninguno es necesario o suficiente en cualquier caso y la influencia de alguno o de un conjunto de ellos en el desarrollo de los trastornos por consumo de alcohol varía de un individuo a otro (Maisto, S.; Connors, G. y Dearing, R., 2008).

En un informe realizado por el *Institute of Medicine* (1990) resaltan tres características principales de los problemas por consumir alcohol, las cuales llevaron a concluir que no hay alcoholismo que sea una enfermedad unitaria. Por ello, el presente informe argumenta que estos problemas son heterogéneos en su presentación, es decir, se pueden considerar como un síndrome



¹ Ludwig Von Bertalanffy (1986). *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de Cultura Económica.

² Engel, G. L. (1977). *The Need for a New Medical Mode: A Challenge for Biomedicine*. *Science*, 196, 129-136

con varios síntomas (Shaffer, 2004; Vaillant, G. E., 1983); son heterogéneos en su tratamiento (éste puede no estar caracterizado por un avance progresivo); y en su etiología: los individuos presentan diversas trayectorias en el inicio y desarrollo de sus trastornos, que muy probablemente son el resultado de la confluencia de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Hay tres implicaciones del Modelo Biopsicosocial para la práctica clínica (Maisto, S.; Connors, G. y Dearing, R., 2008): como no se puede suponer que dos casos de trastornos por consumo de alcohol son parecidos (manifestación, etiología o tratamiento), el trabajo clínico depende de la valoración individualizada. Aunque puede ser que más de una intervención cuente con evidencia o se pueda utilizar para tratar a un paciente determinado, no existe un método oficialmente aprobado que funcione para todos. Finalmente, una práctica que resulta clínicamente aceptable es disponer de un menú para adecuarlo al tratamiento, recuperación, gravedad y respuesta de cada caso; a fin de lograr intervenciones lo menos invasivas y lo más económicas posible.

EVALUACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO

Cualquier plan de tratamiento depende de una valoración adecuada. Recopilar información en torno a la evolución y desarrollo tanto del padecimiento como del plan de tratamiento es una tarea de colaboración permanente. Es crucial identificar qué debe incluir una evaluación adecuada para determinar la intervención; en este sentido, Maisto y colaboradores (2008) sugieren evaluar:

1. Historial del consumo de alcohol: frecuencia y cantidad, consecuencias relacionadas, uso de otras drogas, pros y contras del consumo, disposición motivacional al cambio, autoeficacia, estrategias de afrontamiento, situaciones de alto riesgo, espiritualidad y religiosidad, experiencias previas de tratamiento, participación previa con grupos de autoayuda y barreras para la participación en el tratamiento.
2. Funcionalidad psicológica, interpersonal y salud física.
3. Priorizar los problemas y las necesidades: los objetivos del tratamiento deben ser específicos y alcanzables. Un plan personalizado debe considerar el historial, las circunstancias, las fortalezas y los recursos psicosociales, asimismo debe revisarse y reajustarse permanentemente.
4. Indicaciones del tratamiento: se puede optar entre la moderación y el abandono del consumo; incluso, frente a la resistencia de un paciente por reducir la cantidad de bebidas ingeridas se puede posponer la medida, mientras que se trabajan otras áreas, siempre y cuando no se comprometa gravemente la salud.

5. Referencias: el abuso de alcohol casi siempre se asocia con la disfunción en otros ámbitos de la vida como la marital, familiar, vocacional, así como con la salud mental y física. Algunas de estas áreas pueden mejorar con la abstinencia, otras pueden necesitar del trabajo en el consultorio y otras más requerirán ser atendidas en otras instituciones. Es útil contar con una lista actualizada de fuentes de referencia.

TRATAMIENTOS DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Hay una gran cantidad de datos que califican como evidencia científica. Se puede consultar un resumen de tratamientos con apoyo empírico que han elaborado McGovern y colaboradores (McGovern, M. P. y Carroll, K. M., 2003; McGovern, M. P., Fox, T. S., Xie, H., y Drake, R. E., 2004) para determinar qué terapias conductuales, psicológicas y farmacoterapias enlistar dentro de la categoría de evidencia científica.

El consumo nocivo de bebidas con alcohol ocurre con mayor frecuencia entre los 14 y los 30 años de edad según Maisto, *et al.* (2008). En México, según datos recientes, el mayor consumo de cerveza, destilados, vino de mesa y bebidas preparadas ocurre entre los 18 y los 29 años (Secretaría de Salud, 2008). Por otro lado, los individuos que experimentan pocas consecuencias adversas al consumir alcohol hacia los 35 años de edad, no suelen desarrollar adicción al alcohol (Grant, 1997). A menudo, los hombres y las mujeres con dependencia se presentan a tratamiento por primera vez a los 40 años, tras mucho tiempo de disfunción relacionada con el alcohol (Schuckit M. A., 1995). Para cada una de estas poblaciones se han desarrollado los métodos de intervención descritos a continuación.

MÉTODOS CONDUCTUALES INTERVENCIONES BREVES

Intervención breve no se refiere a una entidad única, sino a una serie de intervenciones. A principios de los años 80 este modelo se empezó a aplicar en Europa para los patrones de consumo de alcohol (Maisto, S.; Connors, G. y Dearing, R., 2008). A finales de esa década, estos métodos se difundieron en Estados Unidos y empezaron a tomar popularidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Babor, Thomas F. y Higgins-Biddle, John C., 2001), las intervenciones breves son aquellas prácticas cuyo objetivo es identificar un problema de consumo de alcohol real o potencial y motivar al individuo a que haga algo al respecto.

Este conjunto de métodos están limitados en el tiempo en relación con los tradicionales (Maisto, S.; Connors, G. y Dearing, R., 2008). Por lo regular consisten en un número reducido de sesiones y algunos contactos breves de seguimiento. Pueden ser una combinación de métodos presenciales y de medios informáticos o telefónicos. En general se adopta un modelo de educación para la salud. Maisto y colaboradores (2008) proponen los siguientes contextos para aplicar las intervenciones breves: consultorios y clínicas para atención médica primaria, clínicas de salud mental, contextos médicos especializados, centros de desintoxicación y salas de urgencias, entre otros.

En el cuadro 1 se describen algunas intervenciones breves que la OMS propone para personas que ingieren alcohol, de acuerdo con el nivel de riesgo asociado al consumo y según la calificación obtenida en el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT).³

Cuadro 1. Abordaje de riesgo y manejo de casos⁴

Nivel de Riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT*
Zona I	Educación sobre el alcohol	0-7
Zona II	Consejo simple	8-15
Zona III	Consejo simple, más terapia breve y monitoreo continuado	16-19
Zona IV	Derivación al especialista para la evaluación diagnóstica y tratamiento	20-40

* El valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales y el tipo de programa de *screening*. Consulte el manual del AUDIT3 para más detalles. El juicio clínico debe ejercitarse en la interpretación de los resultados del test de *screening* para modificar estas pautas, especialmente si las puntuaciones en el AUDIT se sitúan en el rango de 15-20.



³ AUDIT son las siglas de un instrumento que en inglés se llama Alcohol Use Disorders Identification Test y en español Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol. Fue desarrollado por la OMS para ser utilizado como un método simple de exploración del consumo excesivo de alcohol y para realizar evaluaciones expeditas (Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. y Monteiro, M. G., 2001).

⁴ Adaptado de Babor, Thomas F. and Higgins-Biddle, John C. (2001). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en la atención primaria. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.

Además de ser breves, estas intervenciones se distinguen por la población primaria de pacientes a la que se dirigen. Se han evaluado a personas que no presentan dependencia física al alcohol (Withlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A. *et al.*, 2004), pero que tienen elevado riesgo de consumos excesivos, debido a sus circunstancias. Por ejemplo, pacientes que a consecuencia de un episodio de consumo excesivo son captados en un servicio de urgencias con la pérdida de un miembro corporal y con el consecuente impacto psicosocial de pensionarse por invalidez.

El objetivo principal de las intervenciones breves, en el caso del uso de alcohol, es ayudar a que el paciente reduzca su consumo por debajo del nivel de riesgo; según el *National Institute on Alcohol Abuse*, no más de cuatro tragos estándar por ocasión y no más de 14 a la semana para el varón de hasta 65 años; para la mujer, el consumo moderado se sitúa en no más de tres tragos por ocasión y no más de siete tragos a la semana, al igual que para varones mayores de 65 años.

Estas intervenciones producen sus efectos al impulsar la disposición de una persona a cambiar una conducta problemática y practicar habilidades de afrontamiento. Un metaanálisis sobre la eficacia de las intervenciones breves para el consumo de alcohol publicado por Bien, Miller y Tonigan (1993) concluyó que por lo menos dos de los siguientes seis elementos estuvieron presentes en las intervenciones breves eficaces para el consumo de alcohol: retroalimentación, responsabilidad, consejo, menú, empatía y autoeficacia.

A continuación se describe un ejemplo que representa algunos de los elementos comunes de las intervenciones breves para el consumo de alcohol, generalmente identificado como consejo breve o consejo médico de las “Cinco A”, a saber: Averiguar, Apreciar, Aconsejar, Ayudar y Acordar (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 2005), las cuales están diseñadas para administrarse presencialmente.

El primer paso es averiguar, con ayuda del AUDIT ya estandarizado para población mexicana, si el entrevistado es candidato a la intervención breve. Después se debe identificar si tiene un trastorno por consumo de alcohol actual (últimos 12 meses), como se define en el DSM-IV-TR o la CIE-10. Para continuar, aconsejamos revisar, junto con el paciente, la conclusión de la evaluación y determinar si está bebiendo más de lo que se considera médicamente seguro. Después se indica al afectado si debe moderar o suspender el consumo, con base a su condición médica, edad, historial, etcétera; al mismo tiempo es importante hablar de riesgos médicos. Después se evalúa la disposición para cambiar la forma de beber: “¿estás dispuesto a considerar algunos cambios en tu manera de beber alcohol?”. Si el paciente se niega, el terapeuta averigua qué le gusta de su forma de beber y muestra su disponibilidad para apoyarlo cuando decida abandonar el hábito. Si está listo, el terapeuta lo

alienta a establecer una meta de cambio como reducir el consumo de alcohol por debajo de los niveles de riesgo. Entonces se elabora un plan en el que se detallan los pasos y el seguimiento. La última parte del algoritmo es acordar los seguimientos.

Es importante mencionar que el terapeuta debe mantenerse imparcial y entregar información como materiales educativos que formen parte de la intervención.

ENTREVISTAS MOTIVACIONALES Y REFUERZO MOTIVACIONAL

Las bases de estas intervenciones son obra de William R. Miller y Stephen Rollnick y comenzaron a aparecer en reportes de investigación y en la literatura clínica hace más de 20 años. Integran conceptos de psicología motivacional, psicología social y teoría y práctica de la psicoterapia. Estas entrevistas se emplean como parte del refuerzo motivacional.

Este método directivo se usa para aumentar los deseos de cambiar a través de la exploración y la resolución de ambivalencias (Miller, W. R., y Rollnick, S., 2002).

La entrevista y el refuerzo motivacional se basan en cuatro puntos fundamentales: (1) los individuos tienen recursos internos para cambiar su conducta; (2) si el paciente toma conciencia de los beneficios de cambiar y de las desventajas de no hacerlo, puede iniciar y sostener el cambio con éxito; (3) es posible describir el proceso de modificación de una conducta por medio del modelo de fases de cambio de Prochaska y DiClemente (1992); y (4) se pueden encontrar pacientes con varios niveles de disposición al cambio respecto a su consumo de alcohol.

Estas intervenciones son una colección de técnicas que provocan y aceleran el progreso de los pacientes a lo largo de las fases de cambio.

Se comienza retroalimentando objetivamente al paciente acerca de su conducta para resaltar los riesgos de continuarla; después se le aclara que iniciar o no el cambio es una responsabilidad individual. Asimismo, se le orienta para identificar qué tan dispuesto está. Posteriormente, se le ofrece un menú y no sólo una opción, para que sea más probable el cambio se muestra empatía y sensibilidad frente a sus pensamientos y sentimientos y finalmente se introduce en el paciente la idea de que tiene la capacidad (autoeficacia) para lograr los cambios.

Las entrevistas motivacionales se describen en tres niveles: (1) en su esencia se definen por ser colaborativas, centradas en el paciente y diseñadas para trabajar con la ambivalencia; (2) mantienen cinco principios: expresar empatía, desarrollar la discrepancia, evitar las discusiones, enfrentar la resistencia

y apoyar la autoeficacia; y (3) incluyen técnicas para lograr su objetivo, como preguntas abiertas, afirmaciones, reflexiones y resúmenes.

APROXIMACIONES COGNITIVO CONDUCTUALES

No obstante a que las diversas intervenciones de la terapia cognitivo conductual pueden variar en duración, modalidad, contenido y contexto de tratamiento, todas comparten dos elementos fundamentales: incluyen cierto tipo de habilidades de afrontamiento para abordar los déficits de los pacientes y son aplicaciones de la Teoría Cognitivo Social (Bandura, A., 1986).

A estas aproximaciones se les denomina de “amplio espectro” porque no sólo se enfocan en la respuesta al consumo de alcohol, también enfrentan la variedad de actitudes del individuo. En esta perspectiva se considera que para lograr el cambio, las intervenciones deben considerar los siguientes puntos:

1. Aunque los factores biológicos predisponen, los patrones de consumo se aprenden. La conducta adictiva representa un mal hábito.
2. Las conductas adictivas ocurren en un *continuum* de consumo. Todos los puntos a lo largo del *continuum* están influenciados por los mismos principios de aprendizaje.
3. Las conductas adictivas se pueden analizar como cualquier otro hábito. Los determinantes de éstas son factores situacionales y ambientales, creencias y expectativas acerca de la sustancia o la actividad.
4. Las consecuencias también controlan la conducta adictiva. Los factores sociales son importantes en la adquisición y el desempeño de ésta. El hábito a menudo se adquiere en situaciones estresantes.
5. La conducta adictiva se ve afectada por la expectativa de lograr efectos, por lo que la autoeficacia es determinante. Adquirir nuevas habilidades puede dar como resultado un cambio en los patrones de consumo.

Este tipo de terapia induce a la mejoría de los pacientes a través de la modificación de estrategias de afrontamiento (moderar o abandonar el consumo) y el aumento de la autoeficacia.

LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BÁSICA

Se enfoca en un análisis funcional del consumo de sustancias y en la capacitación en habilidades de afrontamiento. Se administra en forma individual o grupal, dependiendo de las necesidades específicas de los pacientes. La ver-

sión original de Carroll (1998) duraba 11 sesiones, aunque las más recientes tienden a ser más breves.

La terapia cognitivo conductual sigue un Modelo Ideográfico (es decir, individualizado), en combinación con un Modelo Biopsicosocial, por lo que el fundamento del tratamiento es una evaluación multidimensional del consumo de sustancias y de las áreas de funcionalidad del individuo. El análisis funcional es la primera intervención y sirve para comprender la conducta. Suele referirse a los antecedentes biopsicosociales y a las consecuencias del consumo de alcohol. Ayudan en la evolución del tratamiento, al proporcionar una visión previa de los antecedentes o consecuencias que podrían alterarse para modificar el patrón de consumo. Sirve para individualizar las habilidades de afrontamiento y entrenar en la resolución de problemas.

EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

El manual de Monti y colaboradores (Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R., 2008) fue crucial para sentar las bases científicas de esta modalidad de tratamiento. El manual de Carroll (1998), por su parte, describe un entrenamiento como parte del tratamiento de la adicción a la cocaína, que consiste en (a) aclarar al paciente que su conducta es aprendida y que puede adquirir otros patrones de comportamiento, para lo cual se hace énfasis en las estrategias para desaprender las viejas conductas y aprender nuevas. (b) Modelar: el paciente participa en dramatizaciones para adquirir nuevos comportamientos. (c) Condicionamiento operante: se hace un análisis funcional para aprender conductas de afrontamiento en situaciones de alto riesgo o, en su defecto, se desarrolla una guía de pensamientos o conductas alternas. (d) Condicionamiento clásico: es esencial en los casos en los que el deseo puede derivar en consumos de alcohol reales. Mediante el análisis funcional, el terapeuta ayuda al paciente a identificar los estímulos que antes fueron neutros y que por asociación adquirieron propiedades que lo condicionan al consumo, para finalmente ayudarlo a enfrentarlos de una manera más efectiva que cuando deja de usar alcohol sin tratamiento.

Independientemente de las necesidades particulares de cada caso, hay habilidades generales que sirven para ayudar a los pacientes a alcanzar pequeñas metas durante el inicio del tratamiento. Por ejemplo, repasar el control del alcohol en un ambiente natural (fuera del consultorio) pero sin que implique riesgo. Este entrenamiento sirve para motivar al paciente; la repetición en el consultorio y la práctica fuera de éste ayudan a resolver la resistencia o interferencia que cualquier proceso puede llegar a tener.

El contenido de las habilidades que se enfatizan en la terapia cognitivo conductual son:

1. Enfrentar los impulsos. Se le enseña al paciente qué son los impulsos y se le explica que éstos pueden persistir por varias semanas o meses después de dejar de consumir alcohol. Generalmente, se prepara a los participantes para evitar los contextos que detonan el consumo.
2. Entrenamiento en habilidades de negociación/asertividad para enfrentar la presión social. No sólo se enseña a rechazar las invitaciones, sino a enfrentar la presión que puede sentir la persona al incorporarse a ambientes de los que ha estado aislado por tiempo prolongado.
3. Desarrollo de un plan general de afrontamiento frente a sucesos inesperados, tanto positivos como negativos, para enseñar a anticipar posibles sucesos en los próximos meses, a través de la planeación de alternativas de afrontamiento sin llegar al consumo o al exceso.
4. El toque final del entrenamiento en habilidades de afrontamiento son los métodos de resolución de problemas. Se orienta al paciente sobre los pasos básicos para la resolución de adversidades.

Al aprender y dominar este proceso, las personas logran afrontar y manejar situaciones que requieren tomar decisiones activamente. De este modo, es posible mejorar su funcionalidad en múltiples áreas.

EXTENSIONES DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual básica está orientada al individuo. Aunque se puede aplicar tanto en formato individual como en grupal, el enfoque central se encuentra en los cambios que puede hacer cada persona que enfrenta un trastorno por consumo de alcohol. A continuación se describen extensiones de la terapia cognitivo conductual, que incluyen una serie de elementos tanto del contexto social como de la relación diádica (la establecida en una pareja), entre otros.

TERAPIA CONDUCTUAL DE PAREJA

Sigue los principios de la terapia cognitivo conductual básica, pero brinca de un nivel de enfoque individual a uno de relación diádica. No se da exclusivamente con la pareja amorosa, también puede ser con un familiar e incluso con alguien con quien se tiene una relación no formalizada legalmente, pero en la que dos personas viven juntas por 12 meses. La premisa básica es que el “otro

significativo” puede ser de gran ayuda al reforzar la abstinencia o moderación del alcohol u otra sustancia. Supone que los bebedores que provienen de familias comprometidas en redes sociales cercanas que refuerzan el consumo no problemático tienen menor riesgo de recaer. La evidencia científica se basa en la obra de O’Farrell y Fals-Stewart (2003).

Este tipo de terapias incluye cambios en la autoeficacia y una mejora en las habilidades de afrontamiento, en particular en las habilidades de comunicación entre los miembros de una relación significativa. Se puede administrar en sesiones (de 15 a 20) de una hora con pacientes externos por un periodo de cinco a seis meses. Tiene dos componentes básicos: el primero es el control del consumo, se hace un contrato de sobriedad con el propósito de que la pareja del bebedor tenga una forma estructurada para construir el apoyo y reforzar la abstinencia. El cónyuge se compromete a no tener miedo de un consumo futuro y se le enseña cómo reforzar la reducción de la ingesta y disminuir la frecuencia de conductas que pueden alentar indebidamente el consumo.

También se le pide al consumidor un registro de su necesidad de consumir, con la idea de que es importante abordar el abuso antes de que se convierta en algo grave. El segundo componente clave es mejorar la relación de pareja, para ello se usan tareas y ejercicios para casa. La meta es aumentar el grado de refuerzo que los miembros de la pareja experimentan en su relación. Por supuesto es crucial no incluir alcohol en las actividades compartidas, incrementar la frecuencia de conductas afectuosas, planear y comprometerse en actividades recreativas compartidas, así como enseñar habilidades de comunicación mejoradas.

MANEJO DE CONTINGENCIAS Y REFUERZO COMUNITARIO

Este modelo cambia el enfoque hacia el gran sistema social. Puede incluir al cónyuge pero va más allá y se extiende a diversos grupos. Se basa en los principios y las teorías de aprendizaje de nueva información, más que en variables cognitivas. El manejo de contingencias y el uso de vales clínicos son muy frecuentes.

El manejo de contingencias se basa en el modelo de refuerzo y castigo. Aunque generalmente se da en un formato individual de corta duración, es frecuente que se ocupe como parte de programas más amplios. Lo importante es reforzar la abstinencia y obstaculizar el refuerzo del consumo o abuso del alcohol.

El refuerzo comunitario, por su parte, se basa en los principios del condicionamiento operante y considera como objetivo un cambio en las recom-

pensas para lograr un estilo de vida sobria y evitar el refuerzo al abuso de alcohol. Estos métodos suelen estar diseñados para 12 sesiones de una hora a la semana impartidas a pacientes en consulta externa, aunque pueden incluir sesiones de pareja. En este caso, la fuente de las contingencias de refuerzo se enfoca en el sistema social del individuo.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Desde 1980 ha sido prominente la investigación y práctica clínica dedicadas al problema de la recaída, un fenómeno clínico que tanto médicos como pacientes toman con seriedad (Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R., 2008).

El término recaída implica un regreso a etapas anteriores de la recuperación. Significa que el individuo ha desviado su camino del plan de cambio y, desde un punto de vista muy estricto, implica cualquier regreso franco al consumo de alcohol u otra droga.

A finales de los 70, Alan Marlatt y sus colegas (1985) propusieron por primera vez un modelo de recaída y desde entonces se ha ampliado y detallado continuamente. De origen, se diseñó como una intervención adjunta, es decir, que cuando se ocupara debía formar parte de un tratamiento más amplio.

La prevención de recaídas tiene dos metas: la primera es prevenir un lapsus o desviación menor del camino de la abstinencia o moderación; la segunda es manejar con éxito un lapsus, si éste ocurre, a fin de evitar que se convierta en una recaída completa. Se puede aplicar tanto individualmente, como en pareja o en grupo (Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R., 2008). Está diseñada para identificar, en primer lugar, las situaciones de alto riesgo por medio de un análisis funcional y después para usar métodos conductuales y cognitivos que sirvan para enfrentar estas situaciones de alto riesgo y evitar una recaída. El terapeuta trabaja con el paciente para especificar las habilidades de afrontamiento y los patrones de estilos de vida que aumenten la probabilidad de superar el problema de forma efectiva.

Según Marlatt, la prevención de recaídas, en primer lugar, tiene un componente educativo, con el cual se desafían las creencias que los individuos sostienen acerca de los efectos benéficos del consumo de alcohol, para identificar y desafiar si es que coexisten mitos asociados. Los pacientes reciben instrucción acerca de las formas de pensar que pueden resultar poco productivas o que pueden detonar en una recaída, y se les informa acerca de la reestructuración cognitiva. Además, se les habla sobre el efecto de violación de la abstinencia, el cual se refiere a las emociones negativas que pueden acompañar a una recaída.

La prevención no sólo busca enfrentar situaciones de riesgo, además, ayuda al paciente a construir un estilo de vida que equilibre las obligacio-

nes (como el empleo) y las actividades placenteras, de tal manera que no impliquen consumo dañino de alcohol u otras drogas. Para lograr un estilo de vida equilibrado se debe trabajar para reducir la incidencia de situaciones de alto riesgo, y apoyar al paciente con técnicas de relajación profunda o meditación.

Este modelo se ha difundido de manera amplia porque fácilmente se inserta con otros componentes tanto cognitivo-conductuales como farmacológicos, incluso en combinación con grupos de ayuda mutua. Una de las resistencias se encuentra en el personal clínico que, en algunos casos, sostiene que categorizar un lapsus como parte inherente y esperable de un proceso de cambio, y hablarle de esto al paciente, supone tanto como darle permiso de desviarse de la meta (Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R., 2008; Marlatt, G.A. y Gordon, J., 1985).

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Las maniobras para el tratamiento farmacológico de los trastornos por consumo de alcohol dependen de la severidad y el contexto en el que se manifiestan. Cada paciente es único y diferirá de otros en la naturaleza de su trastorno, las consecuencias asociadas, el grado de apoyo y de recursos psicológicos disponibles para su tratamiento. La guía más eficaz para identificar el conjunto de intervenciones adecuadas consiste en seleccionar de un menú los procedimientos que den respuesta a las preocupaciones actuales del paciente, tomando en cuenta las circunstancias que lo hacen un caso particular.

Con frecuencia un tratamiento incluirá la aplicación de múltiples estrategias, por ejemplo, hacer que los pacientes acudan a terapia cognitivo conductual, sesiones de grupo, de ayuda mutua o farmacológicas, de acuerdo con lo que esté disponible.

Para cuando se establece el diagnóstico, una persona promedio con alcoholismo ha experimentado una gran cantidad de problemas en su vida, a lo largo de 10 y hasta 20 años (Schuckit, M. A., 2000). En este punto, el afectado reconoce que el consumo de alcohol está relacionado con una gran cantidad de problemas y que debe parar el consumo. Sin embargo, debido a que el alcohol ha sido una parte central en su vida, hay muchas situaciones que disminuyen la probabilidad de prolongar su abstinencia, lo cual requiere un seguimiento especial.

Debemos recordar que no hay ningún medicamento que sea suficiente para la recuperación de los trastornos por consumo de alcohol (Schuckit, M. A., 2000). Sin embargo, el uso de tratamientos farmacológicos ha dado ex-

celentes resultados, sobre todo en combinación con consejería y psicoterapia conductual.

Una de las principales características a tratar en quienes tienen trastornos por el uso de alcohol es el consumo compulsivo. Esta característica implica que el usuario repita su ingesta, a pesar de estar consciente de los problemas que le generan.

Otro fenómeno que requiere atención es el síndrome de tolerancia, que aparece cuando el paciente aumenta el consumo de alcohol para alcanzar el efecto que antes lograba con una cantidad menor. Esto se debe a cambios en el organismo del usuario asociados a la ingesta repetida, acto que agiliza el proceso de eliminación, por lo que una misma cantidad a lo largo del tiempo disminuye su efectividad para provocar el efecto esperado.

Finalmente, otra característica es el síndrome de supresión que aparece cuando se interrumpe el uso prolongado de alcohol. Si el consumo ha sido suficiente, el organismo se adapta a funcionar en presencia de cierta cantidad de la sustancia y, tras la interrupción, la concentración de ésta en la sangre disminuye, entonces el organismo reacciona con un desequilibrio que lleva al sujeto a experimentar una gran incomodidad. Con frecuencia, este síntoma puede asociarse a nuevos consumos para evitarlo o contrarrestarlo.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, en México el único medicamento aprobado para el manejo del mantenimiento de la abstinencia del consumo de alcohol es la Naltrexona. Fue aprobado por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en 1998 y desde entonces se utiliza comercialmente. La *Food and Drug Administration* (FDA) en Estados Unidos acepta tres medicamentos para tratar los trastornos por consumo de alcohol: Acamprosato, Naltrexona y Disulfiram (Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R., 2008).

Además del tratamiento farmacológico de los trastornos por consumo de alcohol, es necesario hablar de las complicaciones relacionadas o inducidas por la sustancia, debido a que con frecuencia derivan en cuadros que requieren manejos antes, durante o después de algunas intervenciones.

La valoración de un paciente con un trastorno por consumo de alcohol puede enfrentar cuatro escenarios que requieran intervención farmacológica: la desintoxicación, que se refiere al proceso de eliminar el alcohol del cuerpo, en un medio controlado y libre de peligro; el síndrome de supresión, ya descrito unos párrafos atrás dentro de este apartado; las complicaciones somáticas o psiquiátricas agudas; y el tratamiento farmacológico para el mantenimiento de la abstinencia, es decir, la ingesta de medicamentos recetados como Disulfiram o Naltrexona, para prevenir nuevos consumos excesivos de alcohol.

LOS MEDICAMENTOS

A lo largo de los años, muchos medicamentos han sido evaluados para determinar su efectividad en el tratamiento del alcoholismo (Schuckit, M. A., 1996; O'Brien, C. P. A., 1997). Se han incluido sustancias depresoras del cerebro como el Diazepam (Valium), medicamentos antipsicóticos como el Clorpromazine (Thorazine), Litium y antidepresivos. De hecho casi todos los medicamentos psiquiátricos han sido considerados en un momento o en otro.

La evaluación de los posibles tratamientos farmacológicos enfrenta el hecho de que el curso de la dependencia de alcohol es tan variable como impredecible. Hay periodos de abstinencia temporal en el curso de cualquier trastorno por uso de sustancias y se conocen tasas de entre 20 y 30 por ciento de remisiones espontáneas a largo plazo (Schickit, M. A. *et al.*, 1998); de tal manera que tanto la intensidad del consumo como los problemas relacionados fluctúan espontáneamente todo el tiempo. Esto hace complicado determinar si un beneficio se debe al impacto del medicamento en sí mismo o al curso natural del alcoholismo. La única manera de saber si un medicamento funciona es con estudios controlados, éstos ayudan a disminuir y evitar costos innecesarios y a reconocer tanto la interacción del medicamento con nuevos consumos de alcohol, como los efectos secundarios asociados a cualquier tipo de medicamento.

TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN

Los estudios actuales nos dejan buenas y malas noticias respecto al complejo funcionamiento bioquímico en general y, en particular, cuando el cerebro está en presencia del alcohol. Los cambios en la bioquímica cerebral dependen de que la administración del alcohol sea crónica o aguda, así como de la susceptibilidad genética e, inclusive, del ambiente del individuo. El tratamiento de desintoxicación sólo es posible de manera ambulatoria en las formas leves y moderadas y con estrecha vigilancia diaria.

El tratamiento de la intoxicación aguda por alcoholismo proporciona al paciente un ambiente tranquilo, libre de luz y ruido; suspende la ingesta de alimentos para evitar aspiración bronquial por vómitos; controla la glucemia (riesgo de hipoglucemia), la reacción pupilar y las constantes vitales, mantiene al paciente abrigado para cuidar la temperatura corporal, ya que la vasodilatación periférica que produce el alcohol disminuye el calor interno del cuerpo. Si la intoxicación no es severa y el paciente tiene lucidez y colabora, se recomienda administrarle líquidos por vía endovenosa, suero glucosado y

complejo B. Si hay ansiedad, angustia e inquietud, se trata con Benzodicepinas (Hillborn, M., Pieninkeroinen, I. y Leone, M., 2003).

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE SUPRESIÓN

El tratamiento para el síndrome de supresión debe planearse según los síntomas dominantes que puedan aparecer, por lo que a veces es necesario optar por una combinación de estrategias. Si es grave, es necesario que se indique la hospitalización del paciente, con un adecuado régimen dietético y vitamínico, rehidratación, vigilancia y evaluación de los episodios febriles y, si es necesario, apelar a los medicamentos sedantes.

El fármaco que mayor eficacia presenta es el Cometiazol (derivado de la vitamina B1)⁵, tiene efecto anticonvulsivo, sedante, ansiolítico, no es hepatotóxico, su manejo es cómodo debido a su vida media corta (Majumdar, S. K., 1990).

Las Butirofenonas se emplean en el *delirium tremens* en combinación con otros fármacos. Como monoterapia son claramente menos efectivas que el Clometiazol, pero permiten reducir medicación con riesgos de depresión respiratoria (Nickel, B., Krüger, H. y Schirmer, S., 1986).

Se puede emplear la Carbamazepina en el síndrome de supresión leve, moderado y en la prevención de crisis convulsivas en pacientes de riesgo (antecedentes de crisis, mal estado general y consumo persistente de bebidas de alta graduación, así como dependencia mixta a Benzodicepinas o barbitúricos). El efecto está demostrado si se respeta la dosis inicial suficiente, el tipo de administración y la pauta de reducción. Las ventajas son la ausencia de adicción y la disminución de riesgos de crisis comiciales, tiene un efecto sedativo propio y reduce los síntomas vegetativos (Herzmann, C. E., 1989).

TRATAMIENTO DE LA PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

Cuando se presentan psicopatología asociada, encefalopatía alcohólica o alucinación alcohólica, se debe indicar el internamiento en un centro médico (hospital o sanatorio), donde el paciente pueda recibir una nutrición adecuada (macro y micronutrientes), las vitaminas correspondientes (complejo B y C,



⁵ Martín, C. A. y Rojano, C. P. (2001). *Tratamiento farmacológico de los problemas por el alcohol*. Medicina General. 31: 135-140

entre otras) y tratamiento para el sistema nervioso central con benzodiazepinas.

La epilepsia alcohólica se trata con suspensión de consumo de alcohol, el uso de antiepilépticos sólo si el paciente se mantiene abstemio y uso de benzodiazepinas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA

ACAMPROSATO

Esta droga se ha evaluado en Europa desde 1990 (Schuckit, M. A., 1996). Estructuralmente se parece al neurotransmisor sedante cerebral GABA y parte de su mecanismo de acción hipotético puede ocurrir simulando los efectos de éste (Besson, J., Aeby, F., Kasas, A., *et al.*, 1998). Es antagonista de algunas de las acciones estimulantes de otro sistema neurotransmisor cerebral relacionado con el aminoácido glutamato y el sistema NMDA (Moncrieff, J., y Drummond, D. C., 1997). Estudios en animales apoyan el efecto calmante del Acamprosato durante la abstinencia del alcohol y su capacidad para producir un nivel bajo de preferencia al mismo (Schuckit, M. A., 1996). Este medicamento suprime el deseo y la ansiedad de beber alcohol inducido por eventos ambientales (Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R., 2008).

En un estudio de Alemania, a 272 hombres y mujeres dependientes del alcohol se les administró aleatoriamente, Acamprosato o placebo y fueron evaluados 10 ocasiones a lo largo de un periodo de 12 meses (Litten, R. Z., Allen, J., y Fertig, J., 1997). Se encontró que era menos probable que los individuos que recibieron Acamprosato abandonaran el estudio (41 contra 60%); además ellos tuvieron un periodo más largo desde el primer uso de alcohol (165 contra 112 días) y demostraron más días de abstinencia durante el periodo de seguimiento (224 contra 162 días).

NALTREXONA

Es un segundo medicamento con buenos resultados para el tratamiento de la dependencia del alcohol que ha generado gran expectativa. En la literatura hay menos estudios con Naltrexona y, generalmente, se limitan a 12 semanas de administración activa del medicamento. Estas características hacen que se dificulte afirmar la eficacia total y su seguridad a largo plazo, así como determinar si se desarrolla tolerancia a alguno de sus efectos benéficos.

Este medicamento reduce los efectos de recompensa del alcohol, al bloquear la acción de los opiodes liberados por la sustancia en el cerebro (Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R., 2008).

Aunque el mecanismo de acción de los antagonistas opiáceos como la Naltrexona o su primo, el Nalmefene, es bien entendido, los atributos que contribuyen más directamente a ayudar a hombres y mujeres con alcoholismo son menos ciertos (Moncrieff, J., y Drummond, D. C., 1997; Davison, D., y Amit, Z., 1997). Se supone que los antagonistas de los derivados del opio pueden disminuir la intensidad del reforzamiento que ocurre con el consumo de alcohol, el deseo de consumirlo y, por lo menos en animales, contribuyen a experimentar aversión a las bebidas alcohólicas (Davison, D., y Amit, Z., 1997). Respecto al reforzamiento, el alcohol ha demostrado que produce liberación de endorfinas corporales, un fenómeno que puede ser bloqueado por antagonistas opioides que también impactan en la compleja relación entre los receptores opioides y el sistema de recompensa dopaminérgico ventral tegmental en el cerebro.

Investigaciones con animales apoyan la disminución de la ingesta de alcohol cuando son tratados con Naltrexona (Schuckit, M. A., 1996; Schneider, U., Wohlfarth, K., Schulze-Bonhage, A. *et al.*, 1999). Estudios de tamaño moderado en humanos han producido buenos resultados; en dos de ellos, publicados en 1992 (Volpicelli, J. R., Alterman, A. I., Hayashida, M., y O'Brien, C. P., 1992; O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G. *et al.*, 1992) se administraron 50 miligramos de Naltrexona al día a por lo menos 90 pacientes, con un número comparable de sujetos manejados con placebo. Los estudios difieren un poco en la metodología, uno reportó que la recaída de fuerte consumo se observó en 23 por ciento de los tratados con Naltrexona, en comparación con los tratados con placebo, quienes mostraron una recaída de consumo fuerte de 54 por ciento. En el segundo, las tasas de autoreporte de abstinencia obtenidas para Naltrexona y para placebo fueron de 61 y 19 por ciento, si la droga estaba acompañada por consejería, pero la diferencia sólo fue de 28 contra 21 por ciento cuando la droga y el placebo fueron acompañados por una intervención de prevención de recaída (O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G. *et al.*, 1992). En ambos estudios, quienes regresaron al consumo reportaron menos cantidad de tragos por día.

DISULFIRAM (SUPERVISADO)

El Disulfiram es una droga usada tradicionalmente para el tratamiento del alcoholismo y con frecuencia se recetan dosis orales de 250 mg. por día, por alrededor de un año (Wright, C., Moore, R. D., Grodin, D. M. *et al.*, 1993;

Kristenson, H., 1995). La droga trabaja causando una destrucción irreversible de la Aldehído deshidrogenasa (ADH). Como resultado, después de consumir alcohol, el acetaldehído se acumula en la sangre. La intensidad de la reacción de la combinación entre etanol y Disulfiram depende del nivel de alcohol en la sangre (por lo tanto, varía con la cantidad y la rapidez del consumo, así como con las características individuales de cada paciente). Aunque el Disulfiram no disminuye la compulsión por consumir alcohol, la expectativa es que si el paciente reconoce una reacción fisiológica probable después de consumir, entonces el Disulfiram puede asociarse a una mejoría en las tasas de recuperación.

En resumen, bloquea el metabolismo del alcohol y provoca una reacción física adversa si éste se consume (Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R., 2008). Los síntomas más frecuentes incluyen enrojecimiento de la cara, palpitaciones y alta frecuencia cardiaca, dificultad para respirar y, posiblemente, una seria caída de la presión arterial, así como náusea y vómito. Aunque es probable que personas sanas toleren adecuadamente la interacción entre el Disulfiram y el etanol, podría ser seriamente perjudicial para personas con historia de enfermedades del corazón, apoplejía, hipertensión seria o diabetes, por lo que no debe ser prescrito para ellas.

Así como con otros tratamientos del alcoholismo, esta aproximación tiene dificultad para probar su eficacia (Schuckit, M. A., 2000). Algunos estudios controlados que comparan al Disulfiram contra placebo muestran altas tasas de abstinencia; sin embargo, otros muestran a pacientes que, a pesar de los efectos de la droga, regresan al consumo de alcohol (Kristenson, H., 1995; Fuller, R. K., Branchey, L., Brightwell, D. R. *et al.*, 1986).

Otra dificultad con el medicamento es la necesidad de tomarlo diariamente (Allen, J. P., y Litten, R. R., 1992). Aunque algunos investigadores desarrollan implantes de larga duración, aún no han logrado ser exitosos para mantener niveles adecuados en la sangre (Johnsen, J. y Morland, J., 1991). Finalmente, el Disulfiram no es un agente efectivo para el condicionamiento aversivo, debido a que el tiempo aproximado entre la ingestión de alcohol y la reacción es, muchas veces, de más de 30 minutos, situación que se complica por lo impredecible de la intensidad de la reacción.

La respuesta óptima al Disulfiram requiere que la droga sea usada como parte de un programa más completo y exhaustivo. Más aún, el medicamento resulta más efectivo si se toma diariamente bajo la supervisión de un miembro de la familia o algún proveedor de la salud (Kristenson, H., 1995).

Hay una lista de medicamentos que aparecen en la literatura (Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R., 2008) cuya investigación sigue en desarrollo, a saber los que mejoran la presencia en el cerebro de la serotonina y su me-

tabolito (Fluvoxamina, Citalopram y Sertralina), los que están orientados a controlar cuadros de ansiedad (Buspirona), los que controlan la depresión (Desipramina), anticonvulsivos (Carbamazepina), y los que mejoran los niveles neuroquímicos de la dopamina (Bromocriptina).

LOS GRUPOS DE AYUDA MÚTUA COMO ALTERNATIVA PARA TRATAR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Muchas personas que consumen cantidades importantes de alcohol y que tienen problemas familiares, laborales e interpersonales no asisten ni buscan programas de tratamiento en las instituciones porque, con mucha frecuencia, experimentan sentimientos de vergüenza. Esto se debe, la mayor parte de las veces, a que no tienen confianza en la ayuda que pueden ofrecerles, o bien porque piensan que van a ser juzgados y criticados por sus actos. En otros casos, además de avergonzarse, experimentan miedo a enfrentarse a situaciones dolorosas que han vivido y por lo tanto son sumamente vulnerables, por ello les resulta intolerable hablar y confiar en alguien que piensan que es incapaz de comprenderlos porque no ha pasado por las mismas situaciones ni sufrido tanto como ellos. Tanto los hombres como las mujeres que abusan del alcohol suelen tener dificultades para comunicar sus pensamientos y sus sentimientos y, por ende, creen que no pueden beneficiarse de los tratamientos.

En muchos de estos casos, los grupos de ayuda mutua, también conocidos como de “autoayuda”⁶, constituyen una opción viable porque suelen producir menos angustia en los pacientes, quienes al sentirse acompañados por otros que han pasado por situaciones parecidas deciden comprometerse con el tratamiento.

Los grupos de autoayuda son organizaciones voluntarias de miembros que comparten experiencias en común. Según la Organización Mundial de la Salud, entidad que acepta su formación y los considera como parte de la red social de apoyo para la atención de las enfermedades mentales y físicas, éstos son “grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de



⁶ En los conceptos ayuda mutua y autoayuda existen diferencias semánticas importantes, sin embargo, para los propósitos de este texto, se utilizarán como sinónimos.

una necesidad común o problemas que trastornan la vida cotidiana y conseguir cambios sociales y personales deseados.” (Katz y Bender, 1976, cit. en Domenech, L. Y., 1998).

Por su naturaleza, el elemento esencial que los distingue y los hace efectivos para quienes acuden a ellos es el hecho de que quien provee la ayuda, comparte su experiencia y sentimientos con aquel a quien ayuda. El que para los involucrados sea común el problema, hace comprensible que también funcione el buscar y ensayar una misma solución (Méndez, E. L., 2009).

Algunos autores que se han dedicado a estudiar las características de estos grupos señalan que cuando los pacientes aceptan no sólo recibir ayuda, sino que también la proveen, promueven la participación conjunta de sus miembros en el proceso e incrementan la red natural de apoyo entre ellos, haciéndose mutuamente capaces de aumentar los sentimientos de control sobre su propia vida, con lo que se estimula el desarrollo de su autoestima (Cameron, 1992, cit. en Domenech, 1998).

Según Skolvholt (1974), el beneficio de la “ayuda como terapia” se cimienta en cuatro factores: comprobar de forma efectiva un aumento en la competencia interpersonal; experimentar sentimientos de igualdad al dar y recibir; obtener un aprendizaje para sí mismo; y recibir aprobación y reconocimiento de quienes obtienen la ayuda. El principio teórico que respalda esto es el intercambio social y la norma de reciprocidad (Gracia, 1996; Menéndez, 2009).

Además de estos factores, otro mecanismo mencionado por Gartner y Reissman (1977, cit. en Gracia, 1997) que hace de la ayuda, terapia, es el proceso de persuasión que se lleva a cabo sobre problemas específicos. Persuadir a quien recibe la ayuda implica, según estos autores, reforzarse a sí mismo y autopersuadirse desempeñando un papel. Es por tanto un productor de beneficios especiales y se finca en tres dispositivos:

1. Quien ayuda es menos dependiente.
2. Enfrentando el problema de otro, la persona que ayuda tiene la oportunidad de observar su propio problema desde la distancia.
3. Quien ayuda obtiene un sentimiento de utilidad social al desempeñar ese papel.

Dentro de los métodos de ayuda mutua, resalta el de “los 12 Pasos”, sostenido en “12 Tradiciones” descritas en el siguiente párrafo. Como método, es organizador; como programa, es una guía; y su punto de partida es la experiencia de los primeros miembros de la Asociación de Alcohólicos Anónimos.

Las “12 Tradiciones” de Alcohólicos Anónimos, aceptadas y aprobadas por la comunidad en el pleno de la Convención Internacional celebrada en Cle-

eland, Ohio, en 1950, tampoco son obligatorias para ningún grupo, mas una mayoría abrumadora de miembros las ha adoptado como base para ampliar las relaciones “internas” y públicas de dicha asociación, que se ha extendido en todo el mundo (Ferri, M., Amato, L., Davoli, M., 2008).

A manera de síntesis, cabe mencionar que a las personas con diagnóstico de alcoholismo frecuentemente se les sugiere asistir a grupos de ayuda mutua. Se entiende que la participación en reuniones de organizaciones de este tipo puede ser un complemento del tratamiento profesional o un tratamiento en sí mismo, especialmente en periodos prolongados. Alcohólicos Anónimos, como organización internacional integrada por personas en recuperación, ofrece apoyo emocional a quienes se están recuperando de esta enfermedad, a través del abordaje de 12 pasos que consiste en un tratamiento breve, estructurado y orientado por un manual. Está pensado para ser implementado entre 12 y 15 sesiones (Ferri M, Amato L, Davoli M., 2008).

TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS EN CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

El Programa de Atención Curativa en Centros de Integración Juvenil brinda tratamiento y rehabilitación para las personas cuyas vidas se ven afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol. De acuerdo con el Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD, primer trimestre de 2009), la segunda sustancia más reportada a nivel nacional por pacientes de primer ingreso a tratamiento en los últimos 30 días es el alcohol. A CIJ acuden dos grupos de usuarios que requieren atención personalizada: los que sólo consumen alcohol y los que además usan otras sustancias.

En ambos casos, el modelo profesional de tratamiento de CIJ brinda atención oportuna basada en las evidencias científicas disponibles para tratar los cuadros de intoxicación, el síndrome de supresión, el síndrome de tolerancia y el mantenimiento de la abstinencia. Se ofrece atención, desde un medio hospitalario hasta el ámbito ambulatorio, pasando por un encuadre intensivo de consulta externa llamado Centro de Día. Todo esto se acompaña de estrategias de rehabilitación y reinserción psicosocial, y se enriquece por la respuesta social organizada de la comunidad.

Cuando un paciente solicita tratamiento para el consumo de sustancias en CIJ, es evaluado integralmente por un abordaje que puede incluir la intervención de especialistas en trabajo social, medicina, psiquiatría, psicología, enfermería y terapia familiar. Dentro de esta valoración inicial, en específico para quienes reportan consumo de alcohol, se aplican instrumentos para

identificar la severidad del consumo y la disponibilidad al cambio, con lo que se determina si es candidato al “Tratamiento para personas que tienen problemas en su forma de beber”, a otro tipo de plan, que incluya intervenciones combinadas (farmacoterapia y terapia de grupo, por ejemplo), a un encuadre intensivo de tratamiento (Centro de Día) o a un tratamiento residencial (hospitalización).

TRATAMIENTO PARA PERSONAS QUE TIENEN PROBLEMAS EN SU FORMA DE BEBER

Entre las personas que acuden a CIJ por problemas de alcohol, un porcentaje que abusa de éste y que no reúne los criterios para ser considerado como dependiente, es atendido con un tratamiento para que aprenda a beber de manera moderada y responsable, sin excluir la posibilidad de una abstinencia total (CIJ, 2010).

Este tratamiento es una intervención motivacional y breve que ayuda a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol. El paciente que participa en el tratamiento desarrolla una estrategia general de solución de problemas, que puede emplear para enfrentar éste y otro tipo de problemáticas.

El modelo se fundamenta en el programa de autocambio dirigido desarrollado por científicos de la Addiction Research Foundation en Toronto, Canadá, y ha sido adaptado para su uso en México (Ayala, H., Echeverría, L., y cols., 1998).

El protocolo está sustentado en el enfoque cognitivo conductual y promueve la toma de decisiones, la modificación del pensamiento, el entrenamiento para incrementar las actitudes eficaces y la resolución de problemas (adaptado de CIJ, 2010).

Estos son los procedimientos generales: una vez que se solicita el servicio de CIJ por un paciente que se ve afectado por el consumo de alcohol, se establece el primer contacto en un servicio que se denomina entrevista inicial. El paciente es evaluado para identificar si es candidato a alguna de las modalidades de tratamiento que ofrece CIJ; por ejemplo, se le aplica un instrumento para evaluar el tipo y el nivel de consumo. En el caso de que no muestre dependencia al alcohol, pero sí acuse problemas asociados al uso explosivo, se determina la disponibilidad a cambiar y la posibilidad de incluirse en este programa. Se completa la valoración con una serie de entrevistas con diferentes especialistas de áreas como psiquiatría, psicología y trabajo social.

El tratamiento para personas que tienen problemas en su forma de beber consiste en lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consu-

mo. Cuenta con una serie de siete temas que se programan una o dos veces a la semana, en sesiones de aproximadamente 90 minutos. Estas sesiones se pueden dar de manera individual, pero generalmente se realizan en formato grupal.

Es importante destacar que con este método, el paciente aprende a identificar un trago estándar, a diferenciar el consumo excesivo del moderado, a evitar situaciones de riesgo de consumir en exceso, a tomar decisiones y a establecer metas.

MODELO DE TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y LA VIOLENCIA FAMILIAR

El abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas (incluido el alcohol) y el ejercicio de la violencia familiar son problemas sociales que con frecuencia se presentan acompañados uno del otro. Estas dos realidades deterioran la calidad de vida de quienes las padecen y, a todas luces, la evolución de cada una dificulta los intentos de las familias por contrarrestarlos y erradicar los patrones aprendidos.

Centros de Integración Juvenil, sensible a la trascendencia de este conjunto de problemáticas, ha desarrollado el Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la Atención de las Adicciones y la Violencia familiar.

DESCRIPCIÓN ⁷

La principal característica de este modelo es que atiende las adicciones y la violencia familiar desde una diversidad de dimensiones, perspectiva sostenida desde la corriente del pensamiento complejo (Casanueva Sáez, P., 2004). Es importante resaltar que desde esta óptica debe entenderse que las adicciones no causan la violencia ni viceversa, más bien, coexisten. Asimismo, no se pueden entender estos fenómenos sin considerar los diversos contextos (sub-



⁷ Adaptado de Centros de Integración Juvenil (2010) Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la Atención de las Adicciones y la Violencia Familiar. Manual de apoyo a los terapeutas. Documento de Circulación Interna

jetivo, social, pragmático, interaccional, etcétera) en los que surgen y se mantienen. Derivado de esto, la estrategia configurativa del diseño de este modelo toma en cuenta varios niveles de la realidad, entre ellos la construcción de la subjetividad, las prácticas identitarias de género, el cuestionamiento de las historias dominantes, la redefinición de las relaciones intersistémicas y la reestructuración de la matriz social.

Este modelo incluye las siguientes cuatro dimensiones terapéuticas:

1. Conformación del equipo terapéutico.

- El equipo terapéutico se basa en la participación de una pareja de profesionales de ambos sexos; esto sirve para favorecer y favorecerse de la visión binocular. Los terapeutas se alternan la participación y la observación detrás del espejo (cámara de visión unidireccional); periódicamente se realizan cortes para establecer el intercambio, para realizar los metaanálisis y para facilitar la retroalimentación. La construcción de las historias dominantes (para explicarse la dinámica y pautas familiares) son vistas a través de los posicionamientos de género de cada profesionalista.
- La autoobservación es una práctica indispensable para los terapeutas, ya que hacer conciencia y análisis de los propios posicionamientos permite diversificar cada conclusión, acuerdo, tarea, etcétera; en otras palabras, permite pasar de los encuadres impuestos y definitivos a los reencuadres incluyentes y flexibles. Esto es especialmente importante cuando se acompaña a la familia a reflexionar sobre sus construcciones de género y sobre la influencia de éstas en la dinámica entre los hombres y las mujeres de sus familias.

2. La Terapia Familiar (TF), mediante el uso de modelos sistémicos estratégicos estructural y modelos de construccionismo social, principalmente la narrativa.

- Se plantea trabajar sobre dos planos: el relacional, centrado en identificar y modificar las pautas de interacción entre los miembros de la familia; y el discursivo, cuyo enfoque socio-constructivista sirve para crear un espacio de diálogo colaborativo entre el sistema familiar y el equipo terapéutico.
- Encuadre terapéutico: además de acordar frecuencia, duración y número de sesiones, se debe tomar en cuenta información del ciclo vital familiar, pautas de comunicación, creencias de género, motivo de con-

sulta declarado, pautas de violencia familiar y las metas del tratamiento, entre otros factores.

- Los terapeutas pueden hacer uso de la terapia de primer y segundo orden. Dentro de la de primer orden, los profesionales deben generar hipótesis diagnósticas acerca del mantenimiento de un comportamiento sintomático y su función dentro de la organización de un sistema familiar; el objetivo es lograr la individuación de los miembros de la familia. En la de segundo orden, el cambio se plantea a partir del contraste entre los discursos marginados y los dominantes. La idea es atender tanto las voces de los asistentes, como la de los otros significativos; se abre un espacio para examinar el origen y la lógica de las voces familiares. La idea es hablar del tema de interés de una manera distinta a lo acostumbrado, con lo cual se pueden construir nuevas formas de visualizarse y nuevas alternativas de solución a los problemas que los llevan a consulta.

3. Los Grupos Psicoeducativos y de Reflexión (GPE) por género.

- En estos grupos sesionan, divididos por género, miembros de varios núcleos familiares, quienes están enfrentando problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y patrones de violencia familiar. Su objetivo es analizar los discursos culturales relacionados con el género para que los participantes hagan conciencia y desafíen los discursos totalizantes y la identificación con estereotipos.
- Los terapeutas exponen un tema, propician la reflexión de los asistentes, los invitan a experimentar la autoobservación a través de la visión en espejo y evitan las discusiones polarizadas.
- Se sugiere el uso del equipo reflexivo (Andersen, 1994): se entrevista a uno de los asistentes y el resto de los escuchas actúa como equipo reflexivo. Tras un intercambio entre el terapeuta y el equipo, las reflexiones se dirigen al entrevistado inicial, a través del terapeuta.
- Este abordaje incluye el análisis de los arreglos familiares y la forma en que se articulan con las construcciones estereotipadas de género.

4. La construcción y ampliación de Redes de Apoyo Social (RAS).

- Para poder apoyar al sujeto en su búsqueda de resoluciones para el problema de abuso de drogas o de violencia, se considera importante comprender el contexto social y relacional en el que vive. Si bien las redes sociales son un factor importante para que alguien se inicie en el

consumo de drogas, también pueden operar de forma inversa, favoreciendo su recuperación.

- Uno de los elementos que contribuyen en el cambio vivido por familias que enfrentan adicciones y violencia familiar es el que los integrantes amplíen sus redes sociales. La admisión familiar de nuevas relaciones interpersonales y de apoyo provenientes del exterior del grupo propicia que sus integrantes encuentren nuevas y diferentes posibilidades de redefinir sus relaciones interiores.
- En este modelo, se postula que el rol político de la intervención en red consiste en cuestionar la ideología dominante en que vive el sujeto, en desenmascarar el funcionamiento de esa doctrina autoritaria que lo mantiene alienado.
- Se debe empezar por movilizar funciones figurativas y representaciones paralizadas por las adicciones y la violencia. Las redes sociales, comunitarias e institucionales brindan esta posibilidad.
- En este modelo estratégico se incluye el trabajo con las redes sociales, pues el apuntalamiento y pertenencia que brinda la presencia de familia y amigos protege la salud del individuo, lo cual a su vez mantiene la estabilidad de los circundantes, así la salud relacional y vincular del sujeto y sus redes sociales están íntimamente interrelacionados. Las redes sociales favorecen la configuración de una identidad a través de los ojos (y las acciones) de los otros.

CENTROS DE DÍA

CIJ incorpora todas las bondades del modelo profesional y del modelo de comunidad terapéutica según Maxwell Jones⁸ para atender a personas que sufren problemas vinculados con el consumo de alcohol y otras drogas. Con este modelo se atiende a la familia, a la red social y al consumidor con una mayor concentración de intervenciones y con una frecuencia mayor que encuadres tradicionales de consulta externa (no intensiva).

Específicamente, este encuadre está dirigido a pacientes cuyos problemas tienen un grado de severidad que les permite ser manejados en un programa ambulatorio, pero que requieren de reforzamiento en cuanto a la intensidad



⁸ Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. Lexington, MA. Lexington Books.

de los cuidados, y que, además, viven en zonas con elevada disponibilidad de alcohol y otras drogas.

Se atiende a los pacientes y a sus redes de apoyo varias horas a la semana, con el fin de brindarles soporte, educación y tratamiento. En el programa se toman en cuenta horarios cruciales, en los que los participantes solían reproducir patrones disfuncionales de comportamiento asociados al consumo de alcohol y otras drogas.

Una de las grandes bondades de este modelo es que trabaja paralelamente con el consumidor y su red social. Esta intervención en conjunto se traduce en grandes beneficios y en la reducción de costos asociados al consumo de alcohol y otras drogas, así como de los relacionados a tratamientos muy largos.

El objetivo de la atención es brindar educación sobre el problema de consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias, así como establecer estrategias para alcanzar y mantener la abstinencia. Pretende que los pacientes adquieran o desarrollen herramientas que puedan ser aplicadas en su ambiente habitual.

La Consulta Externa Intensiva incluye componentes de atención médica, farmacológica y psicosocial, así como facilidades para la atención inmediata en situaciones de crisis con la necesaria vinculación a otros niveles de atención y servicios de apoyo. Todo ello dentro de un plan personalizado de tratamiento, formulado con base en los problemas identificados, objetivos factibles y evaluables, y con la participación activa del paciente y su familia o red social.

La frecuencia de participación en actividades es de tres a cinco días a la semana, de cuatro a ocho horas al día. El programa incluye, entre otros, los siguientes servicios: grupo de iniciación, asamblea comunitaria, revisión médica, tratamiento para dejar de fumar, terapia de grupo, terapia cognitivo conductual, grupo de ayuda a pacientes, promoción de la abstinencia y previsión de recaídas, talleres de rehabilitación y pruebas rápidas de detección de múltiples drogas. Es indispensable que, desde la valoración, la familia o red de apoyo participe y se involucre en el tratamiento, por lo que se incluye el grupo nueva red y el de familiares.

El objetivo es proporcionar un tratamiento integral a las personas con problemas por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, incluyendo alcohol, bajo un encuadre de moderado a intensivo y en un espacio de contención, a través del desarrollo de actividades terapéuticas estructuradas y de estrategias que atiendan las demandas del usuario y sus familiares con el propósito de suprimir o reducir el consumo de dichas sustancias (CIJ, 2010).

HOSPITALIZACIÓN

Cuando el consumo de alcohol y otras drogas se ha tornado severo y se han trastocado fuertemente las relaciones familiares e interpersonales, la alternativa más recomendable, una vez que se han superado las complicaciones físicas, es el tratamiento integral de tipo residencial.

CIJ ofrece este tipo de tratamiento en las Unidades de Hospitalización, en las cuales se trabaja en un ambiente estructurado para lograr la contención y la recuperación de la patología adictiva (CIJ, 2009). El programa es de tipo profesional, intensivo y se realiza siguiendo los principios de la comunidad terapéutica, mismos que conciben al usuario de sustancias como alguien capaz de tomar decisiones (Kooyman, M., 1996).

Aun cuando éstos no son centros de atención exclusiva para alcohólicos, ya que se reciben personas con consumo de múltiples drogas, la estancia en las Unidades de Hospitalización es hasta por tres meses, en los que a través de diversas fases se logran modificaciones conductuales y en la dinámica familiar. Asimismo se facilita la planeación de un proyecto de vida que capacite al consumidor para retornar a su comunidad con convicciones firmes que le ayuden a prevenir nuevos consumos (Solís, R. L., 2008) y a promover estilos de vida saludables.

En el caso de los consumidores de alcohol, este encuadre está dirigido a quienes han desarrollado una dependencia, requieren estar fuera de su contexto cotidiano por resultarles perjudicial y tienen deficiencias funcionales que les impiden aprovechar las herramientas de recuperación de la consulta externa. Estos pacientes enfrentan problemas médicos que requieren una unidad dotada con especialistas y ser atendidos por trastornos coexistentes; generalmente enfrentan relaciones interpersonales caóticas y déficit en su desempeño laboral y educacional. Asimismo, cuentan con historias de tratamientos infructuosos.

Un elemento central del programa residencial es el aprendizaje social, que se logra en la interacción grupal y el seguimiento de normas dentro de la comunidad de residentes, donde no aislarse, ser activo y, en algún momento, convertirse en modelo para los demás son reglas básicas del tratamiento que motivan y permiten el desenvolvimiento de diversos papeles (Kooyman, 1996).

En las Unidades de Hospitalización se brinda una gran variedad de servicios, entre los que se incluyen farmacoterapia, terapia individual, terapia grupal, terapia familiar, grupo de padres, orientación a familiares, actividades de rehabilitación y reinserción social. Estas modalidades se brindan en cuatro niveles de atención: desintoxicación y estabilización

del síndrome de abstinencia; Centros de Día en hospitalización; hospitalización de estancia breve (un mes); y hospitalización de estancia moderada (tres meses).

CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo hemos visto que existen varios tratamientos basados en evidencia científica para el manejo de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Los estudios indican que la combinación de estrategias tiene mejores resultados que los métodos aislados. Es crucial identificar el nivel de severidad y las necesidades de cada caso para establecer el tratamiento adecuado. Los pacientes se pueden beneficiar tanto de métodos tradicionales como alternativos, los cuales aumentan su efectividad y alcance si incluyen no sólo la recuperación del síndrome de dependencia, sino el seguimiento a otras necesidades de salud y reinserción social.

Los tratamientos para los problemas relacionados con el consumo de alcohol forman parte importante de la extensa gama de métodos para atender las necesidades y las consecuencias de salud pública asociadas, tanto de la población afectada por consumir como de la que está o podría estar en riesgo de hacerlo. La relación costo-beneficio de las acciones planeadas de cualquier sistema institucional se optimiza cuando los esfuerzos se encaminan al desarrollo de hábitos, actitudes, relaciones saludables, participación y autogestión, y no sólo a combatir las manifestaciones crónicas y agudas de una enfermedad, ya que esto repercute en el pronóstico y la perspectiva de éxito en la vida, a nivel personal, familiar y social. Las estrategias de prevención en la actualidad se han especializado para enfrentar los procesos previos, de inicio y progresión de muchas enfermedades. Es prioritario promover la salud, anticiparnos a enfermedades silenciosas (asintomáticas) y reducir la probabilidad de que indicadores de deterioro deriven en procesos de enfermedad.

REFERENCIAS

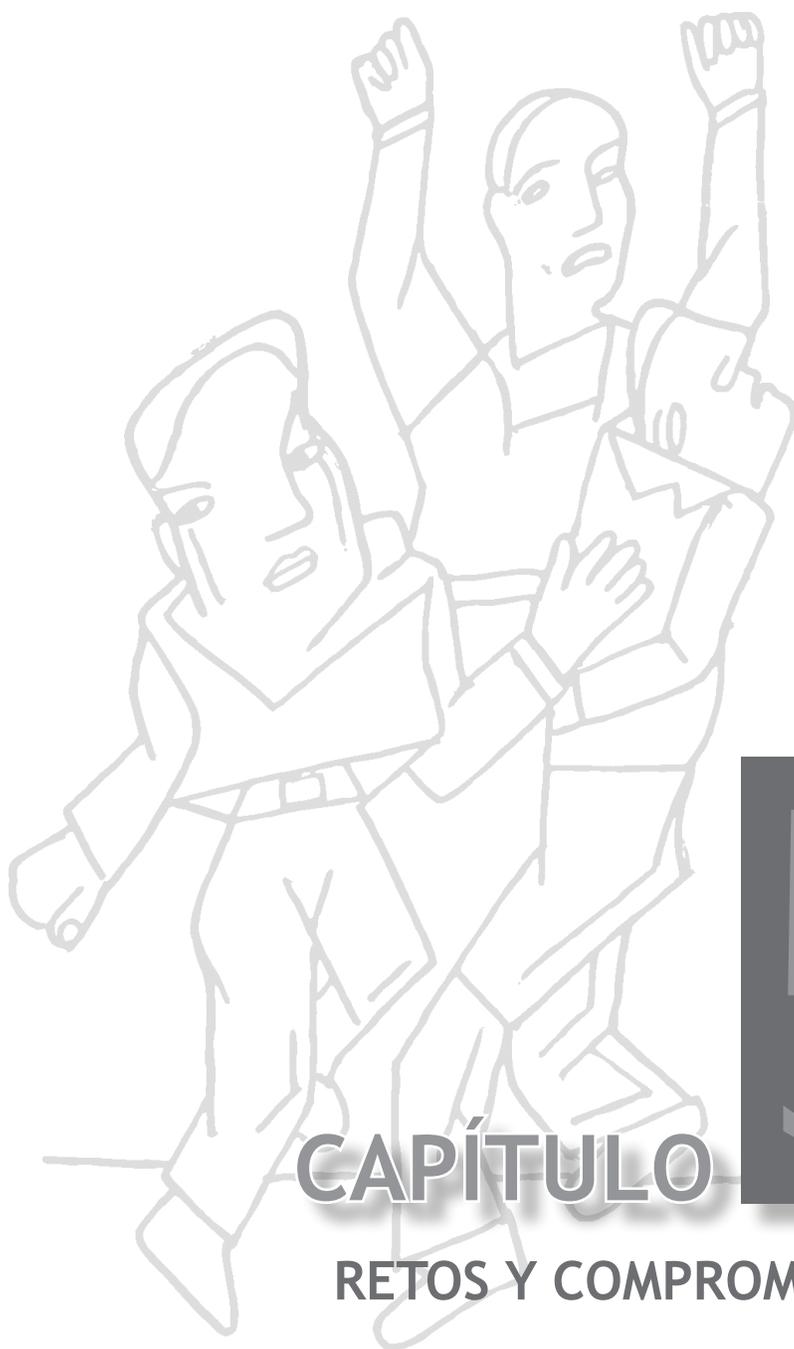
- Allen, J. P. y Litten, R. R. (1992). "Technics to Anhace Compliance with Disulfiram" en *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 16. Pp.1035-1041.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Ayala, H., Echeverría, L., y cols. (1998). "Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores en México" en *Acata Comportamentalia*. Vol. 6. Núm. 1. Pp. 71-93.
- Babor, T. F. and Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en la atención primaria*. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. y Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders. Guidelines for Use in Primary Care*. OMS. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Nueva Jersey. Englewood Cliffs. Prentice Hall.
- Bertalanffy, Ludwig Von (1986). *Teoría General de los Sistemas*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Besson, J., Aeby, F., Kasas, A., et al. (1998). "Combined Efficacy of Acamprosate and Disulfiram in the Treatment of Alcoholism: A controlled study" en *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 22. Pp. 573-579.
- Bien, T. H., Miller, W. R. y Toningan, J. S. (1993). "Brief Interventions for Alcohol Problems: A Review" en *Addiction*. 88. Pp. 315-336.
- Campuzano, M. (1993). "Grupos de autoayuda y psicoanálisis grupal" en *Addictus*. Pp. 24-30.
- Carrooll, K. M. (1998). *A cognitive-behavioral approach: Treatin cocain addiction*. Rockville, M.D. National Institute on Drug Abuse.
- Casanueva Sáez, P. (2004). *Calidad en Educación*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-en-educacion/calidad-en-educacion.shtml>.
- Centros de Integración Juvenil (2010). *Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la Atención de las Adicciones y la Violencia Familiar. Manual de Apoyo a los Terapeutas*. Documento de Circulación Interna.
- Centros de Integración Juvenil (2010). *Guía Técnica Programa: Atención Curativa*. Tomo II. México. CIJ. Subprograma: Consulta Externa.
- Centros de Integración Juvenil (2010). *Guía Técnica Subprograma Consulta Externa*. Tomo I. México. CIJ.
- Centros de Integración Juvenil (2009). *Guía Técnica de la Unidad de Hospitalización*. México. CIJ.
- Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar (1999). *Programa Cantabria. Prevención de Recaídas en la Dependencia del Alcohol*. Santander. Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar

- Davison, D., y Amit, Z. (1997). "Naltrexone Blocks Acquisition of Voluntary Ethanol Intake in Rats" en *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 21. Pp. 667-683.
- Dawson, D. A. (2005). "Recovery from DSM-IV Alcohol Dependence: United States, 2001-2002" en *Addiction*. 100. Pp. 281-292.
- Domenech, L. Y. (1998). "Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social" en *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. 6. Pp. 179-195.
- Donovan, D. M. (1988). "Assessment of Addictive Behaviors: Implication of an Emerging Biopsychosocial Model" en D. M. (Eds.). *Assessment of Addictive Behaviors*. Nueva York. Guilford Press. Pp. 3-48.
- Engel, G. L. (1980). "The Clinical Application of the Biopsychosocial Model" en *American Journal of Psychiatry*. 137. Pp. 535-544.
- Engel, G. L. (1977). "The Need for a New Medical Mode: A Challenge for Biomedicine" en *Acience*. 196. Pp. 129-136.
- Ferri, M., Amato, L., Davoli, M. (2008). *Alcohólicos Anónimos y otros programas de 12 pasos para el alcoholismo*. Recuperado de <http://www.update-software.com>
- Fuller, R. K., Branchey, L., Brightwell, D. R., et al. (1986). "Disulfiram Treatment of Alcoholism: A Veterans Administration Cooperative Study" en *Journal of American Medical Association*. 256. Pp.1449-1455.
- Gracia, F. E. (1996). "¿Por qué funcionan los grupos de autoayuda? Información psicológica" en *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de la Universidad de Valencia*. 58. Pp. 4-11.
- Gracia, F. E. (1997). *Grupos de Autoayuda en el apoyo social en la intervención comunitaria*. Paidós.
- Grant, B. F. (1997). "Prevalence and Correlates of Alcohol Use and DSM-IV Alcohol Dependence in the United States: Results of the National longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey" en *Journal of Studies on Alcohol*. 58. Pp. 464-473.
- Herzmann, C. E. (1989). "Zum Stellenwert des Carbamazepin bei stationärer Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen" en *Müller-Oerlinghausen, Carbamazepine in der Psychiatrie* Stuttgart, Nueva York. Georg Thieme Verlag. Pp. 63-68.
- Hillborn, M., Pieninkeroinen, I. y Leone, M. (2003). "Convulsiones en pacientes alcohólicos: Epidemiología, fisiopatología y manejo" en *CNS Drugs*. 17(14). Pp. 1013-1030.
- Institute of Medicine (1990). *Alcohol Problems*. Washington, D.: National Academies Press.
- Institute of Medicine (2001). *Primary care*. Washington, DC. National Academies Press.
- Johnsen, J. y Morland, J. (1991). "Disulfiram Implant: A double-blind Placebo Controlled Follow-up on Treatment Outcome" en *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 15. Pp. 532-536.
- Kooyman, M. (1996). *La comunidad terapéutica para drogodependientes. Intimidad, implicación de los padres y el éxito del tratamiento*. Bilbao, España. Mensajero.
- Kristenson, H. (1995). "How to Get Best Put of Abuse" en *Alcohol y Alcoholism*. 30. Pp. 775-783.

- Litten, R. Z., Allen, J., y Fertig, J. (1997). "Pharmacotherapies for Alcohol Problems: A Review of Research with Focus on Developments since 1991" en *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 20. Pp. 859-876.
- Llopis, C. J. (2005). "Redes sociales y apoyo social. Una aproximación a los Grupos de Autoayuda" en *Revista de Investigación en Antropología*. 3. Pp. 1-24.
- Maisto, S.; Connors, G. y Dearing, R. (2008). *Trastornos por consumo de alcohol*. Goettingen, Alemania. Manual Moderno.
- Majumdar, S. K. (1990). "Chlormethiazole. Current Status in the Treatment of Acute Ethanol Withdrawal Syndrome" en *Drug Alcohol Depend*. 27. Pp. 201-207.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention*. Nueva York. Guilford Press.
- Martín, C. A. y Rojano, C. P. (2001). "Tratamiento farmacológico de los problemas por el alcohol" en *Medicina General*. 31. Pp. 135-140
- McGovern, M. P. y Carroll, K. M. (2003). "Evidence-Based Practice for Substance Use Disorders" en *Psychiatric Clinics of North America*. 26. Pp. 991-1010.
- McGovern, M. P., Fox, T. S., Xie, H., y Drake, R. E. (2004). "A Survey of Clinical Practices and Readiness to Adopt to Evidence Based Practices: Dissemination Research in an Addiction Research System" en *Journal of Substance Abuse Treatment*. 26. Pp. 305-312.
- McGrath, S D. (1975). "A Controlled Trial of Chlormethiazol and Chlordiazepoxide in the Treatment of the Acute Withdrawal Phase of Alcoholism" en *Addict*. 70. Pp. 81-90.
- Méndez, E. L. (2009). "De rituales y subjetividades. Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos" en *Desacatos*. 29. Pp. 107-120.
- Miller, W. R. (2003). "Treating Alcohol problems: Toward an Informed Eclecticism" en Hester R. K. y Miller, W. R. (Eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approach: Effective Alternatives*. Tercera edición. Boston. Allin y Bacon.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing*. Segunda edición. Nueva York. Guilford Press.
- Miller, W. R., Walters, S. T. y Bennett, M. E. (2001). "How Effective is Alcoholism Treatment in the United States?" en *Journal of Studies on Alcohol*. 62. Pp. 211-220.
- Miller, W. R., Wilbourne, P. L. y Hettema, J. E. (2003). "What Works? A Summary of Alcohol Treatment Outcome Research" en Hester R. K. y Miller, W. R. (Eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approach: Effective Alternatives*. Tercera edición. Boston. Allin y Bacon. Pp. 13-63.
- Moncrieff, J., y Drummond, D. C. (1997). "New Drug Treatments for Alcohol Problems: A Critical Appraisal" en *Addiction*. 92. Pp. 939-947.
- Mondaca, M. (s. f.). *Lo colectivo en la reconstrucción de lo humano: Grupos de autoayuda*. Chile. CINTRAS.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2005). *Helping Patients who Drink too Much: A clinician's Guide*. Bethesda, M.D. Department of Health and Human Service.

- Nickel, B., Krüger, H. y Schirmer, S. (1986). "Beitrag zur Therapie des Delirium tremens" en *Z. Klein. Med.* 20. Pp. 1643-1646.
- O'Brian, C. P. (2001). "Drug Addiction and Drug Abuse" en J. G. (Eds.). *Goodman and Gilman's The pharmacological Basis of Therapeutics*. Décima edición. Nueva York. McGraw Hill. Pp. 621-643
- O'Brien, C. P. A. (1997). "A Range of Research-based Pharmacotherapies for Addiction" en *Science*. 278. Pp. 99-70.
- O'Farrell, T. J. y Fals-Stewart, W. (2003). Marital and Family Therapy. Hester R. K. y Miller, W. R. (Eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approach: Effective Alternatives*. Tercera edición. Boston. Allin y Bacon.
- O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G. *et al.* (1992). "Naltrexone and Coping Skills Therapy for Alcohol Dependence" en *Archives of General Psychiatry*. 49. Pp. 881-887.
- Schuckit, M. A. (2000). *Drug and Alcohol Abuse*. Boston. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Smith, T. L., y Bucholz, K. K. (1997). "Periods of Abstinence Following the Onset of Alcohol Dependence in 1853 Men and Women" en *Journal of Studies on Alcohol*. 58. Pp. 581-589.
- Schneider, U., Wohlfarth, K., Schulze-Bonhage, A., *et al.* (1999). "Effects of Acamprostate on Memory in Healthy Young Subjects" en *Journal of Studies on Alcohol*. 60. Pp. 172-175.
- Schuckit, M. A. (2000). *Drug and Alcohol Abuse*. Boston. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Schuckit, M. A. (2001). "Five-year Clinical Course Associated with DSM-IV Alcohol Abuse or Dependence in a Large Group of Men and Women" en *American Journal of Psychiatry*. 158. Pp. 1084-1090.
- Schuckit, M. A. (1996). "Recent Developments in the Pharmacotherapy of Alcohol Dependence" en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64. Pp. 669-676.
- Schuckit, M. A. (1995). "The Time Course of Development of Alcohol-related Problems in Men and Women" en *Journal of Studies on Alcohol*. 56. Pp. 218-225.
- Schuckit, M. A., Daepfen, J. B., Tipp, J. E. *et al.* (1998). "The Clinical Course of Alcohol-related Problems in Alcohol Dependent and Nonalcohol Dependent Drinking Women and Men" en *Journal of Studies on Alcohol*, 59:581-590.
- Secretaría de Salud. (2008). "Encuesta Nacional de Adicciones" en C. N. *Adicciones, Encuesta Nacional de Adicciones*. México. SSA. Pág.62
- Shaffer, H. J. (2004). "Toward a Syndrome Model of Addiction: Multiple Expressions, Common Etiology" en *Harvard Review of Psychiatry*. 12. Pp. 267-274.
- Sobell, L. C. (1996). "Recovery from Alcohol Problems with and without Treatment: Prevalence in two Population Surveys" en *American Journal of Public Health*. 86. 966-972.
- Solis, R. L. (2008). *El Modelo de tratamiento de Centros de Integración Juvenil*. México. CIJ. Pp. 91-96.

- Secretaría de Salud (1999). *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. NOM-028-SSA2-1999. México. SSA
- Vaillant, G. E. (1983). *The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns and Paths to Recovery*. Cambridge, M.A. Harvard University Press.
- Volpicelli, J. R., Alterman, A. I., Hayashida, M., y O'Brien, C. P. (1992). "Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence" en *Archives of General Psychiatry*. 49. Pp. 876-880.
- Withlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A. *et al.* (2004). "Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U. S. Preventive Service Task Force" en *Annals of Internal Medicine*. 140. Pp. 557-568.
- Wright, C. Moore, R. D., Grodin, D. M. *et al.* (1993). "Screening for Disulfiram-induced Liver Test Dysfunction in an Inpatient Alcoholism Program" en *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 17. Pp. 184-186.



CAPÍTULO

5

RETOS Y COMPROMISOS

USO NOCIVO DEL ALCOHOL. POLÍTICA PÚBLICA

José Ángel Prado García

Como bien ha sido descrito en el desarrollo del presente texto, el uso nocivo del alcohol es una de las causas principales de muerte prematura y morbilidad en todo el orbe. Se considera la primera causa de muerte evitable en países en el umbral del desarrollo con bajas tasas de mortalidad.

Para enfrentar el desafío se requiere poner en marcha medidas serias que hayan demostrado por experiencia ser las de mayor efectividad. La Organización Mundial de la Salud planteó desde 2008, en su documento EB122/10, diversas estrategias para enfrentar el fenómeno:

1. Sensibilización y compromiso político. Una estrategia política por escrito facilita las aportaciones de los asociados. La ejecución de la misma requiere de informes periódicos sobre el tema.
2. Diagnóstico temprano a través de tamizaje e intervenciones breves.
3. Trabajo comunitario para reducir la tolerancia social respecto al abuso del alcohol.
4. Políticas y medidas para combatir la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol.
5. Disminución de la disponibilidad del alcohol, a través de la reglamentación de la producción y distribución de bebidas alcohólicas, así como de proveedores y densidad de puntos de venta.
6. El control del volumen, la ubicación y el contenido de la publicidad.
7. Elevación de los precios a través de los impuestos, con el cuidado de no generar mercados alternos o paralelos.
8. Reducción de los daños.
9. Combate a la producción ilegal.

Asimismo, la OMS solicitó a los Estados miembros, entre ellos México, examinar las políticas desarrolladas, así como formular, aplicar y reforzar, mediante marcos institucionales apropiados, políticas y planes de acción nacionales y metas definidas.

En este sentido, nuestro país ha presentado el Programa Nacional contra el Abuso de Bebidas Alcohólicas y el Alcoholismo 2006–2012, donde se contempla el refuerzo de medidas de prevención, tratamiento, rehabilitación y control. Algunas de ellas han sido puestas ya en marcha, sin embargo las medidas tendientes al control de la disponibilidad de alcohol entre menores quedan pendientes.

Es importante subrayar que para el establecimiento de estas políticas resulta fundamental tomar en cuenta cómo las personas beben y no sólo qué tanto beben (patrones de consumo), lo que describe tres aspectos importantes:

- a) Consumo individual (género, edad, estatus de salud, experiencia con el alcohol).
- b) *Setting de consumo* (espacio público, hogar, establecimientos, comercio, no comercio).
- c) Comportamiento asociado al consumo (si bebe durante las comidas, si la ingesta es explosiva, aguda, crónica, etcétera).

De acuerdo con el Centro Internacional para Políticas respecto del Alcohol, deben considerarse dos aproximaciones fundamentales:

1. Medidas de control para la población en general
2. Intervenciones dirigidas a un blanco específico

Las primeras se dirigen a disminuir la disponibilidad y pretenden bajar el consumo per cápita; estas medidas son principalmente:

- Impuestos y precios
- Restricción de densidad de puntos de venta
- Restricción de servicios asociados (monopolios de alcohol)
- Restricción de horarios
- Límites de compra de alcohol y edad
- Concentración máxima de alcohol para conducción de vehículos
- Restricción en comunicaciones comerciales

Por su parte, las intervenciones dirigidas pretenden que el consumo sea menos dañino y no necesariamente reducir el consumo global. Estas incluyen:

- Información, disminución de percepción de riesgo y aumento de alerta, particularmente entre grupos susceptibles
- Normas sociales y habilidades para la vida
- Intervenciones breves para consumidores problema
- Medidas contra conducción y consumo
- Entrenamiento para servidores, meseros y en general la industria de la hospitalidad
- Acciones comunitarias

De acuerdo con Thomas Babor y coautores en el texto *Alcohol: No Ordinary Commodity*, la evidencia sobre precios e impuestos indica que la gente disminuye su forma de beber cuando aumentan los costos, incluyendo a los abusadores de etanol. La desventaja más importante de esta medida es el probable aumento en el contrabando y la producción ilegal de bebidas alcohólicas.

Sobre la disminución de disponibilidad comentan que es una medida barata y con gran impacto, cuyas desventajas más notables son la producción casera y las importaciones ilegales.

En cuanto a la modificación de la ingesta, las medidas preventivas son las más eficaces, en ellas se incluyen la aplicación de regulaciones sobre las porciones y el aumento de la responsabilidad legal para quienes sirven alcohol (meseros y dueños de bares).

Algunas de las estrategias más eficientes para la protección de menores son las que están dirigidas a evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, de éstas, la disuasión basada en innovaciones como los alcoho-sensores reducen sustancialmente los accidentes.

Es importante señalar que con frecuencia se presiona a gobiernos y organizaciones de la sociedad civil para establecer campañas dirigidas a la promoción de consumo responsable. Sin embargo, estas medidas son ineficientes ante los mensajes y el enorme gasto que representan las campañas pro consumo establecidas por la industria alcoholera.

De igual manera, los programas tendientes a la autorregulación de la industria resultan frágiles y poco efectivos.

A continuación se presenta una tabla comparativa respecto a las mejores prácticas de acuerdo con Babor y colaboradores.

Prácticas más efectivas	Prácticas menos efectivas
Edad legal mínima para comprar alcohol	Códigos de conducta para bares y comercios
Restricción de horas y días de venta	Promoción de actividades libres de alcohol
Restricción de puntos de venta	Educación sobre alcohol en escuelas
Impuestos	Anuncios de servicio a la comunidad
Puntos aleatorios de aplicación de alcoholímetro	Etiquetas con advertencias
Disminución de niveles de alcohol permitido para conducir	Conductor designado y servicios de transporte por parte de establecimientos
Suspensión administrativa de licencias	
Expedición de licencias graduales para conductores novatos	
Intervenciones breves para consumidores problema	

Conocemos las propuestas presentadas por la Comisión Nacional contra las Adicciones que, en colaboración con un grupo importante de expertos, entre ellos Centros de Integración Juvenil, estructuró medidas dirigidas a la modificación de la Ley General de Salud y otros ordenamientos tendientes a disminuir el uso nocivo del alcohol y cualquier forma de consumo por parte de menores de edad.

Hasta la fecha de la publicación del presente documento dichas modificaciones se encuentran en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados para su dictaminación. Se espera una respuesta positiva por parte de los legisladores ante este importante esfuerzo.

REFERENCIAS

- ICAP (2008). *ICAP Policy Tools Series: Health Briefings. Drinking Patterns and Health Outcomes: An Overview*. Washington, DC. ICAP.
- ICAP (2008) *Guide to Creating Integrative Alcohol Policies*. Washington, DC. ICAP.
- ICAP (2005). *ICAP Blue Book. Practical Guides for Alcohol Policy and Targeted Interventions*. Washington, DC. ICAP.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Documento EB122/10*. Ginebra. Reunión del Consejo Ejecutivo. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity*, Research and Public Health. Segunda Edición. OMS.

Además de reformas en materia de salud pública, es necesario el establecimiento de metas y objetivos que permitan a cualquier sociedad contar con parámetros que adviertan sobre la eficacia o inoperancia de las estrategias y proyectos dirigidos a reducir el uso nocivo del alcohol y a atender los daños y consecuencias atribuibles a su consumo.

A este respecto, el Comité de Expertos en problemas relacionados con el consumo de alcohol de la OMS (2006) recomendó las siguientes opciones para un potencial marco reglamentario mundial a partir del establecimiento de un código internacional sobre la comercialización del alcohol orientado a la salud pública (del estilo del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna); la inclusión del alcohol en las listas del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, tomando en cuenta su capacidad para producir dependencia e inducir un uso abusivo tal que constituya un problema sanitario y social; o la adopción de un nuevo tratado internacional que siga el modelo del Convenio Marco para el Control del Tabaco.

En relación con este último, el Comité reconoció que, aunque existen muchas similitudes entre el tabaco y el alcohol como productos internacionales de interés para la salud pública, cualquier tratado de ese tipo habría de tener presentes las características específicas del alcohol y la naturaleza de los problemas que lo acompañan.

En noviembre del 2005, se llevó a cabo en Brasilia, Brasil, la Primer Conferencia Panamericana sobre Políticas Públicas en Alcohol, en la cual se promulgó la Declaración de Brasilia, documento donde se recomienda que:

1. La prevención y reducción de los daños relacionados con el consumo de alcohol sean considerados una prioridad para la acción en la salud pública en todos los países de las Américas.
2. Las estrategias regionales y nacionales sean desarrolladas incorporando enfoques basados en evidencias culturalmente apropiadas para reducir el daño relacionado con el consumo de alcohol.
3. Estas estrategias deben apoyarse en mejores sistemas de información y en estudios científicos adicionales sobre el impacto del alcohol y de los efectos de las políticas en los contextos nacionales y culturales de los países de las Américas.
4. Se establezca una red regional de contrapartes nacionales nominada por los Estados miembro de las Américas, con la cooperación técnica y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, para trabajar en la reducción de los daños relacionados al consumo de alcohol.
5. Las políticas de alcohol cuya efectividad han sido comprobadas por la investigación científica sean implementadas y evaluadas en todos los países de las Américas.
6. Las áreas prioritarias de acción necesitan incluir: las ocasiones de consumo excesivo, el consumo de alcohol en la población general, las mujeres (incluyendo las embarazadas), los indígenas, los jóvenes y otros grupos vulnerables. Asimismo, debe considerar la violencia, las lesiones intencionales y no intencionales, el consumo por menores de edad y los trastornos por el uso del alcohol (OPS, 2005).

En 2010, la OMS publicó el documento *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*, en el que se destaca la necesidad de establecer estrategias integrales de salud, en las que además de la prestación de servicios, también se aborde la atención de las causas sociales, económicas y políticas que subyacen a este problema de salud.

Reducir el uso nocivo del alcohol ofrece una excelente oportunidad para mejorar la salud y el bienestar social y aliviar la actual carga de morbilidad atribuible a esta sustancia. Sin embargo, existen grandes desafíos que se han de tener en cuenta en las iniciativas o programas mundiales o nacionales:

<p>a) Reforzar la acción mundial y la cooperación internacional</p>	<p>Las actuales tendencias sanitarias, culturales y comerciales pertinentes a nivel mundial indican que el uso nocivo del alcohol seguirá siendo un problema de salud global. Es necesario reconocer esas tendencias y aportar respuestas apropiadas a todos los niveles. A este respecto, hace falta orientación y una mayor colaboración internacional para respaldar y complementar las iniciativas regionales y nacionales.</p>
<p>b) Posibilitar la acción intersectorial</p>	<p>La diversidad de los problemas asociados con el alcohol y de las medidas necesarias para reducir los daños relacionados a él apuntan a la necesidad de una acción integral en muchos sectores. Las políticas destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol deben trascender el sector de la salud y hacer participar oportunamente a sectores como los del desarrollo, el transporte, la justicia, el bienestar social, la política fiscal, el comercio, la agricultura, la política sobre consumo, la educación y el empleo, así como a actores económicos y de la sociedad civil.</p>
<p>c) Prestar la atención necesaria</p>	<p>Las instancias decisorias a menudo conceden poca prioridad a la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol, pese a la contundente evidencia disponible acerca de sus graves efectos en la salud pública. Además, existe una clara discrepancia entre la creciente disponibilidad y asequibilidad de las bebidas alcohólicas en muchos países en desarrollo y de ingresos bajos y medios, y la capacidad de esos países para hacer frente a la carga de salud pública adicional que provoca dicha tendencia. De no conceder a este problema la atención que merece, no se detendrá la propagación de prácticas y normas de uso nocivo del alcohol.</p>

<p>d) Equilibrar los distintos intereses</p>	<p>La producción, distribución, <i>marketing</i> y venta de alcohol crean empleo y reportan ganancias considerables a los operadores económicos, así como ingresos fiscales a distintos niveles. En ocasiones se considera que las medidas de salud pública orientadas a reducir el uso nocivo del alcohol chocan con otros objetivos, como la libertad de mercado y la posibilidad de elección de los consumidores; además se cree que afectan a los intereses económicos y reducen los ingresos públicos.</p> <p>Los formuladores de políticas se hallan ante el reto de conceder una prioridad adecuada a la promoción y protección de la salud de la población, teniendo presentes al mismo tiempo otros objetivos, intereses y obligaciones, entre ellas las obligaciones jurídicas internacionales. Cabe señalar a este respecto que los acuerdos comerciales internacionales suelen reconocer el derecho de los países a adoptar medidas que protejan la salud humana, siempre que éstas no se apliquen de manera que constituyan un medio de discriminación injustificable o arbitraria o restricciones encubiertas del comercio. En este sentido, las iniciativas nacionales, regionales e internacionales deberían tener en cuenta las repercusiones del uso nocivo del alcohol.</p>
<p>e) Centrarse en la equidad</p>	<p>Las tasas de consumo de bebidas alcohólicas a nivel poblacional son mucho menores en las sociedades pobres que en las ricas. Sin embargo, para un mismo consumo, las poblaciones más pobres pueden sufrir daños desproporcionadamente más graves atribuibles al alcohol. Urge formular y aplicar políticas y programas eficaces que reduzcan esas disparidades sociales, tanto dentro de los países como entre ellos. También hacen falta políticas eficaces para generar y difundir nuevos conocimientos sobre la compleja interacción entre el consumo nocivo de alcohol y las inequidades sociales y sanitarias, sobre todo entre las poblaciones indígenas y los grupos minoritarios o marginados y en los países en desarrollo.</p>

<p>f) Tener en cuenta el “contexto” al recomendar medidas</p>	<p>Gran parte de los datos publicados sobre la eficacia de las intervenciones de política relacionadas con el alcohol corresponden a países de ingresos altos, y se ha manifestado preocupación por el hecho de que la eficacia de esas intervenciones dependa del contexto y de que éstas puedan no ser reproducibles en otros entornos. Sin embargo, muchas estrategias destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol se han llevado a cabo en una amplia variedad de culturas y entornos, y sus resultados suelen ser coherentes y acordes con las teorías en que se sustentan y la base evidencial reunida en áreas similares de la salud pública. Los responsables del desarrollo y la aplicación de las políticas deben aspirar fundamentalmente a idear métodos eficaces adaptados a los contextos locales y a desarrollar mecanismos idóneos de seguimiento y evaluación que proporcionen retroalimentación para fundamentar las medidas ulteriores.</p>
<p>g) Mejorar la información</p>	<p>Los Estados miembros, la Secretaría de la OMS y otros interesados directos han desarrollado sistemas para reunir, analizar y difundir datos sobre el consumo de alcohol, los daños relacionados con el mismo y las respuestas de política correspondientes. Sigue habiendo grandes lagunas de conocimientos y es importante hacer más hincapié en la producción y difusión de información y conocimientos para seguir avanzando en este ámbito, especialmente en los países en desarrollo y en aquéllos de ingresos bajos y medios. El Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud de la OMS y los sistemas integrados de información regional ofrecen un medio para hacer un mejor seguimiento de los progresos logrados en la reducción del uso nocivo del alcohol a nivel mundial y regional.</p>

En materia de retos, no sólo es necesario promover la salud, sino también es importante empoderar a los ciudadanos y a la sociedad civil, a través de la promoción de estilos de vida contrarios al consumo de alcohol y sustancias nocivas para la salud, principalmente en niños, adolescentes y jóvenes.

En el caso de adultos jóvenes y personas mayores, es conveniente promover un consumo responsable; y apoyar a los padres de familia para eliminar, paulatinamente, pensamientos y conductas permisivas del consumo de alcohol en etapas tempranas de la vida como la niñez y la adolescencia. Lo anterior con el fin de crear una sociedad cada vez más informada y solidaria ante la problemática (CONADIC, 2011).

Se debe promover entonces que todos los sectores de gobierno, en conjunto con la sociedad civil, las organizaciones públicas, sociales y privadas, participen tanto en la planeación, como en la puesta en marcha y seguimiento de acciones integrales de prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social, investigación, formación de profesionales y política pública, que garanticen acceso universal a los servicios de salud, calidad en el servicio, equidad de género y aspectos de interculturalidad (CONADIC, *op. cit.*).

Los problemas ocasionados por el consumo del alcohol, tanto en la salud pública como en términos de costos sociales y económicos, obligan al Estado y a la sociedad a determinar cuáles son los objetivos a seguir y a reconocer que la labor de la atención debe apoyarse en estrategias efectivas que reconozcan en principio:

- Una detección temprana de riesgos de consumo en todos los sectores posibles.
- El diseño de intervenciones preventivas, que partan de la evidencia científica actual y del reconocimiento de los principales grupos vulnerables.
- Definir estrategias específicas para contextos determinados (escolar, laboral, familiar y comunitario).
- Acceso universal a los servicios de salud sin ser objeto de discriminación por el abuso en el consumo de alcohol.

Desarrollo de esquemas de rehabilitación y reinserción social.

Además, el simbolismo otorgado al alcohol y a su consumo con frecuencia supone un obstáculo para el establecimiento de políticas públicas. Por lo tanto, el reto de la política sobre alcohol consiste en aceptar la familiaridad y los aspectos positivos percibidos de su consumo, y aún así realizar acciones eficaces de salud pública para prevenir o reducir los daños relacionados a su uso (OMS-ROE, 2006).

Aún falta mucho por hacer en materia de salud respecto a los problemas ocasionados por el uso nocivo del alcohol y es indispensable reconocer el papel activo de toda la sociedad, incluido el gobierno y las ONG para ser agentes de cambio y promover estilos de vida contrarios al consumo de la sustancia; hay avances en la materia y la evidencia dice que debemos acelerar el paso y mantener el rumbo.

REFERENCIAS

- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2011). *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas: actualización 2011-2012*. México. SSA.
- Organización Mundial de la Salud (2010) *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Segundo Informe. Serie de Informes Técnicos. Ginebra. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional de Europa (2006). *Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS*. Copenhague, Dinamarca. OMS. Pág. 16.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Declaración de Brasilia sobre las políticas públicas en alcohol*. Brasilia. OPS.

Fechas de ediciones y reimpresiones de la obra

1ª edición,	1,500 ejemplares,	septiembre de 2010.
2ª edición,	12,000 ejemplares,	noviembre de 2011.
3ª edición,	1,000 ejemplares,	junio de 2013.
1ª reimpresión,	1,000 ejemplares,	junio de 2014.
1ª coedición, Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco,	5,000 ejemplares,	enero de 2011.
2ª coedición, Patronato Cuauhtémoc CIJ,	1,336 ejemplares,	enero de 2012.
3ª coedición, Instituto de Estudios de Bachillerato de Oaxaca,	300 ejemplares,	mayo de 2012.
4ª coedición, H. Poder Legislativo del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo XIII Legislatura,	500 ejemplares,	julio de 2012.
5ª coedición, Secretaría de Desarrollo Social de Nuevo León,	500 ejemplares,	octubre de 2012.
6ª coedición, Programa SUBSEMUN del municipio de Aguascalientes,	1,500 ejemplares,	octubre de 2012.
7ª coedición, Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción Delegación Estado de México,	1,000 ejemplares,	noviembre de 2012.
8ª coedición, Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción Delegación Estado de México,	1,000 ejemplares,	febrero de 2013.
9ª coedición, Municipio de Monterrey 2012-2015, Dirección de Salud Pública,	1,000 ejemplares,	junio de 2013.
10ª coedición, Dirección General de Prevención del Delito, León, Guanajuato,	1,000 ejemplares,	octubre de 2013.

Ante el incremento permanente de problemas relacionados con el consumo de alcohol a nivel mundial y en específico en nuestro país, es indispensable generar la reflexión y promover esfuerzos en la sociedad que se encaminen a disminuir y, en su caso, evitar las consecuencias atribuibles al alcohol.

La evidencia científica demuestra que los daños relacionados con el consumo de alcohol pueden reducirse mediante estrategias adecuadas. Este libro tiene como objetivo general informar sobre las principales características del abuso de alcohol y sus alternativas de atención, mediante un análisis del alto costo social y de salud que representan para el Estado y la sociedad, así como de las estrategias preventivas eficaces y las recomendaciones generales para el desarrollo de políticas públicas exitosas.

Los reportes epidemiológicos a nivel mundial demuestran una tendencia creciente en el consumo de alcohol por parte de mujeres adolescentes y jóvenes, en específico de los denominados "consumos explosivos" por ocasión. Es necesario poner atención en este serio problema de salud pública que se ha ido insertando en la vida diaria de las sociedades contemporáneas a partir de mitos y estereotipos que han atentado e incrementado el consumo y lamentablemente las consecuencias asociadas al mismo.

www.gob.mx/salud/cij



ISBN: 978-607-7917-05-2



9 786077 917052